

Raïmi Fassassi, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (dir.)

LA RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE

Transformations et différenciations
au tournant du XXI^e siècle



LA RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE

**Transformations et différenciations
au tournant du XXI^e siècle**

Déjà parus chez le même éditeur :

Familles au Nord, familles au Sud, Émilien Vignikin et Patrice Vimard (dir.), 2005.

Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements, Agnès Adjamagbo, Philippe Msellati et Patrice Vimard (dir.), 2007.

Raïmi Fassassi, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (dir.)

LA RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE

Transformations et différenciations
au tournant du XXI^e siècle



D/2010/4910/38

ISBN : 978-2-87209-959-7

© **Bruylant-Academia s.a.**

Grand'Place, 29

B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays sans l'autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.

Imprimé en Belgique.

www.academia-bruylant.be

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Patrice VIMARD, Raïmi FASSASSI et Kokou VIGNIKIN

Transformations et différenciations de la régulation de la fécondité
en Afrique au tournant du XXI^e siècle 9

PREMIÈRE PARTIE

L'évolution des contextes et des composantes
de la régulation de la fécondité 21

Gervais BENINGUISSÉ

Les politiques de santé de la reproduction en Afrique
depuis la conférence du Caire : Quelles implications pour
la régulation de la fécondité ? 23

Amoakon ANOH

Offre et demande de planification familiale
en Afrique subsaharienne 39

Patrice VIMARD et Raïmi FASSASSI

L'évolution de la contraception en Afrique 71

Evina AKAM

Contraception d'arrêt et contraception d'espacement
des naissances en Afrique 103

Clémentine ROSSIER

Avortement provoqué et baisse de la fécondité
en Afrique de l'Ouest 127

Linda LASBEUR

- Risque de conception et régulation de la fécondité
en Afrique de l'Ouest. L'utilisation de la contraception
par les femmes sexuellement actives et fertiles 157

DEUXIÈME PARTIE

- Régulations de la fécondité à l'échelle nationale :
transformations et facteurs 185**

Bénédicte GASTINEAU

- Les modes de contrôle de la fécondité en Tunisie 187

Abdel-Ilah YAAKOUBD et Patrice VIMARD

- La régulation de la fécondité au Maroc :
évolution et différenciation sociale des comportements 221

Kokou VIGNIKIN, Dodji GBETOGLO et Vissého ADJIWANOU

- La régulation de la fécondité au Togo :
l'effet de l'urbanisation et de l'instruction 253

Samuel NOUETAGNI

- Pauvreté et régulation de la fécondité au Cameroun 285

CONCLUSION

Patrice VIMARD

- Politique de planification familiale, régulation de la fécondité et
pratique contraceptive : une Afrique aux multiples visages 321

LES AUTEURS

341

INTRODUCTION

Transformations et différenciations de la régulation de la fécondité en Afrique au tournant du XXI^e siècle

PATRICE VIMARD, RAÏMI FASSASSI et KOKOU VIGNIKIN

La baisse de la fécondité africaine fait, depuis plusieurs décennies, l'objet d'une observation particulière de la part des institutions internationales comme des milieux scientifiques. L'attente d'une baisse des niveaux de fécondité est née d'une prise de conscience de la rapidité de la croissance des populations africaines consécutive à l'amélioration de la survie des enfants et, dans une moindre mesure, de celle des adultes. La forte croissance démographique est, de plus, souvent considérée dans les cercles dirigeants, agences internationales ou gouvernements, comme un frein au développement des pays africains et comme une menace migratoire pour le monde développé.

Ainsi, les programmes de planification familiale se sont multipliés dans les pays africains, tandis que les recherches visant à montrer leur efficacité, ou au contraire à comprendre leurs dysfonctionnements, se développaient. Mais aujourd'hui, malgré des progrès en matière de services de planification familiale, l'Afrique subsaharienne apparaît toujours comme la région où la demande de régulation de la fécondité semble la moins satisfaite par la pratique contraceptive.

Cette particularité mérite d'être mieux expliquée afin de comprendre les enjeux actuels de la reproduction en Afrique. Si les populations de certains pays d'Afrique subsaharienne (Botswana, Kenya, Zimbabwe, etc.), et plus encore celles des pays d'Afrique du Nord, ont adopté relativement massivement des

pratiques efficaces de contraception, la prévalence contraceptive reste faible dans l'ensemble du continent. En effet, une douzaine de pays seulement ont une prévalence contraceptive supérieure à 20 % et, si l'on ne considère que la contraception moderne, seule une petite dizaine de pays atteint ce niveau. Cependant, dans certains pays et plus particulièrement en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale (Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo, Sénégal), la fécondité a diminué notablement en dépit d'une prévalence contraceptive restée faible. D'autres facteurs de réduction de l'exposition au risque de grossesse, dits « traditionnels », comme l'allaitement maternel prolongé et l'abstinence post-partum, ainsi qu'une évolution des régimes matrimoniaux, avec le recul de l'âge au premier mariage et l'instabilité croissante des unions, pourraient contribuer à expliquer comment la fécondité peut être proche de 4 ou 5 enfants par femme, alors que la contraception moderne est peu répandue. En outre, les rares études centrées sur le sujet montrent que les avortements provoqués sont de plus en plus nombreux et plus fréquemment utilisés en Afrique subsaharienne comme mode de contrôle de la fécondité, tout particulièrement en milieu urbain et en début de vie féconde.

Il semble donc s'opérer en Afrique une transformation des modes de régulation de la fécondité, dans le sens d'une diversification des éléments inhibiteurs¹. Cette transformation s'accompagne d'une relative différenciation entre les pays. Même si, à ce stade, on ne peut circonscrire de modèles régionaux au sens strict, des différences significatives peuvent être distinguées entre le Maghreb où la régulation repose sur l'augmentation de l'âge au premier mariage et le progrès de la pratique contraceptive, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe où l'impact de la contraception est souvent important, l'Afrique de l'Ouest où il demeure modeste avec une nette prédominance de l'inhibition par les comportements post-partum et l'Afrique sahélienne où les évolutions sont encore très réduites.

1. On considère ici comme éléments de la régulation, les différentes pratiques qui y concourent (contraception, régime matrimonial, pratiques post-partum, avortement) et comme mode de régulation l'association de ces différentes pratiques particulières qui dessine une forme globale de régulation de la fécondité.

La transition de la fécondité en Afrique, marquée dans sa partie septentrionale et plus timide pour les populations vivant au sud du Sahara, apparaît donc s'accompagner d'une distinction des modes de régulation en corollaire de celles des niveaux de fécondité. Si cette différenciation touche les régions et les pays du continent, elle semble également perceptible à l'intérieur de ceux-ci en concernant les groupes socioculturels, définis par leur milieu de résidence, leur degré d'éducation, leur type d'organisation familiale, leurs rapports de genre et de générations...

Compte tenu de ce contexte, l'objectif de cet ouvrage, rédigé dans le prolongement d'une conférence virtuelle organisée en octobre 2005 par le Groupe international de partenaires population santé (Gripps) avec la collaboration du Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), est par conséquent de mieux appréhender l'évolution des différentes pratiques de régulation de la fécondité en Afrique. Il s'agit d'apprécier dans quelle mesure ces pratiques tendent à se substituer l'une à l'autre ou au contraire à conjuguer davantage leurs effets dans une articulation croissante, afin de mieux comprendre la nature du mode de contrôle de la fécondité dans les différentes phases de la transition.

Dans le cadre de cette analyse, il s'avère possible de discuter de l'existence de modèles de régulation qui seraient communs à un ensemble géographique ou culturel, à un milieu de résidence. Il s'agit également d'appréhender la manière dont les choix s'opèrent entre les différents comportements de planification des naissances. Ces choix correspondent-ils à une véritable stratégie des individus et des couples ou relèvent-ils des normes sociales et des traditions familiales ? Dans quelle mesure sont-ils dépendants d'une certaine pauvreté en matière de santé et de droits reproductifs et quelle est l'influence de l'offre réelle de produits contraceptifs, très variables selon les milieux, sur les diverses pratiques individuelles ? Enfin, quels sont à ce jour les effets des politiques de population sur l'émergence et la diffusion de la contraception moderne et, plus largement, de la planification familiale ?

Le contenu de l'ouvrage

Pour répondre à ces préoccupations générales, l'ouvrage est ordonné en deux grandes parties. La première est consacrée à l'évolution des contextes et des composantes de la régulation de la fécondité, et la seconde vise à mieux comprendre les transformations et les facteurs de la régulation de la fécondité en les appréhendant à l'échelle nationale de différents pays africains.

La première partie de l'ouvrage s'attache à cerner les transformations du contexte politique et institutionnel de la régulation de la fécondité et à analyser l'évolution de la pratique contraceptive dans son ensemble et celle des différentes formes de régulation de la fécondité : les contraceptions d'espacement des naissances et d'arrêt ou de limitation de la descendance, classiquement étudiées dans la littérature, mais également l'avortement, dont l'importance dans le contrôle de la fécondité a été récemment démontrée.

La seconde partie de l'ouvrage se propose de mettre en évidence les modes de régulation de la fécondité dans quatre contextes nationaux considérés comme représentatifs de la diversité du continent africain : le Maroc et la Tunisie en Afrique du Nord, le Cameroun et le Togo en Afrique subsaharienne. Pour chacun de ces pays, un angle d'analyse a été privilégié par les auteurs, en fonction de la spécificité des contextes : les distinctions sociales au Maroc, la diversité régionale en Tunisie, l'effet de la pauvreté au Cameroun, le rôle d'urbanisation et de l'instruction au Togo.

Contexte institutionnel et évolution des pratiques et régulation de la fécondité

Dans la première partie de l'ouvrage sont tout d'abord évoquées les évolutions du contexte politique, institutionnel et démographique de la régulation de la fécondité, et l'influence de ce contexte sur les attitudes et comportements de régulation.

Entre offre et demande de planification familiale

Plus d'une dizaine d'années après la Conférence internationale pour la population et le développement (C.I.P.D.), tenue au Caire en 1994, Gervais Béninguise dresse, dans le premier chapitre de l'ouvrage, un bilan de la mise en œuvre des recommandations de la Conférence et de la mise en œuvre du Programme d'action qui y fut adopté. Il souhaite, à travers cet angle d'analyse, faire le point sur les politiques de santé de la reproduction mises en œuvre en Afrique depuis la C.I.P.D., en en dégagant les implications pour la régulation de la fécondité. Gervais Béninguise nous rappelle tout d'abord les éléments principaux du consensus de la C.I.P.D. sur les politiques et composantes de la santé de la reproduction et nous montre leurs effets en matière de programmes de planification familiale. Il relève ensuite les contraintes, notamment financières et institutionnelles, que font peser les Objectifs du millénaire pour le développement, adopté en l'an 2000 par la communauté internationale pour réduire la pauvreté, sur la mise en œuvre du programme d'action du Caire en matière de santé de la reproduction en général et de régulation de la fécondité en particulier. Il examine enfin les changements récents en matière de régulation de la fécondité et de santé reproductive à la lumière du consensus de la C.I.P.D.

Le programme d'action de la conférence du Caire visait notamment à accroître l'offre de planification familiale et à la rendre plus facilement accessible à tous les individus souhaitant en disposer. Dans cette optique, Amoakon Anoh retrace, dans le deuxième chapitre de l'ouvrage, l'évolution de l'offre et de la demande de planification familiale en Afrique subsaharienne. Il fonde son analyse sur la documentation écrite disponible sur ce sujet, en distinguant trois espaces, anglophone, francophone et lusophone, selon l'origine de la colonisation subie par les différents pays africains. Après avoir examiné la demande de planification familiale exprimée par les populations, l'auteur étudie l'évolution des perceptions des gouvernements vis-à-vis des interventions relatives à la fécondité et la modification du cadre juridique relatif à

l'accès aux méthodes de contraception. Il considère ensuite la mise en place des activités de planification familiale et les stratégies suivies avant d'aborder le développement de la pratique contraceptive et le choix des méthodes.

Évolution des comportements de planification familiale

Dans ce contexte institutionnel mouvant et face à d'autres transformations de nature socio-économique et démographique, comment évoluent les différents comportements de contrôle de la fécondité ? C'est à cette question que s'efforcent de répondre les chapitres suivants en adoptant principalement des approches comparatives, fondées sur les données issues des séries d'enquêtes démographiques et de santé réalisées en Afrique depuis la fin des années 1980, afin de mettre en évidence les principaux traits des singularités et des diversités africaines.

Dans le troisième chapitre, Patrice Vimard et Raïmi Fassassi examinent tout d'abord les niveaux actuels de contraception et leur évolution récente dans les différents pays du continent, chez les femmes en union et chez les femmes soumises à un risque de conception. Ils considèrent ensuite les différences de recours à la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes avant d'apprécier dans quelle mesure le degré de développement socio-économique et l'effort des gouvernements en faveur de la planification familiale ont des effets sur les différenciations constatées dans les recours à la contraception.

Par le chapitre suivant, le quatrième de l'ouvrage, Evina Akam souhaite répondre à la question sur l'état de la pratique contraceptive saisie à travers ses deux composantes que sont la contraception d'arrêt et la contraception d'espacement des naissances, sachant que le souhait de planifier sa descendance a été jusqu'ici davantage orienté en Afrique, à l'inverse des autres continents, vers une demande d'espacement de ses naissances que vers une volonté de limitation du nombre de ses enfants. L'auteur consacre la première partie de son chapitre à la définition des concepts clés et à la construction d'un

cadre d'analyse susceptible de contribuer à la compréhension des évolutions futures de la pratique contraceptive en Afrique. Il traite ensuite des niveaux des deux composantes de la pratique contraceptive, la contraception d'arrêt et celle d'espacement, dans les différents pays du continent. Il présente enfin les indicateurs permettant de relier les désirs de fécondité et la pratique contraceptive en Afrique.

De la contraception à l'avortement : entre risque de conception et risque de naissance

Les analyses le plus souvent rencontrées dans la littérature scientifique situent la prévalence contraceptive à un niveau assez faible en Afrique subsaharienne, par rapport aux autres régions en développement, ce qui nous amène à penser que les besoins de planification des naissances ne sont pas bien satisfaits, ainsi que le confirment certains indicateurs élaborés dans le cadre du programme des Enquêtes démographiques et de santé. Cependant nous pouvons nous demander si ce constat, basé sur des indicateurs ayant leurs limites, ne mérite pas d'être nuancé. C'est à quoi s'attachent deux chapitres qui examinent les risques de conception et les risques de naissance et les pratiques de contraception et d'interruption volontaire de grossesse qui contribuent à la gestion de ces risques.

Dans le cinquième chapitre de l'ouvrage, Linda Lasbeur dresse un bilan de l'évolution de l'utilisation de la contraception par les femmes sexuellement actives et fertiles, qui sont réellement soumises à un risque de conception, en centrant son analyse sur quatre pays d'Afrique de l'Ouest : un pays anglophone, le Ghana, et trois pays francophones, le Sénégal, le Mali et le Burkina Faso. Elle mesure ensuite l'effet inhibiteur de la contraception sur la fécondité dans les différentes catégories de population de chacun des pays. Cette étude se place ainsi résolument dans une optique comparative : d'une part une comparaison entre quatre États d'Afrique de l'Ouest, d'autre part une comparaison, pour les quatre pays étudiés, de situations saisies à des moments différents sur une

période de temps suffisamment longue grâce aux enquêtes démographiques et de santé qui se sont succédé depuis les années 1980.

Dans le sixième chapitre de l'ouvrage, Clémentine Rossier pose la question du recours croissant à l'avortement dans les premières phases des transitions de la fécondité en Afrique. En effet, si les besoins de maîtrise de la fécondité augmentent avec la volonté de limiter sa descendance, il est nécessaire de se demander pourquoi d'autres modes de régulation des naissances (abstinence, contraception moderne ou naturelle) ne sont pas choisis en priorité. Dans son analyse, elle discute ainsi des évolutions dans les choix des femmes entre ces trois modes de régulation des naissances possibles, en s'attachant tout particulièrement à l'évolution des pratiques d'abstinence prémaritale et post-partum, en rapport avec l'évolution actuelle des comportements matrimoniaux.

Modes de régulation de la fécondité et articulation des différentes pratiques

La seconde partie de l'ouvrage a pour objectif de nous permettre de mieux cerner les modes de régulation de la fécondité saisis dans leur globalité, en distinguant les différents éléments qui les composent. Les études nationales qui sont menées dans ce cadre visent chacune à mettre en évidence un phénomène particulier qui intervient sur le niveau de la fécondité et sur la manière dont celle-ci est régulée : rôle de la pauvreté, effets de l'urbanisation et de l'instruction, impact des différences régionales et sociales.

Diversité régionale dans une Tunisie au terme de sa transition démographique

Dans le septième chapitre de l'ouvrage, Bénédicte Gastineau nous décrit l'expérience de la Tunisie, qui est en passe d'achever une transition démographique qui aura été rapide. En l'espace de quarante ans seulement, la Tunisie est en effet passée d'une fécondité naturelle à une fécondité comparable à celle

des pays les plus développés, avec un indice synthétique de fécondité proche de 2,1 enfants par femme depuis l'an 2000. Les changements démographiques s'y sont produits dans un contexte de développement social et économique caractérisé par l'ouverture à l'économie de marché, une politique de population et un programme de planification familiale particulièrement novateurs accompagnés de réformes juridiques très favorables au statut de la femme. Aussi, dans son analyse, l'auteur examine tout d'abord le schéma de la transition démographique en Tunisie pour ensuite porter son attention sur les principaux facteurs dont dépend la fécondité : changements de la nuptialité, évolution des pratiques de contraception et de l'allaitement. Enfin, elle détaille, au-delà des tendances nationales, les différents modèles régionaux de la transition démographique tunisienne, partagés entre les évolutions liées aux facteurs de modernisation et les tendances dépendantes des contextes de pauvreté.

*Différenciations sociales des comportements de
régulation de la fécondité au Maroc*

Si la baisse de la fécondité au Maroc fut moins mise en exergue dans la littérature relative à la démographie et aux politiques de population, que le processus de transition qui s'est développé en Tunisie, cette évolution marocaine mérite également l'attention. En effet, en ce début de XXI^e siècle, la fécondité marocaine dépasse à peine le seuil de remplacement des générations, qui n'est même pas atteint dans certains groupes de population, et la contraception est aussi répandue qu'en Tunisie. De tels résultats justifient l'analyse de ce processus de baisse de la fécondité, menée dans le huitième chapitre de l'ouvrage par Abdel-Ilah Yaakoubd et Patrice Vimard. Les auteurs examinent tout d'abord la transition de la fécondité au Maroc, eu égard aux différences socio-économiques et au contexte régional, puis ils étudient les transformations majeures des mécanismes de régulation qui constituent le fondement de cette transition : recul de l'âge au premier mariage et croissance de la pratique contraceptive. Ils mettent enfin en évidence les différenciations entre les catégories sociales

qui composent la société marocaine au regard de ces différents phénomènes de reproduction démographique.

Effets de l'urbanisation et de l'instruction sur les comportements reproductifs au Togo

La modernisation et son principal corollaire, la croissance des populations urbaines et instruites, expliquent en grande partie les progrès de l'utilisation de la contraception moderne et la baisse rapide de la fécondité observée dans différents pays en développement. Mais ce cadre explicatif peut-il être généralisé à tous les pays ? C'est à cette question que s'attachent à répondre Kokou Vignikin, Dodji Gbetoglo et Vissého Adjiwanou, en s'intéressant au Togo. Le profil de transition de la fécondité de ce pays se révèle en effet relativement atypique, avec l'amorce d'une baisse de la fécondité, de manière très sensible en milieu urbain et beaucoup moins affirmée en zones rurales, alors que la progression de la prévalence contraceptive demeure très faible. Dans ce neuvième chapitre de l'ouvrage, les auteurs analysent la relation existante entre les facteurs associés à la modernisation et la pratique contraceptive. Après avoir présenté les données et leur démarche méthodologique, ils examinent l'évolution de la fécondité et du recours aux différents modes de régulation des naissances au cours des quarante dernières années. Enfin, ils mesurent l'intensité et le sens de l'effet exercé par les facteurs de modernité, notamment le niveau d'instruction de la femme et sa durée de résidence en milieu urbain, sur la pratique contraceptive.

Le rôle de la pauvreté dans les distinctions en matière de régulation de la fécondité au Cameroun

Si la modernisation est considérée comme un facteur de transition de la fécondité, on peut estimer à l'inverse que la pauvreté, si manifeste sur le continent africain, peut être associée à une forte fécondité tout en étant un frein

important aux changements des comportements de procréation. Dans cette optique, Samuel Nouetagni examine, à partir de la situation camerounaise, dans quelle mesure la pauvreté tend à compromettre la transition démographique et notamment la baisse de la fécondité. Son objectif, dans ce dixième chapitre de l'ouvrage, est de mettre en évidence les effets du niveau de vie sur les différentes variables intermédiaires de la fécondité afin de mieux comprendre la variabilité des mécanismes d'inhibition de la fécondité dans les différentes classes de niveau de vie. Pour cela, il examine tout d'abord la relation pauvreté - contraception à l'échelle de l'ensemble du Cameroun, avant d'analyser la relation entre le niveau de vie et l'ensemble des modes de régulation de la fécondité (nuptialité, contraception, infécondabilité post-partum et enfin avortement) à l'échelle de Douala et de Yaoundé, les deux plus grandes villes du Cameroun.

À travers cette dizaine de chapitres, ici succinctement présentée et que l'on trouvera dans les pages suivantes, l'ouvrage souhaite dresser un état des lieux des principales évolutions et différenciations des modes de régulation de la fécondité en Afrique au tournant du XXI^e siècle. Ces textes permettent de circonscrire, comme souhaite le faire le chapitre de conclusion, un premier bilan, certes partiel, des connaissances en la matière et d'ouvrir de nouvelles questions de recherche dans un domaine qui est appelé à se transformer dans les années à venir, même si cette transformation se révèle plus ou moins rapide et profonde selon les pays et les groupes de population.

Au terme de cette introduction, nous souhaiterions remercier, tout d'abord, les auteurs qui ont accepté de rédiger des articles stimulants sur les transformations des conditions et des modalités de la régulation de la procréation en Afrique, articles qui mobilisent notre réflexion sur la complexité des transformations du système de reproduction démographique, entre évolutions des normes sociales et institutionnelles et changements des aspirations individuelles. Nous tenons également à remercier chaleureusement tous les discutants de la Conférence virtuelle : Clotilde Binet, Soukeinatou Fall, Baya Banza et Christine Tichit, qui ont bien voulu apporter leur aide si précieuse à la réussite de ce travail, ainsi qu'à Agnès Adjamagbo, Armelle Andro, Hermann Brou,

Annabel Desgrées du Loû et Véronique Hertrich qui ont activement contribué aux discussions lors de la conférence. Nos remerciements s'adressent également à Valérie Delaunay, responsable de l'équipe Population-Santé du LPED, qui a participé à l'organisation de la conférence et nous a apporté son appui tout au long de la réalisation de cet ouvrage, ainsi qu'à Patrick Livenais et Richard Lalou, directeurs successifs du Laboratoire, pour leur soutien constant lors de notre travail d'édition. Enfin nous ne saurions clore cette introduction sans exprimer notre gratitude à Armelle Domenach qui s'est occupée avec beaucoup de compétence et de soin de l'édition finale des différents textes de cet ouvrage.



PREMIÈRE PARTIE

L'évolution des contextes et des composantes
de la régulation de la fécondité

*Les politiques de santé de la reproduction en Afrique
depuis la conférence du Caire : quelles implications
pour la régulation de la fécondité ?*

GERVAIS BENINGUISSÉ

La Conférence internationale pour la population et le développement du Caire (C.I.P.D.) en 1994 a été l'occasion d'un triple consensus en faveur de la santé de la reproduction (S. R.). D'abord le concept, qui à l'origine concernait essentiellement le couple mère – enfant, s'est élargi pour prendre en compte toutes les étapes de la vie (naissances, adolescence, procréation, ménopause) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ensuite l'accès aux soins de santé de la reproduction a été reconnu comme faisant partie des droits fondamentaux de la personne. Enfin, la conférence a été l'occasion d'une prise de conscience sur la nécessité d'un engagement politique des États en faveur de la mise en place d'un cadre institutionnel favorable aux préoccupations associées à la santé de la reproduction définies lors de la C.I.P.D. L'intégration de la planification familiale dans les services de santé de la reproduction faisait partie des composantes d'un tel cadre institutionnel. La conférence de Beijing sur les femmes, tenue en 1995, réaffirmait le droit des femmes à l'accès aux services de santé de la reproduction, confortant ainsi les acquis de la C.I.P.D.

En 2000, les États membres des Nations unies, en vue de lutter contre la pauvreté, convenaient de huit Objectifs du millénaire pour le développement (O.M.D.) à atteindre d'ici 2015 dont trois sont directement liés à la santé de la reproduction sans toutefois inclure la planification familiale qui est pourtant

l'un des moyens importants permettant de les réaliser. Alors que les O.M.D. sont désormais considérés comme le cadre stratégique de référence pour les politiques et les programmes de développement, leur articulation avec le plan d'action du Caire suscite des interrogations.

Onze ans après, quel bilan peut-on tirer de la mise en œuvre des recommandations de la C.I.P.D. ? Le présent chapitre apporte quelques éléments de réponse en faisant le point des politiques de santé de la reproduction mises en œuvre en Afrique depuis la C.I.P.D. et en dégagant les implications pour la régulation de la fécondité. Dans la première partie de ce chapitre, nous rappellerons le consensus de la C.I.P.D. sur les politiques et composantes de la S. R. et dégagerons leurs implications en termes de changements à opérer en faveur de la régulation de la fécondité. Dans la deuxième partie, nous relèverons les contraintes que font peser les O.M.D. dans la mise en œuvre du plan d'action du Caire en matière de santé de la reproduction en général et de régulation de la fécondité en particulier. Enfin, dans la troisième partie, nous examinerons les changements effectués à la lumière du consensus de la C.I.P.D.

Le consensus du Caire et ses implications en matière de régulation de la fécondité

La C.I.P.D. du Caire fut l'occasion d'un consensus sans précédent entre les États sur la manière d'influer sur le bien-être des populations par les politiques démographiques. Alors que les conférences de Bucarest (1974) et de Mexico (1984) préconisaient avant tout le contrôle de la croissance démographique dans les pays en développement par l'entremise de la planification familiale, la C.I.P.D. recommandait son élargissement dans le cadre plus global de la S. R. en tant que droit humain.

Dans le plan d'action du Caire, la S. R. est définie comme étant le : « bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc

qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'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 » (U.N.F.P.A., 2004a).

La santé de la reproduction, qui va au-delà du couple mère – enfant pour prendre en compte toutes les étapes de la vie (naissances, adolescence, procréation, ménopause) des hommes et des femmes, recouvre les composantes suivantes :

- la santé maternelle et infantile ;
- l'accès à la planification familiale ;
- la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et le VIH-sida ;
- la lutte contre l'infécondité, l'infertilité et les dysfonctionnements sexuels ;
- la lutte contre les pratiques néfastes (mutilations génitales féminines, violences sexuelles et domestiques, mariage précoce, etc.) ;
- la santé de l'adolescent ;
- la lutte contre les cancers génitaux et mammaires ;
- la prise en charge de la santé reproductive des personnes âgées (traitement de la ménopause et de l'andropause, dépistage des cancers, etc.).

Une vision holistique de la bonne santé des populations

Le consensus du Caire a également quelques implications en matière de régulation de la fécondité. La définition de la santé de la reproduction issue

du plan d'action du Caire repose en effet sur le principe que les services de santé de la reproduction sont censés améliorer les droits de la personne, notamment le « droit de décider de manière libre et responsable » du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, et le droit « à une vie sexuelle satisfaisante et sans danger ». Il s'agit d'une vision holistique qui dépasse la vision classique de la santé basée sur la prévention de la maladie et de la mort. L'intégration des services de planification familiale dans le cadre plus global des services de S. R. participe de cette approche holistique recommandée par le plan d'action du Caire.

La mise en place d'un cadre juridico-législatif garantissant les droits en matière de reproduction

La C.I.P.D. de 1994 a fait émerger le concept de droits en matière de reproduction. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur celui de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. La promotion et la protection des droits reproductifs nécessitent l'adoption d'une politique explicite en matière de santé de la reproduction et des changements législatifs et institutionnels. Cette politique en matière de santé de la reproduction peut être intégrée à la politique de population ou faire l'objet d'une déclaration spécifique.

Les changements législatifs supposent l'adoption des lois visant à garantir le droit à l'autodétermination en matière de procréation, à élargir l'accès universel aux soins en matière de S. R., à assurer et à réprimer la violence, la

coercition et la discrimination. Ils supposent également l'abrogation des lois discriminatoires ou celles interdisant la publicité et l'accès à la contraception. Les changements législatifs devraient également intégrer le compromis du Caire sur l'avortement. Bien qu'excluant l'avortement comme moyen de planification familiale, le compromis du Caire reconnaissait l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses comme une préoccupation majeure de santé publique et, par conséquent, soutenait l'accès aux soins de qualité pour les femmes qui y ont recours (U.N.F.P.A., 2004a). Il préconisait aussi l'amélioration de l'accès à la planification familiale comme moyen de prévention de l'avortement.

Un soutien accru aux programmes de planification familiale

Le consensus de la C.I.P.D. invitait les pays à apporter un soutien politique et en ressources direct aux programmes de planification familiale. Le soutien politique suppose une volonté gouvernementale de promouvoir l'accès à la contraception tandis que le soutien en ressources suppose la mise en place des moyens financiers, des installations, du personnel et des produits contraceptifs.

La promotion de l'accès et la qualité des soins et services

Le consensus du Caire recommandait une amélioration de la qualité des soins de manière à mieux répondre aux besoins et désirs des patients. Cette amélioration suppose l'élargissement de la gamme de services, la fourniture des produits et équipements adéquats, le perfectionnement des compétences médicales et sanitaires. En matière de planification familiale, cette amélioration suppose un choix plus large des méthodes contraceptives et de l'information complète et exacte sur leurs effets (y compris les effets secondaires). La C.I.P.D. a également recommandé la participation des populations aux activités de planification, d'exécution et de suivi des programmes de S. R.

Le Plan d'action du Caire et les O.M.D. : quels liens ?

Alors que la mise en œuvre du plan d'action du Caire constituait une préoccupation majeure de la communauté internationale, les États membres des Nations unies se sont engagés, en l'an 2000, à réaliser de façon prioritaire à l'horizon 2015 huit Objectifs du millénaire pour le développement, en vue de mieux lutter contre la pauvreté. Bien qu'il soit acquis que l'éradication de la pauvreté ne peut se faire dans un contexte où les problèmes de santé de la reproduction ne sont pas résolus, force est de constater que les O.M.D. ne leur accordent pas toute l'importance requise. Les O.M.D. ne font pas explicitement mention à la notion de santé de la reproduction, même si trois objectifs y sont directement liés (objectifs 4, 5 et 6) : la réduction de la mortalité infantile ; l'amélioration de la santé maternelle ; le combat contre le VIH-sida, le paludisme et les autres maladies. Bien que la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes y figure explicitement en tant que droit de la personne (objectif 3), ce dernier ne concerne guère la santé de la reproduction, l'exclusivité ayant plutôt été accordée à l'éducation et à l'emploi. Pourtant, on sait aujourd'hui que l'atteinte des O.M.D. est directement ou indirectement liée à l'amélioration de la S. R. (Singh *et al.*, 2004 ; Crossette, 2005), la plupart des maux et des dimensions de la pauvreté, visés par les Objectifs du millénaire, pouvant être en partie liés à une fécondité non désirée et une forte croissance démographique, notamment en Afrique subsaharienne (tableau 1).

Au moment où les O.M.D. constituent la priorité des États et bénéficient de l'essentiel des ressources, parce qu'ils sont désormais considérés comme plateforme de référence pour les programmes de lutte contre la pauvreté, on peut craindre que leur réalisation soit hypothéquée par la suspension ou le ralentissement de la mise en œuvre du plan d'action du Caire, notamment en ce qui concerne la régulation de la fécondité et la croissance démographique. L'examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre du consensus de la C.I.P.D. doit nécessairement tenir compte de cette nouvelle donne où l'articulation

Tableau 1. Impact de l'amélioration de la S. R. sur la réalisation des O.M.D.

Type d'amélioration ou de changement	O.M.D.	Type d'effet	Mécanisme-Résultat
Baisse de la fécondité et de la croissance démographique résultant de la pratique contraceptive.	Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim.	Indirect	La baisse de la fécondité due à la contraception entraîne une baisse de la taille des ménages qui permet à son tour d'investir plus dans la santé et la nutrition des autres membres.
	Assurer l'éducation primaire pour tous.	Indirect	La baisse de la fécondité due à la contraception permet d'investir plus dans l'éducation des enfants. La contraception permet d'éviter les grossesses non désirées sources de déscolarisation des filles.
	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.	Direct	La planification familiale permet à la femme de mieux contrôler sa fécondité et lui offre plus d'opportunités de travail, de scolarisation et de participation sociale hors du ménage.
	Réduire la mortalité infantile.	Direct	L'espacement des naissances augmente les chances de survie des enfants.
	Assurer un environnement durable.	Direct	La baisse de la croissance démographique limite la pression sur les ressources.
L'accès aux soins maternels (planification familiale, soins prénatals et obstétricaux).	Améliorer la santé maternelle	Direct	La prévention des grossesses non désirées, l'accès aux soins prénatals et obstétricaux permet d'éviter une part relativement importante des décès maternels.
Prévention et prise en charge des IST.	Combattre le VIH-sida, le paludisme et les autres maladies.	Direct	La prévention et le traitement permettent de réduire l'incidence, la transmission et la létalité du VIH-sida, du paludisme et des autres maladies.
Améliorer l'accessibilité financière aux contraceptifs et aux médicaments contre le sida.	Développer un partenariat mondial pour le développement.	Direct	Un partenariat à l'échelle mondiale peut permettre d'améliorer la performance des programmes de S. R.

entre le plan d'action du Caire et les O.M.D. est en question, particulièrement en ce qui concerne la santé de la reproduction.

Les changements dans les politiques de la santé de la reproduction depuis le consensus du Caire et les défis à relever

L'examen des changements dans les politiques de santé de la reproduction réalisé ici est principalement basé sur les résultats de l'enquête mondiale menée par le Fnuap en 2003 auprès des États et des partenaires au développement dans le but d'évaluer les progrès réalisés et les contraintes encourues dans la mise en œuvre du plan d'action du Caire (U.N.F.P.A., 2004a). Seuls les résultats qui concernent l'Afrique seront présentés.

L'intégration de la régulation de la fécondité aux services de santé de la reproduction : seule la planification familiale est en bonne voie

D'après les résultats de l'enquête mondiale menée par le Fnuap, l'intégration de la planification dans le cadre des services de santé primaire incluant la S. R. est quasiment acquise dans la plupart des pays d'Afrique (U.N.F.P.A., 2004a). À l'exception de l'Érythrée, tous les pays d'Afrique subsaharienne ont ainsi pu intégrer au moins le paquet minimum de services de S. R. que sont la planification familiale, les services de santé materno-infantile et la prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH-sida. Le retard de l'Érythrée s'explique par le fait que ce pays est encore dans un processus d'implantation des services de santé primaire, tout en reconnaissant néanmoins l'importance d'y inclure la S. R. La lutte contre l'infécondité qui participe de la régulation des naissances est peu prise en compte dans les services intégrés de S. R. Il en est de même des autres composantes telles que la lutte contre les dysfonctionnements sexuels, les cancers génitaux et mammaires, les pratiques néfastes à l'égard des femmes (mutilations génitales, violences sexuelle

et domestique), la prise en charge de la S. R. spécifique des adolescents et des personnes âgées.

Il convient de souligner que l'intégration de la planification familiale dans le cadre des services de santé primaire s'est fréquemment limitée à une simple adjonction (Gautier et Ferry, 2004). Cette situation est en partie attribuable à l'approche verticale qui a longtemps caractérisé les programmes de santé et qui, par l'habitude du cloisonnement, est de nature à favoriser les résistances à l'intégration. Le défi à relever est de parvenir à un système d'interactions entre les services de planification familiale et les autres services de santé primaire ou de santé de la reproduction. Dans quelques pays africains, cette préoccupation est prise en compte dans le cadre des réformes structurelles du système de santé visant l'intégration et la décentralisation des services de manière à accroître l'efficacité, l'accessibilité et la qualité. En effet, plus de deux tiers de pays d'Afrique ont ainsi pu intégrer la S. R. dans leurs réformes du système de santé (U.N.F.P.A., 2004a). Un repositionnement de la régulation des naissances (planification familiale et lutte contre l'infécondité) dans le cadre des services intégrés de S. R. est nécessaire pour renforcer les chances de réalisation des O.M.D. qui sont sous contraintes des niveaux de fécondité et de croissance démographique. Nous y reviendrons plus loin dans le paragraphe consacré au soutien des programmes de S. R.

*Le cadre juridico-législatif en santé de la reproduction :
les efforts accomplis et ceux qui restent à faire*

Sur le plan politique, les composantes de la S. R. définies par le plan d'action du Caire ont, dans la plupart des pays, été prises en compte soit dans le cadre d'une révision des politiques de population en vigueur, soit par l'adoption d'une politique explicite en matière de santé de la reproduction, soit encore dans le cadre des plans d'action sanitaire.

Sur le plan juridico-législatif, d'importantes lois ont été adoptées depuis la C.I.P.D. afin d'élargir l'accès universel aux soins de S. R. et de garantir que les

femmes et les adolescentes ne soient pas exclues de l'école ou de l'emploi et n'y fassent pas l'objet de discrimination (U.N.F.P.A., 2004a).

Dans certains pays, comme le Tchad, le Gabon et la Centrafrique, la loi française du 31 juillet 1920, interdisant la propagande et la vente des contraceptifs, a été abrogée ou révisée, même si ses dispositions prohibant l'avortement sont maintenues ou remplacées par des lois équivalentes (Beninguisse, 2002). Cette abrogation ou révision s'est faite au profit des lois autorisant et libéralisant la propagande et la vente des contraceptifs. Par contre, la loi de 1920 est encore d'actualité au Congo-Brazzaville et en Centrafrique, même si son application est loin d'être rigoureuse, tandis qu'elle n'a pas encore été formellement abrogée au Cameroun. Des dispositions législatives limitent encore l'accès à la contraception dans certains pays. Au Cameroun, par exemple, seules les officines pharmaceutiques sont autorisées à vendre, sur ordonnance, les médicaments et produits contraceptifs (loi n° 80/10 du 14 juillet 1980) et ne peuvent faire la propagande anticonceptionnelle (loi n° 90/035 du 10 août 1990). Dans ce même pays, la stérilisation n'est accessible qu'aux femmes ayant au moins 35 ans et 5 enfants et avec l'autorisation du conjoint. L'autorisation du conjoint pour accéder à une méthode contraceptive est encore loin d'être légalement proscrite. Là où les textes ne l'exigent pas, comme en Côte d'Ivoire, le personnel de santé sollicite l'autorisation du conjoint dans les faits (Gautier, 2000).

Le contexte législatif de l'avortement est encore prohibitif. À l'exception du Cap Vert et de l'Afrique du Sud, où l'avortement est légalement autorisé sur demande, tous les pays africains au sud du Sahara incriminent et répriment pénalement l'avortement, tout comme l'incitation à l'avortement par la vente, la distribution de matériel abortif ou par les écrits. L'avortement thérapeutique visant à préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant constitue la principale exception prévue par les codes. Très rarement, comme dans le cas du Cameroun, l'avortement ne constitue pas une infraction lorsque la grossesse résulte d'un viol ou de l'inceste pour autant que le ministère public atteste la matérialité des faits. Toutefois, et conformément au consensus du Caire, dans la plupart des pays africains, les professionnels de santé ont été sensibilisés et

formés sur la prise en charge des complications d'avortements et sur la nécessité d'une prévention par la planification familiale (U.N.F.P.A., 2004b). À titre d'exemple, l'Éthiopie dispose désormais d'un guide national de prise en charge de l'avortement tandis que le Botswana a introduit la planification familiale dans le paquet de soins post-avortement (« Post-abortion »).

Le principal défi serait d'adapter, en conformité avec le consensus du Caire, l'environnement juridico-législatif à la réalité des faits caractérisée par l'importance des problèmes de S. R. et la mise en œuvre des programmes de lutte : niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile élevés, faible accès aux soins materno-infantiles, faible recours à la contraception, importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, fréquence des avortements clandestins, importance de l'infécondité, forte vitesse de propagation du VIH-sida, précocité du mariage et de la procréation, fréquence des mutilations génitales féminines et des violences sexuelles et domestiques.

En matière de pratiques néfastes à l'égard des femmes (mutilations génitales, violences sexuelles et domestiques), l'adoption de nouvelles lois répressives et l'abrogation des lois permissives, telles que « le droit de correction du mari à l'égard de sa femme » au Cameroun, sont nécessaires.

En matière de planification familiale, il est nécessaire d'abroger les lois qui restreignent l'accès aux services de planification (par exemple la nécessité d'obtenir l'approbation du conjoint, celle d'avoir au moins 35 ans et 5 enfants pour accéder à la stérilisation, etc.) et celles qui interdisent ou limitent la publicité et la vente des contraceptifs. Cette abrogation doit se faire au profit des nouvelles lois garantissant le droit d'accès libre et inconditionnel et réprimant les obstructions ou atteintes à ce droit.

En matière d'avortement, le recours à la contraception d'urgence qui a actuellement cours dans quelques pays africains nécessite d'être vulgarisé comme moyen de prévention des avortements à risques.

Le soutien aux programmes de S. R. : des discours en faveur de la régulation de la fécondité aux financements prioritaires en direction du VIH-sida

Le soutien politique est de plus en plus acquis à la planification familiale à la faveur de l'adoption par les gouvernements d'objectifs malthusiens. D'après les enquêtes régulières de la Division de la population des Nations unies, les positions gouvernementales des États africains vis-à-vis de leur démographie sont globalement passées du pronatalisme en 1976 à l'antinatalisme en 2003 (Nations unies, 2003). La proportion des pays qui soutiennent directement l'accès à la contraception est passée de 50 % en 1976 à 87 % en 2003. Cette tendance est exactement la même pour la proportion des pays déclarant mener une politique nataliste parmi ceux qui soutiennent directement l'accès à la contraception, ce qui confirme l'objectif antinataliste des politiques (Gautier, 2000). Mais trois pays (Gabon, Guinée Équatoriale et Libye) n'apportent actuellement aucun soutien à la contraception tandis que trois pays (Cameroun, Centrafrique, Sierra Leone) ne se limitent qu'à un soutien indirect.

En dépit des contextes législatifs prohibitifs, les avortements sont légions mais les programmes accordent peu de financement à leur prévention. L'infécondité, qui constitue encore un important problème de santé de la reproduction, particulièrement en Afrique centrale, ne bénéficie pas non plus de l'attention requise des financements.

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH-sida, canalise l'essentiel des financements au détriment des programmes de régulation des naissances en général et de la planification familiale en particulier. C'est en vue de changer cette situation que l'USAID soutient depuis 2001 une initiative visant à repositionner la planification familiale en Afrique subsaharienne en tant que composante cruciale de la santé de la reproduction dans les agendas nationaux et chez les bailleurs de fonds internationaux (USAID, 2005). L'importance croissante des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans le continent milite en faveur de ce repositionnement.

Si le repositionnement de la planification familiale est nécessaire, on peut estimer que celui-ci ne devrait pas se faire au détriment des programmes de VIH-sida au risque de perdre les acquis en matière de santé de la reproduction, ceci pour les raisons suivantes : (i) les besoins actuels en matière de planification familiale sont en grande partie des besoins d'espacement (environ 70 %) ; (ii) les programmes de VIH-sida y répondent essentiellement (à travers la promotion de l'utilisation du condom) et l'augmentation de la prévalence contraceptive leur est due en grande partie¹ ; (iii) les niveaux actuels de prévalence contraceptive n'auraient pas été atteints en l'absence des programmes de VIH-sida. Autrement dit, les programmes de planification familiale devraient se réjouir de l'augmentation de l'utilisation des préservatifs dans la mesure où elle répond à un besoin majoritairement exprimé par les populations africaines, celui de l'espacement.

D'après les résultats de l'enquête mondiale sur la mise en œuvre du plan d'action du Caire, l'insuffisance des moyens financiers est la principale contrainte avancée par les États à la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction (U.N.F.P.A., 2004a). Les progrès enregistrés dans le soutien en ressources aux programmes de S. R. ont surtout porté sur le renforcement des compétences du personnel médico-sanitaire (recyclage et recrutement de nouveaux agents). La rénovation et la construction des infrastructures sanitaires ont rarement été observées, sauf par exemple au Botswana où 90 % de la population habite désormais dans un rayon de 15 km des services de santé.

Au-delà des contraintes matérielles mises en avant par les États, le manque de coordination des interventions en S. R. de différents acteurs (État, société civile, etc.), la faible prise en compte des spécificités culturelles rattachées à la régulation des naissances, le manque de rationalisation des investissements de promotion de la planification familiale à travers les projets pilotes (cas des projets de distribution à base communautaire par exemple) et le manque de suivi et d'évaluation des interventions sont également en cause.

1. Les condoms occupent une place prépondérante parmi les méthodes de contraception utilisées.

L'accès et la qualité des services de S. R. : un bilan mitigé

Des progrès réels ont été accomplis dans l'accès et la qualité des services. La plupart des pays ont ainsi élargi la gamme de contraceptifs et on a vu l'émergence du préservatif féminin et de la contraception d'urgence. Le préservatif féminin est désormais disponible dans environ deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne mais son utilisation est encore faible, probablement pour des raisons financières et culturelles. La contraception d'urgence (la pilule du lendemain) est disponible dans quelques pays africains mais essentiellement en milieu urbain. En conséquence, la prévalence contraceptive moderne chez les femmes de 15-49 ans augmente chaque année de 1 à 2 % selon les pays (U.N.F.P.A., 2004b). Elle atteint actuellement les 20 %, avec cependant d'importantes disparités régionales : 51 % en Afrique australe, 42 % en Afrique du Nord, 8 % en Afrique de l'Ouest et 5 % en Afrique centrale. Les résultats d'enquêtes démographiques et de santé révèlent toutefois que l'augmentation observée est très souvent due à une utilisation plus intense du préservatif, sans doute sous l'effet des programmes de prévention du VIH-sida, comme on l'a écrit précédemment. On note également l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : la proportion des femmes mariées exprimant un besoin d'espacement ou de limitation de naissances et n'utilisant aucune méthode contraceptive est respectivement de 24 % en Afrique subsaharienne et de 18 % en Afrique du Nord. En outre, l'information sur les méthodes de contraception est très fortement lacunaire puisque plus de 50 % des femmes sont incapables de citer au moins les sept méthodes conventionnelles : le préservatif, la pilule, les injections, le stérilet, le diaphragme, la vasectomie et la ligature. On rapporte également qu'en général les femmes ne sont pas informées des effets secondaires des méthodes utilisées et sur la conduite à tenir lorsqu'ils se produisent (Gautier et Ferry, 2004).

Les résultats de l'enquête mondiale menée par le Fnuap révèlent que près de 70 % de pays d'Afrique subsaharienne ont mis en place, avec une assistance technique extérieure, des dispositifs d'assurance et de contrôle de la qualité des

contraceptifs (U.N.F.P.A., 2004a). On note de plus en plus l'implication des populations dans les programmes de santé de la reproduction sous diverses formes : les adolescents et les professionnelles du sexe comme pairs éducateurs dans les programmes d'I.E.C., les guérisseurs traditionnels comme personnes ressources dans la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction.

Conclusion

Depuis la C.I.P.D. de 1994, le paysage africain en matière de politiques démographiques est résolument néomalthusien avec un renforcement du soutien direct à la planification familiale. L'intégration de cette composante de santé de la reproduction est en bonne voie malgré les difficultés d'un contexte marqué par les réformes du système de santé et la morosité économique.

La planification familiale fait désormais partie du paquet minimum de services de S. R. aux côtés des services de santé materno-infantile et de la prévention des infections sexuellement transmissibles. Mais le soutien financier en faveur de la planification familiale stagne ou est en baisse au profit des programmes de VIH-sida. Si un repositionnement de la planification familiale dans la structure des priorités de financement est nécessaire, il serait regrettable que celui-ci se fasse au détriment des programmes de VIH-sida au regard de l'importante croissance de cette pandémie. D'importants changements législatifs ont été opérés mais beaucoup reste à faire pour adapter l'environnement juridico-législatif à la réalité des faits caractérisée par la gravité des problèmes de santé de la reproduction et la mise en œuvre des programmes de lutte. Certaines dispositions juridiques restreignent encore l'accès universel aux services de planification familiale. Bien que des progrès aient été accomplis pour élargir la gamme des méthodes de contraception disponibles, l'information demeure fortement lacunaire sur les choix et leurs effets secondaires. Face à l'insuffisance des ressources, conséquence de la morosité économique actuelle, et aux contraintes immatérielles (manque de coordination des interventions de différents acteurs, non prise en compte des spécificités culturelles, absence de suivi et d'évaluation

des interventions, etc.), il est à craindre que les programmes de planification, même bien intégrés dans le cadre des services de santé de la reproduction, ne puissent pas répondre efficacement à l'importance grandissante des besoins non satisfaits en matière de régulation de la fécondité.

Références bibliographiques

- BENINGUISSÉ G., 2002, « Les cadres institutionnels des programmes et modes de régulation de la fécondité en Afrique. Des énoncés politiques et stratégiques à la réalité des faits », in Guillaume A., Desgrées du Loué A., Zanou B. et Koffi N. (éd.), *La santé de la reproduction en Afrique*, FNUAP-I.R.D.- ENSEA, pp. 17-52.
- CROSSETTE B., 2005, « Reproductive Health and the Millennium Development Goals : The Missing Link », *Studies in Family Planning*, vol. 36, n° 1, pp. 71-79.
- GAUTIER A. ET FERRY B., 2004, « Santé et droits de la reproduction. Les pays du Sud, dix ans après la conférence du Caire », *Population et Développement*. « Le Caire + 10 ». *La situation des pays du Sud. Synthèse des contributions*, CEPED, Paris, pp. 6-16.
- GAUTIER A., 2000, « Introduction », in Gautier A. (éd.), *Les politiques de planification. Cinq expériences nationales*, CEPED, Paris, pp. 1-24.
- SINGH S., DARROCH J., VLASSOFF M. et NADEAU J. 2004, *Adding It Up : The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, The Alan Guttmacher Institute (AGI) and United Nations Population Fund (FNUAP), New York.
- U.N.F.P.A., 2004a, *État de la population mondiale 2004. Le consensus de Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, New York, 115 p.
- U.N.F.P.A., 2004b, *Investing in People : National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*, New York, New York, 147 p.
- UNITED NATIONS, 2003, *World Population Policies 2003*. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2003/WPP2003%20web/Countries/WPP2003%20Frame.htm>.
- USAID, 2005, *Repositioning Family Planning in Sub-saharan Africa. Operational plan*, 10 p.

Offre et demande de planification familiale en Afrique subsaharienne

AMOAKON ANOH

La littérature sur la planification familiale est abondante. Elle s'est développée en restant fortement tributaire de la controverse sur la meilleure approche pour accélérer le déclin de la fécondité dans le tiers-monde. Celle-ci a d'abord opposé deux écoles de pensée. D'un côté, l'école de la motivation reproductive qui soutient que le développement économique et le progrès social sont à la base du changement des attitudes et conduites en matière de procréation et que les programmes organisés de planification familiale ne jouent qu'un rôle secondaire. De l'autre côté, l'approche de la technologie contraceptive qui défend l'idée selon laquelle une réduction rapide de la fécondité peut être obtenue par les programmes de planification familiale indépendamment d'un changement préalable des structures socio-économiques, ces programmes de planification familiale permettant de faire face à une demande de régulation des naissances déjà existante (Demeny, 1992).

Les recherches soutenant l'approche de la technologie contraceptive se sont multipliées avec l'appui de certains organismes de coopération bilatérale et multilatérale, comme l'Agence des États-Unis pour le développement international (U.S.A.I.D.), le Fonds des Nations unies pour la population (U.N.F.P.A.) et le *Population Council*. Ainsi, on compte de nombreuses recherches sur les performances des programmes (Srikantan *et al.*, 1992) et sur l'évaluation des programmes ou les recherches opérationnelles (Demeny, 1992). Parallèlement,

de nombreuses études, consacrées à la demande et aux besoins non satisfaits de planification familiale, ont été effectuées à partir des données des enquêtes mondiales sur la fécondité et des enquêtes démographiques et de santé ; études au terme desquelles les positions demeurent tranchées.

D'autres auteurs affirment que les deux positions sont réductrices et qu'en fin de compte les politiques de population et celles de développement économique et social sont essentielles et complémentaires (Bongaarts, 1993). Par ailleurs, Maria Cozio-Zavala (2000) a mis en évidence, à partir du cas des pays d'Amérique Latine, une transition de la fécondité engendrée par des conditions de vie précaires et une offre très abondante de moyens contraceptifs accessibles à toutes les couches de la population, même les plus marginalisées ; expérience qui peut être rapprochée de l'approche de la technologie contraceptive.

Nonobstant cette divergence dans les résultats des études scientifiques, un consensus a été dégagé à la Conférence internationale sur la population et le développement (C.I.P.D.), tenue au Caire en 1994, sur l'importance de l'accès des femmes aux services de planification familiale. Fort de ce consensus international, les derniers pays du tiers-monde demeurés jusqu'à cette époque réticents ont adopté des politiques et programmes de population.

L'objectif de ce chapitre est de retracer l'évolution de l'offre et de la demande de planification familiale en Afrique subsaharienne, région longtemps considérée comme une poche de résistance à la baisse de la fécondité et comme celle où la mortalité est la plus élevée et les conditions de santé les plus précaires (Schoumaker *et al.*, 2004 ; Tabutin et Schoumaker, 2004). L'analyse se fonde sur la documentation écrite disponible sur ce sujet. En vue de mettre en lumière la grande variété de situations, on examinera les trois espaces anglophone, francophone et lusophone. Ainsi, 23 pays ayant en partage la langue française, 19 pays anglophones et 5 pays lusophones seront considérés. On postule ce faisant que l'appartenance à ces espaces constitue une source de divergence dans les perceptions et politiques en matière de fécondité en ceci que la législation adoptée dans ces pays africains s'inspire largement de celle de leurs pays colonisateurs respectifs.

Après l'examen de la demande de planification familiale, l'on abordera l'évolution des perceptions des gouvernements vis-à-vis des interventions relatives à la fécondité et la modification du cadre juridique relatif à l'accès aux méthodes. Ensuite, on étudiera la mise en place des activités de planification familiale et les stratégies suivies avant d'aborder, pour terminer, le développement de la pratique contraceptive et le choix des méthodes.

Demande et besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'existence, de longue date, d'une demande potentielle de planification familiale en Afrique subsaharienne peut être avancée. Dans la perspective néomalthusienne, les taux d'accroissement démographique élevés observés sur le continent constituent un signe patent de demande de planification familiale à objectif démographique de réduction de la fécondité. Des indices plus élaborés, calculés à partir des préférences en matière de fécondité déclarées lors des enquêtes mondiales de fécondité et des enquêtes démographiques et de santé, ont montré l'ampleur de la demande latente et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Afrique subsaharienne (Westoff et Ochoa, 1991 ; Casterline et Sinding, 2000).

Pour mieux cerner les mécanismes de la demande, on peut considérer trois formes distinctes de besoins de planification familiale : le besoin motivé par le désir de retarder le moment où une femme aura son premier enfant ; le besoin lié à la volonté d'avoir un intervalle entre deux naissances suffisamment grand ; le besoin induit par le désir d'arrêter les naissances.

Le besoin lié à la venue du premier enfant émanerait principalement des hommes et des femmes célibataires ou de jeunes couples. Le niveau serait élevé dans la mesure où la sexualité préconjugale est généralement tolérée dans les sociétés d'Afrique subsaharienne (Locoh, 2002). Même si, dans certaines sociétés, les naissances pré-nuptiales sont recherchées comme preuve d'une fertilité, les grossesses qui surviennent chez les jeunes filles scolarisées ou celles qui sont

en apprentissage sont le plus souvent non désirées, ce qui incite les partenaires à vouloir employer une méthode de contraception.

De même, le besoin lié à l'espacement proprement dit des naissances serait notable en raison de l'effritement des mécanismes traditionnels permettant d'obtenir un espacement suffisamment long entre deux naissances. Dans le passé, l'abstinence post-partum et l'allaitement prolongé permettaient de réaliser un espacement entre les naissances d'une durée moyenne variant entre 2 et 5 ans tout en maximisant le nombre d'enfants survivants (Van de Walle et Van de Walle, 1988 ; Vimard et Fassassi, 2001). Avec la modernisation des structures économiques et sociales, on constate un affaiblissement de ces pratiques. L'abstinence post-partum est plus affectée par les évolutions sociales que l'allaitement maternel (Tabutin, 1997).

Les analyses consacrées aux déclarations sur le nombre désiré d'enfants montrent que souvent moins de 15 % des femmes interrogées donnent une réponse non numérique (Bankole et Westoff, 1995). La diminution de ce pourcentage, observée au cours du temps et au fil des enquêtes, dénote que les populations ont pris conscience du fait que le comportement de procréation constitue un domaine où s'exerce le choix individuel¹. Il ressort par ailleurs de ces analyses une convergence des idéaux de fécondité vers des modèles de descendance de taille moins élevée.

Évolutions politiques et législatives

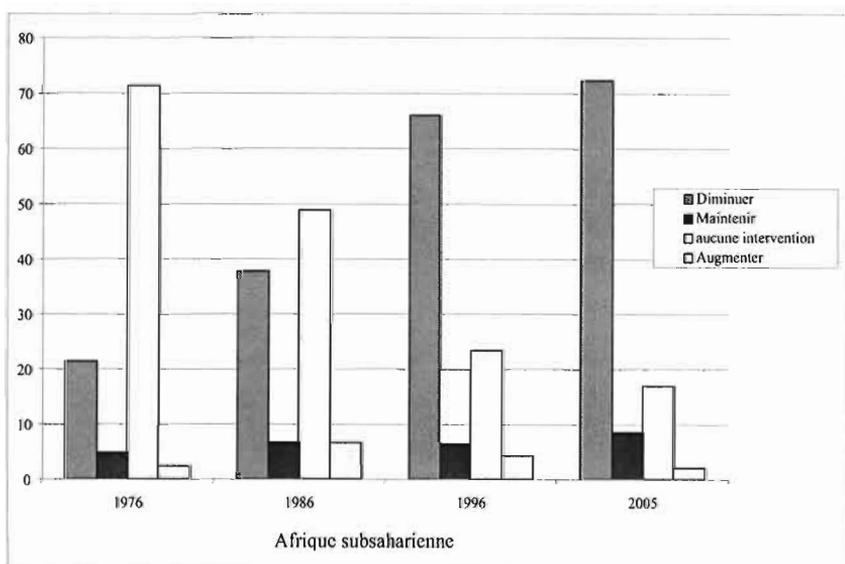
Dans cette partie, nous examinerons successivement le revirement des gouvernements vis-à-vis des politiques de fécondité et les modifications de la législation sur les méthodes de régulation des naissances qui s'ensuivent.

1. Même si la limitation des naissances a pu exister dans certaines populations pré-transitionnelles, les familles étaient en général davantage préoccupées par s'assurer une descendance suffisante que par la limiter.

L'évolution des positions des gouvernements africains relatives aux interventions en matière de fécondité

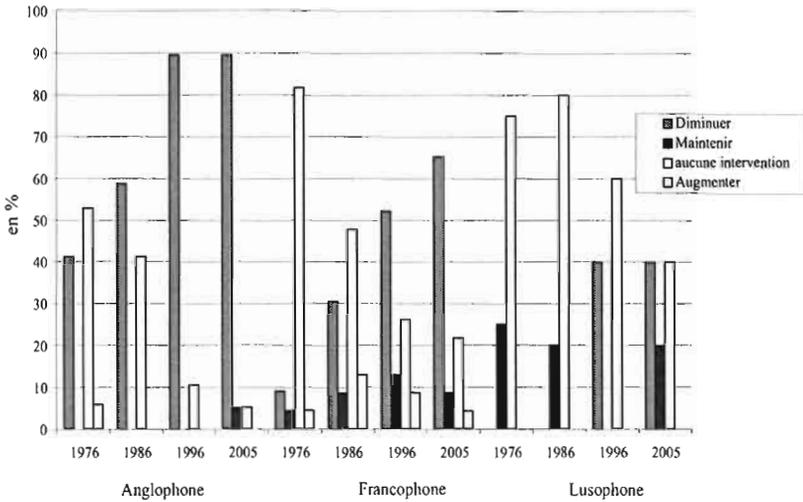
Grâce aux enquêtes auprès des gouvernements réalisées par la Division de la population des Nations unies et les déclarations des officiels lors des conférences internationales, on dispose d'une bonne connaissance de l'évolution des perceptions et politiques relatives à la fécondité. Ces données montrent un changement radical des attitudes durant les années 1980 (Locoh et Makdessi, 2000; Sala-Diankanda, 2000). Contrairement aux années 1970, bon nombre de pays désirent actuellement intervenir sur le niveau de fécondité, soit pour le maintenir, soit pour l'augmenter, soit pour le diminuer. En 1976, 71 % des pays déclaraient ne pas intervenir sur la fécondité; cette proportion n'est plus que 23 % en 1996 et de 17 % en 2005 (figure 1 et tableau annexe I). Cette tendance concerne aussi bien les pays anglophones que les pays francophones et lusophones. Cependant, les pays anglophones conservent une certaine avance (figure 2 et tableau annexe II).

Figure 1. Perceptions et politiques relatives à la fécondité en Afrique subsaharienne de 1976 à 2005



Source : United Nations, 2006.

Figure 2. Perceptions et politiques relatives à la fécondité en Afrique subsaharienne selon les groupes linguistiques de pays de 1976 à 2005



Source : United Nations, 2006.

Cette évolution est une conséquence du plaidoyer des partenaires au développement et de l'effet de la crise économique qui secouent les pays depuis le début des années 1980. L'influence des partenaires au développement s'est exercée à travers deux principaux canaux : la propagation d'un discours néo-malthusien et l'amélioration des connaissances sur les réalités démographiques africaines.

La dissémination de cette pensée néo-malthusienne s'est faite notamment par le biais des conférences internationales de population organisées par les Nations unies depuis les années 1970 (Bucarest, 1974, Mexico, 1984, Le Caire, 1994)² et des conférences africaines organisées par la Commission économique pour l'Afrique (C.E.A.), rencontres qui se situent dans le cadre des préparatifs des conférences internationales sur la population (Accra, 1971,

2. Les conférences organisées à partir des années 1970 sont consacrées à un public plus large que les deux premières limitées aux scientifiques et qui eurent lieu à Rome en 1954 et à Belgrade en 1965. À Rome comme à Belgrade, les débats ont porté sur le rôle de la population dans le développement et ont opposé les pays capitalistes de l'Ouest aux pays à économie planifiée. Les pays africains étaient en arrière-plan de ces débats.

Arusha, 1984, Dakar, N'gor 1992). Les arguments développés se sont enrichis progressivement, avec les débats sur « population et développement », en mettant successivement en avant la santé de la mère et de l'enfant, les droits de l'homme et de la femme, la protection de l'environnement.

En vue d'améliorer les connaissances sur les réalités démographiques, un appui financier a été apporté à des opérations de recueil de données et à la formation de démographes africains. Les exemples de soutien aux opérations de collecte de données démographiques ne manquent pas ; on peut citer le programme africain de recensements (à partir de 1971), les enquêtes mondiales sur la fécondité (de 1972 à 1984), les enquêtes sur la prévalence contraceptive (de 1979 à 1985), les enquêtes démographiques et de santé (depuis 1984). Différents centres régionaux de formation en démographie ont été créés, avec l'appui des Nations unies : l'Institut de formation et de recherche démographique (IFORD) de Yaoundé au Cameroun et le *Regional Institute for Population Studies* (RIPS) d'Accra au Ghana.

Cette action de la coopération multilatérale et bilatérale a été renforcée par les programmes de stabilisation et d'ajustement structurel qui ont été mis en œuvre en réponse à la crise socio-économique qui dure depuis les années 1980. La troisième génération de ces programmes d'ajustement structurel, qui se caractérise notamment par la diversification des conditionnalités de l'aide apportée aux pays africains par les institutions internationales et les agences de coopération, recommande l'adoption de programmes et politiques de population.

L'évolution des positions des autorités se reflète dans les déclarations qui sont faites lors des conférences internationales sur la population. Ainsi, alors qu'à la conférence de Bucarest en 1974, les gouvernements africains avaient affiché, dans leur grande majorité, une attitude pronataliste, c'est le contraire qui s'observe à la conférence de Mexico de 1984 où la majorité de ces pays a exprimé ses inquiétudes sur les conséquences de la croissance rapide de sa population. Cette époque se caractérise également par l'adoption d'une position commune en matière de population et développement qui a

été formalisée par le *programme d'action de Kilimandjaro* adopté à Arusha. Dès lors, de plus en plus de gouvernements africains prendront des mesures pour assurer un cadre juridique favorable à l'accès des méthodes modernes de régulation des naissances et pour accroître la disponibilité des services de planification familiale.

Cette nouvelle orientation idéologique et politique se confirme à la conférence régionale de Dakar N'gor en 1992 puis à la C.I.P.D. tenue au Caire en 1994. Cette dernière conforte les positions récentes des gouvernements dans la mesure où le programme d'action insiste sur la nécessité d'incorporer l'approche de la santé de la reproduction dans les politiques et programmes de développement et que les axes majeurs de cette nouvelle approche rejoignent les préoccupations des gouvernements³, notamment ceux qui étaient restés jusque là réticents au programme de planification familiale.

La libéralisation progressive de l'accès aux méthodes modernes de régulation des naissances

Les législations sur l'accès aux méthodes de régulation des naissances, facteur essentiel de leur accessibilité, ont été assouplies et, dans certains cas, un soutien direct a été apporté à la dissémination des méthodes contraceptives.

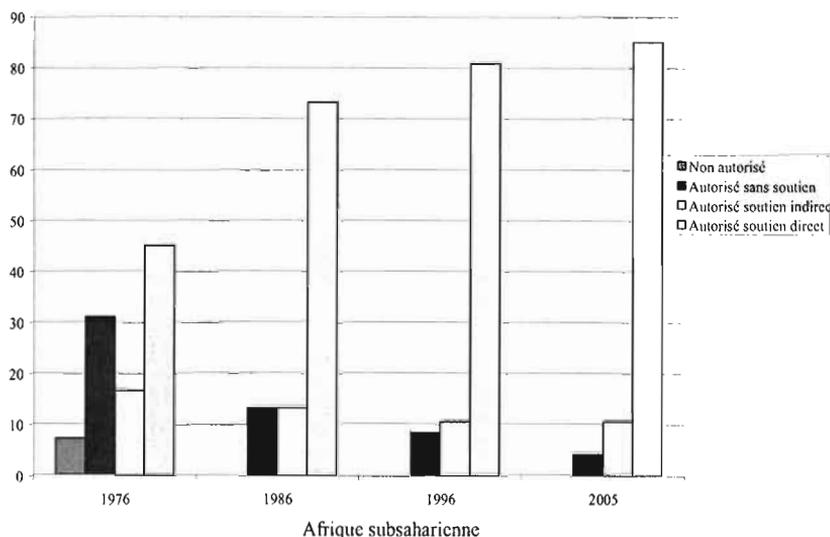
L'accès à la contraception

Les données disponibles montrent que l'accès à la contraception en Afrique au sud du Sahara a été libéralisé progressivement (figure 3, tableau annexe III). En 1976, 7 % des pays n'autorisaient pas la contraception, 31 % l'autorisaient mais ne lui accordaient aucun soutien, tandis que 17 % lui accordaient un

3. Il faut rappeler que l'approche de la santé de la reproduction repose sur trois concepts de base (les soins de santé en matière de reproduction, les droits reproductifs, le renforcement du pouvoir de la femme) et qu'elle implique un glissement d'une conception des politiques de population privilégiant la réduction de la croissance de la population vers une perspective centrée sur la santé, le bien-être et la satisfaction des intentions reproductives. En ce sens, elle est plus adaptée au contexte pronataliste.

soutien indirect et 45 % un soutien direct. Cette répartition s'est nettement modifiée dans la seconde moitié des années 1980. En 1986, l'accès à la contraception est libéralisé dans tous les pays étudiés, et on note une augmentation du nombre de pays qui accordent un soutien direct aux activités de diffusion de la contraception. Cette tendance se poursuit dans les décennies suivantes. La proportion de pays qui accordent un soutien direct augmente de 73 % en 1986 à 85 % en 2005, en passant par 81 % en 1996. Cela ne signifie toutefois pas que toutes les méthodes contraceptives sont autorisées.

Figure 3. Politiques concernant l'accès aux méthodes modernes de contraception en Afrique subsaharienne de 1976 à 2005 (*)

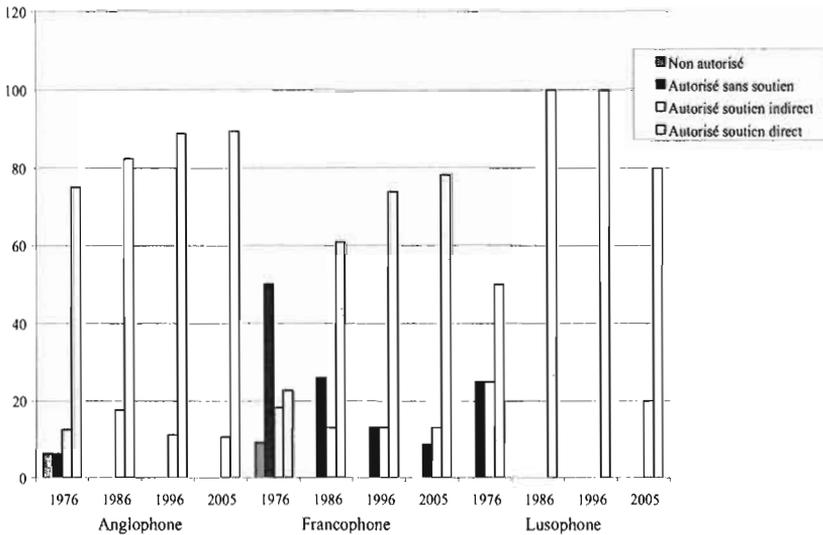


Source : United Nations, 2006.

La politique relative à l'accès et au soutien aux méthodes contraceptives varie selon les régions (figure 4 et tableau annexe IV). La libéralisation de la contraception est effective dans les pays lusophones depuis les années 1970. Vers le milieu des années 1980, elle le deviendra dans les pays anglophones et les pays francophones. Le soutien croissant des gouvernements aux activités de diffusion

de la contraception se retrouve avec des degrés variables dans les différents groupes de pays retenus. Au sujet de l'évolution du soutien des gouvernements aux activités, il existe une nette différence entre les trois groupes de pays. Tous les pays lusophones accordent un soutien direct aux activités depuis le milieu des années 1980. À chaque année d'observation, le nombre de gouvernements anglophones qui soutiennent les activités de diffusion de la contraception est plus élevé que celui des francophones. Ainsi, à partir du milieu des années 1980, tous les pays anglophones soutiennent les activités de dissémination des méthodes contraceptives, alors que dans les pays francophones, près de 9 % autorisent la contraception mais n'y accordent aucun soutien en 2005.

Figure 4. Politiques concernant l'accès aux méthodes modernes de contraception en Afrique subsaharienne selon les groupes linguistiques de pays de 1976 à 2005 (*)



Source : United Nations, 2006.

L'assouplissement des lois sur l'avortement

Le terme « avortement » a un contenu qui peut varier. Il désigne, ici, l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable ; cette période correspond aux vingt-huit premières semaines de gestation. Deux catégories d'avortements sont à distinguer. D'une part, les avortements spontanés où la volonté humaine n'intervient pas. D'autre part, les avortements provoqués qui surviennent à la suite d'une action délibérée visant à mettre un terme à la grossesse. Ce deuxième aspect est soumis à une réglementation qui varie selon les pays. Nous distinguerons, suivant en cela Zimmerman (1977), quatre grandes catégories de lois :

- illégalité de l'avortement, qui est interdit sans aucune exception ;
- lois à caractère très restrictif, où l'avortement n'est autorisé que si la continuation de la grossesse met en danger la vie de la femme enceinte ;
- lois assorties de réserves où l'avortement est autorisé si la poursuite de la grossesse porte atteinte à la santé physique ou mentale de la mère, si la grossesse est issue d'un inceste, s'il existe un danger de malformation physique ou psychique pour l'enfant à naître ;
- régime libéral, comprenant les avortements « sur demande » ou pour « des raisons sociales ».

La quasi-totalité des pays africains avait hérité d'une législation coloniale sur l'avortement très restrictive, surtout dans les pays francophones. Ces lois ont été assouplies dans la plupart des pays. Ainsi, au début des années 1990, l'avortement ne demeurait illégal que dans un seul pays : la République Centrafricaine. Dans la majorité des pays (24), il est légal pour des raisons médicales (santé physique ou mentale), eugéniques (fœtus présentant des tares physiques ou mentales) ou humanitaires (inceste et viol). Dans vingt autres pays, les lois sont très restrictives, n'autorisant l'avortement que pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Deux pays ont un régime libéral : la Zambie (depuis 1972) et le Cap Vert (depuis 1980).

L'assouplissement des lois est fréquemment motivé par le souci d'améliorer la santé maternelle en réduisant les avortements illégaux exécutés par un personnel non qualifié et dans des conditions d'hygiène qui entraînent des complications diverses.

La majorité des pays anglophones a adopté des lois à caractère moins restrictif : 67 % contre 35 % des pays francophones et 40 % des pays lusophones (tableau 1). Par contre, la majorité des pays francophones (52 %) dispose de lois très restrictives.

Vers une libéralisation de la stérilisation

La position juridique à propos de la stérilisation reste peu claire dans certains pays. Cependant, les données des pays dont le point de vue officiel est connu révèlent que la stérilisation volontaire est de moins en moins considérée comme une mutilation physique qui tombe sous le coup du code pénal. En effet, environ 18 pays (39 %) l'autorisent « sur demande » en 1992 (tableau 2). Les pays anglophones ont ici également une grande avance sur les pays francophones (53 % contre 33 % respectivement).

Certains pays émettent des conditions à la stérilisation qui portent sur le nombre d'enfants, sur l'âge, ou bien encore sur le point de vue du conjoint. En ce qui concerne le nombre d'enfants, on constate qu'il est de 5 ou 6 dans les pays francophones et un peu plus faible, de 3 ou 4, dans les pays anglophones.

Dans l'ensemble, la tendance à la libéralisation nous semble en avance sur les pratiques sociales étant donné que la plupart des pays ne sont qu'à l'étape de l'émergence de la planification familiale, étape où les méthodes modernes demandées par les populations cibles sont plutôt les pilules et plus généralement les méthodes réversibles.

Le développement des activités de planification familiale

Des activités pionnières à l'adoption des politiques de population

Des activités de planification familiale dans un pays ont un sens variable et ne représentent pas toujours un programme national de planification familiale bien implanté. Bien souvent, des activités pionnières isolées existent avant l'adoption des programmes nationaux de planification familiale et des politiques nationales de population (Heckel, 1986).

Les activités pionnières sont généralement dues aux organisations non gouvernementales (O.N.G.) ou à des centres de recherche. Ces O.N.G. sont, pour la plupart, affiliées à la Fédération internationale pour la planification Familiale (I.P.P.F.)⁴. C'est le cas, par exemple, de la *Family Planning of Nairobi and Mombassa* (créée en 1955), au Kenya, la *Planned Parenthood Federation of Sierra Leone* (créée en 1959), l'Association malienne pour la promotion et la protection de la famille (créée en 1972). Actuellement, des associations liées à l'I.P.P.F. sont opérationnelles dans presque tous les pays et œuvrent en partenariat avec les services publics à la promotion des pratiques contraceptives.

Parmi les centres de recherche qui ont œuvré dans ce sens, il faut signaler celui du *Population Council* dans le cadre du *programme international du post-partum* qui a lancé des activités au Ghana et au Nigeria en 1969. Dans des cas rares, comme au Botswana⁵, c'est l'État qui a joué le rôle de pionnier.

Ces activités pionnières, lancées dans des environnements socioculturels parfois hostiles, n'avaient pas un but essentiellement démographique. Deux raisons majeures les ont motivées : la protection de la santé maternelle et infantile, d'une part, et la reconnaissance du droit des couples et des individus à décider du nombre et de l'espacement de leurs naissances, d'autre part. De nombreuses leçons ont été tirées de ces activités pionnières, tout particulièrement l'acceptabilité de la planification familiale dans les régions où l'intervention

4. La Fédération internationale pour la planification familiale (I.P.P.F.) a été créée en 1952.

5. Le Botswana n'avait pas d'O.N.G. mais entretenait des relations avec l'I.P.P.F. depuis 1968, avant le démarrage officiel du programme national en 1971.

Tableau 1. Classification des pays africains au sud du Sahara selon les catégories des lois sur l'avortement et le groupe linguistique, en 1993

Catégorie des lois sur l'avortement	Pays anglophones	Pays francophones	Pays lusophones	Ensemble des pays
Illégal, sans aucune exception		République centrafricaine 1 pays (4 %)		1 pays (2 %)
Lois à caractère très restrictif	Botswana, Lesotho, Somalie, Nigeria, Namibie 5 pays (25 %)	Bénin, Burkina, Faso, Côte d'Ivoire, Gabon, Madagascar, Mali, Île Maurice, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad, Congo RD 12 pays (52 %)	Guinée-Bissau, Mozambique 2 pays (40 %)	19 pays (40 %)
Lois assorties de réserves	Afrique du Sud, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Namibie, Ouganda, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe, Sierra Leon 14 pays (70 %)	Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Guinée, Togo, Rwanda, Seychelles 8 pays (35 %)	Angola, Sao Tomé et Príncipe 2 pays (40 %)	24 pays (50 %)
Régime libéral	Zambie 1 pays (5 %)		Cap Vert 1 pays (20 %)	2 pays (4 %)
Régime inconnu		Djibouti, Guinée équatoriale 2 pays (9 %)		2 pays (4 %)

Sources : Sala-Diakanda, 2000 ; United Nations, 1993.

Tableau 2. Classification des pays africains au sud du Sahara selon les motifs et les conditions de la stérilisation et selon le groupe linguistique, en 1992

Motif de la stérilisation	Anglophone	Francophone	Lusophone
Vie de la personne en danger		Île Maurice (2 enfants) Togo (6 enfants)	
Conditions limitées	Éthiopie (4 enfants)	Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Niger, (4 filles, 6 garçons), Mauritanie, Tchad (5 enfants)	
Demande de la personne	Botswana, Kenya, Malawi, Tanzanie, Zimbabwe, Lesotho, Libéria, Nigeria, Ouganda (3 enfants), Ghana	Burkina Faso, Rwanda (40 ans) Congo R. D. (6 enfants), Centrafrique (6 enfants), Gabon, Guinée (5 enfants) Mali (6 enfants),	Mozambique (6 enfants)
Pas de loi pertinente	Somalie, Sierra Leone, Afrique du Sud, Gambie, Zambie	Cameroun, Burundi, Sénégal, Congo	Angola
Régime inconnu	Namibie, Swaziland	Djibouti, Guinée équatoriale, Comores	Cap Vert, Guinée- Bissau, Sao Tomé et principe

Source : Ross, 1994, cité par Gautier, 2001.

Note : le nombre entre parenthèses représente le nombre d'enfants ou l'âge exigé.

sur la procréation demeure une question très sensible tant du point de vue des populations que des hommes politiques (National Research Council, 1993).

Dans le prolongement des activités pionnières, localisées essentiellement en milieu urbain, des programmes nationaux ont vu le jour. Quatre cohortes de programmes peuvent être distinguées par rapport aux conférences régionales de population (tableau 3) : une cohorte regroupant les programmes lancés avant la conférence d'Accra en 1971 ; une deuxième, entre Accra (1971) et Arusha (1984) ; la troisième, entre Arusha et Dakar N'gor (1992) ; la quatrième, après Dakar N'gor.

Avant Accra en 1971, 8 pays (17 %), dont 6 anglophones et 2 francophones, disposaient des activités visant à promouvoir la planification familiale. Durant la période séparant Accra et Arusha, 19 autres pays (39 %) s'y impliquent : 7 anglophones, 8 francophones et 3 lusophones. Le rythme d'implantation s'est accéléré du fait, entre autres, du revirement d'attitudes des gouvernements. Entre la conférence d'Arusha et celle de Dakar N'gor, 9 pays (20 %), 1 anglophone et 8 francophones, rejoignent les précédents, au moment de la conférence de Dakar N'Gor. Ainsi, entre les trois premières conférences internationales, plus de trois quarts de pays africains (34 au total) expérimentent un programme de planification familiale. Les données de quelques pays ne sont pas disponibles, cependant nous pouvons penser qu'ils sont eux aussi engagés dans la promotion de la planification familiale.

Comme les pays anglophones avaient une certaine avance dans les prises de position en faveur de l'intervention pour réduire la fécondité, ils ont été les plus dynamiques dans l'implantation des programmes de planification familiale. Toutefois, la majorité de ces programmes visait au départ à améliorer la santé maternelle et infantile.

Actuellement, la quasi-totalité des pays africains ont changé d'attitude et mettent progressivement en place des politiques de populations incluant des programmes de planification familiale (Sala-Diakanda, 2000). En considérant leur origine, Patrice Vimard (2000) distingue deux types de politiques de population : d'une part, les politiques endogènes qui ont été associées aux

Tableau 3. Classification des pays africains au sud du Sahara selon l'époque de l'adoption d'un cadre de référence^a pour la planification familiale et la politique de population^b et selon le groupe linguistique

Période de lancement officiel de la plan ^o familiale	Pays anglophones	Pays francophones	Pays lusophones
Avant Accra 1971	Kenya 1966- [*] -1967, Zimbabwe 1968- [*] [*] , Ghana μ - μ -1969, Gambie 1969- [*] -1992, Nigeria 1969- μ -1988, Tanzanie 1970- [*] - 1992	Ile Maurice μ - μ -1965, Bénin 1969- [*] [*]	
De Accra (1971) à Arusha (1984)	Botswana 1971- [*] [*] , Ouganda 1971- [*] -1993, Libéria 1973- [*] [*] -Lesotho 1974- [*] [*] , Zambie 1974- [*] -1989, Swaziland 1975- [*] [*] , Somalie 1977- [*] [*] , Sierra Léone 1978- [*] -1989	Mali 1972- [*] -1991, RD. Congo 1973- [*] [*] , Seychelles 1975- [*] [*] , Togo 1975- [*] [*] , Congo 1976- [*] [*] , Sénégal 1976- [*] -1988, Centrafrique 1978- [*] [*] ,	Guinée-Bissau 1976- [*] [*] , Mozambique 1977- [*] [*] , Cap-Vert 1978-1994- [*]
De Arusha (1984) à Dakar/N'gor (1992)	Malawi 1988- [*] [*]	Burkina Faso 1986- μ -1991, Côte d'Ivoire 1986-1992-1997, Niger 1988- [*] -1992, Cameroun 1988- [*] -1992, Guinée 1988- [*] -1992, Madagascar 1988- [*] -1990, Rwanda [*] -1990, Tchad 1988- [*] -1994,	
Politique implicite	Éthiopie, Afrique du Sud, Namibie	Gabon, Guinée équatoriale, Burundi, Comores, Djibouti, Mauritanie	Angola, Sao Tomé et Principe

Sources : United Nations 1993 ; Dabo, 1995.

a. Il s'agit soit d'une déclaration de politique de population, soit du plan de développement économique et social ou encore d'un document spécifique de programme de planification familiale.

b. La première date représente l'année de démarrage des activités pionnières de planification familiale ; la deuxième concerne l'année de lancement d'un programme officiel de planification familiale ; la troisième date indique l'année d'adoption de la politique de population.

Le signe * signifie que la donnée n'est pas disponible, μ signifie que l'étape en question n'aurait pas existé dans le pays.

politiques de développement dès les indépendances comme c'est le cas au Kenya et au Ghana ; d'autre part, les politiques de population suscitées par les crises et récessions économiques. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne se situent dans ce dernier cas. Cette typologie ne prend pas en compte les pays comme l'Érythrée, le Rwanda et le Liberia qui sont, ou ont été, confrontés à des conflits internes.

L'évolution des stratégies adoptées par les programmes

Au cours des deux dernières décennies, les pays africains ont eu tendance à développer une approche de programme commune, celle de l'intégration de la planification familiale à d'autres activités. Les stratégies d'intégration ont été développées en réponse aux expériences peu concluantes de planification familiale enregistrées à travers le monde depuis le milieu du xx^e siècle. Ainsi, aux stratégies centrées sur les couples motivés (approches clinique et extensive) ont succédé des approches portant sur l'ensemble des couples (approches des incitations, de la coordination des programmes de développement et ceux de planification de la famille, de l'intégration de la planification familiale à la santé maternelle et infantile) ; et, depuis la C.I.P.D. tenue au Caire en 1994, l'approche de la santé de la reproduction qui prend en compte les femmes et les hommes quel que soit le stade de leur histoire génésique. Cette approche transforme les programmes de planification familiale à objectifs démographiques en programmes visant la promotion de la santé et des droits de l'homme. Cette évolution est allée de pair avec une complexification du soutien politique et financier ainsi que de la structure organisationnelle du programme indispensable pour assurer une réponse adéquate à la demande de planification familiale.

Dans les années 1970, la stratégie dominante en Afrique subsaharienne a été celle de l'intégration de la planification familiale dans les activités de santé maternelle et infantile (S.M.I. – P.F.) (Heckel, 1986). Parallèlement, étaient mises en œuvre, d'une part, des activités d'information, éducation et communication (I.E.C.) utilisant à la fois les canaux de la communication interpersonnelle et

celle des mass media, d'autre part, l'éducation à la planification familiale incorporée dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire. Au Burkina Faso, pour ne citer que ce seul exemple, l'éducation en matière de population a été insérée dans les programmes des écoles depuis 1976 ; en outre, un plan national en faveur des femmes a été mis en place.

Depuis la Conférence du Caire, l'approche S.M.I. – P.F. est remplacée par l'approche de la santé de la reproduction qui intègre, parmi ses composantes, la planification familiale dans une perspective générale de respect des droits en matière de reproduction. En particulier, la planification familiale est devenue l'une des activités des soins de santé primaires (S.S.P.), ce qui aboutit à un élargissement des populations cibles. La stratégie de l'I.E.C., l'éducation à la vie familiale (E.V.F.) et l'amélioration du statut de la femme constituent aussi des éléments essentiels pour susciter une demande de planification familiale à court et moyen terme. Des progrès dans ce sens ont été déjà enregistrés sur le terrain. En 1997, la santé de la reproduction avait été introduite dans d'autres objectifs sociaux dans les pays comme le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Sénégal, le Togo, l'Afrique du Sud (Sadik, 1997).

D'autres approches n'ont pas été ignorées pour autant. En général, ce sont des approches indirectes d'incitation au contrôle de la fécondité (et donc à l'utilisation de la planification familiale), en excluant toutefois toute forme de coercition. À titre d'exemple, au Kenya, les dégrèvements fiscaux sont limités aux familles de 4 enfants ou moins tandis qu'au Ghana, les congés payés sont limités aux familles de trois enfants ou moins ; cette approche est relativement plus fréquente en Afrique du Nord qu'en Afrique subsaharienne. Dans le même ordre d'idée, en Tunisie, selon une loi en date du 5 mai 1988, les allocations familiales sont réduites progressivement jusqu'au troisième enfant puis supprimées au-delà, et, en outre, les avortements sont libres et gratuits.

L'adéquation de l'offre de planification familiale à la demande des populations

Toutefois, la mise en place d'un programme n'est pas toujours synonyme d'un accroissement systématique de la pratique contraceptive. Au Kenya, par exemple, malgré l'adoption d'un programme national de planification familiale dès 1966, le niveau d'utilisation des méthodes restait encore faible et la fécondité élevée vers la fin des années 1970. C'est grâce à un renforcement du programme en 1982, par la création du Conseil national pour la population et le développement (C.N.P.D.), que la situation s'est améliorée (Sembajwe, 2000). Au Ghana également, la mise en place d'un programme de planification familiale précoce, en 1969, n'a pas conduit à une hausse notable du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives. Selon les estimations les plus récentes, la proportion de femmes en union qui utilisent une méthode moderne s'élève à 10 % en 1993 et 18,7 % en 2003. Ce maintien du faible niveau d'utilisation des méthodes modernes pourrait être expliqué par un manque d'efficacité du programme, la faible adhésion des populations concernées et par la détérioration de la situation économique entre les années 1970 et les années 1990.

Il faut donc s'interroger sur l'adéquation entre les programmes implantés dans les pays et les besoins de ces populations. L'efficacité d'un programme dépend en fait, d'une part, de la disponibilité des services et, d'autre part, de leur qualité. Dans le contexte des approches intégrées qui sont adoptées, cela revient à dire que la réussite des programmes nécessite l'existence d'infrastructures sanitaires performantes et qu'elle dépend, par conséquent, de la qualité du système de soins.

Diversité de la pratique contraceptive et choix des méthodes

Le développement inégal des programmes de planification familiale selon les pays

En dépit de sa progression, la pratique contraceptive demeure encore limitée en Afrique par comparaison aux autres régions du monde, sauf en Afrique australe où les taux de prévalence enregistrées se rapprochent de ceux connus ailleurs. Le taux d'utilisation de la contraception (toute méthode) chez les femmes en âge reproductif n'est que de 15 % en Afrique de l'Ouest, 22 % en Afrique de l'Est, 23 % en Afrique centrale, 53 % en Afrique australe, contre 64 % en Asie et 71 % en Amérique Latine (Nations unies, 2003). Ainsi, à l'intérieur du continent africain, la situation reste très contrastée entre les pays.

La typologie élaborée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (U.S.A.I.D.) en 1989 permet de classer les pays suivant leur développement en matière de planification familiale. Cette typologie distingue cinq catégories définies en fonction du niveau de la prévalence contraceptive, c'est-à-dire la proportion de femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne. Chaque catégorie représente une phase de développement du programme, à savoir :

1. la phase de pré-émergence (prévalence contraceptive inférieure à 8 %);
2. la phase de lancement (prévalence contraceptive comprise entre 8 et 15 %);
3. la phase de croissance (prévalence contraceptive comprise entre 16 et 34 %);
4. la phase de consolidation (prévalence contraceptive comprise entre 35 et 44 %);
5. la phase de maturité (prévalence contraceptive supérieure à 44 %).

Parmi les pays dont on dispose de données (38), deux seulement sont dans la phase de maturité. Il s'agit de l'Île Maurice et de l'Afrique du Sud. Ces deux pays ont connu des programmes cohérents de planification familiale depuis les années 1960. Deux autres pays, le Zimbabwe et la Namibie, sont dans la phase de consolidation, 9 se retrouvent dans la phase de croissance, 6 dans la phase de lancement et 19 dans la phase dite de pré-émergence. Ainsi plus de

la moitié des pays retenus (56 %) se situent dans la phase de pré-émergence de la planification familiale. Cette observation s'applique surtout aux pays francophones et lusophones. En effet, alors que la moitié des pays anglophones a déjà atteint ou dépassé la phase de croissance, un seul pays francophone (en partie), l'Île Maurice, se situe dans cette même phase (tableau 4).

Des inégalités importantes face à l'utilisation des méthodes ont été également relevées au sein des pays. Le milieu de résidence et surtout l'instruction se révèlent comme des facteurs discriminants importants (National Research Council, 1993 ; Curtis et Neitzel, 1996).

Les méthodes de contraception utilisées et leurs sources d'approvisionnement

Il faut signaler que la nature des méthodes utilisées varie en fonction du stade de développement de la planification familiale du pays concerné. D'une manière générale, les méthodes traditionnelles (plante, gris-gris) et naturelles (retrait, continence périodique) dominent au cours de la phase de pré-émergence ; l'utilisation de la pilule augmente puis prend le dessus au cours des trois phases suivantes (lancement, croissance et consolidation), tandis que la stérilisation féminine prédomine dans la phase de maturité (Bulatao, 1993). Mais ce schéma n'est pas figé. Il peut varier selon les pays. En particulier, la stérilisation peut avoir une importance plus précoce (en terme de phase) comme on l'a observé dans les pays d'Amérique Latine où la stérilisation est souvent utilisée, de préférence en fin de vie féconde comme une première et unique méthode de régulation des naissances (Cosio-Zavala, 2000).

Ce schéma d'évolution souffre de nombreuses exceptions en Afrique subsaharienne où le taux de la stérilisation féminine dépasse rarement les 5 %. Le taux le plus élevé de stérilisation féminine à l'échelle nationale s'établit à 12 % à la fin des années 1990 et est observé en Afrique du Sud. Dans l'ensemble, la pratique de la planification familiale dans les pays de l'Afrique subsaharienne ayant déjà atteint la phase de maturité repose soit sur les injectables (Afrique du Sud), soit sur les méthodes naturelles (Île Maurice).

Tableau 4. Classification des pays africains au sud du Sahara
selon le niveau de la planification familiale^a et le groupe linguistique

Étape de développement du programme (nv de prévalence contraceptive)	Pays anglophones	Pays francophones	Pays lusophones
Pré-émergence (0 à 7 %)	Éthiopie 2000-8,1-6,3 ; Nigeria 2003-12,6-8,2 ; Liberia 1986-7-6 ; Sierra Léone *-6 ; Gambie *-7 ; Soudan 1990-8,7-5,5.	Mauritanie 2001-8,0-5,1 ; Tchad 2004-2,8-1,6 ; Guinée 1999-6,2-4,2 ; Burundi 1987-8,7-1,2 ; Togo 1998-23,5-7,0 ; Centrafrique 1995-14,8-3,2 ; Bénin 2001-18,6-7,2 ; Burkina Faso 2003-13,8-8,8 ; Mali 2001-8,1-5,7 ; Niger 1998-8,2-4,6 ; Côte-d'Ivoire 1999-15,0-7,3 ; Cameroun 2004-26,0-12,5 ; Congo R. D. 1991-8-2.	
Lancement (8 à 15 %)	Malawi 2000-30,6-26,1 ; Érythrée, 2002-8,0-7,3.	Sénégal 1997-12,9-8,1 ; Rwanda 2000-13,2-5,7 ; Comores 1996-21,0-11,4 ; Gabon 2000-32,7-11,8.	
Croissance (16 à 34 %)	Ghana 2003-25,2-18,7 ; Ouganda 2001-22,8-18,2 ; Tanzanie 2004-26,4-20,0 ; Swaziland 1988-20-17 ; Lesotho 1992-23-18 ; Zambie 2002-34,2-25,3 ; Kenya 2003-39,3-31,5 ; Botswana 1988-33,0-31,7.	Madagascar 2004-27,1-18,3.	Mozambique 2003-25,5-20,8.
Consolidation (35 à 44 %)	Zimbabwe 1999-53,5-50,4 ; Namibie 2000-43,7-42,6.		
Maturité (Plus de 44 %)	Afrique du Sud 1998-56,3-55,1.	Île Maurice 1991-75-49.	

Sources : Ross *et al.*, 1999 ; ORC Macro, 2007, Measure DHS STATcompiler.

a. Le premier nombre représente l'année d'enquête ; le deuxième nombre indique la proportion de femmes en union utilisant une méthode quelconque de contraception ; le troisième, la proportion de femmes en union utilisant une méthode moderne de contraception.

Données manquantes pour 1 pays anglophone (Somalie), 4 pays francophones (Congo, Guinée Équatoriale, Djibouti, Seychelles) et 4 pays lusophones (Angola, Sao Tomé, Guinée-Bissau, Cap Vert).

Dans les pays demeurant encore dans les phases d'émergence et de lancement de la planification familiale, c'est-à-dire où le taux d'utilisation de la contraception est inférieur à 15 %, le niveau d'utilisation des méthodes traditionnelles et naturelles dépasse très largement celui des méthodes modernes ; on peut citer en exemple : le Bénin, le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Toutefois, cela n'est pas la règle générale comme on a pu l'observer d'une part au Liberia, au Soudan et au Mali, où la pilule domine, et, d'autre part au Rwanda, où les injectables prédominent.

La nature des méthodes utilisées ne favorise pas toujours une croissance rapide de la prévalence contraceptive. En effet, le niveau de la pratique résulte à la fois de la stratégie (espacement ou arrêt) qui a conduit à l'adoption des méthodes et de celle de leur continuation. Or, les méthodes utilisées principalement en Afrique subsaharienne sont celles qui ont des taux de discontinuation élevés. Elles ne favorisent pas un impact important après le lancement d'un programme comme l'aurait fait des méthodes modernes comme la stérilisation, les dispositifs intra-utérins ou les injectables, dont la réussite dépend du suivi médical des femmes concernées.

Dans la majorité des pays africains qui disposent de données sur la source d'approvisionnement des méthodes modernes, on constate que le secteur public domine (Ross *et al.*, 1999). Au Kenya par exemple, en 1998, la majorité des femmes (58 %) s'approvisionne en contraceptifs auprès du secteur public contre 42 % qui le font auprès du secteur privé (3 % auprès des pharmacies, 17 % auprès des organisations non gouvernementales et 22 % auprès d'autres structures privées). En revanche, dans d'autres pays, le secteur privé reste la source principale d'acquisition des contraceptifs. C'est le cas par exemple de la Côte d'Ivoire (69 % en 1998-1999), du Ghana (75 % en 1993) et du Nigeria (60 % en 1990).

Conclusion

Notre approche, selon la distinction des espaces anglophone, francophone et lusophone, révèle que les pays d'un même espace ont des évolutions relativement similaires en matière d'attitude, de législation sur l'accès à la méthode de régulation des naissances et de développement des programmes de planification familiale, même s'il existe, à l'intérieur d'un même espace linguistique, des écarts relatifs de calendrier. L'analyse, effectuée à partir de la documentation écrite disponible, montre des différences parfois très marquées entre ces aires d'appartenance. En matière d'attitude vis-à-vis des politiques de population, les changements ont été plus précoces et plus rapides dans les pays anglophones que dans les pays francophones et lusophones. Cela provient du fait que les pays anglophones, d'inspiration néo-malthusienne, étaient plus sensibles au plaidoyer des O.N.G. et des organismes de coopération bilatérale et multilatérale œuvrant dans le domaine de la population et souvent d'origine anglo-saxonne. Aujourd'hui, sous l'influence de ce plaidoyer et des crises socio-économiques, tous les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne ont changé d'attitude vis-à-vis des politiques de population et encouragent les activités de planification familiale pour des raisons sanitaires et/ou démographiques.

Le dispositif juridique s'est assoupli mais n'est pas parvenu à libéraliser totalement l'accès à toutes les méthodes possibles. Les programmes de planification mis en place depuis les deux dernières décennies suivent l'approche intégrée. Ce fut d'abord l'intégration de la planification familiale comme composante des activités de santé maternelle et infantile. Ensuite, depuis que l'approche de la santé de la reproduction a été légitimée à la conférence du Caire de 1994, c'est l'intégration de la planification familiale comme composante des activités de soins de santé primaires qui est devenue l'approche commune. Cette approche est plus compatible avec les aspirations des gouvernements et des populations. Cependant, sa mise en œuvre nécessite un soutien politique et financier important et une structure organisationnelle complexe. La pérennité

des programmes mis en place est conditionnée bien souvent par un soutien technique et financier durable des partenaires au développement.

La pratique contraceptive demeure encore limitée et son impact faible parce que les méthodes utilisées en Afrique subsaharienne sont celles qui n'assurent pas une longue durée de protection. Même si la pratique augmente, il n'est pas assuré qu'elle accélère la baisse de la fécondité dans la mesure où il s'agit essentiellement de comportements d'espacement, type de comportement ayant un impact négligeable sur la fécondité comme cela a été démontré en Inde (Srikantan, 1989). D'une manière générale, la hausse de la prévalence contraceptive n'est suivie par une diminution proportionnelle de la fécondité que lorsque les comportements d'arrêt dominant sur ceux d'espacement.

Références bibliographiques

- BANKOLE A. et WESTOFF Charles F., 1995, *Childbearing Attitudes and intentions*, DHS Comparative Studies, n° 17, Calverton Maryland, Macro International, 28 p.
- BONGAARTS J., 1993, « The Supply-Demand Framework for the determinants of fertility : An alternative implementation », *Population Studies*, 3, pp. 437-456.
- BULATAO R. A., 1993, « Effectiveness and evolution of family planning programs », *Congrès international de la population*, U.I.E.S.P., Montréal 1993, pp. 189-200.
- CASTERLINE et SINDING, 2000, *Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy*, Working Paper n° 135, Policy Research Division, Population Council, New York, 44 p.
- COSIO-ZAVALA M. E., 2000, « Singularités et modalités des transitions de fécondité en Amérique latine », in Pilon M. et Guillaume A. (éd.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Collection Colloques et séminaires, Éditions I.R.D., Paris, pp. 21-33.
- CURTIS S. L., NEITZEL K., 1996, *Contraceptive Knowledge, use and source*, DHS Comparative Studies, n° 19, Macro Int. Inc., Calverton, Maryland,
- DABO K., 1995, Politique démographique en matière de fécondité dans les pays de l'Afrique subsaharienne francophone, Communication au séminaire international sur « Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique », Abidjan, 16 au 19 mai 1995, 19 p.
- DEMENY P., 1992, « Policies seeking a reduction of high fertility : a case for the demand side », *Population and Development Review*, vol. 18, n° 2, pp. 321-332.

- GAUTIER A., 2001, « La libéralisation de la contraception et le contrôle masculin en Afrique subsaharienne », *Recherches Féministes*, vol. 14, n° 2, pp 115-151.
- HECKEL N. I., 1986, « Population laws and policies in subsaharan Africa : 1975-1985 », *International Family Planning Perspectives*, 4, pp. 122-124.
- LOCOH T., 2002, « Les facteurs de la formation des couples », in Caselli G., Vallin J. et Wunsch G., (éd.), *Démographie : analyse et synthèse II, Les déterminants de la fécondité*, Éditions de l'INED, Paris, pp.103-142.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 2000, « Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Vimard P. et Zanou B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 263-296.
- ROSS J. et al., 1999, *Profiles for Family Planning and reproductive Health programs, 116 countries*, The Futures Group International, 87 p. + annexe.
- SADIK N., 1997, « Le Caire et la suite ... Un bilan », in Solomon M. et Toubon R. (dir.), *Rencontre parlementaire francophone sur les politiques de population et l'aide internationale*, John Libbey Eurotext, Montrouge, pp. 39-47.
- SALA-DIAKANDA, M., 2000, « Les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité », in Vimard P. et Zanou B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 13-45.
- SCHOUMAKER B., TABUTIN D. et WILLEMS M., 2004, « Dynamiques et diversités démographiques dans le monde (1950-2000) », in Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. V, Histoire du peuplement et prévisions*, INED-PUF., Paris, pp. 213-247.
- SRIKANTAN K. S., MULAY S. et RADKAR A., 1992, « Correlates of family planning acceptance : a multivariate analysis », *Artha Vijnana*, vol. 34, n° 2, pp. 163-381.
- SRIKANTAN K. S., 1989, « Family planning and fertility control in India », *International Population Conference/Congrès International de la Population, New Delhi, September/septembre 2020-27, 1 989*, vol. 1, International Union for the Scientific Study of Population (I.U.S.S.P.), Liège, pp. 273-282
- TABUTIN D., 1997, « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificités, changements... et incertitudes », *Congrès international de la population, Beijing*, UIESP, Chine, 11 au 17 octobre 1997, pp. 219-247.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, 59 (3-4), pp. 521-622.
- UNITED NATIONS, 1993, *Abortion Policies : A global Review, Volume 11*, New York.
- UNITED NATIONS, 2003, *World Contraceptive Use 2003. Wall Chart*, Department of Economic and Social Affairs.

- UNITED NATIONS, 2004, *World Population Policies 2003*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER. A/230, New York.
- UNITED NATIONS, 2006, *World Population Policies 2006*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, ST/ESA/SER. A/54, 477 p.
- VAN DE WALLE E. et VAN DE WALLE F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espace ou d'arrêt de la fécondité », in Tabutin D. (éd.), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp. 141-165.
- VIMARD, P., 2000, « Vers une nouvelle conception des relations population-développement sur le continent africain », in Vimard P. et Zanou B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 297-302.
- VIMARD P. et FASSASSI R., 2001, « Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? », in Gendreau F. (éd.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUFELF-UREF/Éditions ESTEM, pp. 157-169.
- WESTOFF C. F., et OCHOA L. H., 1991, *Unmet need and the demand for family planning*, DHS Comparative Studies, n° 6, Institute for Resources Development, Calverton, Maryland.
- ZIMMERMAN M., 1977, *Droit et pratique de l'avortement*, Population Reports, Série E (3), 19 p.

Annexes

Tableau annexe 1. Perceptions et politiques relatives à la fécondité en Afrique subsaharienne de 1976 à 2005

	1976	1986	1996	2003	2005
<i>En effectif de pays</i>					
Diminuer	9	17	31	33	34
Maintenir	2	3	3	3	4
Aucune intervention	30	22	11	10	8
Augmenter	1	3	2	1	1
Total	42	45	47	47	47
<i>En pourcentage du nombre de pays</i>					
Diminuer	21,4	37,8	66,0	70,2	72,3
Maintenir	4,8	6,7	6,4	6,4	8,5
Aucune intervention	71,4	48,9	23,4	21,3	17,0
Augmenter	2,4	6,7	4,3	2,1	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Source : United Nations, 2006.

Tableau annexe 2. Perceptions et politiques relatives à la fécondité en Afrique subsaharienne selon les groupes linguistiques de pays de 1976 à 2005

	Anglophone				Francophone				Lusophone			
	1976	1986	1996	2005	1976	1986	1996	2005	1976	1986	1996	2005
<i>En effectif de pays</i>												
Diminuer	7	10	17	17	2	7	12	15	0	0	2	2
Maintenir	0	0	0	1	1	2	3	2	1	1	0	1
Aucune intervention	9	7	2	1	18	11	6	5	3	4	3	2
Augmenter	1	0	0	0	1	3	2	1	0	0	0	0
Total	17	17	19	19	22	23	23	23	4	5	5	5
<i>En pourcentage du nombre de pays</i>												
Diminuer	41,2	58,8	89,5	89,5	9,1	30,4	52,2	65,2	0,0	0,0	40,0	40,0
Maintenir	0,0	0,0	0,0	5,3	4,5	8,7	13,0	8,7	25,0	20,0	0,0	20,0
Aucune intervention	52,9	41,2	10,5	5,3	81,8	47,8	26,1	21,7	75,0	80,0	60,0	40,0
Augmenter	5,9	0,0	0,0	0,0	4,5	13,0	8,7	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : United Nations, 2006.

Tableau annexe 3. Politiques concernant l'accès aux méthodes modernes de contraception en Afrique subsaharienne de 1976 à 2005

	1976	1986	1996	2003	2005
<i>En effectif de pays</i>					
Non autorisé	3	0	0	0	0
Autorisé sans soutien	13	6	4	2	2
Autorisé soutien indirect	7	6	5	5	5
Autorisé soutien direct	19	33	38	40	40
Total	42	45	47	47	47
<i>En pourcentage du nombre de pays</i>					
Non autorisé	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Autorisé sans soutien	31,0	13,3	8,5	4,3	4,3
Autorisé soutien indirect	16,7	13,3	10,6	10,6	10,6
Autorisé soutien direct	45,2	73,3	80,9	85,1	85,1
Total	100	100	100	100	100

Source : United Nations, 2006.

Tableau annexe 4. Politiques concernant l'accès aux méthodes modernes de contraception en Afrique subsaharienne selon les groupes linguistiques de pays de 1976 à 2005

	Anglophone				Francophone				Lusophone			
	1976	1986	1996	2005	1976	1986	1996	2005	1976	1986	1996	2005
<i>En effectif de pays</i>												
Non autorisé	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Autorisé sans soutien	1	0	0	0	11	6	3	2	1	0	0	0
Autorisé soutien indirect	2	3	2	2	4	3	3	3	1	0	0	1
Autorisé soutien direct	12	14	16	17	5	14	17	18	2	5	5	4
Total	16	17	18	19	22	23	23	23	4	5	5	5
<i>En pourcentage du nombre de pays</i>												
Non autorisé	6,3	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autorisé sans soutien	6,3	0,0	0,0	0,0	50,0	26,1	13,0	8,7	25,0	0,0	0,0	0,0
Autorisé soutien indirect	12,5	17,6	11,1	10,5	18,2	13,0	13,0	13,0	25,0	0,0	0,0	20,0
Autorisé soutien direct	75,0	82,4	88,9	89,5	22,7	60,9	73,9	78,3	50,0	100,0	100,0	80,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : United Nations, 2006.

L'évolution de la contraception en Afrique

PATRICE VIMARD et RAÏMI FASSASSI

La fécondité a diminué et le recours aux moyens de contraception a augmenté dans pratiquement tous les pays en développement ayant fait l'objet d'une enquête nationale depuis 1990, dans le prolongement d'un changement à long terme des comportements de reproduction démographique concernant la majeure part de la population mondiale. Ainsi la fécondité cumulée est tombée, en moyenne, dans les pays en développement de 5,9 à 3,9 enfants par femme entre les années 1970 et la décennie 1990. Pour les mêmes périodes, le taux médian de prévalence de la contraception est passé, pour les pays en développement pour lesquels on dispose de données, de 27 % à 40 %. Ces données recouvrent une diversité de situations, le taux de fécondité et la prévalence contraceptive variant beaucoup d'un pays en développement à l'autre. En 2000-2005, sur 148 pays en développement, si 23 pays ont un taux de fécondité inférieur à celui nécessaire au remplacement des générations dans les pays de faible mortalité (2,1 enfants par femme), 35 autres, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne, ont une fécondité supérieure à 5 enfants par femme ; le premier groupe de pays, qui inclut la Chine, représente 25 % de la population mondiale, et le second groupe 10 %. Et la fécondité a peu diminué (de moins d'un enfant par femme depuis les années 1970) ou est restée stable dans 21 pays en développement dont 13 sont situés en Afrique subsaharienne. Dans le même ordre d'idée, si la prévalence contraceptive des femmes vivant en union était dans les années 1990 d'au moins 62 % dans un quart des pays en développement, elle demeurait inférieure à 24 % dans un autre quart, et moins de 10 % des femmes en union

vivant en Afrique subsaharienne avaient recours à la contraception (Zlidar *et al.*, 2003 ; United Nations, 2004).

Parmi les régions en développement, l'Afrique est le continent où la fécondité est la plus élevée et où la prévalence contraceptive est la plus faible. L'indice synthétique de fécondité est de 2,9 enfants par femme pour l'ensemble des pays en développement, mais de 4,9 pour l'ensemble de l'Afrique, de 3,2 en Afrique du Nord et 5,3 en Afrique subsaharienne (Fnuap, 2004). Les estimations pour 2000 du recours à la contraception sont de 55 % dans l'ensemble du monde en développement, mais de 15 % seulement en Afrique subsaharienne et de moins de 45 % pour l'Afrique du Nord (Zlidar *et al.*, 2003). En outre, en Afrique subsaharienne, la demande totale de planification familiale estimée dépasse rarement 50 % des femmes en union, alors qu'elle peut atteindre 70 ou 80 % dans les autres régions en développement, tout en étant davantage orientée vers la demande d'espacement des naissances que vers celle de limitation du nombre des enfants (Guengant et Rafalimanana, 2005).

Il importe par conséquent de mieux évaluer cette singularité et cette diversité africaines. Pour cela, dans cet article, nous examinerons tout d'abord les niveaux actuels de contraception et leur évolution récente dans les différents pays du continent, successivement chez les femmes en union et chez les femmes soumises à un risque de conception. Puis nous considérerons les différences de recours à la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction avant d'apprécier dans quelle mesure le degré de développement socio-économique et l'effort des gouvernements en faveur de la planification familiale ont un effet sur les différenciations constatées dans ce recours à la contraception.

Le niveau de la contraception

Globalement, le recours à la contraception est plus faible en Afrique que dans les autres continents du monde en développement. Cela est dû à la très faible prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne. Par contre, l'utilisation de la contraception est en effet relativement élevée en Afrique du Nord, où

Tableau 1. Utilisation des méthodes de contraception par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans en Afrique selon la région et dans les régions du monde en développement. 1990-2004 (en %)

	Méthodes quelconques		Méthodes modernes		Méthodes naturelles et populaires	
	Médiane	Moyenne*	Médiane	Moyenne*	Médiane	Moyenne*
Afrique australe	48	49	46	48	1	1
Afrique de l'Est	24	24	14	17	6	7
Afrique centrale	-	16	-	6	-	10
Afrique de l'Ouest	12	16	7	11	4	5
Afrique subsaharienne	18	22	8	16	5	6
Afrique du Nord	56	49	52	41	9	8
Afrique ensemble	21	27	11	20	5	6
Asie ^a	47	44	39	36	5	8
Amérique latine et Caraïbes ^a	64	61	54	52	8	9
Tous les pays en développement ^a	34	36	26	29	6	7

Source : calcul des auteurs, sauf ^a Zlidar *et al.*, 2003.

* moyenne non pondérée.

- calcul de la médiane impossible.

elle est plus fréquente qu'en Asie, même si elle demeure inférieure à celle de l'Amérique latine et des Caraïbes, région du monde en développement où la prévalence contraceptive est la plus forte (tableau 1).

Le continent africain est affecté de fortes disparités en matière de recours à la contraception. Cette disparité se situe tout d'abord entre la partie au nord du Sahara et celle au sud, où la prévalence contraceptive est près de trois fois moindre, si l'on considère la médiane, et plus de deux fois moindre si l'on considère la moyenne non pondérée, tout en étant nettement la plus faible de toutes les régions en développement. Cette disparité est également interne à l'Afrique subsaharienne où la partie australe bénéficie d'une contraception de deux à quatre fois plus répandue que dans les parties équatoriale, centrale ou occidentale, selon les indices retenus. Les écarts entre les différentes régions du continent sont encore plus prononcés lorsque l'on considère les seules méthodes

modernes dont le recours est nettement plus répandu dans les parties australe et septentrionale du continent (tableau 1).

Pour des raisons culturelles, les enquêtes sont menées dans les pays arabes auprès des seules femmes mariées, nous porterons par conséquent l'attention sur cette catégorie de femme afin de mener notre comparaison à l'échelle de l'ensemble du continent¹. Sur les 39 pays pour lesquels nous possédons des données, 20, soit plus de la moitié, ont une prévalence contraceptive des femmes mariées de 15 à 49 ans inférieure à 20 %, et pour 12 d'entre eux elle est inférieure à 10 %². Et 13 pays seulement, soit un tiers des pays, ont une prévalence supérieure à 34 %, valeur qui constitue la prévalence médiane de l'ensemble des pays en développement ; 10 d'entre eux ayant une prévalence supérieure à 40 % et 7 d'entre eux à 50 % (tableau 2)³. Les écarts entre les sous-régions du continent masquent des disparités internes à chacun de ces ensembles géographiques. En Afrique du Nord, quoi de commun entre le Soudan où la prévalence contraceptive est de 10 % au début des années 1990, dernier chiffre connu, et les autres pays de la sous-région où elle approche ou dépasse 40 % à la même époque ? Mais sans doute le Soudan, au-delà des déterminations géographiques de son classement par les Nations unies dans la partie nord du continent, appartient-il davantage, par ses caractéristiques culturelles, économiques et sociales, à l'Afrique noire du Sud du Sahara. La diversité domine également dans les différentes régions de cette partie subsaharienne du continent, à l'exception de l'Afrique australe, où le recours à la contraception est de mise pour plus de 40 % des femmes mariées dans les trois pays de la région. En Afrique de l'Est, les 4 pays qui

-
1. On trouvera dans le tableau 1 de l'annexe les prévalences contraceptives pour l'ensemble des femmes pour les pays d'Afrique subsaharienne, où se trouvent interrogées l'ensemble des femmes, quel que soit leur état matrimonial.
 2. Pour les 37 pays pour lesquels nous avons des données depuis 1990 (le Burundi et le Libéria faisant seuls exception), ces chiffres sont respectivement de 10 et 18.
 3. Ce tableau est basé sur les données des rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé, pour la plupart des pays, et sur les rapports des enquêtes suivantes signalées dans le tableau : BFHS, Botswana Family Health Survey ; ISDR, Inquerito Demografico e de Saude Reproductiva (Cap Vert) ; AFHS, Algeria Family Health Survey ; ALMCHS, Arab Lybian Maternal and Child Health Survey ; EPSF, Enquête sur la Population et la Santé Familiale (Maroc) ; SMCHS, Sudan Maternal and Child Health Survey TFHS, Tunisia Family Health Survey.

Tableau 2. Niveau de la contraception moderne, naturelle et totale par pays chez les femmes en union pour 39 pays africains (en %)

Pays (année d'enquête)	Contraception moderne	Contraception naturelle	Contraception totale
<i>Afrique australe</i>			
Afrique du Sud (1998)	55,1	0,9	56,3
Botswana (1996, BFHS)	45,8	1,4	47,6
Namibie (2000)	42,6	0,3	43,7
<i>Afrique de l'Est</i>			
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 (2003)	31,5	6,9	39,3
Madagascar (2003/04)	16,7	10,3	27,1
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	34,2
Zimbabwe (1999)	50,0	3	54,0
<i>Afrique centrale</i>			
Cameroun (1998)	7,1	11,2	19,3
Gabon (2000)	11,8	19,2	32,7
R.C.A. (1994/95)	3,2	5,4	9,1
Tchad (1996/97)	1,2	2,5	4,1
<i>Afrique de l'Ouest</i>			
Bénin (2001)	6,8	11,6	18,6
Burkina Faso (2003)	8,6	3,3	12,2
Côte d'Ivoire (1998/99)	7,2	6,6	15,0
Ghana (2003)	18,4	6,2	25,2
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 (2003)	8,2	4,8	12,6
Sénégal (1997)	8,1	1,3	10,4
Cap Vert (1998, IDSR)	46,0	6,9	52,9
Togo (1998)	7,0	6,6	13,9
<i>Afrique du Nord</i>			
Algérie (2002, AFHS)	51,8	5,2	57,0
Égypte (2000)	53,9	2	56,1
Libye (1995, ALMCHS)	25,6	19,6	45,2
Maroc (2003/04, EPSF)	52,0	11	63,0
Soudan (1992/93, SMCHS)	6,9	3	9,9
Tunisie (2001, TFHS)	53,1	9,5	62,6

Source : rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé, sauf mentions particulières pour les rapports des autres enquêtes (voir note 3 dans le texte).

ont une prévalence contraceptive supérieure à 30 % (Kenya, Malawi, Zambie et Zimbabwe) se distinguent fortement de pays où elle est inférieure à 10 % (Érythrée, Éthiopie, Mozambique), les autres pays se situant entre ces groupes extrêmes. En Afrique centrale, la diversité domine également entre le Gabon, avec plus de 30 % de prévalence contraceptive, le Cameroun, où elle approche 20 %, et la R.C.A. et le Tchad où elle est inférieure à 10 %. Et en Afrique de l'Ouest, si le faible recours à la contraception domine avec moins de 20 % de prévalence contraceptive dans la plupart des pays, on peut distinguer le Cap Vert et le Ghana, où elle dépasse respectivement les 50 % et les 25 %. De ces disparités, à différents niveaux de distinction géographique, il ressort une image très diversifiée du recours à la contraception en Afrique.

La dispersion des prévalences est ainsi extrême : de 4 à 63 % pour la contraception totale ; de 1 à 55 % pour la contraception moderne⁴ (figure 1). Nous avons du côté des plus fortes prévalences, les pays d'Afrique du Nord (à l'exception du Soudan et de la Libye) et ceux d'Afrique australe auxquels on peut associer le Zimbabwe (avec plus de 43 % de prévalence contraceptive totale). Du côté des plus faibles prévalences, se trouvent des pays enclavés ou touchés, actuellement ou par le passé, par des guerres ou des conflits internes : Érythrée, Éthiopie, Guinée, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Soudan, R.C.A., Tchad, avec moins de 10 % de contraception totale, et le plus souvent moins de 6 % de contraception moderne.

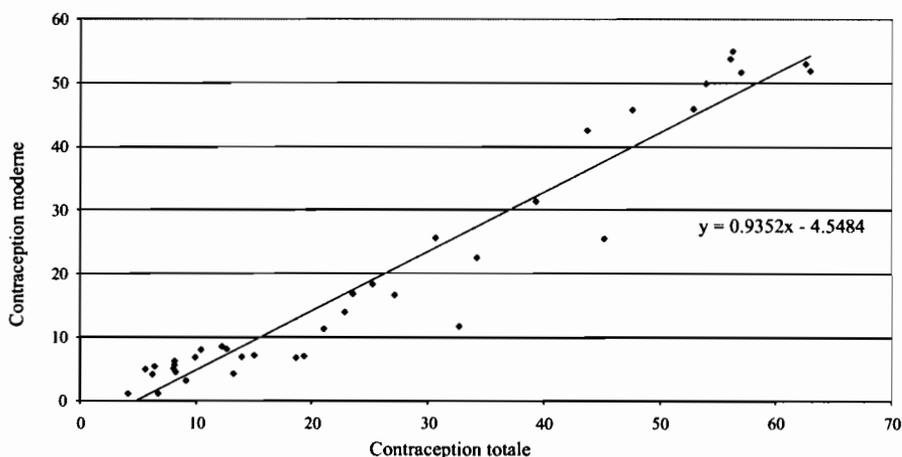
L'évolution de la prévalence contraceptive

Durant les dernières décennies, des progrès significatifs du recours à la contraception ont été observés à l'échelle mondiale : de la décennie 1970 à la

4. La contraception moderne comprend la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le préservatif masculin et féminin, la stérilisation masculine et féminine, les mousses et gelée. La contraception naturelle comprend le retrait, la continence périodique (quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde) et l'aménorrhée par lactation. La contraception totale comprend l'ensemble des méthodes, modernes, naturelles et populaires, dites encore traditionnelles (à l'exception de l'abstinence post-partum et de l'abstinence prolongée, qui n'ont pas été considérées dans toutes les enquêtes).

décennie 1990, le niveau médian de la prévalence contraceptive des femmes en union est passé de 38 % à 52 % (United Nations, 2004). Dans les deux tiers des pays en développement pour lesquelles des données sont disponibles, la croissance de la prévalence contraceptive a été d'au moins 1 point de pourcentage par an (soit 10 points par décennie). Les croissances rapides ont été les plus répandues dans les pays où les niveaux de prévalence sont bas ou moyens (entre 15 et 49 %). Dans ces pays en développement, les progrès de la contraception moderne constituent l'essentiel de la croissance de la prévalence contraceptive (Pnud, 1998).

Figure 1. Niveau de la contraception moderne et totale par pays chez les femmes mariées (en %) en Afrique (enquête la plus récente pour 39 pays)



Source : à partir des données des rapports des dernières enquêtes nationales (E.D.S. et autres enquêtes).

En Afrique, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, les progrès de la prévalence contraceptive dans un pays ne sont pas corrélés au niveau de cette prévalence dans ce pays au début de la période d'observation. Cela peut s'expliquer par le fait qu'aucun des pays africains n'atteint encore un seuil de

saturation au-delà duquel la progression du recours à la contraception est très lente, voire inexistante⁵.

La croissance annuelle moyenne (non pondérée par la population des pays), en points de pourcentage, est de 0,94 point pour la contraception totale et de 0,89 point pour la contraception moderne, dont les progrès sont par conséquent responsables de 95 % de la progression totale du recours à la contraception, le recours à la contraception naturelle ou populaire ayant par contre stagné.

Ces moyennes cachent des évolutions très variables, au sein de l'Afrique (tableau 3 et figure 2). Quatre groupes peuvent être distingués selon le gain annuel moyen en pourcentage de prévalence contraceptive.

— Groupe 1 – Forte croissance, qui concerne 8 pays : Botswana, Malawi, Namibie, Tanzanie, Zambie, en Afrique subsaharienne anglophone, et l'Algérie, l'Égypte et le Maroc en Afrique du Nord, avec une progression de 1,4 à 2,2 points pour la contraception totale et de 1,4 à 2,3 points pour la contraception moderne. On peut par exemple souligner les cas du Malawi et de la Zambie qui, durant une décennie ou près d'une décennie, auront eu une croissance de la prévalence contraceptive totale et moderne de plus de 2 points par an.

— Groupe 2 – Croissance modérée pour 6 pays : Ghana, Kenya, Madagascar, Ouganda, Zimbabwe et Tunisie, avec une progression de 0,9 à 1,4 point pour la contraception totale et de 0,9 à 1,2 point pour la contraception moderne.

— Groupe 3 – Croissance faible, pour 12 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guinée, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo et Soudan, avec une progression de 0,2 à 0,8 point pour la contraception totale et de 0,3 à 0,7 point pour la contraception moderne

— Groupe 4 – Stagnation ou recul dans deux pays touchés par des conflits : l'Érythrée (croissance nulle de la contraception totale et marginale des

5. Les coefficients de corrélation entre la croissance annuelle en point de pourcentage et la prévalence contraceptive au début de période d'observation sont, pour l'ensemble de l'Afrique et pour l'ensemble de Afrique subsaharienne, de respectivement 0,122 et 0,069 pour l'ensemble de la contraception, et de respectivement 0,176 et 0,132 pour la contraception moderne.

méthodes modernes) et Rwanda (recul de 1 point pour la contraception totale et la contraception moderne).

Si la moitié des pays africains se caractérisent par une progression forte ou modérée de la contraception, approchant ou dépassant 1 point de pourcentage par an, pour l'autre moitié d'entre eux cette croissance est faible ou inexistante, symbole d'une situation globale assez médiocre, surtout pour ce qui concerne l'Afrique subsaharienne, dont 13 pays sur 23 sont dotés d'une croissance annuelle égale ou inférieure à 0,7 point de pourcentage.

Pour un certain nombre de pays (Bénin, Éthiopie, Ghana, Madagascar, Malawi, Namibie, Togo, Zambie, Zimbabwe, Algérie, Soudan), la progression de la prévalence contraceptive moderne s'est accompagnée d'un affaiblissement du recours aux méthodes naturelles ou populaires⁶ ; la part de la contraception moderne dans l'augmentation de la prévalence dépasse par conséquent l'unité pour ces pays. À l'inverse, 5 pays se caractérisent par des progrès relativement équilibrés entre les méthodes modernes et les moyens naturels ou populaires (la part de la contraception moderne dans la progression totale est alors de 0,4 à 0,7) : il s'agit du Cameroun, de la Guinée, du Nigeria, de l'Ouganda et de la Tanzanie. Pour les autres pays, les progrès de la contraception moderne représentent la majeure partie de l'amélioration de la prévalence contraceptive (avec une part comprise entre 0,8 et 0,9) : Botswana, Burkina, Côte d'Ivoire, Kenya, Mali, Niger, Sénégal, Égypte, Maroc et Tunisie⁷.

Compte tenu de cette prépondérance de la contraception moderne dans les progrès d'ensemble du recours aux moyens contraceptifs, dont elle détermine l'intensité (R_2 de 0,91, figure 2), on ne s'étonnera pas de la très forte corrélation entre la contraception moderne et la contraception totale au terme de nos périodes respectives d'observation (R_2 de 0,938, voir figure 1).

6. Les méthodes populaires, également qualifiées de traditionnelles, comprennent les plantes, gris-gris et amulettes utilisées pour empêcher une conception.

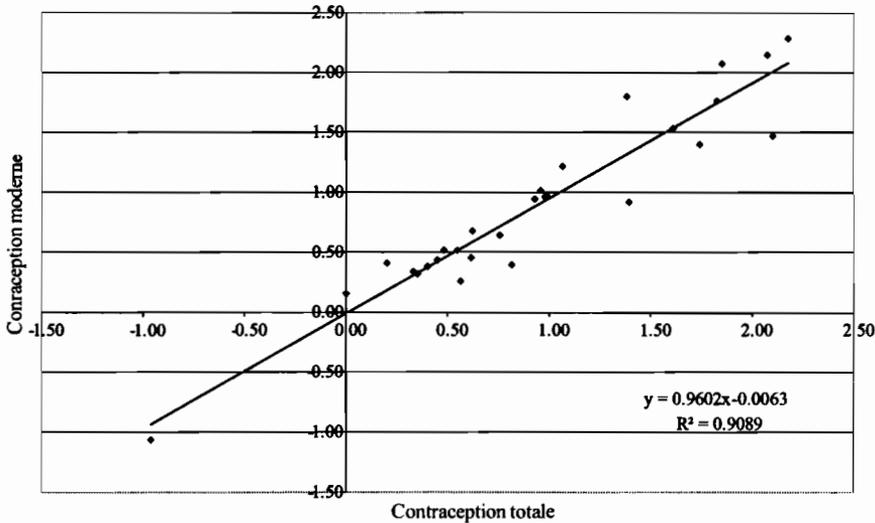
7. Deux pays doivent être distingués de cette énumération : l'Érythrée, dont la prévalence contraceptive totale ne progresse pas, et le Rwanda qui se caractérise par une diminution de la contraception moderne que ne peut contrebalancer, et de loin, les légers progrès de la contraception naturelle ou populaire.

Tableau 3. Évolution de la contraception selon la méthode chez les femmes en union dans 28 pays africains

Pays	Période d'observation		Prévalence au début de la période (en %)		Gain annuel durant la période (en points de pourcentage)		Rapport entre les progrès de la contraception moderne et les progrès de la prévalence totale
	Dates d'enquêtes	Intervalle (en années)	Méthodes quelconques	Méthodes modernes	Méthodes quelconques	Méthodes modernes	
<i>Afrique subsaharienne</i>							
Bénin	1996-2001	5	15,2	3,4	0,62	0,68	1,10
Botswana	1988-1996	8	33	31,7	1,83	1,76	0,97
Burkina Faso	1992/93-2003	10,5	7,5	4	0,45	0,44	0,98
Cameroun	1991-1998	7	12,6	4,3	0,81	0,40	0,49
Côte d'Ivoire	1994-1998/99	4,5	10,4	4,3	0,76	0,64	0,85
Érythrée	1995-2002	7	8	4	0,00	0,16	-
Éthiopie	1990-2000	10	4,8	2,9	0,33	0,34	1,03
Ghana	1988-2003	15	11,3	4,2	0,93	0,95	1,02
Guinée	1992-1999	7	1,7	1	0,61	0,46	0,74
Kenya	1989-2003	14	25,5	17,8	0,98	0,96	0,99
Madagascar	1992-2003/04	11,5	16,1	5	0,96	1,02	1,06
Malawi	1992-2000	8	11,1	7,4	2,18	2,29	1,05
Mali	1987-2001	14	2,7	1,3	0,35	0,32	0,92
Namibie	1992-2000	8	28,9	26,0	1,85	2,08	1,12
Niger	1992-1998	6	2,4	2,3	0,40	0,38	0,96
Nigeria	1990-2003	13	5,3	3,4	0,56	0,26	0,47
Ouganda	1988-2000/01	12,5	4,4	2,5	1,39	0,92	0,66
Rwanda	1992-2000	8	21	12,8	-0,96	-1,06	-
Sénégal	1986-1997	11	3,4	2,4	0,55	0,52	0,95
Tanzanie	1992-1999	7	9,7	6,5	2,10	1,47	0,70
Togo	1988-1998	10	11,7	3	0,20	0,41	2,05
Zambie	1992-2001/02	9,5	12,8	8,9	2,07	2,15	1,04
Zimbabwe	1988-1999	11	41,5	36,1	1,06	1,22	1,15
<i>Afrique du Nord</i>							
Algérie	1986-2002	16	35	23	1,38	1,80	1,31
Égypte	1988-2000	12	36,6	35,5	1,61	1,53	0,95
Maroc	1987-2003/04	16,5	34,3	28,9	1,74	1,40	0,80
Soudan	1989/90-1992/93	2,5	8,7	5,6	0,48	0,52	1,08
Tunisie	1988-2001	13	49,8	40,4	0,98	0,98	0,99

Source : rapports des enquêtes démographiques et de santé et autres enquêtes nationales.

Figure 2. Gain annuel de la contraception chez les femmes en union (en point de pourcentage) en Afrique



Source : rapports des enquêtes démographiques et de santé et des autres enquêtes nationales.

L'évolution de la prévalence contraceptive chez les femmes soumises à un risque de conception en Afrique subsaharienne : quel est le contrôle réel de la fécondité par la contraception ?

Les indicateurs de contraception des enquêtes démographiques et de santé produits dans les rapports nationaux ou ceux qui sont archivés sur le site <http://www.measuredhs.com>, tels ceux que nous avons présentés plus haut et qui sont habituellement discutés dans la littérature scientifique, ne rendent qu'incomplètement et imparfaitement compte de l'utilisation de la contraception et de son effet réel sur la régulation des naissances.

Ces indicateurs ne constituent en effet qu'une mesure approchée de la prévalence de la contraception et du contrôle de la fécondité. Lorsqu'il s'agit de la contraception de l'ensemble des femmes ou des femmes mariées, le dénominateur comprend des femmes qui sont enceintes, ménopausées où

sans relations sexuelles régulières, et qui ne sont donc pas exposées au risque de concevoir au moment de l'enquête et ne sont pas, par conséquent, réellement concernées par la pratique d'une contraception. Le paradoxe est extrême pour les femmes qui pratiquent une abstinence post-partum, qui figurent au dénominateur, alors que leur risque de conception est quasi nul, sans figurer au numérateur, bien qu'elles utilisent une certaine forme de contrôle des naissances (Fassassi et Vimard, 2002).

Aussi, pour mieux apprécier la prévalence réelle de la contraception et le rôle qu'elle exerce sur le contrôle de la fécondité nous proposons dans cette partie de focaliser notre analyse sur les femmes : i) sexuellement actives, ii) qui ne sont pas enceintes, et iii) qui ne sont pas ménopausées, soit un échantillon de femmes réellement soumises à un risque de conception et concernée par la problématique du contrôle de la fécondité au moment de l'enquête lorsque la question sur leur « contraception actuelle » leur est posée.

Pour des raisons culturelles, les questions sur la sexualité ne sont pas posées dans les enquêtes démographiques et de santé réalisées les pays d'Afrique du Nord, à l'exception du Soudan qui, seul d'entre eux, figurera ici dans notre analyse avec les pays d'Afrique subsaharienne (figure 3 et tableau 4).

La prévalence contraceptive des femmes soumises à un risque de conception est sensiblement, voire très nettement, supérieure à celle de l'ensemble des femmes. Si l'on considère le recours des femmes, quel que soit leur statut matrimonial, dans les 30 pays pour lesquels on dispose de données aux mêmes enquêtes, on constate, selon les pays, un écart variant de 1 à 27 % pour la contraception moderne et de 3 à 28 % pour l'ensemble des méthodes. Si l'on considère le recours des femmes mariées dans les mêmes 30 pays, on constate un écart variant de 0,6 à 12 % pour la contraception moderne et de 1 à 13 % pour l'ensemble des méthodes (voir en annexe les tableaux 2 et 3). Pour l'ensemble des pays, l'écart moyen non pondéré pour l'ensemble des femmes est de 8,3 % pour les méthodes modernes et de 11,4 % pour l'ensemble des méthodes. Pour les femmes mariées, il est un peu moindre : 5,3 % pour les méthodes modernes et 7,4 % pour l'ensemble des méthodes⁸.

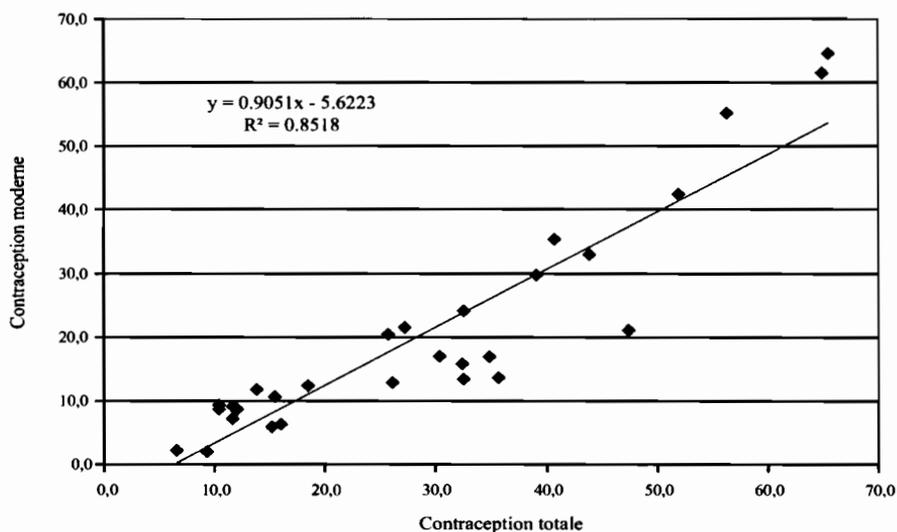
8. Les effectifs des femmes non mariées et sexuellement actives interrogées dans les enquêtes

Tableau 4. Niveau de la contraception chez les femmes soumises à un risque de conception, selon l'état matrimonial et la méthode utilisée pour 30 pays d'Afrique subsaharienne (en %)

Pays, année d'enquête	Femmes mariées		Femmes non mariées		Ensemble des femmes	
	Méthodes quelconques	Méthodes modernes	Méthodes quelconques	Méthodes modernes	Méthodes quelconques	Méthodes modernes
Afrique du Sud, 1998	62,4	61,3	71,4	70,7	65,5	64,5
Bénin, 2001	31,5	12,8	39,3	17,4	32,5	13,4
Burkina Faso, 2003	23,2	17,6	60,2	57,5	25,7	20,3
Burundi, 1987	9,1	1,8	28,1	17,4	9,3	1,9
Cameroun, 1998	27,2	11,1	65,5	22,5	35,7	13,6
Comores, 1996	28,0	15,3	58,6	35,6	30,4	16,9
Côte d'Ivoire, 1998	25,1	12,5	60,1	28,6	34,9	17,0
Éthiopie, 2000	10,7	8,4	44,6	39,1	11,6	9,2
Gabon, 2000	40,1	15,8	63,4	32,2	47,5	21,0
Ghana, 2003	38,3	29,2	44,7	32,6	39,1	29,6
Guinée, 1999	11,8	8,5	52,2	32,9	15,4	10,7
Kenya, 2003	51,6	42,1	56,7	46,2	52,0	42,4
Libéria, 1986	10,7	9,4	21,7	18,1	13,7	11,8
Madagascar, 1997	25,6	13,0	29,2	10,8	26,1	12,7
Malawi 2000	41,3	35,7	28,4	27,0	40,7	35,3
Mali, 2001	9,3	7,9	35,6	24,6	10,4	8,6
Mozambique, 1997	9,1	8,3	18,8	15,4	10,4	9,2
Namibie, 2000	54,1	52,8	60,9	60,4	56,3	55,3
Niger, 1998	11,1	6,7	51,9	45,0	11,7	7,2
Nigeria, 2003	14,7	9,4	51,5	39,8	18,4	12,4
Ouganda, 2000-01	25,3	19,5	51,3	46,6	27,2	21,5
R.C.A., 1994	12,7	4,8	27,4	11,2	15,2	5,8
Rwanda, 2000	15,8	6,1	28,2	18,9	16,0	6,4
Sénégal, 1992-93	10,8	7,8	48,8	36,9	12,0	8,8
Soudan, 1990	13,2	8,8	13,2	8,8	12,0	8,8
Tanzanie, 1999	32,2	23,5	34,3	27,5	32,5	24,2
Tchad, 1996	6,0	1,8	16,6	9,1	6,5	2,1
Togo, 1998	26,3	13,6	54,2	23,3	32,3	15,7
Zambie, 2001-02	44,8	33,1	35,4	32,3	43,9	33,0
Zimbabwe, 1999	65,3	61,7	60,6	58,7	64,9	61,5

Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

Figure 3. Niveau de la contraception chez l'ensemble des femmes soumises à un risque de conception, méthode moderne et ensemble des méthodes (en %).
Enquête la plus récente pour 30 pays d'Afrique



Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

Mais même chez les femmes mariées, pour lesquelles les écarts sont moindres, on peut noter des différences importantes entre la prévalence des femmes soumises à un risque de conception et celle de toutes les femmes en union, dépassant 10 %, pour un certain nombre de pays qui dessinent des ensembles géographiques assez bien circonscrits (voir en annexe le tableau 3). Il s'agit d'une part de pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana et Togo) et, d'autre part, de pays de l'Afrique de l'Est ou australe (Kenya, Malawi, Namibie, Zambie et Zimbabwe), qui se situent à des niveaux relativement différents de fécondité et de prévalence contraceptive.

Si l'on considère les quatre pays de l'Afrique de l'Ouest francophone déjà cités (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Togo), on vérifie que leur prévalence contraceptive calculée pour l'ensemble des femmes mariées est faible, parmi les

sont souvent trop faibles pour que le calcul des différences de prévalence entre ces femmes et l'ensemble des femmes non mariées soit pertinent.

plus faibles du continent (de 12 à 21 %), alors que le recours à la contraception des femmes mariées réellement soumises à un risque de conception apparaît bien supérieure (de 23 à 32 %), mettant en évidence un contrôle de la fécondité par la contraception beaucoup plus répandu qu'il peut apparaître au premier regard.

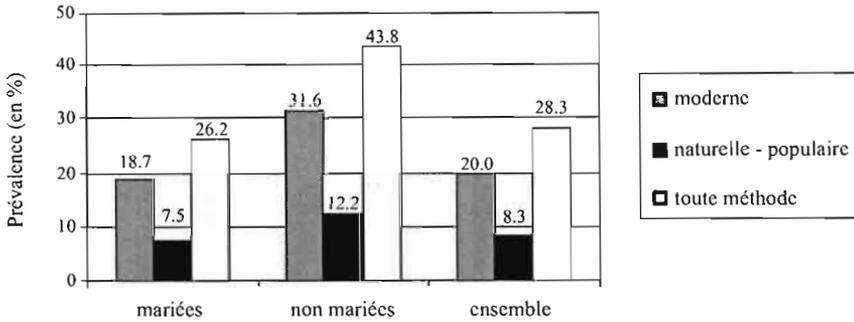
Pour les femmes soumises à un risque de conception, quel que soit le statut matrimonial, la moyenne non pondérée de la prévalence contraceptive atteint 28,3 %, dont 20 % pour la contraception moderne⁹ : plus d'une femme sur quatre recourt par conséquent à un moyen contraceptif, et une femme sur cinq recourt à une méthode moderne¹⁰ (figure 4). Cette prévalence est nettement supérieure chez les femmes non mariées que chez les femmes en union : près d'une femme non mariée sexuellement active sur deux recourt à un moyen contraceptif. Cette différence de prévalence correspondant également à une distinction dans les stratégies vis à vis de la procréation et de son contrôle. Pour les femmes en union, il s'agit le plus souvent dans la première partie de leur vie reproductive de contrôler l'espacement de leurs naissances, puis ensuite de limiter le nombre de leurs enfants. Pour les femmes non mariées, il s'agit essentiellement d'éviter une grossesse.

La progression de la contraception chez les femmes soumises à un risque de conception est très inégale selon les pays (tableau 5). La Zambie se distingue de tous les autres pays par une très forte croissance : pour l'ensemble des femmes comme pour les femmes en union, on relève une augmentation annuelle de près de 7 points de pourcentage pour l'ensemble des méthodes et de près 6 points pour les moyens modernes. Deux pays, la Namibie et la Tanzanie, se caractérisent par une augmentation annuelle forte de plus de 2 points de pourcentage, tandis qu'un groupe de six pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Ouganda et Zimbabwe) ont une augmentation comprise entre 1 point et 2 points de pourcentage. Pour les autres pays, la progression annuelle est faible,

9. Les médianes se situent respectivement à 26 % et 13 %.

10. Ces moyennes sont plus élevées si l'on considère seulement les 26 pays qui ont eu une enquête durant la dernière décennie (1995-2004) : pour ceux-ci, la moyenne non pondérée de la prévalence contraceptive atteint 30,9 %, dont 21,9 % pour la contraception moderne.

Figure 4. Niveau de la contraception chez les femmes soumises à un risque de conception, selon leur état matrimonial et la méthode utilisée (en %). Moyenne non pondérée pour 30 pays d'Afrique (dernière enquête démographique et de santé où les données sont disponibles)



Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

Tableau 5. Évolution de la contraception chez les femmes soumises à un risque de conception selon l'état matrimonial et la méthode utilisée, en point de pourcentage, pour 17 pays d'Afrique subsaharienne

Pays, année des enquêtes	Femmes mariées		Ensemble des femmes	
	Méthodes quelconques	Méthodes modernes	Méthodes quelconques	Méthodes modernes
Bénin, 1996-2001	0,3	1,2	-0,1	1,1
Burkina Faso, 1992/93-2003	0,7	0,8	0,9	1,0
Cameroun, 1991-1998	1,0	0,6	1,4	0,9
Côte d'Ivoire, 1994-1998/99	1,3	1,1	1,6	1,4
Ghana, 1988-2003	1,2	1,3	1,1	1,3
Kenya, 1989-2003	1,2	1,3	1,2	1,3
Madagascar, 1992-1997	0,7	1,2	0,8	1,3
Mali, 1987-2001	0,4	0,4	0,4	0,5
Namibie, 1992-2000	2,3	2,5	2,4	2,6
Niger, 1992-1998	0,9	0,6	0,9	0,6
Nigeria, 1990-2003	0,4	0,3	0,4	0,4
Ouganda, 1988-2000/01	1,6	1,3	1,6	1,4
Rwanda, 1992-2000	-1,3	-1,2	-1,3	-1,2
Tanzanie, 1992-1999	2,5	2,1	2,4	2,1
Togo, 1988-1998	0,5	0,9	0,4	0,9
Zambie, 1992-2001/02	6,9	5,8	6,9	5,8
Zimbabwe, 1988-1999	1,0	1,5	1,1	1,5

Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

inférieure à 1 point de pourcentage. Deux pays doivent être distingués. Tout d'abord le Bénin, où le recours à l'ensemble des méthodes stagne, alors que l'utilisation des méthodes modernes, qui se substituent par conséquent aux méthodes naturelles et populaires, progresse de plus de 1 point de pourcentage. Le Rwanda également, qui subit, durant la période d'observation, une baisse de la prévalence contraceptive, pour les raisons déjà indiquées.

La prévalence contraceptive selon le milieu de résidence et l'instruction

L'effet de l'instruction et celui de l'urbanisation sur la pratique contraceptive sont établis par de nombreuses études (Vimard et Zanou, 2000 ; Zlidar *et al.*, 2003). Ils conduisent à une différenciation des niveaux de recours contraceptif selon la zone de résidence et le niveau d'instruction, qui peut être plus ou moins prononcée selon les pays.

Milieu de résidence et contraception

Pour établir un bilan en ce domaine, nous considérerons tout d'abord le niveau de la contraception chez les femmes mariées, selon la méthode utilisée et leur milieu de résidence, et ce pour les pays ayant réalisé une enquête nationale durant la dernière décennie (1995-2004) (tableau 6).

Pour chacun de ces pays, nous avons considéré le rapport R/U représentant la prévalence contraceptive en milieu rural sur celle en milieu urbain. La relation entre ce rapport R/U et la prévalence contraceptive totale est établie (R^2 de 0,61, figure 5). Les pays qui sont dans une phase d'émergence de la contraception (moins de 25 % de prévalence contraceptive) se caractérisent par une forte différenciation selon le milieu de résidence, la prévalence étant nettement plus faible en zone rurale, où la prévalence ne dépasse pas, le plus souvent, 40 % de celle atteinte en milieu urbain. Pour ces pays, la première phase de progrès de la contraception, qui les caractérise, est principalement

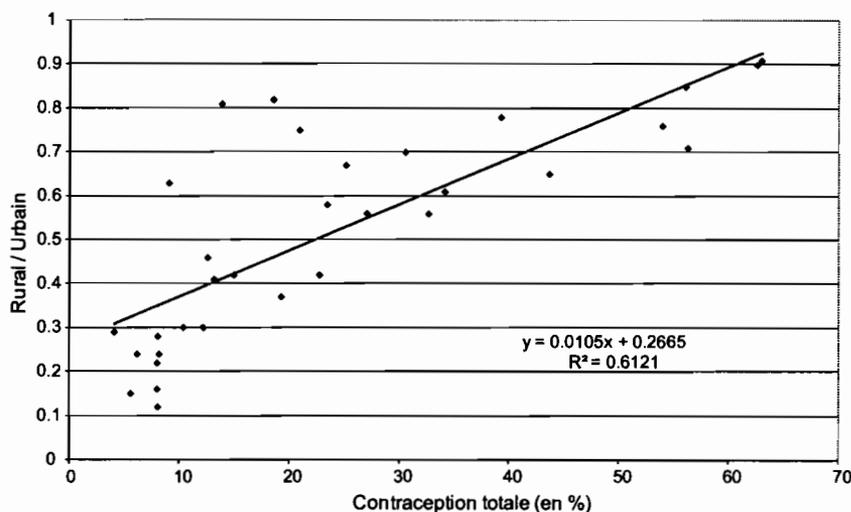
Tableau 6. Niveau de la contraception chez les femmes mariées, selon la méthode utilisée et le milieu de résidence pour 32 pays africains (en %)

Pays, année d'enquête	Méthodes quelconques			Méthodes modernes		
	Urbain	Rural	Proportion*	Urbain	Rural	Proportion*
<i>Afrique subsaharienne</i>						
Afrique du Sud, 1998	63,7	45,1	0,71	62,8	43,7	0,70
Bénin, 2001	21,1	17,3	0,82	9,8	5,8	0,59
Burkina Faso, 2003	34,2	10,1	0,30	28,5	5,2	0,18
Cameroun, 1998	34,6	12,9	0,37	13,1	4,5	0,34
Comores, 1996	25,7	19,4	0,75	14,7	10,3	0,70
Côte d'Ivoire, 1998/99	24,2	10,2	0,42	12,4	4,6	0,37
Érythrée, 2002	16,5	3,6	0,22	15,1	3,2	0,21
Éthiopie, 2000	35,6	4,3	0,12	28,3	3,3	0,12
Gabon, 2000	36,5	20,6	0,56	13,9	5,0	0,36
Ghana, 2003	31,4	20,9	0,67	24,2	14,9	0,62
Guinée, 1999	13,9	3,4	0,24	9,5	2,3	0,24
Kenya, 2003	47,6	37,0	0,78	39,9	29,2	0,73
Madagascar, 2003/2004	40,9	23,1	0,56	26,5	15,9	0,60
Malawi, 2000	41,2	28,9	0,70	38,2	24,1	0,63
Mali, 2001	17,8	4,9	0,28	14,7	2,8	0,19
Mauritanie, 2000/01	15,8	2,6	0,16	11,8	0,6	0,05
Mozambique, 1997	17,7	2,7	0,15	16,6	2,3	0,14
Namibie, 2000	53,9	35,3	0,65	53,4	33,7	0,63
Niger, 1998	22,9	5,5	0,24	18,6	2,1	0,11
Nigeria, 2003	20,2	9,2	0,46	13,9	5,7	0,41
Ouganda, 2000/01	46,3	19,3	0,42	41,6	14,7	0,35
R.C.A., 1994/95	19,2	12,1	0,63	6,4	1,4	0,22
Rwanda, 2000	26,9	10,9	0,41	16,1	3,9	0,24
Sénégal, 1997	23,8	7,1	0,30	19,3	2,1	0,11
Tanzanie, 1999	37,3	21,7	0,58	32,8	12,0	0,37
Tchad, 1996/97	9,4	2,7	0,29	4,2	0,3	0,07
Togo, 1998	27,0	22,0	0,81	10,3	5,5	0,53
Zambie, 2001/02	45,7	27,9	0,61	41,2	16,6	0,40
Zimbabwe, 1999	63,1	48,1	0,76	61,8	43,9	0,71
<i>Afrique du Nord</i>						
Égypte, 2000	61,2	52,0	0,85	58,9	49,9	0,85
Maroc, 2003/04	65,5	59,7	0,91	54,5	48,7	0,89
Tunisie, 2001	64,9	58,1	0,90	52,7	53,7	1,02

Source : à partir des données des rapports des dernières enquêtes nationales (E.D.S. et autres enquêtes).

* La proportion est calculée sur la base de la formule : taux de prévalence contraceptive en milieu rural / taux de prévalence contraceptive en milieu urbain (R/U).

Figure 5. Rapport de la contraception rurale sur la contraception urbaine (R/U) selon le niveau de la prévalence contraceptive totale en Afrique, 1995-2004*



Source : à partir des données des rapports des dernières enquêtes nationales (E.D.S. et autres enquêtes).

* La proportion est calculée sur la base de la formule : taux de prévalence contraceptive en milieu rural/taux de prévalence contraceptive en milieu urbain (R/U).

un phénomène urbain. Ceci à l'exception de quelques pays qui se distinguent par une plus forte homogénéité (Bénin, Comores, RCA, Togo).

Au-delà d'une prévalence de 25 %, plus le niveau de contraception d'un pays est élevé, plus l'écart entre les milieux de résidence est réduit. Ainsi, on peut estimer que la progression de la contraception à l'échelle d'un pays conduit à un affaiblissement de la différentielle urbain-rural par un rapprochement des comportements de régulation de la fécondité en milieu rural vis-à-vis de ceux déjà adoptés en milieu urbain ; ce rapprochement constituant le mécanisme majeur de la relative généralisation de l'utilisation de la contraception durant la seconde phase de la transition contraceptive.

Instruction et contraception

Nous considérons dans ce second temps, le niveau de la contraception chez les femmes mariées, selon la méthode utilisée et leur niveau d'instruction, et ce toujours pour les pays ayant réalisé une enquête nationale durant la dernière décennie (1995-2004).

Pour chacun de ces pays, nous avons considéré le rapport de la prévalence des femmes sans instruction sur celle des femmes d'instruction secondaire et supérieure (tableau 7). La relation entre la prévalence contraceptive totale et ce rapport est établie (R_2 de 0,58), les progrès de la prévalence contraceptive s'accompagnant d'un affaiblissement des inégalités entre femmes analphabètes et femmes instruites (figure 6). Cependant, nous pouvons remarquer une certaine dispersion autour de la droite d'ajustement dans la mesure où, pour chaque niveau de prévalence contraceptive, on observe une inégalité plus ou moins forte selon les pays du recours à la contraception chez les femmes sans instruction et celles de niveau secondaire, qui perdure avec la progression de la prévalence totale.

Si la relative égalité entre femmes analphabètes et femmes d'instruction secondaire est surtout l'apanage des pays qui ont atteint un niveau de contraception relativement élevé (Maroc, Égypte, Zimbabwe) ; d'autres pays sont dans un cas comparable tout en ayant une prévalence contraceptive nettement plus faible (Malawi, Togo). À l'inverse quatre pays se distinguent par une très forte inégalité, la prévalence contraceptive des femmes sans instruction étant environ dix fois plus faible que celle des femmes d'instruction secondaire, avec un recours à la contraception restreint ou très restreint (Cameroun, Éthiopie, Mozambique, Tchad).

Comme pour la différentielle rural/urbain, la progression de la contraception à l'échelle d'un pays conduit à un affaiblissement des écarts selon le niveau d'instruction par un rapprochement des comportements de régulation de la fécondité des femmes sans instruction avec les femmes instruites,

Tableau 7. Niveau de la contraception chez les femmes mariées,
selon la méthode utilisée et le niveau d'instruction pour 31 pays africains
(en %)

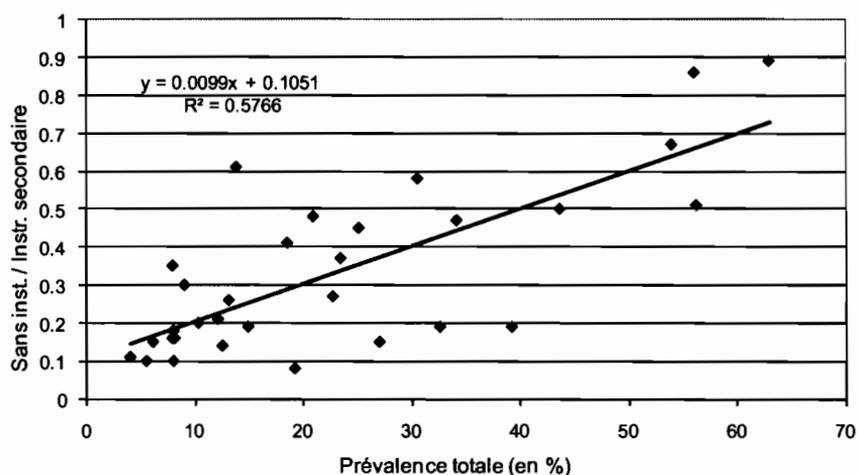
Pays, année d'enquête	Méthode quelconque par nv. d'instruction				Méthode moderne par nv. d'instruction			
	Aucun	Primaire	Secondaire	%*	Aucun	Primaire	Secondaire	%*
<i>Afrique subsaharienne</i>								
Afrique du Sud, 1998	33,2	47,2	64,6	0,51	30,4	46,3	63,6	0,48
Bénin, 2001	15,8	20,1	39,0	0,41	5,3	8,9	19,7	0,27
Burkina Faso, 2003	10,7	26,5	52,0	0,21	6,0	20,1	43,2	0,14
Cameroun, 1998	3,2	20,4	41,6	0,08	1,8	7,4	14,4	0,13
Comores, 1996	16,8	25,9	35,1	0,48	10,7	11,0	15,1	0,71
Côte d'Ivoire, 1998/99	7,7	25,2	40,3	0,19	4,4	10,4	19,6	0,22
Érythrée, 2002	3,5	12,4	21,8	0,16	3,2	11,3	19,2	0,17
Éthiopie, 2000	4,6	16,4	44,8	0,10	3,7	13,2	33,0	0,11
Gabon, 2000	8,5	22,0	44,1	0,19	4,8	7,7	15,7	0,31
Ghana, 2003	15,3	26,1	33,8	0,45	11,0	20,7	24,7	0,45
Guinée, 1999	4,0	13,3	27,0	0,15	2,9	8,0	17,0	0,17
Kenya, 2003	12,0	36,6	61,8	0,19	8,0	28,8	51,7	0,15
Madagascar, 2003/04	7,4	24,5	47,8	0,15	5,2	18,7	28,4	0,18
Malawi, 2000	26,0	31,3	45,1	0,58	21,7	26,5	41,6	0,52
Mali, 2001	5,9	13,1	33,1	0,18	4,0	10,1	25,6	0,16
Mauritanie, 2000/01	3,6	11,3	10,3	0,35	2,4	8,2	6,1	0,39
Mozambique, 1997	3,0	6,7	30,2	0,10	2,5	6,3	27,1	0,09
Namibie, 2000	27,8	33,5	56,0	0,50	27,4	31,9	55,1	0,50
Niger, 1998	6,4	17,5	39,9	0,16	3,0	13,0	32,4	0,09
Nigeria, 2003	4,0	16,7	28,1	0,14	2,3	11,2	18,9	0,12
Ouganda, 2000/01	13,2	21,2	49,1	0,27	9,4	16,8	42,2	0,22
R.C.A., 1994/95	10,1	16,5	34,1	0,30	1,1	4,0	12,1	0,09
Rwanda, 2000	9,0	12,0	34,3	0,26	3,2	4,8	18,8	0,17
Sénégal, 1997	8,4	21,9	43,0	0,20	3,9	17,1	34,5	0,11
Tanzanie, 1999	16,3	28,7	44,2	0,37	7,5	20,5	33,0	0,23
Tchad, 1996/97	2,7	7,5	24,3	0,11	0,5	2,5	12,8	0,04
Togo, 1998	20,6	25,2	33,6	0,61	4,3	9,0	15,3	0,28
Zambie, 2001/02	23,2	30,9	49,2	0,47	11,0	21,8	42,8	0,26
Zimbabwe, 1999	40,8	48,8	60,8	0,67	35,2	44,4	59,3	0,59
<i>Afrique du Nord</i>								
Égypte, 2000	51,5	57,9	60,1	0,86	49,6	55,7	57,6	0,86
Maroc, 2003/04	61,2	62,9	68,8	0,89	50,5	53,8	55,1	0,92

Source : à partir des données des rapports des dernières enquêtes nationales (E.D.S. et autres enquêtes).

* La proportion correspond au rapport entre le taux de prévalence contraceptive pour les femmes sans instruction et le taux de prévalence contraceptive pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure.

ce rapprochement constituant l'un des mécanismes de la généralisation de l'utilisation de la contraception.

Figure 6. Rapport de la contraception des femmes sans instruction sur la contraception des femmes d'instruction secondaire selon le niveau de la prévalence contraceptive totale en Afrique, 1995-2004



Source : à partir des données des rapports des dernières enquêtes nationales (E.D.S. et autres enquêtes).

Les autres facteurs de la contraception : le développement humain et les efforts en matière de programme de planification familiale

Développement humain et contraception

L'existence d'une corrélation entre l'indice de développement humain (IDH), calculé par le PNUD, et la fécondité a déjà été établie. John Bongaarts et Susan Cotts Watkins (1996) ont montré la corrélation négative significative ($R^2 = 0,6$) entre l'IDH et la fécondité pour 69 pays en développement, pour lesquels on dispose de données pour 6 périodes de temps comprises entre 1960-1965 et 1985-1990. L'indice synthétique de fécondité est ainsi généralement

plus fort dans les pays qui ont un indice du développement humain faible, et inversement. De même pour un échantillon plus large de pays et une période plus récente, Jean-Pierre Guengant (2002) a montré la forte corrélation négative entre l'IDH et le niveau de l'indice synthétique de fécondité pour les 168 pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 1995-2000 (régression linéaire avec un R^2 de 0,77).

Si l'on observe la corrélation entre cet IDH, indicateur très résumé du développement humain, en 1998 (Pnud, 2000), soit au milieu de notre période d'observation des données nationales les plus récentes de la contraception (1992-2004), et la prévalence contraceptive, on constate également une forte corrélation, positive cette fois-ci, avec la contraception moderne, et plus encore avec la contraception totale (R_2 de respectivement 0,56 et 0,68), qui concernent les 34 pays pour lesquels nous disposons des données. Pour ceux-ci, plus l'IDH est élevé plus la prévalence contraceptive l'est aussi. On peut donc estimer que les composantes de l'IDH, le revenu par tête, qui exprime le développement économique sous une forme monétaire, et les éléments du développement humain, que sont l'alphabétisation, la scolarisation et le niveau de santé (exprimé par l'espérance de vie), ont un effet positif sur la pratique contraceptive. En distinguant trois ensembles géographiques, on observe, par rapport aux corrélations mesurées pour tous les pays africains, des corrélations plus fortes à l'échelle de l'Afrique équatoriale et australe, un peu moins forte pour l'Afrique occidentale et centrale, et beaucoup plus faible pour l'Afrique du Nord, mais la corrélation est mesurée ici sur 5 pays seulement (tableau 8).

Les efforts en matière de programme de planification familiale et la contraception

Les enquêtes périodiques de John Ross et John Stover permettent d'avoir, depuis plus d'une trentaine d'années, une appréciation des efforts réalisés dans près d'une centaine de pays dans le domaine des programmes de planification familiale, à partir de questionnaires auprès d'experts, d'officiels et de citoyens.

Tableau 8. Coefficient de corrélation entre l'IDH en 1998 et la contraception* selon la région en Afrique

	Contraception moderne	Contraception totale	Nombre de pays
Afrique du Nord	0,15	0,37	5
Afrique occidentale et centrale	0,42	0,63	15
Afrique équatoriale et australe	0,76	0,76	14
Ensemble	0,56	0,68	34

Source : calcul des auteurs d'après Pnud, 2000.

* La contraception est mesurée ici à partir d'enquêtes nationales réalisées de 1992 à 2004.

Ces efforts sont appréciés selon quatre rubriques : les politiques, les services, l'évaluation des activités, la disponibilité des moyens de contraception. Les analyses des données les plus récentes en la matière (Ross et Stover, 2001 ; Ross, Stover et Adelaja, 2006) montrent les progrès rapides enregistrés depuis 1972 par l'Afrique francophone et par l'Afrique anglophone, parties d'un degré très faible d'effort en matière de planification familiale, surtout pour ce qui concerne l'Afrique francophone. Mais si elles se situent, depuis la fin des années 1990, à un niveau comparable aux autres régions en développement, en matière de politiques, de services ou d'évaluation des activités, la disponibilité des moyens de contraception est loin d'être ce qu'elle est dans les autres continents, tout particulièrement en Afrique francophone, qui souffre encore d'un déficit flagrant en la matière. Ross et Stover (2001) trouvent une relation forte entre les efforts en matière de programme de planification familiale et le niveau de la contraception, dont la prévalence moyenne est respectivement de 65 %, 53 %, 36 % et 16 % selon les quatre niveaux décroissants d'efforts en matière de programme qu'ils ont définis.

Dans notre échantillon de pays africains, la corrélation est relativement faible entre les efforts en matière de programme et la contraception, estimés au milieu de notre période d'observation des données nationales les plus récentes de la contraception (1992-2004), et la prévalence contraceptive : R_2 de 0,26 avec la contraception moderne et 0,22 avec la contraception totale pour les 32 pays

Tableau 9. Coefficient de corrélation entre les efforts en matière de programmes de planification familiale en 1999 et la contraception* selon la région en Afrique

	Contraception moderne	Contraception totale	Nombre de pays
Afrique du Nord	0,81	0,83	5
Afrique occidentale et centrale	0,06	0,03	15
Afrique équatoriale et australe	0,17	0,22	12
Ensemble	0,26	0,22	32

Source : calcul des auteurs d'après Pnud, 2000.

* La contraception est mesurée ici à partir d'enquêtes nationales réalisées de 1992 à 2004.

pour lesquels nous disposons des données (tableau 9). Pour ceux-ci, plus les efforts sont prononcés, plus la prévalence contraceptive l'est également, mais selon une relation relativement faible. On peut donc estimer que ces efforts améliorent le recours à la contraception sans être décisif, sauf pour les cinq pays d'Afrique du Nord où la corrélation est très forte entre les deux indicateurs. À l'inverse, cette corrélation est très faible en Afrique de l'Ouest et centrale, où manifestement la prévalence contraceptive n'est pas lié au niveau des efforts en matière de programmes de planification familiale.

Conclusion

Durant les dernières décennies, l'évolution de la contraception en Afrique s'est effectuée dans un contexte économique, social et politique devenu fortement hétérogène. Une partie de la population, majoritaire sans doute dans beaucoup de pays, participe d'un système où les modes de production ont été faiblement transformés et où les normes de comportement demeurent traditionnelles. Ceci concourt à maintenir la demande d'enfants à un niveau élevé, dans un cadre où la faiblesse de l'offre de moyens contraceptifs prédomine. À l'inverse, une autre partie de la population s'est insérée progressivement dans un système socio-économique, en vigueur essentiellement en milieu urbain, où le salariat et le fonctionnariat sont bien représentés, de même que

les activités de commerce et d'artisanat. Dans ce système, on observe une transformation des idéaux et des référents culturels et une progression plus ou moins sensible de l'offre, publique ou privée, de planification familiale qui se traduisent aujourd'hui par une réduction de la demande d'enfants. Entre ces deux extrêmes, toute une gradation de situations se retrouve bien entendu, tout particulièrement dans les pays pour lesquels les transformations sont anciennes et où ont pu se développer différentes couches intermédiaires de population.

Dans ce contexte pluriel, les progrès de la contraception ont été réels tout en étant décalés dans le temps et, surtout, tout en demeurant aujourd'hui très inégaux, selon les pays et les groupes de populations. Les progrès sont fortement marqués en Égypte et en Libye, dans les pays du Maghreb, en Afrique australe, au Kenya et au Zimbabwe, et sont sensibles dans les couches urbaines et instruites de beaucoup d'autres pays. L'urbanisation, la scolarisation, et plus largement les progrès socio-économiques sont ainsi des facteurs importants de la progression du recours à la contraception. Mais cette progression des recours contraceptifs demeure encore extrêmement limitée dans beaucoup de pays, essentiellement situés en Afrique subsaharienne. Ceci ne concerne pas seulement des pays enclavés et très démunis, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays emblématiques de la situation du continent (Cameroun, Nigeria, Sénégal...), pour lesquels la pratique contraceptive ne décolle pas réellement.

Cette pratique de la contraception ne relève pas seulement des intentions de fécondité, mais nous informe également et plus largement sur le système social dont elle participe (Johnson-Hanks, 2002). Les évolutions dans les recours à la contraception nous renseignent ainsi non seulement sur les changements en matière de fécondité mais aussi sur les transformations sociales. Les progrès de la contraception, constatés dans la quasi-totalité des pays africains, nous révèlent les mutations sociales et culturelles en cours sur le continent, mais également leur intensité très inégale sur le continent. Cependant, on peut estimer que ces mutations sont relativement profondes si l'on considère que cette progression de la contraception se fait essentiellement, voire exclusivement, sur la base de

l'emploi de méthodes modernes, l'utilisation des moyens naturels ou populaires stagnant voire régressant quelque peu. Cette importance croissante des méthodes modernes de contraception, qui s'articule avec une relative stabilité des comportements de régulation de l'intervalle entre les naissances, contribue par conséquent à renforcer l'effet des progrès de la prévalence totale dans la baisse de la fécondité (Blanc et Poukouta, 1997). En Afrique, la baisse de la fécondité se déroule par conséquent avec l'aide d'une évolution contraceptive. Cette évolution contraceptive est très variable : elle varie d'un pays à l'autre, et peut varier également d'une région à l'autre ou d'un groupe social à l'autre, ce qui renforce les inégalités entre les différentes populations africaines qui ont aujourd'hui des capacités particulièrement distinctes de maîtrise de leur reproduction démographique.

Références bibliographiques

- BLANC A. K. et POUKOUTA P. V., 1997, *Components of Unexpected Fertility Decline in Sub-Saharan Africa*, Demographic and Health Surveys, Analytical Reports n° 5, Macro Int. Inc., Calverton, 29 p.
- BONGAARTS J. et WATKINS S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, pp. 639-682.
- 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. (éd.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-I.R.D., Abidjan, pp. 189-213.
- FNUAP, 2004, *État de la population mondiale 2004*, New York, 114 p.
- GUENGANT J.-P., 2002, The proximate determinants during the fertility transition, Communication à l'Expert group meeting on completing the fertility transition, Population Division, Onu, 11 au 14 mars 2002, UN/POP/CFT/2002/BP/10, 21 p.
- GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H., 2005, The Cairo approach : Making reproductive health and family planning programmes more acceptable or embracing too much ?, Communication au XXV^e Congrès international de la population, Tours, 18 au 23 juillet 2005, 32 p.
- JOHNSON-HANKS J., 2002, « On the Modernity of Traditional Contraception : Time and the Social Context of Fertility », *Population and Development Review*, 28 (2) : 229-249.

- PNUD, 1998, *Level and trends of contraceptive use as assessed in 1998. Key Findings*, disponible en ligne : <http://www.unpd.org.popin/wtrends/contraceptive1998.htm>
- PNUD, 2000, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, De Boeck & Larquier s. A., Paris, Bruxelles, 290 p.
- ROSS J. et STOVER J., 2001, « The Family Planning Program Effort Index : 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, 27, n° 3 (sept.), pp. 119-129.
- ROSS J., STOVER J. et ADELAJA D., 2006, *Family Planning Programs in 2004 : Efforts, Justifications, Influences and Special Populations of Interest*, Measure Evaluation, Working Papers 06-89, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 21 p.
- UNITED NATIONS, 2004, *World Fertility Report 2003*, Population Division, DESA, United Nations, New York, 504 p., disponible en ligne : http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World_Fertility_Report.htm
- VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), 2000, *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, 308 p.
- ZLIDAR V.M. et al., 2003, *Conclusion de nouvelles enquêtes : poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction*, Population Reports, Série M, n° 17, Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The Info Project, printemps 2003, 44 p., disponible en ligne : <http://www.populationreports.org/pr/prf/fm17>

Annexes

Tableau annexe 1. Niveau de la contraception moderne, naturelle et totale chez l'ensemble des femmes selon le pays en Afrique subsaharienne

Pays, année d'enquête	Contraception moderne (en %)	Contraception naturelle (en %)	Contraception totale (en %)
Afrique du Sud, 1998	49,3	0,6	50,1
Bénin, 2001	6,7	10,9	17,9
Botswana, 1988	28,9	0,3	29,3
Burkina Faso, 2003	9,7	2,8	12,7
Burundi, 1987	1,0	4,0	5,0
Cameroun, 1998	8,0	14,6	23,9
Comores, 1996	7,8	5,6	13,9
Côte d'Ivoire, 1998/99	9,8	9,7	20,7
Érythrée, 2002	3,8	1,9	5,8
Éthiopie, 2000	4,7	1,1	5,9
Gabon, 2000	14,3	19,0	35,6
Ghana, 2003	15,1	5,2	20,7
Guinée, 1999	4,9	2,4	7,7
Kenya, 2003	22,7	5,1	28,4
Libéria, 1986	7,0	1,1	8,4
Madagascar, 2003/04	12,9	8,6	21,6
Malawi, 2000	21,2	2,1	24,9
Mali, 2001	5,8	2,1	8,4
Mauritanie, 2000/01	3,1	1,7	4,8
Mozambique, 1997	5,4	0,3	6,1
Namibie, 2000	37,1	0,2	37,8
Niger, 1998	4,4	0,2	7,5
Nigeria, 2003	7,9	4,4	13,2
Ouganda, 2000/01	13,4	5,9	20,1
R.C.A., 1994/95	3,5	5,7	9,6
Rwanda, 2000	2,7	4,7	7,4
Sénégal, 1997	7,0	1,1	10,1
Tanzanie, 1999	15,6	6,0	22,3
Tchad, 1996/97	1,2	2,2	3,8
Togo, 1998	7,9	9,1	17,3
Zambie, 2001/02	7,0	2,7	11,6
Zimbabwe, 1999	35,0	2,3	37,7

Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

Tableau annexe 2. Prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes et de l'ensemble des femmes soumises à un risque de conception et écart entre ces prévalences (en %) pour l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes, selon le pays en Afrique subsaharienne

Pays, année d'enquête	Ensemble des femmes		Ensemble des femmes soumises à un risque de conception		Écart de prévalence contraceptive ^a	
	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne
Afrique du Sud, 1998	50,1	49,3	65,5	64,5	15,4	15,2
Bénin, 2001	16,8	3,4	32,5	13,4	15,7	10,0
Burkina Faso, 2003	12,6	9,7	25,7	20,3	13,1	10,6
Burundi, 1987	5	1	9,3	1,9	4,3	0,9
Cameroun, 1998	23,9	8	35,7	13,6	11,8	5,6
Comores, 1996	13,8	7,8	34,9	17,0	21,1	9,2
Côte d'Ivoire, 1998/99	20,7	9,8	30,4	16,9	9,7	7,1
Éthiopie, 2000	5,9	4,7	11,6	9,2	5,7	4,5
Gabon, 2000	34,3	14,3	47,5	21,0	13,2	6,7
Ghana, 2003	20,5	15,1	39,1	29,6	18,6	14,5
Guinée, 1999	7,6	4,9	15,4	10,7	7,8	5,8
Kenya, 2003	28,4	22,7	52,0	42,4	23,6	19,7
Libéria, 1986	8,4	7	13,7	11,8	5,3	4,8
Madagascar, 1997	15,9	7,3	26,1	12,7	10,2	5,4
Malawi, 2000	24,7	21,2	40,7	35,3	16,0	14,1
Mali, 2001	7,3	5,8	10,4	8,6	3,1	2,8
Mozambique, 1997	6	5,4	10,4	9,2	4,4	3,8
Namibie, 2000	37,8	37,1	56,3	55,3	18,5	18,2
Niger, 1998	7,5	4,4	11,7	7,2	4,2	2,8
Nigeria, 2003	12,3	7,9	18,4	12,4	6,1	4,5
Ouganda, 2000/01	17	13,4	27,2	21,5	10,2	8,1
Centrafrique, 1994/95	9,6	3,5	15,2	5,8	5,6	2,3
Rwanda, 2000	6,7	2,7	16,0	6,4	9,3	3,7
Sénégal, 1992/93	6,5	4,5	12,0	8,8	5,5	4,3
Soudan, 1990	8	5,1	12,0	8,8	4,0	3,7
Tanzanie, 1999	21	15,6	32,5	24,2	11,5	8,6
Tchad, 1996/97	3,8	1,2	6,5	2,1	2,7	0,9
Togo, 1998	17,3	7,9	32,3	15,7	15,0	7,8
Zambie, 2000/01	22,9	17,2	43,9	33,0	21,0	15,8
Zimbabwe, 1999	37,1	35	64,9	61,5	27,8	26,5

Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

^a Cet écart est égal à la prévalence des femmes soumises à un risque de conception moins celle de l'ensemble des femmes.

^b Les données ne tiennent pas compte de la méthode d'aménorrhée par lactation.

Tableau annexe 3. Prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes mariées et des femmes mariées soumises à un risque de conception et écart entre ces prévalences (en %) en Afrique subsaharienne pour l'ensemble des méthodes et les méthodes modernes, selon le pays en Afrique subsaharienne

Pays, année d'enquête	Ensemble des femmes mariées		Femmes mariées soumises à un risque de conception		Écart de prévalence contraceptive ^a	
	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne	Méthode quelconque ^b	Méthode moderne
Afrique du Sud, 1998	56,3	55,1	62,4	61,3	6,1	6,2
Bénin, 2001	18,6	6,8	31,5	12,8	12,9	6,0
Burkina Faso, 2003	7,9	8,6	23,2	17,6	11,0	9,0
Burundi, 1987	6,7	1,2	9,1	1,8	2,4	0,6
Cameroun, 1998	19,3	7,1	27,2	11,1	7,9	4,0
Comores, 1996	15	11,4	28,0	15,3	7,0	3,9
Côte d'Ivoire, 1998/99	21	7,2	25,1	12,5	10,1	5,3
Éthiopie, 2000	8,1	6,3	10,7	8,4	2,6	2,1
Gabon, 2000	31,1	11,8	40,1	15,8	7,4	4,0
Ghana, 2003	24,9	18,4	38,3	29,2	13,1	10,8
Guinée, 1999	6,2	4,2	11,8	8,5	5,6	4,3
Kenya, 2003	39,3	31,5	51,6	42,1	12,3	10,6
Liberia, 1986	6,4	5,5	10,7	9,4	4,3	3,9
Madagascar, 1997	19,4	9,7	25,6	13,0	6,2	3,3
Malawi, 2000	30,2	25,7	41,3	35,7	10,7	10,0
Mali, 2001	6,8	5,7	9,3	7,9	1,2	2,2
Mozambique, 1997	5,6	5,1	9,1	8,3	3,5	3,2
Namibie, 2000	43,7	42,6	54,1	52,8	10,4	10,2
Niger, 1998	8,2	4,6	11,1	6,7	2,9	2,1
Nigeria, 2003	11,2	8,2	14,7	9,4	2,1	1,2
Ouganda, 2000/01	18,6	14	25,3	19,5	2,5	5,5
R.C.A., 1994/95	9,1	3,2	12,7	4,8	3,6	1,6
Rwanda, 2000	11,9	4,3	15,8	6,1	2,6	1,8
Sénégal, 1992/93	6,7	4,8	10,8	7,8	3,4	3,0
Soudan, 1990	8,1	5,5	13,2	8,8	4,5	3,3
Tanzanie, 1999	23,5	16,9	32,2	23,5	8,7	6,6
Tchad, 1996/97	4,1	1,2	6,0	1,8	1,9	0,6
Togo, 1998	13,9	7	26,3	13,6	12,4	6,6
Zambie, 2001/02	31,5	22,6	44,8	33,1	10,6	10,5
Zimbabwe, 1999	52,7	50	65,3	61,7	11,3	11,7

Source : calcul des auteurs à partir des fichiers des E.D.S.

^a Cet écart est égal à la prévalence des femmes soumises à un risque de conception moins celle de l'ensemble des femmes.

^b Les données ne tiennent pas compte de la méthode d'aménorrhée par lactation.

Contraception d'arrêt et contraception d'espacement des naissances en Afrique

EVINA AKAM

Après plus de quarante ans d'exécution des programmes de planification familiale, on observe presque partout en Afrique une tendance à la baisse de la fécondité. Mais les études menées depuis les années 1990 montrent que la pratique contraceptive n'est pas le seul facteur à l'origine de cette baisse. À l'exception de l'Afrique du Nord et de l'Afrique australe, le reste du continent est confronté depuis plus de deux décennies à une crise économique qui perdure et qui plonge la majorité de sa population dans une pauvreté extrême. C'est dans ce contexte de pauvreté généralisée que s'opère le début observé de transition de la fécondité. Ce phénomène a déjà été observé en Amérique latine par Maria-Eugenia Cosio-Zavala (2001) qui le désigne sous le nom de « malthusianisme de la pauvreté ». Certains auteurs l'assimilent (avec des interrogations) à ce qui se passe en Afrique (Vimard et Fassassi, 2001). D'autres le considèrent encore comme un événement conjoncturel et le lient pour l'instant à la grande crise économique des années 1980 et 1990 que vient de traverser le continent africain, d'où son nom de « malthusianisme de crise ou de paupérisation » (Akam et Kishimba, 2002). Au-delà de ces terminologies en évolution, une chose est certaine, les tendances actuelles de la fécondité en Afrique sont en partie le résultat de l'évolution de la pratique contraceptive, comme le démontrent certaines études sur la transition de la pratique contraceptive en Afrique (Akam et Vimard, 2001).

Ce chapitre essaie, au-delà de ce qui est déjà connu, de répondre à la question sur l'état de la pratique contraceptive en Afrique en général, et pour ses deux composantes que sont la contraception d'arrêt et la contraception d'espacement des naissances. Les analyses se fondent sur les données issues des dernières séries d'enquêtes démographiques et de santé réalisées en Afrique au cours des années et 2000.

La première partie du chapitre est consacrée à la définition de quelques concepts clés et à la construction d'un cadre d'analyse susceptible de contribuer à la compréhension des évolutions futures de la pratique contraceptive en Afrique ; la deuxième partie traite des deux composantes de la pratique contraceptive, la contraception d'arrêt et celle d'espacement ; la troisième et dernière partie présente les indicateurs permettant de relier les désirs de fécondité et la pratique contraceptive en Afrique.

Cadre conceptuel et analytique de la pratique contraceptive

Au regard de l'histoire de l'humanité on peut dire que l'homme a de tout temps, consciemment ou inconsciemment, réguler sa fécondité. Sa quête constante d'un mieux-être l'a amené et contraint à limiter de plus en plus sa progéniture au fil des siècles. On est passé ainsi d'une régulation en terme d'espacement des naissances dans le souci, comme on le retrouve dans la plupart des populations africaines, de préserver la santé de la mère et de l'enfant, à une limitation du nombre d'enfants. Nous posons donc le postulat suivant qu'il ne peut y avoir de recours à la pratique contraceptive sans projet de fécondité, que ce soit au niveau individuel ou au niveau d'un couple. Plus un projet sera restreint, en terme de nombre d'enfants souhaités, plus on aura tendance à recourir à la limitation des naissances. Dans le cas contraire on espacera les naissances ou bien on laissera faire la nature selon une formule qui était fréquemment énoncée par les femmes « avoir des enfants autant que Dieu vous en donne ».

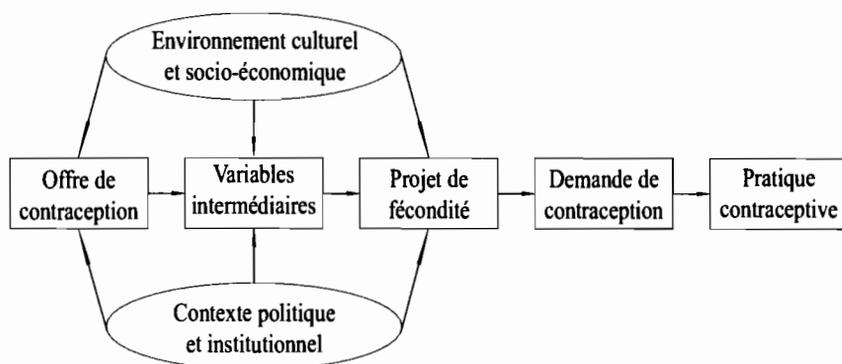
Il est à noter ici qu'un projet de fécondité¹ n'est pas statique, au niveau de l'individu comme à celui du couple. Il peut changer d'orientation suivant les conditions du moment. Le choix d'un projet de fécondité va ainsi dépendre, d'une part, des caractéristiques individuelles (âge, sexe, instruction, résidence, état matrimonial, nombre d'enfants nés vivants, etc.) et d'autres variables d'opinion (attitude face à la taille de la famille et à la planification familiale, attitude du conjoint dans ces domaines...) de la personne concernée. Il va également dépendre, d'autre part, de l'environnement socio-économique et culturel (opinions générales en matière de reproduction, us et coutumes relatifs à la régulation des naissances, etc.) et du contexte politique et institutionnel (politique sanitaire, lois en matière de nuptialité et de santé de la reproduction, soutien de l'État aux programmes de santé de la reproduction et de planification familiale, accès aux contraceptifs, etc.) dans lequel la personne vit. Ainsi le projet de fécondité pourra changer avec l'âge ou le nombre d'enfants, voire les variations des conditions économiques comme on l'a évoqué en introduction, le changement des orientations politiques et institutionnelles en matière de santé de la reproduction. Le premier groupe de variables sera considéré comme intermédiaire entre l'offre de contraception d'une part et le projet de fécondité qui détermine la demande de contraception d'autre part. Ces différentes hypothèses sont reprises dans le schéma de la figure 1 adapté de Akam et Kishimba (2001).

Le projet de fécondité sera défini de façon opérationnelle par le désir ou non d'avoir des enfants supplémentaires. Dans le premier cas, lorsque la personne désire des enfants supplémentaires, elle souhaitera avoir recours à une pratique contraceptive d'espacement des naissances. Dans le second cas, lorsque la personne ne souhaite plus avoir d'enfants, elle désirera recourir à une pratique de contraception d'arrêt de la fécondité ; ces deux éléments donneront lieu à une demande de contraception. L'utilisation d'une méthode contraceptive donnée

1. L'étude d'un projet de fécondité devrait porter normalement sur le couple. Mais, en Afrique, les seules données généralement disponibles sont des données individuelles sur la femme. Compte tenu de ces limites, cette étude portera donc uniquement sur le projet de fécondité de la femme, les variables relatives au couple intervenant comme variables explicatives.

dépendra par conséquent de ces choix préalables de projet de fécondité et de demande contraceptive. Ainsi, la contraception d'arrêt² sera plutôt associée à l'utilisation de méthodes contraceptives dites « modernes » et la contraception d'espace à l'utilisation de méthodes contraceptives dites « naturelles » ou « traditionnelles » (Akam et Kishimba, 2001).

Figure 1. Schéma conceptuel de l'analyse de la pratique contraceptive en Afrique



Contraception d'espace et contraception d'arrêt

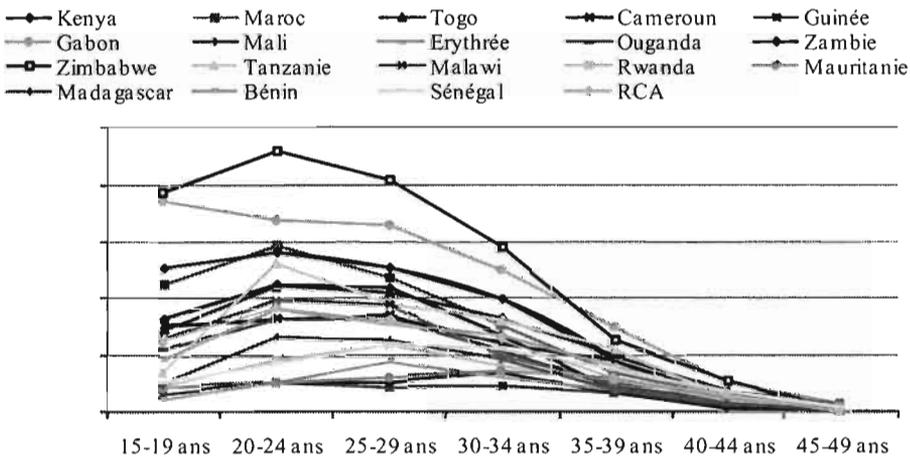
Au cours des dernières enquêtes démographiques et de santé, une question était posée à chaque femme ayant obtenu satisfaction de ses besoins en matière de planification familiale sur le but de sa pratique contraceptive afin de savoir si celle-ci visait l'arrêt de sa fécondité ou un espacement entre les naissances. Ce sont ces informations qui seront utilisées ici pour la description de l'état de ces deux composantes de la contraception en Afrique. Les analyses qui suivent portent sur 21 pays disposant de données récentes (3 en Afrique centrale, 8 en Afrique de l'Ouest, neuf en Afrique de l'Est, et 1 en Afrique du Nord).

2. Il faut entendre ici par contraception d'arrêt la contraception dont le but final est de limiter sa descendance à un nombre d'enfants préalablement fixé (le nombre d'enfants désirés à un moment donné), il s'agit donc plus exactement d'une contraception de limitation. La contraception d'espace a comme objectif de permettre un intervalle entre deux naissances suffisant pour que la santé de la mère et des enfants soit préservée.

La contraception d'espace

Le recours à la contraception d'espace varie selon l'âge. Il atteint son maximum dans le groupe d'âges 20-24 ans dans la grande majorité des pays et décroît très rapidement après cet âge (figure 2, tableau annexe 1). Jusqu'à 25 ans c'est le principal type de recours en matière de contraception. Les pays à contraception élevée, c'est-à-dire ayant une prévalence contraception égale ou supérieure à 40 %, sont aussi ceux qui ont les pratiques contraceptives d'espace les plus élevées. Ceci à l'exception du Gabon, qui mérite qu'on s'y attarde. Le Gabon est en effet l'un des pays de l'Afrique centrale ayant un niveau de pratique contraceptive appréciable, qui semble être en contradiction et en décalage avec l'option politique pro-nataliste du pays. Dans tous les pays, la diminution plus ou moins rapide de la pratique contraceptive d'espace avec l'âge laisse supposer la modification du projet de fécondité vers une limitation de fécondité avant, ou bien avant, la ménopause.

Figure 2. Pratique contraceptive pour espacer les naissances par groupe d'âges lorsque les besoins en planification familiale sont satisfaits, selon le pays (en % de femmes mariées)

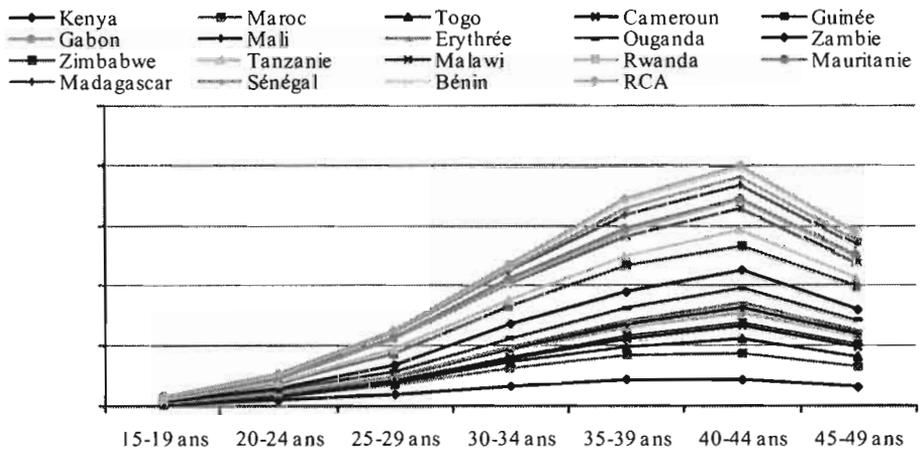


Source des données : enquêtes E.D.S.

La contraception d'arrêt ou de limitation

La contraception de limitation des naissances varie en sens inverse de la contraception d'espacement (figure 3, tableau annexe II). La propension à la limitation des naissances augmente avec l'âge et d'autant plus vite que les femmes appartiennent à des pays à pratique contraceptive élevée. On observe dans ce dernier cas que le contrôle des naissances débute très tôt, dès l'entrée en vie féconde, et que la probabilité de recourir à la limitation dès les premières naissances est élevée. Les six pays concernés ici sont le Ghana, le Kenya, le Zimbabwe, le Maroc, le Malawi et la Zambie. L'entrée en pratique contraceptive de limitation est plus lente dans les autres pays et en particulier dans les pays à faible pratique contraceptive.

Figure 3. Pratique contraceptive pour limiter les naissances par groupe d'âges lorsque les besoins en planification familiale sont satisfaits, selon le pays (en % de femmes mariées)



Source des données : enquêtes E.D.S.

Le projet de fécondité

Les projets de fécondité sont définis ici par le désir ou non d'enfant supplémentaire. Le désir d'enfant supplémentaire pourrait être associé à une pratique contraceptive d'espacement ou à une absence totale de pratique. Par contre le désir de limiter les naissances sera en association avec une pratique contraceptive d'arrêt.

Le désir d'enfant supplémentaire

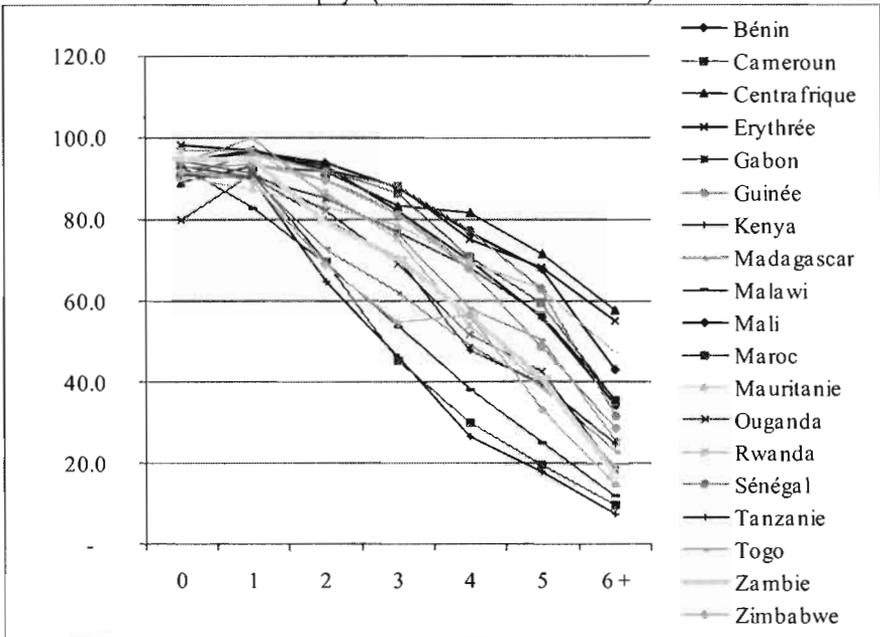
Le désir d'enfant supplémentaire diminue avec le nombre d'enfants nés vivants (figure 4, tableau annexe III). S'il se maintient quasi stable jusqu'au 2^e enfant, à partir du 3^e enfant il commence à s'éteindre et moins de la moitié des femmes ayant 6 enfants ou plus désirent encore un enfant supplémentaire. On observe aussi que la quasi-totalité des femmes (soit plus de 90 %) désirent avoir un premier ou un deuxième enfant et ce quel que soit le pays ; à 6 enfants ou plus, seulement sept pays, sur les dix-neuf, ont encore une proportion de femmes supérieure à 35 % qui souhaitent avoir un enfant supplémentaire. Dans les pays à pratique contraceptive élevée (Kenya et Maroc par exemple), cette dernière proportion est inférieure à 10 % (7,7 % et 9,8 % respectivement).

Ce changement d'orientation du projet de fécondité est plus lent dans certains pays et plus rapide dans d'autres. Dans ce dernier cas, avec un décrochage des proportions de femmes souhaitant un enfant supplémentaire dès la première naissance, on peut citer par exemple des pays à transition contraceptive avancée comme le Malawi, le Maroc, la Zambie et le Zimbabwe, ceux à transition contraceptive intermédiaire comme le Ghana, le Kenya, l'Ouganda et la Tanzanie ou ceux en début de transition contraceptive comme le Rwanda et le Togo. La situation du Rwanda mériterait des analyses plus approfondies ultérieurement, car ce pays connaît une baisse très rapide de sa fécondité malgré un contexte de pratique contraceptive moderne très faible (4,3 %).

Le désir de limiter les naissances

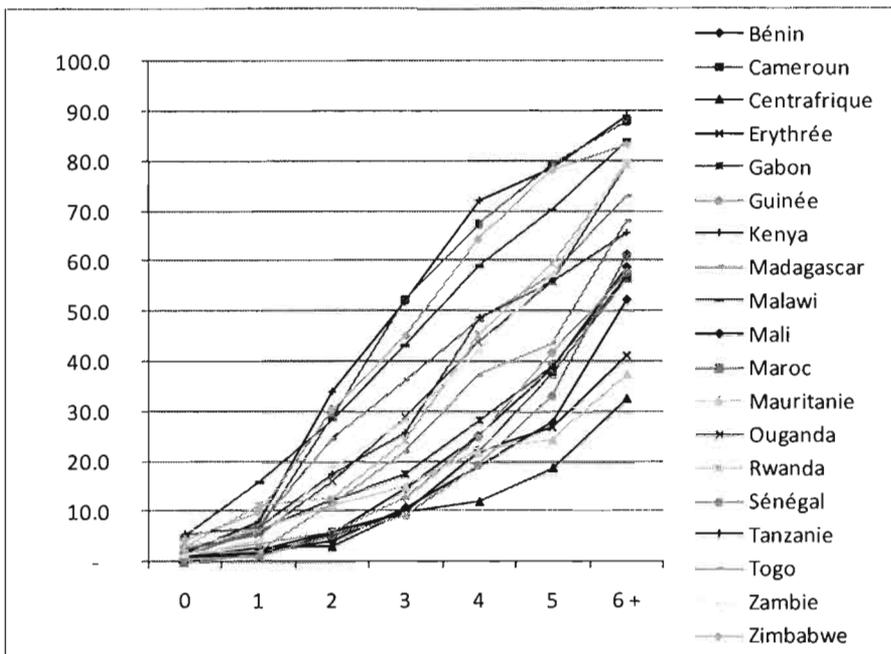
La diminution du désir d'enfant supplémentaire, selon le nombre d'enfants nés vivants, s'accompagne de l'accroissement de celui de limiter les naissances, variable également selon les pays (figure 5, tableau annexe IV). L'examen des proportions de femmes selon ces deux variables montrent une symétrie entre leur variation suivant l'âge (figures 4 et 5). Le rapprochement des pays suivant leur désir de limiter les naissances conduit au même classement que précédemment. Les plus forts désirs de limiter les naissances après un premier enfant se rencontrent au Kenya, au Malawi, au Maroc et au Zimbabwe. Ces quatre pays sont suivis par un second groupe constitué du Ghana, de Madagascar, de l'Ouganda, de la Tanzanie, du Rwanda et de la Zambie. Les autres pays ont une pension au changement plus lente.

Figure 4. Désir d'enfant supplémentaire selon le nombre d'enfants nés vivants selon le pays (en % de femmes mariées)



Source des données : enquêtes E.D.S.

Figure 5. Désir de limiter les naissances selon le nombre d'enfants nés vivants selon le pays (en % de femmes mariées)



Source des données : enquêtes E.D.S.

De la contraception d'espacement à la contraception d'arrêt

Les analyses qui précèdent semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle l'évolution de la pratique contraceptive suit celle du projet de fécondité mesurée ici par le désir ou non d'avoir des enfants supplémentaires. On sait, à partir des analyses de la fécondité, que le nombre d'enfants nés vivants varie avec l'âge. L'évolution de la pratique contraceptive (par âge) et celle du projet de fécondité (par nombre d'enfants nés vivants) suivent donc la même variation : elles sont croissantes ou décroissantes au même moment.

Pour chacun des pays retenus précédemment, on a représenté respectivement, sur un même graphique (cf. figure annexe I pour chaque pays), d'une part les pratiques contraceptives d'espacement et d'arrêt des naissances et d'autre part

les projets de continuation (désir d'enfant supplémentaire) ou d'arrêt de fécondité (désir de limiter). L'intersection des courbes dans chaque cas a permis de définir graphiquement deux indices permettant de déterminer le passage de l'espacement des naissances à l'arrêt de la fécondité³ :

1. un indice résumé du calendrier de passage de la contraception d'espacement à la contraception d'arrêt des naissances, dénommé « l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal d'enfant » ;
2. un indice d'intensité du projet de fécondité, appelé « le nombre idéal moyen d'enfants (réalisé) par femme ».

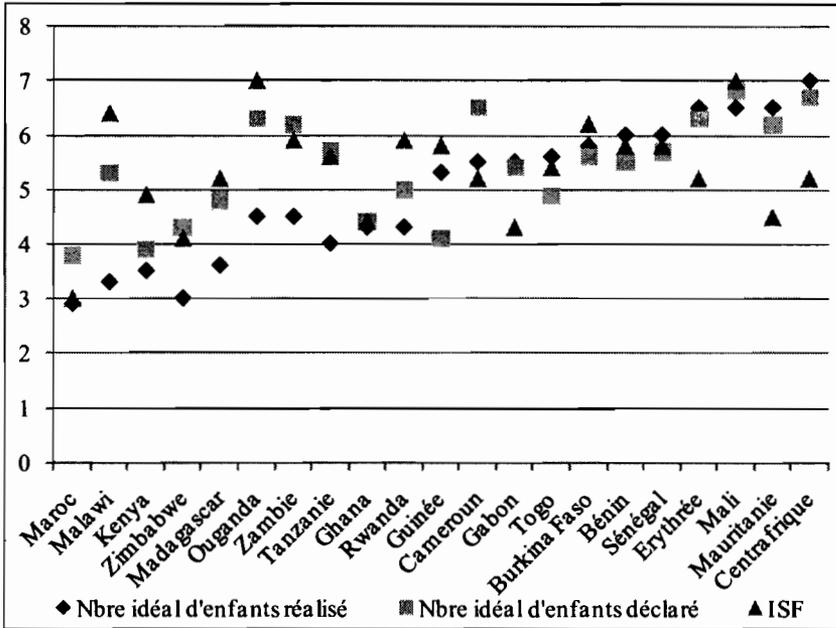
Ces deux indices calculés graphiquement à partir des données de la figure en annexe I sont repris dans le tableau 1 pour l'ensemble des 21 pays retenus. Ils permettent d'affiner les hypothèses de transition contraceptive évoquées précédemment. Il se dégage de ce tableau les observations suivantes. Les deux indicateurs, que sont le nombre idéal moyen d'enfants réalisé par femme et l'âge moyen à sa réalisation, permettent de classer les pays par rapport à leur niveau de transition contraceptive. Les pays en transition contraceptive se distinguent des autres par un nombre idéal moyen d'enfants réalisé par femme inférieur à l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) et, dans la grande majorité des cas, inférieur également au nombre idéal moyen d'enfants déclaré (figure 6).

La combinaison de ces deux indicateurs permet finalement de regrouper les 21 pays retenus en quatre catégories suivant leur niveau de transition contraceptive :

1. les pays à transition contraceptive avancée (Kenya, Malawi, Maroc), qui se caractérisent par un nombre idéal moyen d'enfants réalisé par femme faible (inférieur à 3,5 enfants), un rajeunissement de l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal moyen d'enfants réalisé (25-29 ans) et une transition de la fécondité perceptible ;
2. les pays à transition contraceptive intermédiaire dont l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal moyen d'enfants réalisé se situe à 30-34 ans,

3. La réflexion continue pour l'élaboration d'une équation permettant de calculer directement ces deux indices.

Figure 6. Comparaison entre l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.), le nombre idéal d'enfants déclaré à l'enquête et le nombre idéal d'enfants réalisé selon le pays (pour les femmes mariées).



Source des données : enquêtes E.D.S.

groupe d'âges médian de la durée de vie féconde. Ce groupe est représenté ici par l'Ouganda, Madagascar, la Zambie et le Zimbabwe.

3. les pays en début de transition (Tanzanie, Ghana et Rwanda), où le nombre idéal moyen d'enfants réalisé est inférieur à l'I.S.F. et où l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal moyen d'enfants réalisé est encore élevé, soit le groupe d'âges 35-39 ans qui correspond à l'âge de début de la baisse naturelle de la fertilité.

4. le dernier groupe de pays est constitué de la moitié des pays retenus (11 pays sur 21). Ces pays ne sont pas encore entrés, dans la majorité des cas, en transition contraceptive et en transition de la fécondité. Le nombre idéal moyen d'enfants réalisé reste encore supérieur à l'I.S.F. et l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal moyen d'enfants réalisé se situe dans la phase de la baisse naturelle de la fécondité (35-39 ans).

Tableau 1. Nombre idéal d'enfants réalisé et âge moyen de la femme lorsque ce nombre est atteint selon le pays, pour les femmes mariées*

N°	Pays	Groupe d'âges de réalisation	Âge moyen à la réalisation (ans)	Nombre idéal d'enfants		ISF	Année E.D.S.
				réalisé	déclaré		
1	Maroc	25 - 29 ans	29,0	2,9	3,8	3,0	1992
2	Malawi	25 - 29 ans	26,3	3,3	5,3	6,4	2000
3	Kenya	25 - 29 ans	29,9	3,5	3,9	4,9	2003
4	Zimbabwe	30 - 34 ans	32,5	3,0	4,3	4,1	1999
5	Madagascar	30 - 34 ans	31,2	3,6	4,8	5,2	2003/04
6	Ouganda	30 - 34 ans	30,8	4,5	6,3	7,0	2000/01
7	Zambie	30 - 34 ans	31,2	4,5	6,2	5,9	2001/02
8	Tanzanie	35 - 39 ans	35,0	4,0	5,7	5,6	1999
9	Ghana	35 - 39 ans	35,0	4,3	4,4	4,4	2003
10	Rwanda	35 - 39 ans	35,0	4,3	5,0	5,9	2000
11	Guinée	35 - 39 ans	35,5	5,3	4,1	5,8	1999
12	Cameroun	35 - 39 ans	35,0	5,5	6,5	5,2	1998
13	Gabon	35 - 39 ans	37,5	5,5	5,4	4,3	2000
14	Togo	35 - 39 ans	36,6	5,6	4,9	5,4	1998
15	Burkina Faso	35 - 39 ans	37,5	5,8	5,6	6,2	2003
16	Bénin	35 - 39 ans	36,3	6,0	5,5	5,8	1996
17	Sénégal	35 - 39 ans	36,3	6,0	5,7	5,8	1997
18	Érythrée	35 - 39 ans	35,0	6,5	6,3	5,2	2002
19	Mali	35 - 39 ans	36,7	6,5	6,8	7,0	1995/96
20	Mauritanie	35 - 39 ans	37,5	6,5	6,2	4,5	2000/01
21	Centrafrique	35 - 39 ans	37,5	7,0	6,7	5,2	1994/95

Source des données : enquêtes E.D.S.

* Les calculs sont issus d'estimations graphiques par pays, réalisées à partir des graphiques de la figure annexe 1.

Conclusion

La pratique contraceptive a subi beaucoup de mutations en Afrique. De traditionnelle au début des indépendances des pays africains, dans les années 1960, elle devient de plus en plus moderne. Deux régions sont nettement en avance sur les autres. Il s'agit de l'Afrique australe et de l'Afrique du Nord où la pratique contraceptive est orientée vers la limitation des naissances avec une utilisation accrue des méthodes contraceptives modernes. Ainsi, en Afrique australe, la contraception se fait presque exclusivement par l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Dans les autres régions on retrouve encore en majorité des pratiques à la fois d'espacement et de limitation. En Afrique centrale, en particulier, l'espacement des naissances demeure l'objet essentiel des pratiques contraceptives.

Deux indices de pratique contraceptive ont été calculés empiriquement, à savoir : l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal d'enfant et le nombre idéal moyen d'enfants (réalisé) par femme. Le premier est un indice de calendrier de passage de la contraception d'espacement à la contraception de limitation. Le second est un indice d'intensité du projet de fécondité. Ces deux indices permettent de déterminer les points de rupture de l'espacement des naissances vers la pratique contraceptive d'arrêt de la fécondité. Leurs différenciations confirment que les pays africains se trouvent à différents stades du passage de la transition contraceptive, de l'espacement des naissances à la limitation des naissances, ou, en d'autres termes et par extension, du glissement de l'utilisation de méthodes contraceptives traditionnelles vers celle des méthodes contraceptives modernes. Ils nous ont conduit aussi à affiner l'analyse du lien entre la pratique contraceptive et les débuts des transitions contraceptives et de la fécondité, montrant, en particulier, que le début de la transition contraceptive et de la transition de la fécondité s'observe dès que le nombre idéal moyen d'enfants réalisé par femme devient inférieur à l'indice synthétique de fécondité.

Références bibliographiques

- COSIO-ZAVALA M.-E., 2001, « Les deux transitions démographiques en Amérique latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté », in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Éditions ESTEEM, pp. 41-52.
- AKAM E. et KISHIMBA N., 2001, « L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espace à la limitation des naissances ? », in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Éditions ESTEEM, pp. 254-268.
- AKAM E. et VIMARD P., 2001, *Santé de la reproduction et transition démographique en Afrique francophone*, Études et Recherches de l'UEPA, n° 5, mai 2001, Dakar (Sénégal), 87 p.
- AKAM E. et KISHIMBA N., 2002, « La transition de régulation des naissances en Afrique subsaharienne : vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation ? », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (éd.), *Santé de la reproduction en Afrique*, I.R.D., FNUAP, ENSEA, Abidjan, pp. 155-188.
- VIMARD P. et FASSASSI R., 2001, « Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Éditions ESTEEM, pp. 254-268.

Annexes

Tableau annexe 1. Pratique contraceptive d'espacement selon le pays et le groupe d'âges lorsque les besoins en planification familiale sont satisfaits (en % des femmes mariées)

N°	Pays	Groupes d'âges (en année)						Année E.D.S.	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45-49
1	Bénin	9,4	18,3	15,6	13,6	8,1	2,8	0,7	1996
2	Burkina Faso	6,8	14,6	14,6	12,2	7,4	3,4	1,5	2003
3	Cameroun	15,4	16,6	17,1	12,1	9,1	2,1	0,9	1998
4	Centrafrique	12,5	18,5	16,2	12,7	6,0	3,1	-	1994/95
5	Érythrée	2,4	5,5	9,1	6,1	3,8	2,2	1,6	2002
6	Gabon	37,3	34,0	32,9	25,3	14,9	5,1	1,6	2000
7	Ghana	8,4	21,1	22,0	19,6	8,4	3,3	0,6	2003
8	Guinée	3,4	5,4	4,6	4,5	3,3	1,1	0,4	1999
9	Kenya	12,7	19,8	24,0	16,9	8,2	1,9	0,2	2003
10	Madagascar	12,1	22,5	20,6	13,1	5,3	1,6	0,4	2003/04
11	Malawi	12,8	19,8	18,9	9,8	5,0	2,9	1,5	2000
12	Mali	4,6	5,5	5,3	6,9	3,2	0,5	0,4	1995/96
13	Maroc	22,5	29,4	23,6	15,2	7,0	2,8	0,4	1992
14	Mauritanie	4,4	5,3	6,2	7,2	5,9	2,3	0,8	2000/01
15	Ouganda	11,1	16,5	16,4	10,8	4,5	2,2	0,6	2000/01
16	Rwanda	4,8	9,4	12,1	8,1	5,6	2,1	0,9	2000
17	Sénégal	5,5	8,8	11,9	11,1	7,5	3,5	0,8	1997
18	Tanzanie	7,2	26,3	19,3	16,2	11,0	2,4	0,7	1999
19	Togo	14,5	22,1	21,0	16,5	9,8	3,6	1,6	1998
20	Zambie	25,4	28,2	25,5	19,9	9,1	2,6	0,3	2001/02
21	Zimbabwe	38,6	46,0	40,8	29,2	12,5	5,3	0,3	1999

Source des données : enquêtes E.D.S.

Tableau annexe 2. Pratique contraceptive d'arrêt selon le pays et le groupe d'âges lorsque les besoins en planification familiale sont satisfaits (en % des femmes mariées)

N°	Pays	Groupes d'âges (en années)							Année E.D.S.
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1	Bénin	-	0,3	1,2	3,5	10,8	13,9	10,2	1996
2	Burkina Faso	-	0,1	0,9	4,2	6,9	11,0	7,7	2003
3	Cameroun	-	0,2	3,2	7,2	14,7	21,3	14,6	1998
4	Centrafrique	-	0,6	1,7	4,1	5,7	7,0	4,5	1994/95
5	Érythrée	-	0,4	0,9	2,9	6,3	7,1	5,3	2002
6	Gabon	2,8	3,4	5,3	9,3	13,7	17,6	14,4	2000
7	Ghana	-	1,7	3,8	10,0	19,8	25,4	15,4	2003
8	Guinée	-	0,6	0,9	2,5	4,5	6,0	6,0	1999
9	Kenya	3,7	8,0	16,6	28,1	41,9	46,0	38,2	2003
10	Madagascar	0,7	2,3	8,4	18,2	24,1	30,0	21,1	2003/04
11	Malawi	2,4	6,5	15,7	25,9	31,7	34,8	24,2	2000
12	Mali	-	0,4	0,8	2,3	4,9	7,6	2,8	1995/96
13	Maroc	0,8	5,8	16,0	30,2	40,7	44,2	34,7	1992
14	Mauritanie	0,8	1,7	1,8	3,1	5,9	3,8	2,1	2000/01
15	Ouganda	0,9	4,5	8,0	15,9	21,3	24,5	17,4	2000/01
16	Rwanda	0,2	1,1	2,2	4,9	9,1	13,6	13,1	2000
17	Sénégal	-	0,3	1,0	4,3	9,8	13,0	8,7	1997
18	Tanzanie	0,5	3,1	6,7	11,4	16,5	26,3	14,7	1999
19	Togo	0,5	1,6	3,2	9,9	12,4	23,6	16,1	1998
20	Zambie	0,2	3,4	10,9	24,1	27,8	32,3	18,1	2001/02
21	Zimbabwe	3,5	7,7	20,1	29,0	44,3	41,1	39,1	1999

Source des données : enquêtes E.D.S.

Tableau annexe 3. Proportion de femmes désirant un enfant supplémentaire selon le pays et le nombre d'enfants nés vivants (en % des femmes mariées)*

N°	Pays	Nombre d'enfants nés vivants							Année E.D.S
		0	1	2	3	4	5	6 et +	
1	Bénin	94,2	97,0	92,9	82,3	69,9	56,2	34,4	1996
2	Burkina Faso	97,4	97,5	92,5	84,3	69,9	58,0	29,9	2003
3	Cameroun	90,3	96,1	92,0	86,5	71,0	59,8	35,3	1998
4	Centrafrique	89,2	93,2	91,7	83,4	81,9	71,8	58,0	1994/95
5	Érythrée	98,0	96,9	92,0	88,1	75,2	68,5	55,3	2002
6	Gabon	92,9	90,4	85,1	77,0	68,1	56,4	35,8	2000
7	Ghana	96,0	95,1	80,0	63,6	43,8	34,4	17,0	2003
8	Guinée	92,5	93,3	89,6	81,1	68,0	48,6	28,9	1999
9	Kenya	91,9	90,4	65,1	49,3	30,6	21,2	16,8	2003
10	Madagascar	90,2	94,3	71,3	52,6	38,0	33,2	17,4	2003/04
11	Malawi	92,8	83,0	69,2	53,9	38,2	25,2	12,0	2000
12	Mali	94,4	96,6	93,9	87,9	77,1	67,9	43,2	1995/96
13	Maroc	94,1	91,1	69,4	45,1	30,1	19,8	9,8	1992
14	Mauritanie	90,3	87,5	83,2	78,5	69,6	62,9	47,3	2000/01
15	Ouganda	80,1	91,2	82,1	69,3	52,0	42,7	18,3	2000/01
16	Rwanda	97,0	96,7	86,6	75,1	54,1	39,6	19,4	2000
17	Sénégal	93,7	96,0	91,9	88,1	77,5	63,0	31,9	1997
18	Tanzanie	90,9	90,5	80,1	70,3	48,1	39,6	25,1	1999
19	Togo	93,7	99,9	85,8	76,4	58,3	50,4	26,0	1998
20	Zambie	94,8	94,9	79,1	70,6	56,7	41,1	17,0	2001/02
21	Zimbabwe	91,9	89,5	68,7	54,8	56,7	33,4	14,9	1999

Source des données : enquêtes E.D.S.

* La proportion comprend les femmes indécises.

Tableau annexe 4. Proportion de femmes désirant limiter les naissances selon le pays et le nombre d'enfants nés vivants (en % des femmes mariées)*

N°	Pays	Nombre d'enfants nés vivants							Année E.D.S.
		0	1	2	3	4	5	6 et +	
1	Bénin	1,0	1,3	5,3	14,5	25,1	38,5	58,6	1996
2	Burkina Faso	0,7	1,2	5,8	14,0	26,4	38,1	65,3	2003
3	Cameroun	0,2	1,5	5,1	9,8	22,1	37,3	56,6	1998
4	Centrafrique	1,2	3,0	2,9	9,8	11,8	18,5	32,3	1994/95
5	Érythrée	0,8	2,2	5,8	9,8	22,1	26,8	41,0	2002
6	Gabon	1,5	6,1	12,3	17,3	28,3	39,0	56,8	2000
7	Ghana	1,3	3,9	18,6	35,7	51,9	61,7	75,4	2003
8	Guinée	1,7	3,5	5,9	12,8	24,9	41,7	57,8	1999
9	Kenya	0,8	8,4	33,7	49,9	66,8	76,9	80,0	2003
10	Madagascar	3,1	4,7	26,3	45,7	58,4	60,9	77,9	2003/04
11	Malawi	5,0	15,8	28,2	43,2	58,9	70,2	84,0	2000
12	Mali	1,1	1,8	3,9	10,6	19,3	27,6	52,1	1995/96
13	Maroc	1,3	6,7	28,8	52,1	67,4	79,2	87,8	1992
14	Mauritanie	3,1	6,7	11,3	15,0	22,3	24,5	37,6	2000/01
15	Ouganda	2,4	5,5	15,8	29,0	44,0	55,9	79,4	2000/01
16	Rwanda	3,0	11,1	12,6	24,1	45,5	59,6	79,4	2000
17	Sénégal	0,8	1,0	5,0	9,1	19,6	33,3	61,2	1997
18	Tanzanie	5,3	7,0	17,2	25,6	48,5	55,7	65,4	1999
19	Togo	1,7	2,1	11,7	22,0	37,4	43,7	67,9	1998
20	Zambie	1,4	4,2	18,9	28,0	42,0	57,1	80,2	2001/02
21	Zimbabwe	4,2	9,8	30,3	45,0	64,3	78,2	83,3	1999

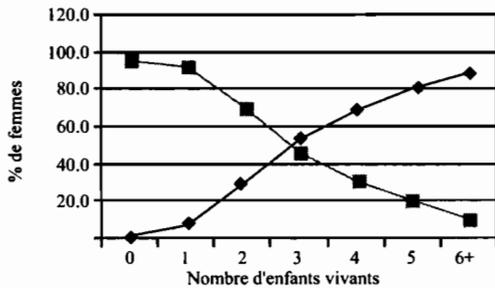
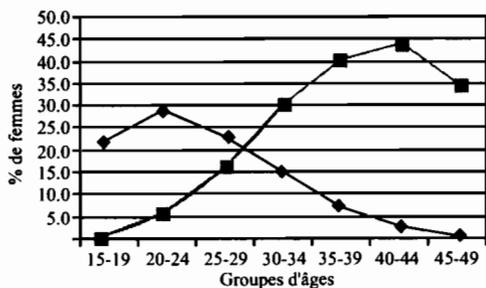
Source des données : enquêtes E.D.S.

* La proportion comprend les femmes indécises.

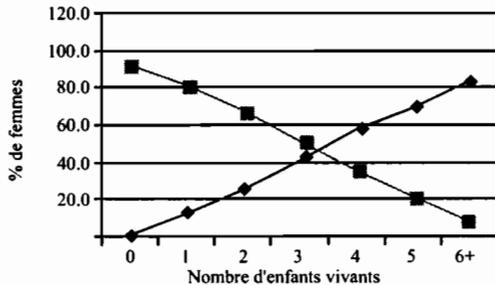
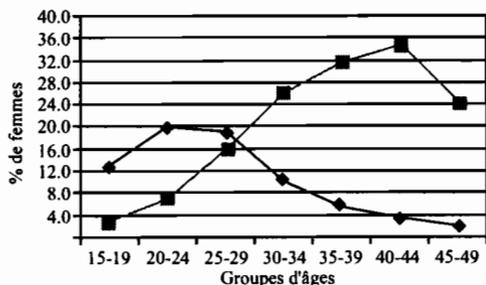
Figure annexe 1.

Objectifs de la pratique contraceptive par groupe d'âges, lorsque les besoins en planification familiale sont satisfaits, et projet de fécondité selon le nombre d'enfants nés vivants dans 21 pays africains (pour les femmes mariées, données E.D.S)

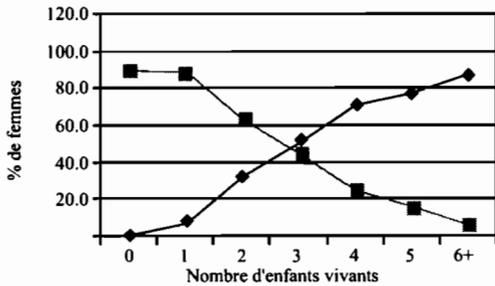
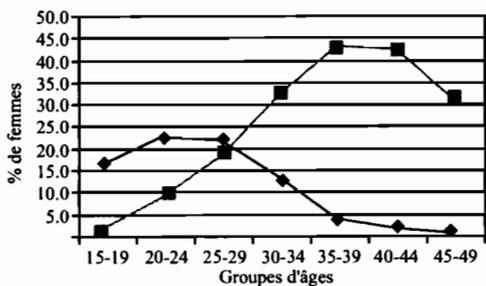
Maroc 1992



Malawi 2000



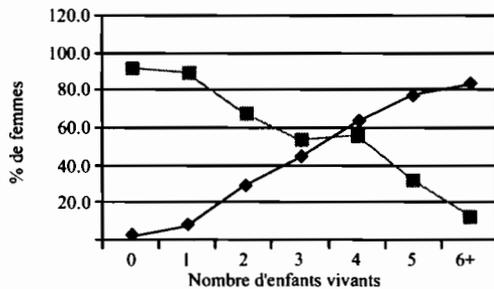
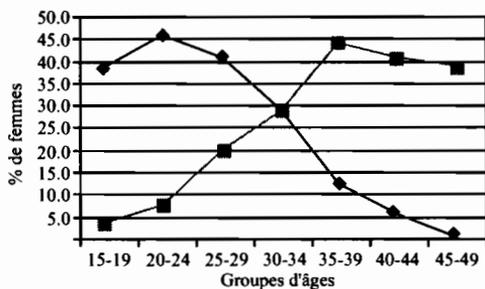
Kenya 1998



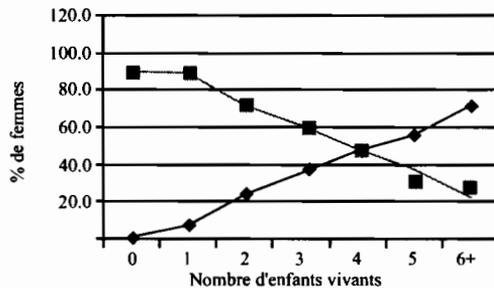
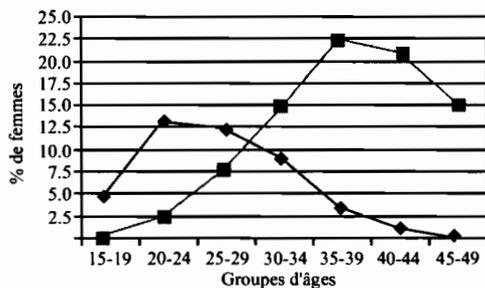
◆ Espacer ■ Limiter

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

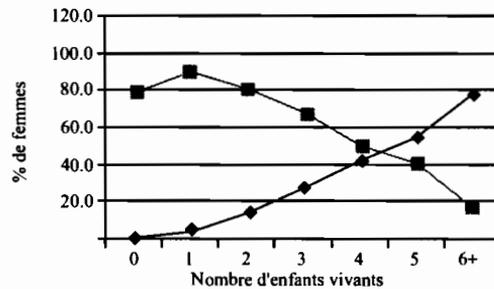
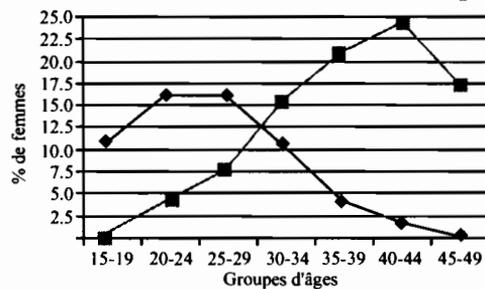
Zimbabwe 1999



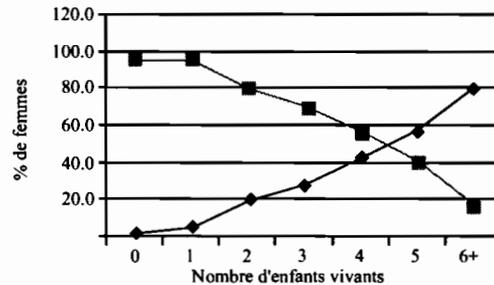
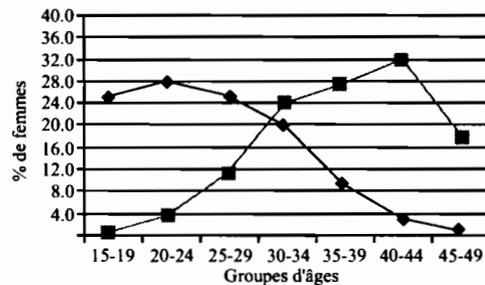
Madagascar 1997



Ouganda 2000-2001



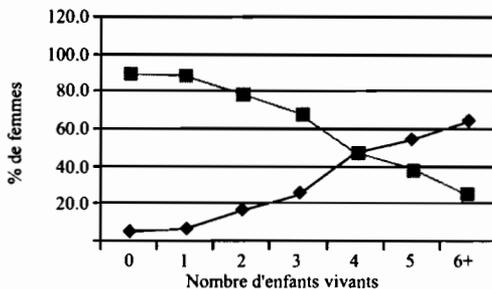
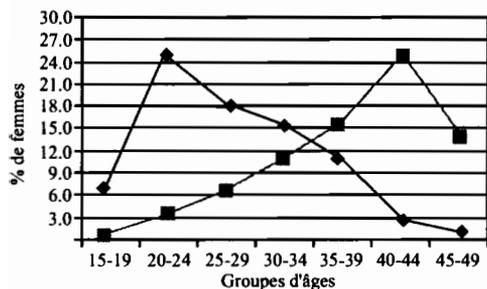
Zambie 2001-2002



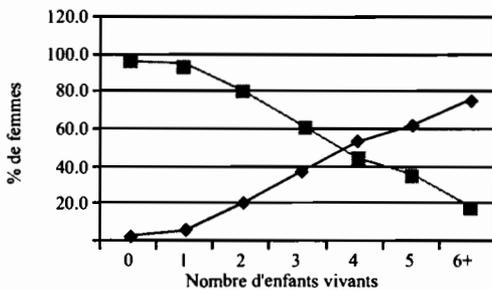
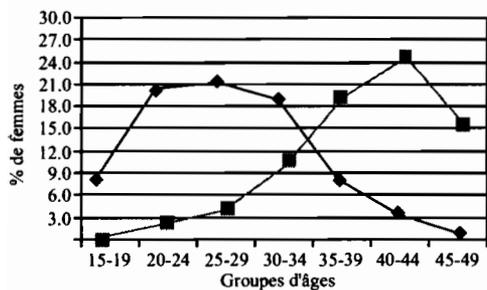
◆ Espacer ■ Limitier

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

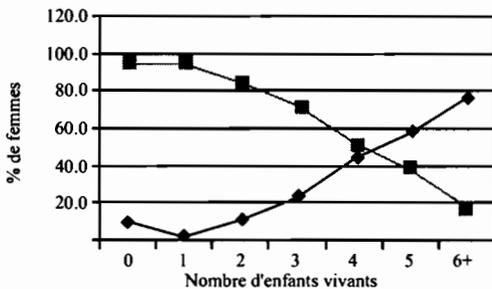
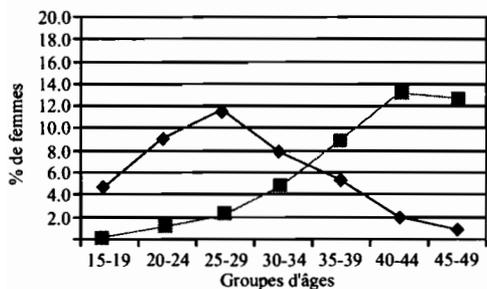
Tanzanie 1999



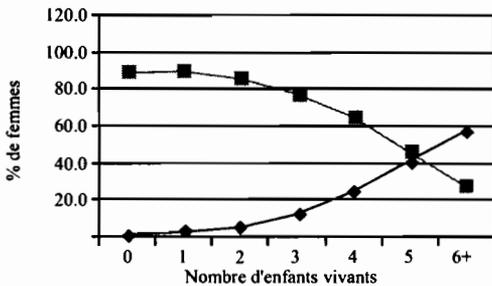
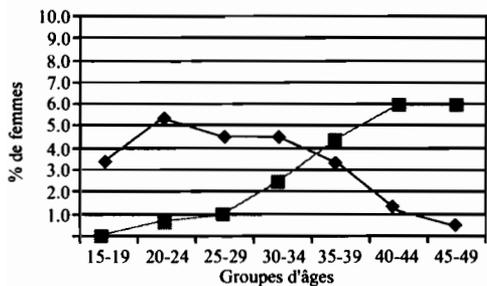
Ghana 2003



Rwanda 2000



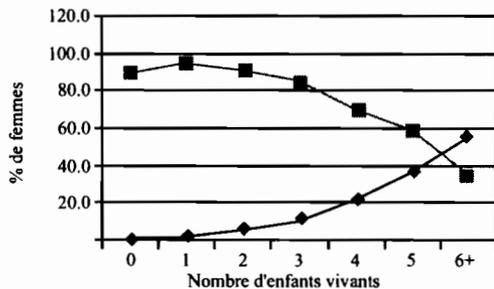
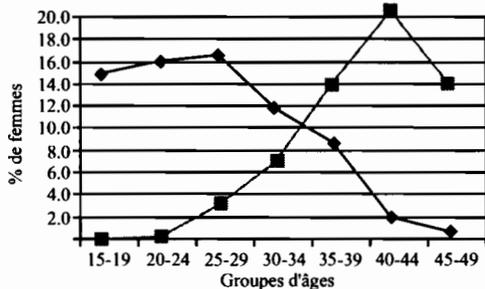
Guinée 1999



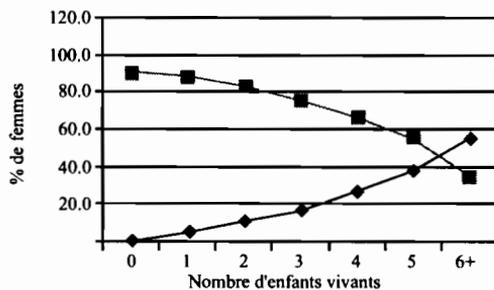
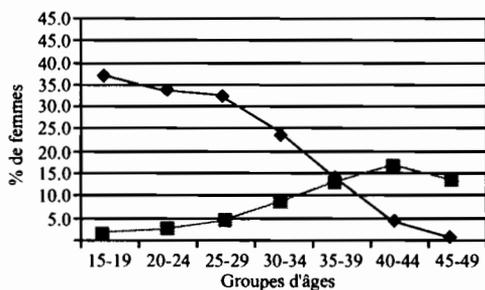
◆ Espacer ■ Limiter

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

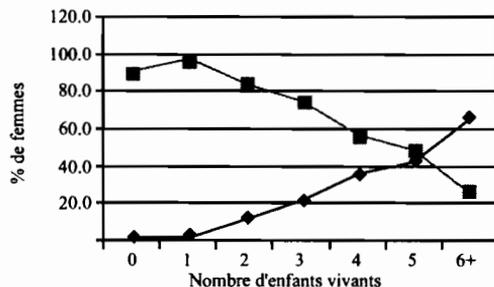
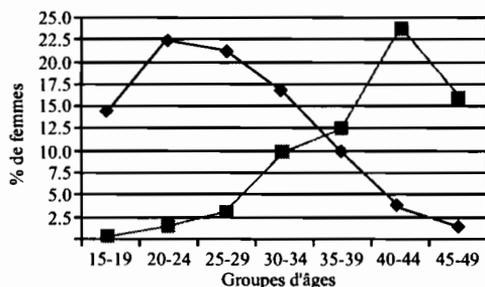
Cameroon 1998



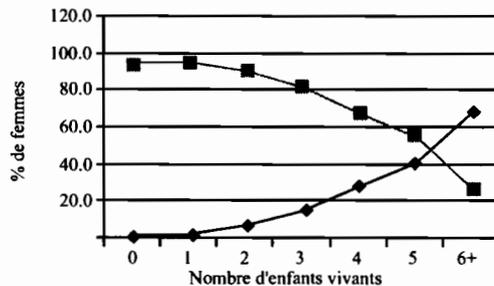
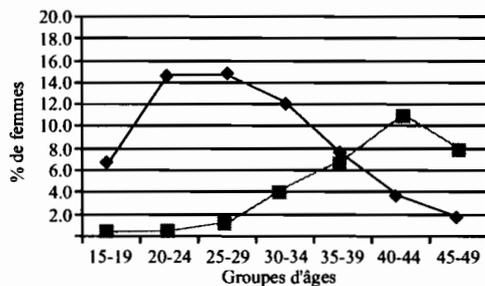
Gabon 2000



Togo 1998



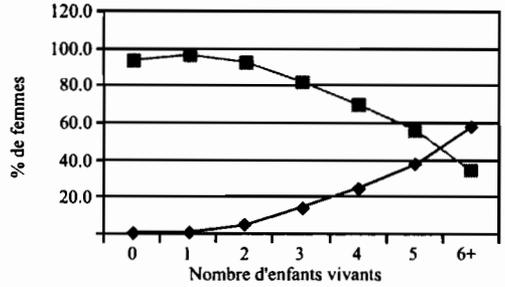
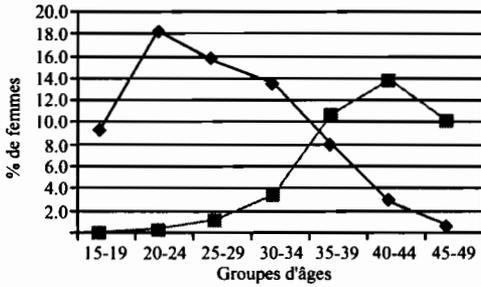
Burkina Faso 2003



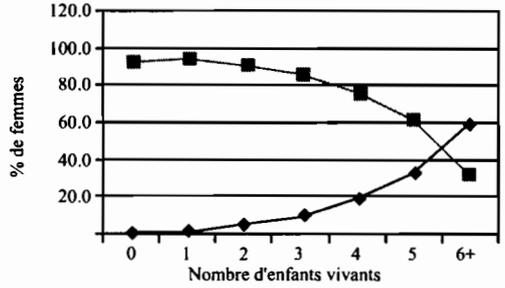
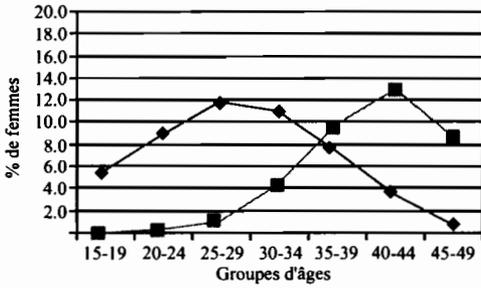
◆ Espacer ■ Limiter

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

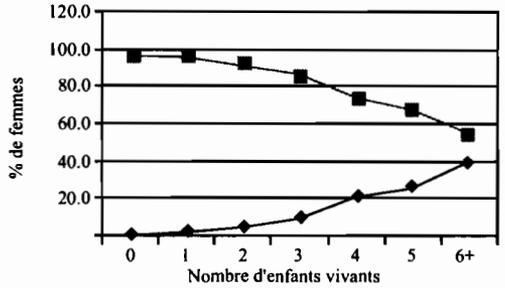
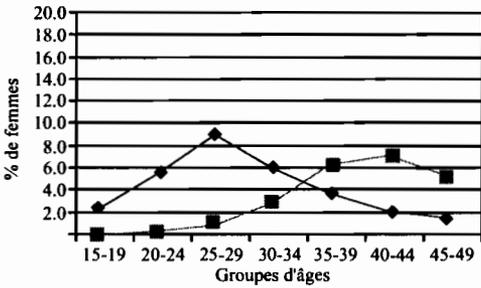
Bénin 1996



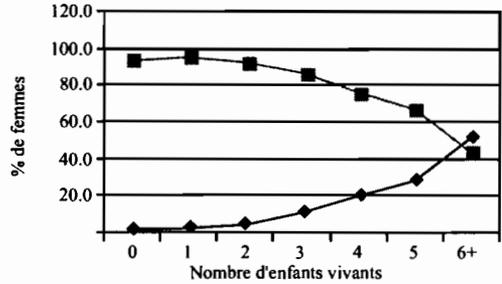
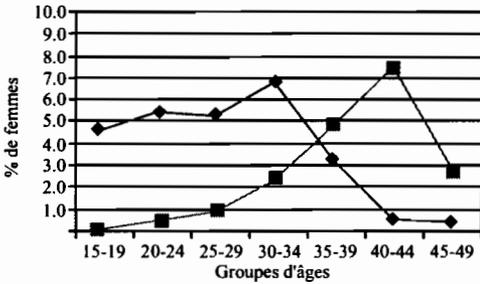
Sénégal 1997



Erythrée 2002



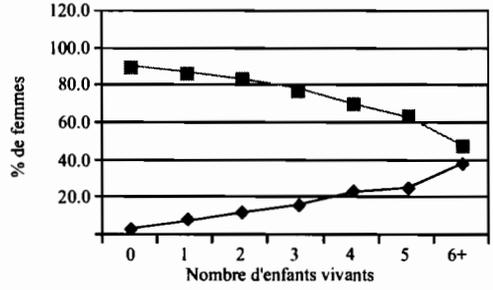
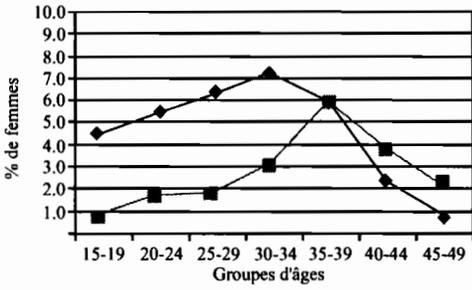
Mali 1995-1996



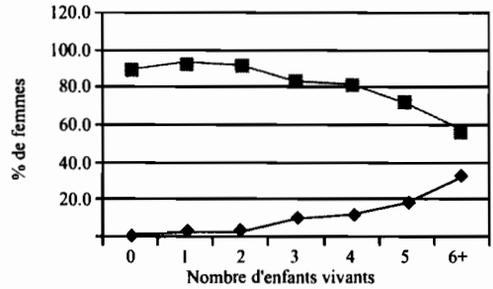
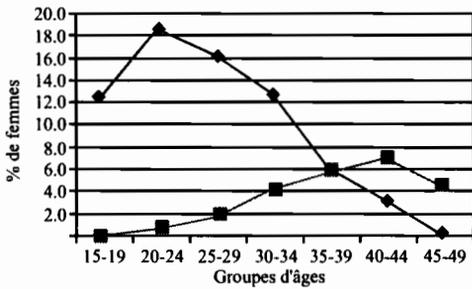
◆ Espacer ■ Limiter

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

Mauritanie 2000-2001



Centrafrique 1994-1995



◆ Espacer ■ Limiter

◆ Désir de limiter ■ Désir enfant supplémentaire

*Risque de conception et régulation de la fécondité
en Afrique de l'Ouest.*

*L'utilisation de la contraception par les femmes
sexuellement actives et fertiles*

LINDA LASBEUR

La mise en relation de la pratique contraceptive et des niveaux de fécondité est un sujet d'étude tout à fait classique en démographie. Habituellement, l'étude de la pratique de la contraception se fait à partir de la population des femmes mariées ou de l'ensemble des femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans). Ces populations sont en partie constituées de femmes enceintes, stériles ou qui n'ont pas de relations sexuelles régulières. Ces profils très hétérogènes ne semblent pas être adaptés à l'étude de la prévalence contraceptive, dans la mesure où une femme enceinte ou inféconde n'utilisera pas de méthodes contraceptives du fait qu'elle n'en a pas besoin étant donné son état. C'est pourquoi, nous proposons de nous limiter dans notre étude aux femmes qui sont effectivement soumises à un risque de conception, c'est-à-dire qui sont fertiles et sexuellement actives, quel que soit leur statut matrimonial, comme l'ont déjà fait certains auteurs (Fassassi et Vimard, 2002 ; Blanc et Grey, 2002). Sans remettre en question l'approche classique de la contraception, notre étude la complète et l'enrichit.

Avant de présenter notre analyse, il nous semble important de nous arrêter sur quelques définitions sur lesquelles nous nous appuierons au cours de ce chapitre. Dans celui-ci, les femmes sexuellement actives sont définies comme

celles ayant eu au moins une relation sexuelle dans les trente jours ayant précédé l'enquête. Les femmes fertiles sont celles qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, ni ménopausées et qui ne sont pas stériles. Par rapport à cette définition de notre population d'étude, nous devons préciser deux points relatifs à la stérilité et à l'aménorrhée post-partum qui sont deux critères d'exclusion de l'échantillon de femmes étudiées. D'une part, la stérilité est un phénomène difficilement observable et mesurable (Leridon, 2002a) et les enquêtes démographiques et de santé (E.D.S.), que nous utilisons dans cette étude, ne permettent pas de saisir complètement ce phénomène, sans être une exception dans ce domaine. Aussi nous ne disposons que de données agrégées sur l'infécondabilité, sans disposer de l'effectif exact de femmes par type de stérilité (primaire et secondaire). Il est en effet très difficile de mesurer la part de la stérilité primaire ou totale (femmes qui n'ont jamais pu avoir d'enfant) et celle de la stérilité secondaire (femmes qui, après une ou plusieurs grossesse(s), ne peuvent plus avoir d'enfant). Nous entendrons donc par femmes stériles celles qui se sont déclarées infécondes¹, en estimant la proportion de stérilité totale par la proportion de femmes de 44 à 49 ans qui sont mariées et sans enfant. D'autre part, le fait de se déclarer en aménorrhée n'annule pas le risque d'être enceinte. Cependant, une telle affirmation de la part de la femme explique sa non-utilisation d'une méthode contraceptive car, pour elle, son état d'aménorrhée la préserve logiquement d'une grossesse et rend inutile l'utilisation d'une méthode de contraception.

Ce chapitre comprend deux parties. Après avoir situé le niveau et les tendances de la fécondité en Afrique subsaharienne, nous ferons un bilan de l'utilisation de la contraception par les femmes sexuellement actives et fertiles. Nous mesurerons ensuite l'effet inhibiteur de la contraception sur la fécondité de notre population d'étude pour chacun des pays étudiés. Nous centrerons notre analyse sur quatre pays d'Afrique de l'Ouest : le Ghana, un pays anglophone, le Sénégal, le Mali et le Burkina Faso, trois pays francophones. Ce choix n'est pas anodin, du fait que les pays francophones ont adopté plus tardivement que

1. La stérilisation volontaire est considérée ici comme une méthode contraceptive.

les pays anglophones des politiques en faveur de la planification familiale : à la fin des années 1960 pour le Ghana et à la fin des années 1980 ou au début des années 1990 pour les trois pays francophones.

Cette étude se place ainsi dans une optique comparative : d'une part une comparaison entre quatre États d'Afrique de l'Ouest, d'autre part une comparaison, pour chacun des pays étudiés, de situations saisies à des moments différents sur une période de temps suffisamment longue grâce aux E.D.S.

Niveaux et évolution de la fécondité

La situation en Afrique subsaharienne

Comme de nombreuses études l'ont montré, la fécondité en Afrique subsaharienne a aujourd'hui baissé dans tous les pays. Mais cette baisse a eu lieu à des rythmes très différents selon les pays ce qui a conduit à des niveaux de fécondité contrastés sur l'ensemble du continent (Tabutin et Schoumaker, 2001). Ainsi, l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) varie de 2,8 enfants par femme en Afrique du Sud à 8 enfants par femme au Niger, maximum mondial selon les Nations unies (Pison, 2005).

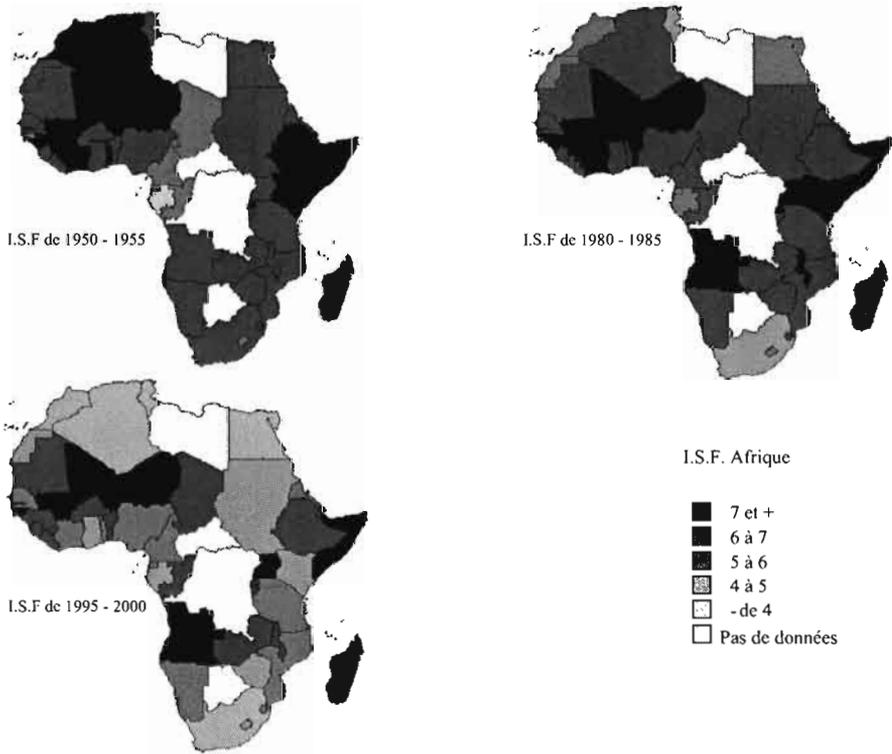
Si toutes les régions de l'Afrique subsaharienne sont concernées par la baisse de la fécondité, les deux régions d'Afrique subsaharienne les plus avancées dans la transition de la fécondité sont l'Afrique australe et l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest ayant la fécondité la plus élevée. À l'intérieur d'une même région, on note également des écarts de fécondité entre les pays. Le Ghana, par exemple, se démarque des niveaux de fécondité en Afrique de l'Ouest par un I.S.F. relativement faible (4,4 enfants par femme en 2003) par rapport à ses voisins, comme le Mali et le Burkina Faso dont les I.S.F. sont supérieurs à 6 enfants par femme.

Ainsi, nous observons une grande diversité des niveaux de fécondité au sein de l'Afrique subsaharienne. Cependant, peu de pays ont un I.S.F. inférieur à 3 enfants par femme (Île Maurice, 2 enfants par femme ; Seychelles, 2,2 enfants

par femme ; Afrique du Sud, 2,8 enfants par femme), tandis que huit pays ont un I.S.F. compris entre 4 et 5 enfants par femme, 19 pays un I.S.F. compris entre 5 et 6 enfants par femme et enfin 12 pays un I.S.F. supérieur à 6 enfants par femme (tableau annexe 1). En somme, la fécondité des pays africains reste encore élevée, puisque 31 pays sur 53 ont un I.S.F. supérieur à 5 enfants par femme.

Les cartes suivantes retracent l'évolution des niveaux de fécondité en Afrique des années 1950 à 2000.

Figure 1. Évolution des indices synthétiques de fécondité en Afrique de 1950 à 2000

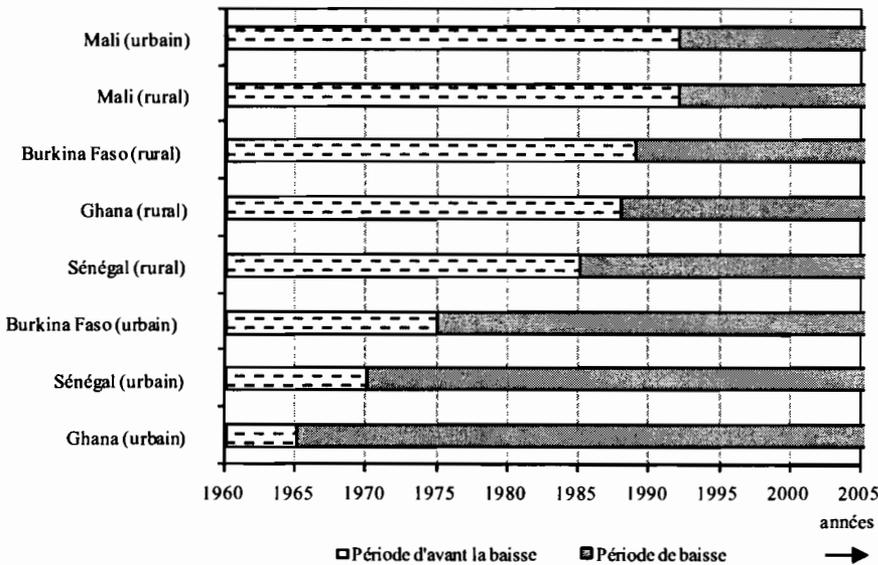


Source : Nations unies. Cartes réalisées par l'auteur.

La situation dans les quatre pays étudiés

Avant d'analyser les niveaux de prévalence contraceptive dans les quatre pays privilégiés dans notre d'étude, un rappel de leurs niveaux de fécondité semble indiqué. Ces quatre pays ont des niveaux de fécondité bien distincts (excepté le Mali et le Burkina Faso pour qui les I.S.F. sont similaires) et sont entrés dans la transition de la fécondité à des périodes distinctes². La grande différence des calendriers de baisse de la fécondité entre le milieu urbain et le milieu rural est un autre point frappant (figure 2).

Figure 2. Datation de la baisse de la fécondité par milieu de résidence des femmes pour les pays étudiés.



Source : Joseph et Garenne, 2001.

Dans l'ensemble, on constate que le recul de la fécondité a d'abord concerné le milieu urbain ghanéen au milieu des années 1960 suivi, cinq années plus

2. On trouvera dans la bibliographie, les références des rapports produits pour chacune des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans les quatre pays de l'étude.

tard, du milieu urbain sénégalais. Au milieu des années 1970, c'est le milieu urbain burkinabé qui voit sa fécondité diminuer. Au Mali, quel que soit le milieu de résidence des femmes, ce n'est qu'au début des années 1990 que la fécondité a commencé à baisser.

De plus, on observe un décalage important de calendrier entre le milieu urbain et rural, surtout au Ghana. Cette différence est moins marquée au Burkina Faso, où la fécondité n'a que peu baissé au cours des ans, et est quasi inexistante au Mali où la baisse est très faible.

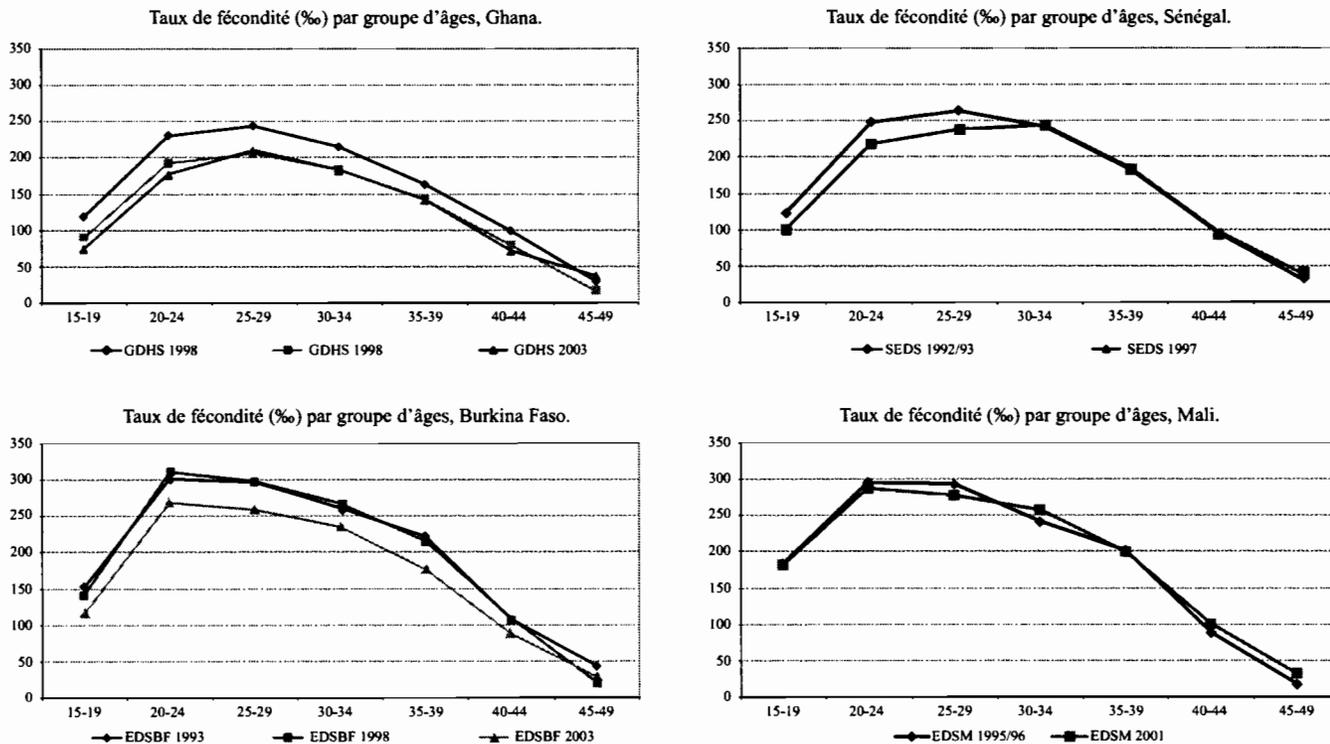
La ville permet un accès au travail salarié, aux médias (télévision, radio, presse écrite, publicité, etc.), aux services de santé, à un mode d'habitat différent de celui du milieu rural et à une plus grande autonomie des individus par rapport à leur environnement familial qui peuvent avoir des effets déterminants sur les niveaux de fécondité.

Les évolutions récentes de la fécondité entre les deux dernières E.D.S. dans les quatre pays étudiés sont contrastées (figure 3). Au Ghana, on observe une baisse importante du nombre moyen d'enfants par femme qui se traduit par une baisse de l'ensemble des taux de fécondité par âge. Ce sont les « 20-29 ans » qui ont connu la plus forte baisse au cours de la période. Les courbes de 1998 et de 2003 sont confondues, avec une légère baisse des taux de fécondité avant 25 ans. Au Sénégal, seule la fécondité des moins de 30 ans a diminué, et l'on peut parler d'un report de l'entrée en vie féconde. En revanche, pour les Burkinabés (1993 et 1998) et les Maliennes (1996 et 2001), les courbes sont confondues : cela signifie qu'il n'y a pas eu de changements dans ces deux pays entre les deux enquêtes. Cependant, les niveaux d'intensité de la fécondité des femmes burkinabés diminuent à tous les âges en 2003 par rapport à la période antérieure, indiquant un début de transition.

La contraception des femmes sexuellement actives et fertiles

Il faut tout d'abord préciser que, malgré des transitions de la fécondité engagées ou amorcées dans les quatre pays, on n'y observe pas de prévalence

Figure 3. Taux de fécondité par groupe d'âges dans les pays de l'étude selon l'année



contraceptive importante. La baisse de la fécondité ne correspond pas à une utilisation de la contraception aussi prononcée qu'en Afrique de l'Est par exemple (Vimard *et al.*, 2007). La pratique de la contraception, telle qu'elle est souvent étudiée, révèle de faibles taux de prévalence pour les quatre pays. C'est pourquoi, nous allons essayer de voir si l'observation des femmes effectivement concernées par cette pratique ne permet pas de mieux cerner la réalité.

Avant de commencer l'analyse, la présentation des différents échantillons donne une idée des populations étudiées et de leur représentation statistique (tableau 1).

Tableau 1. Poids des différentes catégories de femmes étudiées selon le pays et l'enquête

E.D.S.	Ensemble des femmes (effectif)	Femmes mariées (en %)	Femmes sexuellement actives et fécondes		
			Ensemble (en %)	Mariées (en %)	Non mariées (en %)
Burkina Faso 1993	6 354	80,2	22,7	21,1	1,6
Burkina Faso 1998	6 445	80,4	19,7	17,3	2,4
Burkina Faso 2003	12 477	77,4	22,4	20,3	2,2
Ghana 1993	4 562	70,2	30,2	23,0	7,2
Ghana 1998	4 843	64,7	26,1	21,9	4,2
Ghana 2003	5 691	62,4	27,8	23,7	4,1
Mali 1996	9 704	84,7	25,9	23,7	2,2
Mali 2001	12 849	83,5	28,3	26,2	2,1
Sénégal 1992	6 310	70,5	20,8	19,5	1,3
Sénégal 1997	8 593	68,1	23,9	22,5	1,4

Source : E.D.S.

Note : les femmes non mariées sont celles qui sont célibataires, veuves ou divorcées. Les femmes mariées comprennent également les femmes en union libre.

Notre population d'analyse est l'ensemble des femmes dans les quatre pays, sexuellement actives et fertiles. Ces femmes représentant entre 20 % et 30 % de l'ensemble de l'échantillon enquêté lors des E.D.S., sont pour la plupart mariées, celles n'étant pas mariées représentant une minorité de femmes (près de 3 % en moyenne). C'est au Ghana que les femmes non mariées sexuellement actives et fertiles sont les plus représentées. C'est aussi au Ghana que le nombre moyen d'enfants par femme est le plus bas.

D'une manière générale, la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes ou des femmes mariées est faible, quels que soient le pays et la date d'enquête (tableaux 2.1, 2.2 et 2.3). En revanche, si on s'intéresse aux femmes qui sont soumises à un risque de conception, les prévalences contraceptives sont beaucoup plus fortes. Parmi ces femmes, on observe une contraception plus répandue chez les femmes non mariées que chez les femmes mariées, ce qui confirme que la gestion des risques de grossesse est différente selon le statut matrimonial. Les naissances hors unions, bien qu'elles soient une réalité (Diop, 1985 ; Delaunay, 1994 ; Adjamagbo *et al.*, 2005 ; Thiaw, 2005), sont fortement réprimées socialement car la sexualité ne doit pas sortir du cadre du mariage. Cela expliquerait des niveaux d'utilisation des moyens contraceptifs plus importants dans cette population de femmes sexuellement actives, fertiles et non mariées.

Au Ghana, le statut matrimonial des femmes ne semble pas influencer l'utilisation d'une méthode moderne de contraception. En effet, les prévalences contraceptives sont quasi égales entre les deux groupes. Les femmes mariées ont même des prévalences contraceptives supérieures aux non mariées pour les enquêtes de 1998 et de 2003.

Au Sénégal en 1992, la prévalence contraceptive est nettement plus élevée chez les femmes sexuellement actives et fertiles. Parmi ce dernier groupe, ce sont les femmes non mariées qui utilisent le plus les méthodes contraceptives (plus d'une femme sur deux) et près de la moitié d'entre elles utilisent une méthode moderne. On constate les mêmes tendances cinq ans plus tard, mais avec des prévalences contraceptives supérieures, surtout pour les deux groupes

Tableau 2.1. Utilisation de la contraception selon le type de méthode et les caractéristiques des femmes au Burkina Faso (en %)

E.D.S.	Utilisation de la contraception *	Ensemble des femmes	Femmes mariées	Femmes sexuellement actives et fertiles		
				Ensemble	Femmes mariées	Femmes non mariées
Burkina Faso 1993	Effectif total	6 354	5 096	1 440	1 341	135
	Pas d'utilisation	76,7	73,3	73,0	73,7	61,5
	Méthodes modernes	6,8	7,4	12,1	11,8	17,8
	Méthodes naturelles	16,2	19,0	14,5	14,1	20,0
	Méthodes traditionnelles	0,3	0,3	0,4	0,4	0,7
	Abstinence prolongée	100	100	100	100,0	100
		29,1	34,4	2,1	0,4	2,2
Burkina Faso 1998	Effectif total	6 445	5 034	1 270	1 117	153
	Pas d'utilisation	86,3	86,6	73,1	76,8	45,7
	Méthodes modernes	7,5	6,2	18,4	14,7	45,4
	Méthodes naturelles	6,2	7,2	8,2	8,2	8,2
	Méthodes traditionnelles	0,1	0,0	0,3	0,2	0,8
	Abstinence prolongée	100	100	100	100	100
		28,6	35,0	2,2	0,7	0,0
Burkina Faso 2003	Effectif total	12 477	9 655	2 801	2 531	270
	Pas d'utilisation	85,1	86,2	66,6	69,6	38,0
	Méthodes modernes	10,4	8,8	26,1	22,6	59,2
	Méthodes naturelles	4,4	4,8	7,1	7,6	2,8
	Méthodes traditionnelles	0,1	0,2	0,2	0,2	0
	Abstinence prolongée	100	100	100	100	100

Source : E.D.S.

* On trouvera, dans le tableau annexe 2, la liste des méthodes contraceptives pour chaque type.

Tableau 2.2. Utilisation de la contraception selon le type de méthode et les caractéristiques des femmes au Ghana (en %)

E.D.S.	Utilisation de la contraception *	Ensemble des femmes	Femmes mariées	Femmes sexuellement actives et fertiles		
				Ensemble	Femmes mariées	Femmes non mariées
Ghana 1993	Effectif total	4 562	3 204	1 379	1 049	330
	Pas d'utilisation	81,1	79,7	58,5	58,9	57,0
	Méthodes modernes	9,3	10,1	21,8	21,8	21,8
	Méthodes naturelles	9,2	9,6	18,7	18,2	20,3
	Méthodes traditionnelles	0,5	0,5	1,0		0,9
					1,0	
		100	100	100	100,0	100
	Abstinence prolongée	18,8	23,5	0,7	0,8	0,3
Ghana 1998	Effectif total	4 843	3 229	1 239	1 063	193
	Pas d'utilisation	83,2	80,0	59,3	56,6	61,1
	Méthodes modernes	10,1	12,3	24,1	25,5	21,8
	Méthodes naturelles	6,3	7,2	15,7	16,8	16,6
	Méthodes traditionnelles	0,4	0,5	0,9		0,5
					1,1	
		100	100	100	100,0	100
	Abstinence prolongée	16,5	20,9	1,1	0,8	0,5
Ghana 2003	Effectif total	5 691	3 549	1 584	1 351	233
	Pas d'utilisation	79,9	74,8	52,5	52,4	52,9
	Méthodes modernes	14,8	18,7	35,6	35,9	34,0
	Méthodes naturelles	4,8	5,9	11,5	11,3	13,0
	Méthodes traditionnelles	0,5	0,6	0,4	0,5	0,0
		100	100	100	100	100
		Abstinence prolongée	16,0	18,6	1,0	0,9

Source : E.D.S.

* On trouvera, dans le tableau annexe 2, la liste des méthodes contraceptives pour chaque type.

Tableau 2.3. Utilisation de la contraception selon le type de méthode et les caractéristiques des femmes au Mali et au Sénégal (en %)

E.D.S.	Utilisation de la contraception *	Ensemble des femmes	Femmes mariées	Femmes sexuellement actives et fertiles		
				Ensemble	Femmes mariées	Femmes non mariées
Mali 1996	Effectif total	9 704	8 065	2 510	2 301	209
	Pas d'utilisation	92,0	93,4	79,9	82,4	52,9
	Méthodes modernes	5,2	4,5	14,0	12,6	30,1
	Méthodes naturelles	2,3	1,7	5,1	4,2	15,3
	Méthodes traditionnelles	0,5	0,5	0,9	0,9	1,7
		100	100	100	100	100
	Abstinence prolongée	11,2	11,6	0,4	0,9	0,8
Mali 2001	Effectif total	12 849	10 723	3 632	3 368	264
	Pas d'utilisation	91,7	91,9	82,8	84,4	62,3
	Méthodes Modernes	6,9	7,0	14,1	13,2	26,0
	Méthodes naturelles	1,0	0,6	2,1	1,5	9,9
	Méthodes traditionnelles	0,4	0,5	1,0	1,0	1,7
		100	100	100	100	100
	Abstinence prolongée	10,5	10,5	0,7	0,7	0,6
Sénégal 1992	Effectif total	6 310	4 450	1 314	1 229	85
	Pas d'utilisation	93,0	92,5	78,0	80,2	45,9
	Méthodes modernes	4,5	4,8	16,4	14,8	38,8
	Méthodes naturelles	1,0	1,0	2,4	2,1	5,9
	Méthodes traditionnelles	1,5	1,7	3,3	2,8	9,4
		100	100	100	100	100
	Abstinence prolongée	11,8	13,2	0,8	0,7	1,2
Sénégal 1997	Effectif total	8 593	6 030	2 033	1 935	133
	Pas d'utilisation	89,5	88,1	75,0	76,2	36,8
	Méthodes modernes	6,3	6,7	18,8	18,9	54,9
	Méthodes naturelles	1,8	1,9	3,7	4,0	7,5
	Méthodes traditionnelles	2,4	3,3	0,9	0,9	0,8
		100	100	100	100	100
	Abstinence prolongée	11,8	13,1	0,7	0,6	0,8

Sources : E.D.S.

* On trouvera, dans le tableau annexe 2, la liste des méthodes contraceptives pour chaque type.

de femmes sexuellement actives et fertiles. L'utilisation de la contraception chez les femmes soumises à un risque de conception a augmenté durant cette période, comme pour l'ensemble des femmes et pour les femmes mariées, mais dans des proportions moindres, quelle que soit la méthode utilisée. Chez ces femmes soumises à un risque de conception, on constate également une baisse de l'utilisation des méthodes naturelles.

Au Ghana, un phénomène très intéressant se dégage. D'une manière générale, nous observons une stabilisation de la prévalence contraceptive entre 1993 et 1998, puis une augmentation jusqu'en 2003, ceci pour tous les groupes de femmes. Lorsque l'on examine les données plus en détail, on s'aperçoit que l'on assiste au passage de l'utilisation de moyens de contraceptions naturels à des méthodes modernes jugées plus efficaces, dont la prévalence s'accroît au détriment des moyens naturels.

Dans l'ensemble, on constate les mêmes tendances au Burkina Faso. Les femmes fertiles sexuellement actives ont des prévalences contraceptives supérieures à celles de l'ensemble des femmes ou des femmes mariées à partir de 1998. Parmi elles, celles qui ne sont pas mariées ont une prévalence encore plus élevée que les femmes mariées. En outre, si on enregistre une baisse de la prévalence contraceptive entre 1993 et 2003 pour l'ensemble des femmes et pour les femmes mariées, il n'en est pas même pour les femmes soumises à un risque de conception. Pour celles-ci, la prévalence augmente (de 27 % à 33 %). Notons que cette dynamique est marquée par une baisse de la prévalence des moyens traditionnels et naturels et par une hausse sensible des méthodes modernes de contraception. Cette augmentation est nettement plus marquée pour les femmes sexuellement actives et fertiles et plus encore pour les femmes non mariées : en 2003, près d'une femme soumise à un risque de conception sur quatre utilise une méthode moderne de contraception, et elles sont près de 60 % dans ce cas chez les femmes non mariées.

Les Maliennes qui n'utilisent pas de méthodes de contraception représentent la quasi-totalité de l'échantillon en 1996 : 92 % de l'ensemble des femmes et 93 % des femmes mariées. Cette situation n'a guère évolué en 2001. En revanche,

chez les femmes soumises à un risque de conception, la pratique contraceptive est plus répandue, tout en diminuant cependant quelque peu entre 1996 et 2001 (de 20 % à 17 %).

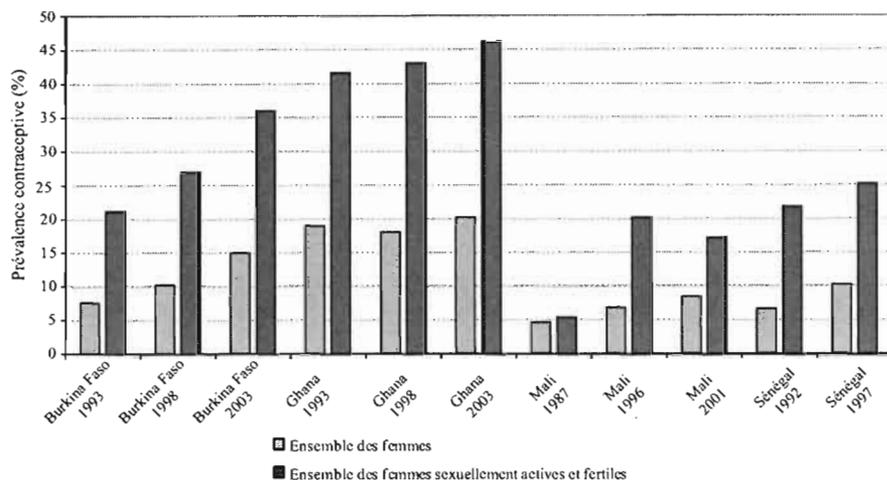
Globalement, on constate que les femmes sexuellement actives et fertiles utilisent plus les méthodes contraceptives que les autres et qu'elles privilégient les méthodes efficaces, dites modernes, en délaissant, au cours des années, les méthodes traditionnelles et naturelles. Il semble donc réellement intéressant d'étudier l'utilisation de la contraception par ces femmes exposées à un risque de conception, quel que soit leur statut matrimonial.

Lorsque l'on distingue la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes de celles qui sont sexuellement actives et fertiles, on constate des différences plus ou moins importantes selon les pays. En parallèle d'une augmentation de l'utilisation de l'ensemble des méthodes contraceptives, les différences les plus marquées se retrouvent au Burkina Faso (surtout pour les deux dernières enquêtes) et pour le Ghana : on relève des écarts de l'ordre respectivement de 20 % et de 25 % entre l'ensemble des femmes et celles qui sont sexuellement actives et fertiles. Au Mali et au Sénégal les différences sont moins importantes, de l'ordre de 15 % entre les deux catégories (figure 4).

Les écarts entre les femmes sexuellement actives et fertiles selon leur statut matrimonial (figure 5) sont importants au Burkina Faso et au Mali, et plus encore au Sénégal où, en 1997, la différence entre les deux populations est de 40 %. Les femmes non mariées et qui sont sexuellement actives ont beaucoup plus recours aux méthodes contraceptives (le plus souvent des méthodes modernes) que les femmes mariées. Par contre, au Ghana, il existe peu de différences entre les comportements de planification familiale selon le statut matrimonial de la femme.

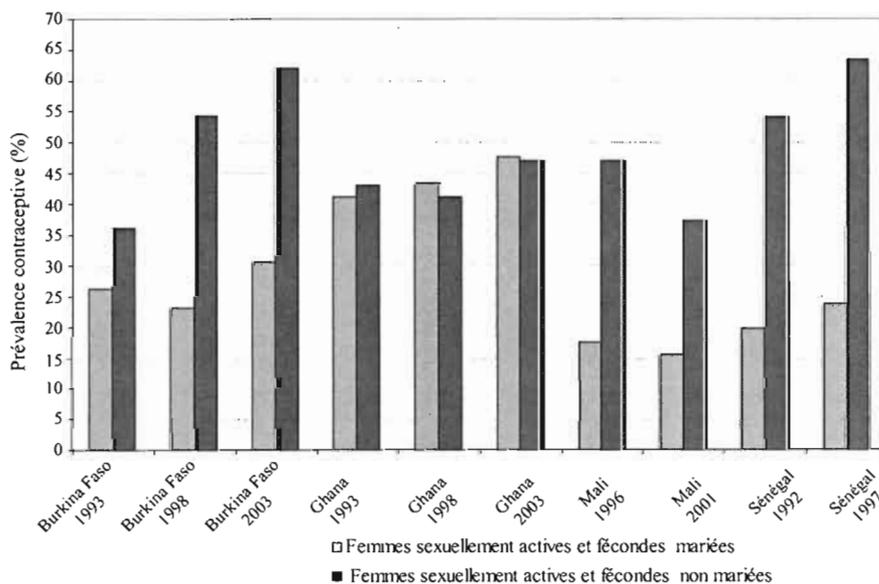
Nous poursuivrons nos analyses sans faire de distinction entre le statut matrimonial des femmes sexuellement actives dans la mesure où l'effectif des femmes non mariées est réduit. Il faudra tout de même garder à l'esprit que ces femmes ont des stratégies propres à leur statut matrimonial, les naissances hors mariage étant réprouvées.

Figure 4. Comparaison des taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes) de l'ensemble des femmes et des femmes sexuellement actives et fertiles



Source : E.D.S.

Figure 5. Comparaison des taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes) des femmes sexuellement actives et fertiles mariées et non mariées



Source : E.D.S.

La très nette différence entre la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes et celle des femmes sexuellement actives et fertiles montre que l'étude classique de la contraception sous-estime fortement les effets de la contraception sur la fécondité (cf. tableaux 2.1, 2.2, 2.3). De surcroît, l'analyse de la contraception à partir de la sous-population des femmes sexuellement actives et fertiles donne une mesure plus juste de l'effet de la contraception sur le niveau de la fécondité.

La contraception comme effet inhibiteur de la fécondité

Afin d'estimer le rôle de la contraception dans la baisse de la fécondité, nous utiliserons le modèle de John Bongaarts, qui permet de déterminer le poids respectif de différents facteurs inhibiteurs de la fécondité (Bongaarts, 1993). Les coefficients estimés par le modèle de Bongaarts comprennent : l'effet d'inhibition du régime de nuptialité (C_m) calculé à partir de la fécondité des femmes en union, celui de la contraception (C_c), de l'insusceptibilité post-partum (C_i) et l'effet inhibiteur des avortements provoqués (C_a). Ces quatre coefficients interviennent sur le niveau de la fécondité en l'abaissant à une valeur inférieure à son maximum hypothétique, la « fécondité biologique maximum » (Leridon, 2002b), qui se situe entre 13 et 17 enfants par femme. Bongaarts propose une fécondité maximum moyenne de 15,3 enfants par femme. Lorsque l'effet inhibiteur total des quatre variables intermédiaires principales a été pris en considération, on obtient l'indice synthétique de fécondité estimé par le modèle.

Le modèle de Bongaarts suppose que toutes les naissances ont lieu dans le mariage ; il ne prend donc pas en compte les naissances hors mariages fréquentes en Afrique subsaharienne. Pour contourner cette difficulté, Gribble et Jolly (1996) ont introduit un indice ajusté du mariage (C'_m) qui corrige cette insuffisance à travers un coefficient M_o .

Les résultats obtenus (tableau 3) présentent deux limites qu'il est important de considérer. La première est liée aux pays étudiés pour lesquels un défaut de

Tableau 3. Indices de Bongaarts et I.S.F. estimés par pays
calculés sur l'ensemble des femmes mariées

E.D.S.	Mariage (Cm)	Naissances hors mariage (Mo)	Mariage ajusté (C'm)	Contraception (Cc)	Infécondabilité post-partum (Ci)	Indice de stérilité (Ip)	ISF estimés*	Avortement (Ca estimé**)
Burkina								
Faso	0,93	1,09	0,85	0,94	0,48	1,01	6,45	1,00
1993								
Burkina								
Faso	0,91	1,08	0,84	0,91	0,48	1,03	6,32	1,00
1998								
Burkina								
Faso	0,88	1,02	0,86	0,88	0,52	1,03	6,26	0,94
2003								
Ghana	0,80	1,13	0,71	0,85	0,55	1,01	5,77	0,90
1993								
Ghana	0,77	1,16	0,66	0,82	0,58	1,02	5,72	0,79
1998								
Ghana	0,74	0,94	0,78	0,77	0,58	1,02	5,16	0,85
2003								
Mali	0,92	1,07	0,86	0,94	0,59	1,00	7,84	0,86
1996								
Mali	0,93	1,04	0,88	0,93	0,59	1,01	7,91	0,85
2001								
Sénégal	0,82	1,13	0,73	0,94	0,56	1,01	6,69	0,91
1992								
Sénégal	0,81	1,14	0,71	0,90	0,57	1,02	6,43	0,89
1997								

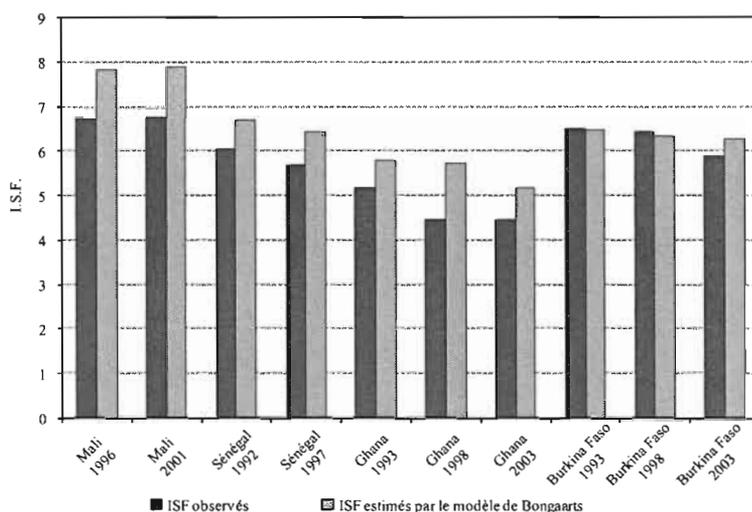
Source : calculs de l'auteur à partir des données E.D.S.

* Estimation faite à partir de l'équation de Bongaarts (sans l'indice d'avortement).

** Indice d'avortement : ce Ca correspond au coefficient qui est appliqué à l'I.S.F. estimé pour obtenir l'I.S.F. observé.

connaissances évident dans le domaine de l'avortement (voir Rossier dans cet ouvrage), dû à un manque de données sur le sujet, peut expliquer les écarts entre la fécondité estimée par le modèle et la fécondité observée (figure 6). Écarts qui peuvent aller de 0,5 enfant (Burkina, 2003 ; Ghana, 1993) à 1 enfant (Mali 1996 et 2001), voire plus (Ghana, 1998).

Figure 6. Écarts entre les I.S.F. observés (E.D.S.) et estimés par le modèle de Bongaarts



Source : E.D.S.

L'avortement provoqué étant illégal dans les pays étudiés, il est pratiqué de manière clandestine, d'où une estimation difficile du nombre d'avortements par femme. Nous ne pouvons par conséquent estimer l'indice Ca qu'à partir des autres indices du modèle en déduisant cet effet inhibiteur de l'avortement de la différence entre l'I.S.F. observé et l'I.S.F. estimé ici par conséquent à partir des seuls effets inhibiteurs du mariage, de la contraception et de l'infécondabilité post-partum. Les estimations ainsi faites sont à prendre et à analyser avec toute la prudence que requiert ce genre de déduction (Dalla Zuanna, 2002).

Pour l'Afrique de l'Ouest, il existe des données au niveau régional qui estiment un taux d'avortements de 37 ‰ et un ratio de 15 avortements pour 100 grossesses en 1995 (Henshawn *et al.*, 1999). Une étude sur les avortements provoqués, menée en milieu rural burkinabé a utilisé la méthode dite « résiduelle » afin d'estimer la fréquence des avortements. Les résultats ont révélé les limites de cette méthode de calcul dans les pays où la sexualité hors mariage est encore socialement prohibée (Rossier, 2004). Les indices d'avortements que nous avons estimés indiquent une absence d'avortements provoqués au Burkina Faso en 1993 et 1998 (l'indice d'avortements est égal à 1) ce qui montre la très mauvaise estimation au regard des résultats d'études sur les avortements provoqués au Burkina Faso (Rossier, 2004). Malgré une législation sur l'avortement assez restrictive au Ghana (même si elle l'est moins que dans les trois autres pays de l'étude), de nombreuses femmes ont recours à l'avortement provoqué. Une étude menée dans le Sud du Ghana sur un échantillon de 1 689 femmes enceintes a révélé un ratio de 19 avortements pour 100 grossesses en 1997 et un taux d'avortements de 17 ‰ (Ahiadeke, 2001). Parmi ces femmes, 60 ‰ avaient moins de trente ans et 36 ‰ étaient nullipares. De même, une enquête menée en 1996 dans des centres de santé à Bamako révèle qu'entre 5 et 20 ‰ des consultantes déclarent avoir eu au moins un avortement (Konaté *et al.*, 1999).

L'avortement est donc courant en Afrique de l'Ouest, notamment dans les pays de l'étude. La pratique de l'avortement est probablement l'une des raisons pour lesquelles nous trouvons des différences importantes entre les I.S.F. estimés par le modèle de Bongaarts et les I.S.F. observés. En effet, « l'avortement conserve un poids important dans la transition de la fécondité en Afrique. Son usage est certes, révélateur du difficile accès à la contraception rencontré par certaines femmes, mais aussi de l'insuffisance du *counselling* qui leur est proposé, comme en témoignent les fréquents échecs contraceptifs et les réticences exprimées par les femmes au sujet de la contraception. » (Guillaume, 2004).

Tableau 4. Indices de contraception (Cc) par pays et par enquête selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme, ensemble des femmes sexuellement actives et fertiles

	B. F. 1993	B. F. 1998	B. F. 2003	Ghana 1993	Ghana 1998	Ghana 2003	Mali 1996	Mali 2001	Sénégal 1992	Sénégal 1997
<i>Groupe d'âges</i>										
15-19	0,85	0,79	0,81	0,69	0,69	0,70	0,86	0,89	0,96	0,93
20-24	0,74	0,70	0,68	0,71	0,71	0,63	0,82	0,86	0,88	0,84
25-29	0,71	0,74	0,68	0,69	0,71	0,61	0,83	0,82	0,79	0,77
30-34	0,66	0,76	0,72	0,66	0,66	0,60	0,77	0,85	0,77	0,72
35-39	0,78	0,69	0,74	0,63	0,62	0,56	0,81	0,85	0,75	0,71
40-44	0,76	0,80	0,70	0,66	0,65	0,56	0,79	0,89	0,75	0,70
45-49	0,84	0,88	0,72	0,72	0,64	0,69	0,85	0,82	0,80	0,75
<i>Milieu de résidence</i>										
Capitale et grandes villes	0,56	0,55	0,45	0,59	0,60		0,62	0,68	0,60	0,55
Petites villes	0,65	0,51	0,46	-	0,64	0,54*	0,72	0,76	0,71	0,63
Villes de provinces	0,72	0,59	-	0,65	0,61		0,79	-	0,70	0,65
Villages	0,92	0,87	0,83	0,74	0,71	0,67	0,92	0,93	0,93	0,92
<i>Niveau de scolarisation</i>										
Pas de scolarisation	0,87	0,84	0,80	0,87	0,74	0,74	0,91	0,91	0,90	0,88
Niveau primaire incomplet	0,73	0,65	0,60	0,70	0,71	0,60	0,71	0,80	0,65	0,68
Niveau primaire complet	0,55	0,57	0,47	0,64	0,79	0,57	0,62	0,64	0,64	0,54
Niveau secondaire incomplet	0,48	0,41	0,32	0,56	0,64	0,57	0,48	0,58	0,43	0,43
Niveau secondaire complet	0,42	0,40	0,41	0,49	0,56	0,42	-	0,54	0,33	0,46
Niveau supérieur	0,26	0,37	0,61	0,40	0,57	0,36	0,23	0,51	0,43	0,28

Source : calcul de l'auteur.

* Cette donnée correspond à l'ensemble des villes, quelle que soit leur taille.

La deuxième limite est directement liée au modèle de Bongaarts lui-même. Les comportements sexuels et la fréquence des rapports sexuels ne sont pas pris en compte dans le modèle. Les migrations saisonnières des populations, surtout masculines, sont un phénomène très important dans les pays étudiés et influencent inévitablement la fréquence des rapports sexuels. De plus, « bien que féconds, les pays d'Afrique se caractérisent par une activité sexuelle faible et irrégulière » (Bozon, 2002, p. 317).

Si l'utilisation de la contraception est aujourd'hui considérée comme l'un des déterminants proches de la fécondité en Afrique subsaharienne, il n'en est pas le seul facteur. Dans cette région, et particulièrement dans les quatre pays de l'étude, le facteur dont l'inhibition est la plus importante est l'insusceptibilité post-partum³. Ainsi, on remarque que la contraception, au niveau national, n'a que peu d'effets sur la fécondité, c'est même celui qui en a le moins. Cependant, on peut relever deux choses à la lecture du tableau 4. Premièrement, l'effet inhibiteur de la contraception est de plus en plus important et confirme l'augmentation de la prévalence contraceptive dans les quatre pays étudiés. Deuxièmement, les résultats des enquêtes les plus récentes (des années 2000) montrent que l'effet de la contraception sur la fécondité est très proche de celui du mariage (Ghana, 2003) voire égal (Mali, 2001 et Burkina Faso, 2003). On note ainsi un équilibre entre les différentes variables intermédiaires de la fécondité. En définitive, c'est au Ghana que l'effet de la contraception est le plus significatif.

Dans notre étude portant sur les femmes sexuellement actives et fertiles, nous avons calculé les indices de contraception utilisés par Bongaarts selon les catégories sociodémographiques des femmes. Cela nous permet de dégager le profil des femmes utilisatrices et des femmes non-utilisatrices en pondérant la proportion de femmes utilisant une contraception dans chacune des catégories par le niveau d'efficacité des méthodes employées⁴ (tableau 5).

3. Il faut noter que plus les indices sont proches de 1, plus l'effet inhibiteur sur la fécondité est faible.

4. Pour le niveau d'efficacité de chacune des méthodes employées, on se reportera au tableau annexe 2.

Les indices de contraception, nous l'avons déjà noté, sont différents d'un pays à l'autre : on enregistre un maximum de 0,94 pour le Mali en 1996, pour le Sénégal en 1997 et pour le Burkina Faso en 1998 et un minimum de 0,74 pour le Ghana en 2003. Malgré ces différences, nous remarquons que les femmes au profil sociodémographique semblable ont des indices de contraception (Cc) comparables, seule la variable « âge de la femme » ne corroborant pas ce constat.

Ainsi, les femmes qui ont la prévalence contraceptive la plus élevée (ou l'indice de contraception le moins élevé) sont : les femmes qui résident dans les grandes villes ou les capitales (milieu urbain), les femmes qui ont un niveau scolaire atteignant au moins le niveau secondaire voire le niveau supérieur, les femmes qui ont une occupation dans le secteur formel avec un revenu monétaire, celles qui approuvent les services de la planification familiale et celles dont le conjoint a été scolarisé au moins jusqu'au secondaire, et qui approuve lui aussi les services de planification familiale.

À l'opposé, les femmes qui n'utilisent que très peu les moyens de contraception (et qui ont un indice de contraception proche de 1) sont les femmes qui résident en milieu rural, qui n'ont pas fréquenté l'école ou qui ont un niveau scolaire primaire ; les femmes qui occupent des emplois dans l'agriculture, qui n'ont pas de revenus monétaires, dont le conjoint n'a jamais été scolarisé ; et les femmes dans un couple qui n'approuve pas les services de planification familiale. Ce constat, vérifié pour l'ensemble des femmes, l'est également pour les femmes sexuellement actives et fertiles.

Conclusion

La transition de la fécondité est engagée au Ghana, au Sénégal, au Burkina Faso ainsi qu'au Mali. Ces transitions ont débuté à des moments différents et se développent à des rythmes distincts. Elles ne sont pas accompagnées d'une utilisation de méthodes contraceptives conséquente mais d'une combinaison de facteurs tels que les décrit Bongaarts. Cependant, malgré la baisse de la

fécondité, la prévalence contraceptive, d'une manière générale, est peu élevée. Toutefois, elle s'avère nettement plus importante lorsque l'on s'intéresse aux femmes sexuellement actives et fertiles, quel que soit leur statut matrimonial. Cela remet en cause l'analyse classique de la prévalence contraceptive, qui conclut souvent à une faible prévalence contraceptive en Afrique de l'Ouest. Cette étude se place dans la continuité des recherches souhaitant mettre en évidence le rôle effectif de la contraception dans la transition de la fécondité en Afrique (Fassassi et Vimard, 2002 ; Vimard *et al.*, 2007). Un autre point a été soulevé dans cette étude. Il s'agit de la nécessité de porter plus d'attention sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Les comportements d'une manière générale et les comportements reproducteurs en particulier ne sont pas les mêmes à tous les âges de la vie, selon le milieu de résidence, la profession exercée, le niveau d'étude, etc., d'où l'intérêt d'analyser les pratiques de contraception selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme. On a vu que les effets inhibiteurs de la contraception sur la fécondité sont beaucoup plus importants chez les femmes sexuellement actives et fertiles qui résident en milieu urbain, qui ont été scolarisées jusqu'au niveau secondaire au moins ainsi que leur conjoint, qui exercent une activité professionnelle dans le secteur formel, et qui approuvent les services de la planification familiale. Comme nous l'avons vu dans une étude précédente sur les modes de contrôle de la fécondité (Lasbeur, 2003), l'analyse de la fécondité et de l'utilisation de la contraception, dans les mêmes pays, selon les groupes socio-économiques des femmes semble pertinente. En effet, les femmes qui résident en milieu urbain et qui ont un niveau scolaire supérieur au secondaire sont plus enclines à utiliser des méthodes contraceptives et ont des niveaux de fécondité plus faibles que les femmes du milieu rural peu ou pas scolarisées. Les différences de fécondité sont considérables, les I.S.F. du premier groupe de femmes sont en moyenne plus de deux fois inférieurs à ceux du dernier groupe (moyenne de 3,1 et de 6,8 enfants par femme respectivement).

En somme, cette étude apporte deux résultats essentiels dans l'analyse de l'utilisation de la contraception : la population considérée dans l'étude de

l'utilisation de la contraception devient plus restreinte mais convient exactement à l'objet étudié et la « décomposition des populations nous permet de mieux cerner les mécanismes de régulation de la fécondité pour chaque sous-population » (Lasbeur, 2003, p. 52).

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A., ANTOINE P. et DELAUNAY V., 2005, *Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural*, Document de travail, DIAL, janvier, 23 p.
- AHIADÉKÉ C., 2001, « Incidence of induced abortion in Southern Ghana », *International Family Planning Perspectives*, 27 (2), pp. 96-101.
- BLANC A.K. et GREY S., 2002, « Greater than expected fertility decline in Ghana : untangling a puzzle », *Journal of Biosocial Science*, vol. 34 (4), pp. 475-495.
- BONGAARTS J., 1993, « Les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité », in *Politiques de population*, Études et Documents, vol. V, n° 2, Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, mars, pp. 63-91.
- BOZON M., 2002, « Démographie et sexualité », in Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèses, Les déterminants de la fécondité*, INED, Paris, pp. 303-324.
- CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ (CPS/MS), DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI) et ORC MACRO, 2002, *Enquête démographique et de santé au Mali 2001*, Bamako, Mali et Calverton, Maryland, USA, 450 p.
- CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES PERSONNES ÂGÉES (CPS/MS), DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI) et MACRO INTERNATIONAL INC., 1996, *Enquête démographique et de santé au Mali 1995-1996*, Bamako, Mali et Calverton, Maryland, USA, 375 p.
- CENTRE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SUR LA POPULATION POUR LE DÉVELOPPEMENT, INSTITUT DU SAHEL et INSTITUTE FOR RESOURCE DEVELOPMENT/WESTINGHOUSE, 1989, *Enquête démographique et de santé, Mali 1987*, Bamako, Mali et Columbia, Maryland USA, 187 p.
- DALLA ZUANNA G., 2002, « L'avortement provoqué », in Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèses, Les déterminants de la fécondité*, INED, Paris, pp. 283-301.

- 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, Paris, 326 p.
- DROP, A. B., (1985), *La famille Wolof*, Karthala, Paris, 262 p.
- FASSASSI R. et VIMARD P., 2002, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Lou A., Zanou B. et Koffi N., *Santé de la reproduction en Afrique*, E.N.S.E.A-F.N.U.A.P.-I.R.D., Abidjan, pp. 189-213.
- GHANA STATISTICAL SERVICE (GSS), NOGUCHI MEMORIAL INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH (NMIMR) and ORC Macro, 2004, *Ghana Demographic and Health Survey 2003*, Accra, Ghana, Legon, Ghana and Calverton, Maryland, 382 p.
- GHANA STATISTICAL SERVICE (GSS) and MACRO INTERNATIONAL INC. (MI), 1999, *Ghana Demographic and Health Survey 1998*, Accra, Ghana et Calverton, Maryland, 248 p.
- GHANA STATISTICAL SERVICE (GSS) and MACRO INTERNATIONAL INC. (MI), 1994, *Ghana Demographic and Health Survey 1993*, Calverton, Maryland, 243 p.
- GRIBBLE J.N. et JOLLY C.L., 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, INED, P.U.F., Paris, pp. 71-117.
- GUILLAUME A., 2004, *L'avortement en Afrique : Une revue de la littérature de 1990 à nos jours*, CEPED, Paris, document électronique, un disque optique numérique.
- HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., 1999, « The incidence of abortion worldwide », *International Family Perspectives*, supp., vol. 25, pp. 30-37.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD) et ORC MACRO, 2004, *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003*, Ouagadougou, Burkina Faso et Calverton, Maryland, USA, 455 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE et MACRO INTERNATIONAL INC., 2000, *Enquête démographique et de santé, Burkina Faso 1998-1999*, Ouagadougou, Burkina Faso et Calverton, Maryland, USA, 327 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE et MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Enquête démographique et de santé, Burkina Faso 1993*, Ouagadougou, Burkina Faso et Calverton, Maryland, USA, 296 p.
- JOSEPH V. et GARENNE M., 2001, *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Les dossiers du Ceped, n° 66, CEPED, Paris, novembre, 64 p.
- KONATÉ M. et al., 1999, *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako*, Rapport multigrapihé Bamako.

- LASBEUR L., 2003, « Modes de contrôle de la fécondité et groupes socio-économiques : analyse comparative », in Clément C. et Gastineau B. (coord.), *Colloque international Jeunes Chercheurs*, 1^{er} et 2 octobre 2002, Université Paris X, Nanterre, C.E.R.P.O.S.- INED, Paris, pp. 41-58.
- LERIDON H., 2002a, « Causes et traitement de la stérilité. », in Caselli G., Vallin J. et Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse II ; Les déterminants de la fécondité*, INED, Paris, pp. 251-264.
- LERIDON, H., 2002b, « Fécondité naturelle et fécondité contrôlée : niveaux et modèles », in Caselli, G., Vallin J. et Wunsch, G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse II ; Les déterminants de la fécondité*, INED, Paris, pp. 265-282.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, SERDHA et MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé, 1999*, Dakar, Sénégal et Calverton, Maryland, USA.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN, DIRECTION DE LA PRÉVISION ET DE LA STATISTIQUE, DIVISION DES STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1997, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (E.D.S.-III) 1997*, Dakar, Sénégal et Calverton, Maryland, USA, 238 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN, DIRECTION DE LA PRÉVISION ET DE LA STATISTIQUE, DIVISION DES STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (E.D.S.-II) 1992-1993*, Dakar, Sénégal et Calverton, Maryland, USA, 284 p.
- PISON G., 2005, *Tous les pays du monde*, Population et société, n° 414, INED, Paris, juillet-août, 8 p.
- ROSSIER C., 2004, « Quantifier les avortements clandestins : un état de la recherche », *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, Actes de la Chaire Quetelet, Louvain-la-Neuve, 17-20 novembre 2004, 23 p.
- SALIF C., DICKO F., TRAORÉ S. M., SIDIBÉ O., SEROUSSI M. et BARRÈRE B., 1996, *Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996*, Calverton, Maryland, USA, Cellule de Planification et de Statistique du ministère de la Santé, Direction nationale de la Statistique et de l'Informatique et Macro International Inc.
- TABUTIN, D. et SCHOUMAKER, B., 2001, Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne, xxiv^e IUSSP General Population Conference, Salvador, Brésil, 18-24 août 2001, 25 p.
- THIAW I.L., 2005, *La femme Seereer (Sénégal)*, L'Harmattan, Paris, 282 p.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E., 2007, « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjmagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, L.P.E.D. et Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, pp. 173-214.

Annexes

Tableau annexe 1. Répartition des pays d'Afrique subsaharienne classés par groupe selon leur indice synthétique de fécondité

Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		Groupe 4	
Maurice	1,9	Cap Vert	4	Cameroun	5,0	Burkina Faso	6,2
Seychelles	2,1	Sao Tomé	4,1	Sénégal	5,1	Congo	6,3
Afrique du	2,8	Djibouti	4,2	Côte d'Ivoire	5,2	Tchad	6,3
Sud	3,1	Namibie	4,2	Madagascar	5,2	Malawi	6,5
Botswana	3,5	Gabon	4,3	Soudan	5,4	Sierra Leone	6,5
Lesotho	3,8	Ghana	4,4	Comores	5,4	RDC	6,7
Zimbabwe	3,9	Centrafrique	4,9	Érythrée	5,4	Angola	6,8
Swaziland		Kenya	4,9	Togo	5,4	Burundi	6,8
				Gambie	5,5	Ouganda	6,9
				Mozambique	5,5	Guinée Bissau	7,1
				Tanzanie	5,5	Mali	7,1
				Rwanda	5,7	Niger	8,0
				Zambie	5,7		
				Bénin	5,9		
				Éthiopie	5,9		
				Guinée	5,9		
				Guinée	5,9		
				équatoriale	5,9		
				Mauritanie	5,9		
				Nigeria			
Moyenne des I.S.F.	3,0	Moyenne des I.S.F.	4,4	Moyenne des I.S.F.	5,5	Moyenne des I.S.F.	6,8

Source : Pison, 2005.

Tableau annexe 2. Liste des méthodes contraceptives classées par type de méthode

Méthodes modernes	Méthodes naturelles	Méthodes traditionnelles
Stérilisation	Coït interrompu	Gris-gris
Pilule	Abstinence périodique	Plantes
Stérilet		
Injection		
Méthodes vaginales (diaphragme, spermicides, ...)		
Préservatif (féminin et masculin)		
Implant		

Avortement provoqué et baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest

CLÉMENTINE ROSSIER

L'Afrique au sud du Sahara est la dernière région du monde où les femmes ont près de six ou plus de six enfants en moyenne. L'indice conjoncturel de la fécondité est aujourd'hui de 5,9 enfants par femme en Afrique de l'Ouest, 5,7 en Afrique de l'Est, et 6,3 en Afrique centrale (Pison, 2005). Certains pays d'Afrique australe et de l'Est connaissent toutefois une baisse de la fécondité à l'échelle nationale, et la natalité baisse dans toutes les grandes villes du continent depuis plusieurs décennies (Shapiro et Tambashe, 2003). Ainsi, en Afrique de l'Ouest, d'après les E.D.S. les plus récents, les femmes ont environ trois enfants dans les capitales (3,1 enfants à Ouagadougou en 2003 ; 3,4 à Abidjan en 1998-1999 ; 3,5 à Dakar en 1999 ; 2,9 à Accra en 2003 ; 3,4 à Cotonou en 2001 ; 2,9 à Lomé en 1998), sauf à Bamako et Niamey où elles en ont respectivement 4,9 (2001) et 5,2 (1998).

Bien que l'avortement provoqué soit sévèrement condamné dans la presque totalité des pays du continent (Nations unies, 2001), plusieurs études récentes ont tenté d'y estimer le taux d'avortements clandestins (Henshaw *et al.*, 1998 ; Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume, 2003 ; Beguy et Ametepe, 2004 ; Singh *et al.*, 2005 ; Rossier *et al.*, 2006). Ces études utilisent des techniques d'estimation différentes, en interrogeant directement les femmes dans des enquêtes (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume, 2003 ; Beguy et Ametepe, 2004), en

estimant la fréquence des avortements à partir du nombre de femmes hospitalisées pour complications d'avortement (Henshaw *et al.*, 1998 ; Singh *et al.*, 2005), ou en interrogeant les répondantes sur les avortements survenus dans leur réseau social (Rossier *et al.*, 2006). Tous ces travaux aboutissent cependant au même constat : le recours à l'avortement en Afrique est important dans les régions où la fécondité a baissé. On estime ainsi à 40 avortements pour mille femmes de 15 à 49 ans la fréquence de cette pratique à Ouagadougou en 2001 (Rossier *et al.*, 2006) ; il y aurait de 32 à 46 avortements pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans dans les régions (urbaines) du Sud-Est et du Sud-Ouest du Nigeria en 1996 (Henshaw *et al.*, 1998). À Lomé en 2002, 25 % des femmes qui ont eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu un avortement (Beguy et Ametepe, 2004), et environ un tiers des femmes interrogées à Abidjan en 1996, 1997 et 1998 ont déclaré avoir eu un avortement (Guillaume, 2003 ; Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Par contraste, les taux estimés en milieu rural sont relativement bas. D'après Henshaw *et al.* (1998), il y aurait de 10 à 13 avortements pour 1000 femmes en âge reproductif dans les régions rurales du nord du Nigeria. Au Burkina, on a estimé à 12 pour 1000 le taux d'avortement dans une zone rurale (Rossier 2002)¹.

La question que nous posons dans ce chapitre est la suivante : pourquoi le recours à l'avortement semble-t-il augmenter au début des transitions de la fécondité en Afrique ? Certes, les besoins de maîtrise de la fécondité augmentent avec la volonté de limiter sa descendance, mais pourquoi est-ce que d'autres modes de régulation des naissances (abstinence, contraception moderne ou naturelle) ne sont-ils pas choisis de préférence ?

1. Relevons que ces taux d'avortement, peu élevés à l'échelle mondiale, correspondent cependant à une pratique relativement répandue au niveau individuel. Un taux « bas » de 10 avortements pour 1000 femmes en âge reproductif signifie qu'environ une femme sur quatre aura un avortement au cours de sa vie en l'absence d'avortements itératifs. Les taux d'avortement enregistrés aujourd'hui dans les statistiques des pays où cette pratique est légale vont de 6,5 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans aux Pays-Bas en 1996 à 83,3 avortements pour 1000 femmes de 15 à 44 ans au Vietnam en 1996 (Henshaw *et al.*, 1999). Étant donné une moyenne mondiale estimée à 35 avortements pour 1000 femmes en âge reproductif, les taux d'avortement de moins de 15 pour 1000 femmes en âge reproductif peuvent être qualifiés de « peu élevé ».

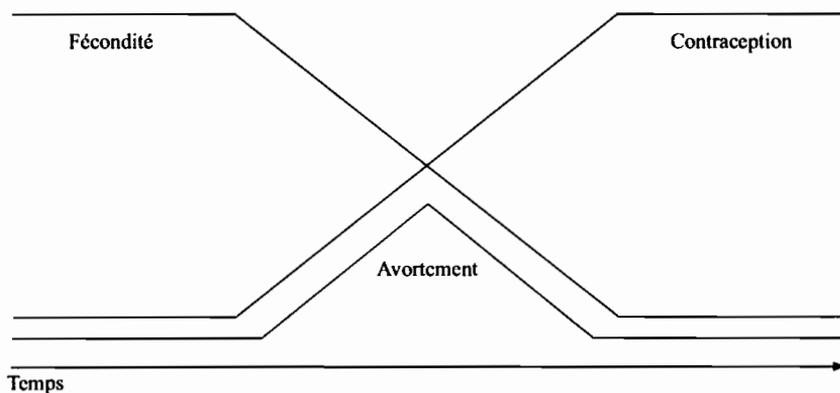
Méthodes de régulation des naissances et baisses historiques de la fécondité

Pendant longtemps, l'abstinence était la seule méthode de contrôle des naissances véritablement fiable à disposition des populations. Les études sur la régulation des naissances dans les populations prétransitionnelles européennes montrent ainsi l'importance du célibat dans le retard de la constitution des familles. Les pratiques d'abstinence des couples mariés ont aussi été documentées, en particulier celles des classes supérieures en Europe, désireuses de limiter leur descendance dès le *xvi^e* siècle. À défaut de prévenir les naissances par l'abstinence, une part importante de la gestion des grossesses non désirées se faisait après les naissances, par l'abandon des enfants (Kertzer *et al.*, 1997) ou l'infanticide. Les avortements étaient également pratiqués, mais restaient relativement peu fréquents. L'utilisation de la contraception (naturelle) ne s'est répandue qu'au *xix^e* siècle dans les pays occidentaux (un siècle avant en France), au moment du début de la baisse de la fécondité, avec l'avancée des connaissances scientifiques sur la conception. Le recours à l'avortement semble aussi avoir beaucoup augmenté au *xix^e* siècle au début de ces premières baisses de la fécondité, et la méthode est devenue plus sûre au cours du siècle (Devereux, 1955 ; Van de Walle, 1998).

L'augmentation de la pratique de l'avortement au début des transitions de la fécondité de la deuxième moitié du *xx^e* siècle a attiré l'attention des démographes dès les années 1960. Observateurs des transitions de l'Europe de l'Est et du Japon, Davis (1963), Tietze et Bongaarts (1975), et Frejka (1985) ont fait l'hypothèse que si le recours à l'avortement reste peu fréquent avant les transitions de la fécondité, on assiste à une hausse de cette pratique au début des baisses de la fécondité, suivie d'une stabilisation, puis d'une baisse aux stades plus avancés des transitions dans les pays où l'utilisation de la contraception (naturelle ou moderne) s'est diffusée (voir figure 1, que nous avons dessinée pour résumer cette théorie). Si la hausse du recours à l'avortement et à la contraception au début de la baisse de la fécondité est imputable à une hausse des besoins en

matière de régulation de la fécondité, la baisse du recours à l'avortement qui intervient plus tard dans la transition ne dépend, elle, que de la diffusion de la contraception, qui peu à peu prend la place de l'avortement en réduisant le nombre de grossesses non prévues. Ces auteurs étaient de fait moins concernés par l'évolution historique du recours à l'avortement que par la relation à plusieurs facettes entre le taux d'avortement et la prévalence contraceptive : en début de la transition, les deux pratiques se diffusent de front, plus tard dans la transition, la contraception continue à se diffuser mais le recours à l'avortement diminue.

Les études empiriques existantes semblent valider ce modèle théorique comme un schéma qui s'est confirmé à plusieurs reprises au cours de l'histoire. On a observé ainsi une hausse de l'avortement au début des baisses de la fécondité, suivie parfois d'une baisse de l'avortement avec la diffusion de la



contraception, dans différents pays d'Amérique Latine et d'Asie à partir des années 1970 (Hollerbach, 1980 ; Frejka et Atkin, 1996 ; Singh et Sedgh, 1997 ; Westoff *et al.*, 1998 ; Ahmed *et al.*, 1998). Ces travaux sont cependant peu nombreux, parce que l'estimation de l'évolution de la fréquence des avortements clandestins au cours du temps reste une tâche ardue (Barreto *et al.*, 1992 ;

Rossier, 2003). Il semblerait que nous observions un phénomène du même type en Afrique aujourd'hui.

On peut souligner que ces premiers travaux sur les liens entre contraception et l'avortement au début des baisses de la fécondité font l'impasse sur un troisième mode de régulation des naissances possible, l'abstinence. Une femme peut en effet prévenir une naissance par trois moyens : en s'abstenant, en utilisant une méthode de contraception, ou en interrompant une grossesse accidentelle par un avortement. Dans le contexte africain prétransitionnel, l'abstinence (prémariage et post-partum) est le mode principal de régulation des naissances (Lesthaeghe, 1989). L'augmentation du recours à la contraception et à l'avortement, observée au début des transitions de la fécondité africaines, correspond donc aussi à un abandon de l'abstinence, c'est-à-dire à l'avènement d'une révolution de la sexualité avant et dans le mariage. Pour comprendre l'évolution du recours à la contraception et à l'avortement dans l'Afrique d'aujourd'hui, nous devons donc également nous pencher sur l'évolution des pratiques d'abstinence dans cette région, elles-mêmes à mettre en rapport avec l'évolution actuelle des pratiques matrimoniales (Bledsoe et Pison, 1994).

Trois modes de régulation des naissances : abstinence, contraception, avortement

Pour relier l'avortement de manière formelle à la sexualité et à la contraception, on peut dire que l'avortement est l'aboutissement d'un processus de contrôle des naissances (Bajos et Ferrand, 2002 ; Rossier *et al.*, 2007), qui commence par des rapports sexuels, à un moment où le couple ne désire pas une grossesse². Les rapports sexuels qui ont lieu en période d'exposition au risque de grossesse accidentelle³ sont protégés ou non par une contraception, et peuvent aboutir à une grossesse non prévue, cet événement étant plus fréquent lorsque

2. Cette absence de désir d'une grossesse peut être explicite ou non et concerner l'un ou les deux partenaires.

3. Sont exposées au risque de grossesse accidentelle (ou non prévue) toutes les femmes qui déclarent ne pas souhaiter une grossesse actuellement. Les grossesses accidentelles ou non prévues désignent à la fois les grossesses non désirées, non voulues, et mal planifiées.

le couple n'utilise pas de contraception ou une contraception non médicale. Ensuite, si le couple ou la femme décide d'interrompre la grossesse non prévue (et accède à des services d'interruption de grossesse), le processus se termine par un avortement. L'abstinence, la contraception et l'avortement constituent ainsi, et dans cet ordre précis, les trois étapes du processus de régulation des naissances. On voit que la maîtrise de la fécondité n'est pas l'affaire d'un instant et se caractérise par une dimension temporelle : c'est un processus qui s'étale dans le temps, rythmé par les interactions du couple qui désire éviter une grossesse, et qui met en jeu trois stratégies de contrôle des naissances successives. Chacune des trois étapes du processus de maîtrise de la fécondité est conditionnée par les précédentes : une femme ne se pose pas la question de l'utilisation de la contraception si elle a opté en premier lieu pour l'abstinence, que nous définissons ici comme l'évitement de rapports sexuels durant les périodes où une grossesse ne serait pas la bienvenue. Le recours à l'avortement, lui, résulte d'un processus qui a d'abord engagé les deux autres modes de régulations des naissances, l'abstinence et la contraception : l'avortement n'intervient que si le couple n'a pas pratiqué l'abstinence, et s'il n'a pas utilisé de contraception ou si l'utilisation de la contraception a échoué.

Un modèle mathématique simple permet de formaliser ces liens entre abstinence, contraception, et avortement (Rossier *et al.*, 2007). La probabilité pour une femme d'avoir un avortement $P(A)$ dépend de trois quantités principales (voir équation ci-dessous). La première quantité est $P(E)$, qui représente l'exposition au risque de grossesses non prévues (le fait d'avoir des rapports sexuels, de ne pas vouloir être enceinte et de ne pas être stérile). La deuxième quantité est $P(C | E)$, ou $P(\text{non } C | E)$, soit l'utilisation (ou non) d'une contraception par les femmes exposées au risque de grossesse accidentelle. Cette quantité, en combinaison avec les taux de fécondité naturelle et les taux d'efficacité des différentes méthodes de contraception, relativement constantes entre populations, définit plus ou moins mécaniquement la fréquence des grossesses non prévues ($P(\text{GNP} | C, E)$ et $P(\text{GNP} | \text{non } C, E)$). La troisième quantité est la part de grossesses non prévues que les femmes interrompent, $P(A | \text{GNP})$, qui dépend à

la fois des décisions des femmes et des couples, et de leur probabilité d'accéder à des services d'avortement. Si :

A = avortement,

E = exposition au risque de grossesse non prévue (ne veut pas une grossesse, active sexuellement, pas stérile),

GNP = grossesse non prévue,

C = utilisation d'une contraception (naturelle ou médicale),

alors : $P(A) = P(E) \times [P(GNP \mid C, E) \times P(C \mid E) + P(GNP \mid \text{non } C, E) \times P(\text{non } C \mid E)] \times P(A \mid GNP)$.

Lorsque l'on dispose des données nécessaires et avec l'aide de ce modèle, on peut reconstituer l'ensemble du processus de régulation des naissances en répondant aux questions suivantes : combien de femmes sont exposées au risque de grossesse non prévue, c'est-à-dire combien de femmes ont des rapports alors qu'elles ne veulent pas être enceintes, s'exposant ainsi au risque de grossesse accidentelle ? Parmi les femmes qui sont exposées au risque de grossesse non prévue, combien utilisent une contraception, et qui sont-elles ? De quelles méthodes de contraception s'agit-il ? Quel est le taux d'échec des différentes méthodes de contraception employées dans le contexte donné, et pour les différentes sous-populations concernées ? Combien de grossesses accidentelles surviennent parmi les femmes qui ne souhaitent pas une grossesse, ont des rapports sexuels et n'utilisent aucune méthode ? Et, parmi celles qui ont une grossesse accidentelle, combien et quels types de femmes décident de l'interrompre ? Enfin, parmi ces dernières, combien réussissent à accéder à des services d'avortement ?

Ce modèle pourrait sous-entendre que les individus sont libres de choisir entre abstinence, contraception et avortement pour réguler leurs naissances. Dans les faits, il en va tout autrement, et ce processus individuel doit être replacé dans son contexte relationnel et social. Les choix individuels en la matière sont en effet fortement conditionnés par les représentations sociales de chacun de ces modes de régulation des naissances, et par les services d'avortement et de contraception mis à disposition des populations. Dans certains pays

occidentaux, comme les États-Unis, l'abstinence reste la méthode de contrôle des naissances idéale pour une partie de la population ; il en va de même dans une grande partie de l'Afrique d'aujourd'hui. Il serait par contre impensable de faire l'apologie de l'abstinence dans d'autres pays occidentaux, où une sexualité épanouie est conçue comme un droit humain. La légitimité de la contraception et de l'avortement, comme celle de l'abstinence, varie selon les contextes : dans certains pays, par exemple les pays de l'ex-Union soviétique, Cuba ou le Vietnam, l'avortement médicalisé (peu coûteux et fiable) a longtemps été le seul mode de régulation proposé, la contraception médicalisée, de fabrication plus onéreuse, n'ayant pas été introduite et ayant mauvaise presse. Dans les pays occidentaux où la contraception médicalisée est fortement diffusée, l'avortement est par contre envisagé comme un mode de rattrapage à d'éventuels échecs de contraception : il reste très mal vu d'y adopter l'avortement comme mode principal de régulation de la fécondité.

Données et méthodes

Pour comprendre l'évolution du recours à l'avortement en Afrique aujourd'hui, nous proposons donc de mettre cette tendance en relation non seulement avec la baisse de la fécondité, mais aussi avec la diffusion de la contraception et l'évolution des pratiques sexuelles. Nous comparons ici les résultats de deux enquêtes, menées l'une en milieu rural au Burkina Faso en 2000 et l'autre dans la capitale du même pays en 2001. Ces deux enquêtes, au protocole pratiquement identique (voir la méthodologie décrite succinctement en annexe), ont été conduites auprès de deux populations, éloignées de seulement trente kilomètres, mais différenciées par leur taux de fécondité, l'une des deux populations étant entrée en baisse de la fécondité et l'autre non : les femmes ont 3,2 enfants en moyenne dans l'échantillon urbain et 6,4 enfants en moyenne dans l'échantillon rural. Une comparaison entre un site urbain et un site rural ne remplace évidemment pas une étude historique de la modification du rapport des individus au contrôle des naissances. De plus, il peut paraître hasardeux de généraliser des pratiques

observées dans une zone du Burkina Faso à l'ensemble du continent. Le but de cette analyse est donc de produire des hypothèses sur les tendances générales de la transformation des modes de régulation des naissances au début des transitions de la fécondité en Afrique, qui seront à vérifier ailleurs et au fil du temps. Nous comparerons aussi nos résultats avec ceux d'autres études en Afrique, particulièrement en Afrique de l'Ouest, et cet exercice nous permet d'étayer nos hypothèses en leur conférant un certain pouvoir de généralisation.

Dans les deux enquêtes, nous avons demandé aux femmes si elles avaient eu des rapports au cours du mois précédant l'enquête, et en combinant ces données au statut marital, nous pouvons calculer des indicateurs d'abstinence prémaritale et maritale. Nous n'avons pas pu soustraire à ce total les femmes qui n'ont pas eu de rapport mais veulent une grossesse : notre indicateur ne permet donc pas d'identifier exactement les femmes concernées par le risque de grossesse non prévue, mais seulement d'en donner une bonne estimation. Les taux d'activité sexuelle (toutes les femmes en âge reproductif confondues) sont plus bas dans l'enquête rurale que les taux reportés dans l'E.D.S. de 1998 pour l'ensemble du milieu rural au Burkina et que les taux dans l'enquête de base du LSC de 1996 (Rossier, 2002) : nos données sous-estiment quelque peu l'activité sexuelle en milieu rural. Les données que nous avons collectées sur la fréquence des rapports sexuels à Ouagadougou en 2001 étaient par contre proches des résultats de l'E.D.S. de 2003.

Dans les deux enquêtes, nous avons mesuré la pratique de la contraception des femmes avec des questions identiques aux questions posées dans les E.D.S. : est-ce que les femmes utilisent la contraception, et si oui, de quelle(s) méthode(s) s'agit-il ? Les résultats obtenus dans les villages sont proches des données disponibles dans d'autres sources (Rossier, 2002). Dans l'enquête urbaine, nous avons cependant inclus des questions supplémentaires, demandant d'abord aux femmes si elles pratiquaient l'abstinence post-partum ou si elles utilisaient des méthodes naturelles (retrait et abstinence périodique), avant de poser les questions sur les

méthodes modernes⁴. Nous avons relevé de ce fait des prévalences contraceptives plus élevées dans la ville de Ouagadougou en 2001 par rapport aux chiffres de l'E.D.S. de 2003, surtout en ce qui concerne les méthodes contraceptives naturelles. La difficulté à déclarer les méthodes naturelles ou les barrières (qui ne sont pas pensées d'emblée comme des méthodes de contraception par les interlocutrices) ont été constatées dans les premières études sur la contraception en France dans les années 1960 et 1970 : une relance sur les méthodes naturelles est aujourd'hui incluse de manière systématique dans les enquêtes françaises sur la contraception (Sardon, 1986), dans une formulation proche de celle que nous avons utilisée dans l'enquête de 2001 à Ouagadougou. Ces résultats indiquent que les données des E.D.S. sous-estiment probablement la prévalence des méthodes naturelles de contraception en Afrique.

Dans les deux enquêtes, nous avons utilisé une nouvelle méthode pour estimer le taux d'avortement clandestin (Rossier, 2002 ; Rossier *et al.*, 2006). Un travail ethnographique préliminaire a montré que, dans ce contexte, les individus sont en général au courant des avortements de leurs amis proches. Les femmes parlent en effet de leur grossesse non prévue à leurs confidents ou confidentes, dans l'espoir de trouver de l'aide pour repérer un avorteur illégal. Dans l'échantillon rural, nous avons estimé les taux d'avortement en demandant aux femmes combien d'avortements avaient eu lieu dans leur village l'année précédente. Nous avons recueilli aussi quelques renseignements (anonymes) sur ces avortements, dont le statut marital de la femme. Nous avons validé le résultat obtenu dans l'un des neuf villages : le taux obtenu par cette méthode était comparable à un comptage indépendant effectué par l'auteure, qui avait résidé pendant la moitié de cette année-là dans le village, avec l'aide de ses informateurs privilégiés (Rossier, 2002). À Ouagadougou, nous avons demandé à chaque répondant de faire une liste de ses relations proches, et pour chacune

4. Les méthodes de contraception dites « modernes » incluent à la fois des méthodes médicales et des méthodes barrières. Les méthodes de contraception médicales sont des méthodes de prévention des grossesses qui nécessitent une interaction avec un agent de santé : pilule, stérilet, injection, stérilisation, etc. Les méthodes barrières sont l'utilisation par le couple d'un produit ou objet au moment de l'acte sexuel : préservatif, spermicides, diaphragme, etc. Les autres méthodes, l'abstinence périodique, l'allaitement, etc. sont dites « naturelles ».

d'entre elles et pour chacune des cinq années précédant l'enquête, nous avons demandé si elles avaient eu un avortement ou non. Nous avons ensuite récolté un certain nombre d'informations sur les avortements déclarés, s'ils avaient donné suite à des complications et les lieux d'une hospitalisation éventuelle. Nous avons estimé à partir de ces données le nombre d'avortements hospitalisés dans les hôpitaux de la ville et la structure par âge de ces patientes, et ces estimations étaient très proches des statistiques hospitalières de complications d'avortement récoltées parallèlement dans les structures de santé de la ville (Rossier *et al.*, 2006).

Résultats et discussion

L'indicateur conjoncturel de fécondité dans l'ensemble du milieu rural au Burkina était de 7,3 enfants par femme en 1998 selon l'E.D.S. de 1998-1999 (tableau 1). Les niveaux de fécondité observés dans les neuf villages de l'étude⁵ en 2000 variaient de 6,6 à 5,3 enfants par femme, les taux les plus bas étant observés dans les villages les plus proches de Ouagadougou. Nous avons ordonné les villages dans l'ordre de leur niveau de fécondité. Dans l'ensemble du milieu rural burkinabé, le nombre moyen d'enfants par femme était de 7,3 en 1998 (E.D.S. 1998) : les villages étudiés ici sont donc au tout début du processus de baisse de la fécondité. Ouagadougou, avec un taux de fécondité de 3,4 enfants par femme en 2001, est plus avancé dans sa transition de la fécondité. La baisse de la fécondité semble d'ailleurs progresser rapidement dans la capitale, puisque la fécondité avait encore baissé deux ans plus tard : le taux de fécondité était de 3,1 enfants par femme selon l'E.D.S. de 2003.

5. Nous avons regroupé dans cette analyse les villages de petite taille (hameaux) avec leurs voisins les plus proches, de manière à travailler avec six agglomérations villageoises de taille comparable.

Tableau 1. Indice synthétique de fécondité (I.S.F.), activité sexuelle au cours du mois précédent l'enquête, contraception moderne et naturelle et taux d'avortement provoqué dans neuf villages, en 2000, et dans la capitale du Burkina Faso, en 2001 (femmes en union et femmes hors union de 15 à 49 ans)

Unité de peuplement	Villages 8 et 9	Village 7	Villages 5 et 6	Villages 3 et 4	Village 2	Village 1	Ouagadougou
Année	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2001
ISF	6,6	6,6	6,4	6,3	5,9	5,3	3,4
Activité sexuelle mois précédent des femmes qui ne sont pas en union (en %)	0	0	0	4,8	22,7	19,0	21,9
Activité sexuelle mois précédent des femmes en union (en %)	11,3	33,1	20,2	14,3	25,4	24,7	47,4
Prévalence contraccep- tive, méthodes mo- dernes (en %)	3,1	4,3	5,9	4,8	6,2	8,4	36,6
Prévalence contraccep- tive, méthodes natu- relles (en %)	1,6	2,5	1,3	9,0	2,9	2,5	34,6
Taux d'avortement provoqué (pour mille femmes)	4,3	12,6	9,2	12,2	12,8	22,1	39,9

Sources : enquête stratégies reproductives en milieu rural, 2000, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou; enquête santé de la reproduction à Ouagadougou, 2001, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou.

Pratique de l'abstinence et baisse de la fécondité

Nous allons examiner successivement les pratiques d'abstinence, de contraception et d'avortement des populations des neuf villages en 2000 et de la capitale en 2001. Les femmes hors union (qui sont dans leur très grande majorité des jeunes célibataires) déclarent ne pas avoir eu du tout d'activité sexuelle au cours du mois précédant l'enquête dans les villages les plus reculés de la zone d'étude (villages 9, 8, 7, 6 et 5). L'activité sexuelle est plus élevée chez les

célibataires des villages plus proches de la route menant vers la capitale (où le taux de fécondité est également un peu plus bas) : 5 % déclarent avoir eu des relations au cours du mois passé dans les villages 3 et 4. Cette proportion se monte à 23 % et 19 % dans les deux villages situés à côté de la route vers la capitale (villages 1 et 2), des chiffres proches de ceux de Ouagadougou, où 22 % des femmes hors union déclarent une sexualité. L'activité sexuelle prémaritale semble donc bien augmenter avec l'entrée dans la baisse de la fécondité. Nous avons souligné que nos données rurales sous-estiment quelque peu cette quantité, donc les différences entre ville et campagne sont difficiles à interpréter. Cependant, on voit que cette tendance reste vérifiée lorsque l'on compare les villages entre eux : dans les villages où la fécondité est plus basse, la fréquence des rapports prémaritaux est aussi plus élevée.

On sait que les modalités de l'entrée en sexualité font l'objet, dans les sociétés d'Afrique prétransitionnelle comme ailleurs, de scénarii fort précis. En particulier, les normes de l'entrée en sexualité semblent converger sur la nécessité d'avoir son premier enfant (mais pas nécessairement son premier rapport) dans le cadre d'une union conjugale. Cet objectif était atteint dans le passé de plusieurs manières (Caldwell *et al.*, 1992) : dans certaines sociétés, par exemple chez les Mossi du Burkina Faso, les jeunes filles respectaient un interdit sur la sexualité prémaritale (pénétrative, car les flirts poussés étaient toutefois admis), et étaient mariées vierges, juste après la puberté, à un époux choisi par leur famille (Lallemand, 1977). Dans d'autres sociétés, les jeunes filles étaient encouragées à avoir des rapports prémaritaux, mais épousaient dès la survenue d'une grossesse un homme choisi par leur famille. Par exemple, chez les Lobi de Côte d'Ivoire, les jeunes filles étaient fiancées au cours de leur enfance. Elles étaient libres d'avoir des amoureux après leur initiation, mais la survenue d'une grossesse précipitait leur mariage avec le fiancé officiel, qui devenait alors le père de l'enfant (Rouville, 1987).

Aujourd'hui, les modalités de mise en union sont en pleine mutation en Afrique rurale (Bledsoe et Cohen, 1993 ; Delaunay, 1994 ; Mensch *et al.*, 1999). Bien qu'il reste très important d'avoir sa première naissance dans le cadre du

mariage (et de ne pas avoir de rapports prémaritaux dans certaines sociétés), bien des règles du processus d'entrée en union sont devenues plus souples. Par exemple, dans un ensemble de villages au Mali qui font l'objet d'une observation suivie, les jeunes gens se choisissent maintenant librement, et les femmes se marient plus tard (Hertrich et Lesclingand, 2003).

Dans les villes africaines d'aujourd'hui, la plupart des jeunes gens ont des rapports sexuels avant le mariage et sur des périodes relativement longues (Mensch *et al.*, 2005). Par exemple, à Ouagadougou, l'âge médian au mariage a augmenté de 18,0 ans à 20,0 ans entre 1993 et 2003 d'après les données des E.D.S. En même temps, l'âge médian au premier rapport a augmenté de 18,0 à 18,6 ans : l'entrée en sexualité des femmes est désormais, et depuis peu dans cette capitale, dissociée de leur entrée en conjugalité. Vu que les jeunes gens veulent choisir leur conjoint et se marier, la sexualité prémaritale est un moyen de trouver et de s'attacher un partenaire stable. Les jeunes gens veulent aussi découvrir les plaisirs de l'amour et du sexe vantés par leurs amis et les médias. Enfin, les jeunes filles s'appuient parfois sur leur capital physique et sexuel pour avancer dans une société où la compétition pour la survie individuelle s'est accrue. Pour concilier ces nouveaux impératifs aux anciennes normes prônant l'interdit de la sexualité et de la fécondité avant le mariage, encore très prégnantes, les jeunes gens gardent leurs relations sexuelles secrètes ou ont des relations sexuelles seulement avec des partenaires qu'ils pensent épouser ; cependant, ils ont bel et bien des relations sexuelles avant le mariage.

Qu'en est-il de l'activité sexuelle des femmes mariées ? Augmente-t-elle également avec l'entrée en baisse de la fécondité ? On constate (tableau 1) que le recours à l'abstinence au sein des unions conjugales diminue aussi globalement avec l'entrée dans la transition de la fécondité. En effet, seule une femme mariée sur 10 (11 %) déclare avoir eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête dans les villages les plus reculés de notre échantillon (villages 8 et 9). Cette proportion se situe entre 20 et 33 % pour les villages plus proches de la route vers la capitale (sauf dans les villages 3 et 4 où cette proportion n'est que de 14 %). L'activité sexuelle des femmes mariées est beaucoup plus importante

en ville, où 47 % des femmes déclarent avoir eu des rapports au cours du mois précédent.

On sait que la pratique de l'abstinence maritale était très répandue en milieu traditionnel africain (Page et Lesthaeghe, 1981). Après s'être mariées et avoir eu leur premier enfant, les femmes étaient censées espacer les naissances suivantes d'environ trois ans, un temps long favorisant la survie des enfants dans un contexte de mortalité infantile très élevée. Les femmes atteignaient cet objectif en allaitant leur enfant pendant environ deux ans, et en s'abstenant de rapports sexuels durant la même période. Par exemple, dans une étude en milieu rural chez les Mossi du Burkina Faso à la fin des années 1970, Bonnet (1988) observe que les femmes allaitaient pendant 29 mois en moyenne, connaissaient une aménorrhée de 17 mois, et s'abstenaient de tout rapport pendant 22 mois après chaque naissance ; l'intervalle médian entre deux naissances était de 33 mois. Les femmes passaient environ deux tiers de leur vie reproductive sans activité sexuelle dans ce contexte.

Le rapport à l'abstinence post-partum a-t-il changé dans les villages de l'Afrique d'aujourd'hui ? Les résultats d'une étude qualitative, qui a servi de base à l'enquête rurale décrite ici, montrent que les règles d'abstinence post-partum étaient, de toutes les restrictions sur la sexualité, celles qui étaient le plus facilement abandonnées par les individus (Rossier, 2007) ; une part importante de nos interlocuteurs pensaient que la contraception pouvait remplacer avantageusement l'abstinence après chaque naissance et pouvait contribuer à promouvoir l'harmonie conjugale. Cette pratique pourrait donc être abandonnée assez rapidement en milieu rural, comme le montre le succès de la contraception pour l'espacement dans un village au Sénégal qui avait un agent de santé fort dynamique (Guyavarch, 2006), et l'adoption de méthodes contraceptives médicales par des couples de villageois gambiens qui voulaient augmenter leurs naissances (Bledsoe *et al.*, 1998).

On sait que la baisse de la fécondité ne s'est pas accompagnée d'une modification du désir des couples d'avoir des intervalles longs entre leurs naissances et que les enfants sont même plus espacés à la ville qu'à la campagne. Mais

l'analyse des données des E.D.S. montre aussi que la durée moyenne de l'abstinence post-partum est plus basse dans les pays africains à fécondité plus basse (Kirk et Pillet, 1998 ; Benofu, 1995). Apparemment, les citadins s'abstiennent moins après chaque naissance, tout en obtenant des intervalles entre naissances plus longs. En ville, on utilise donc de plus en plus souvent des méthodes de prévention des naissances autres que l'abstinence pour espacer leurs enfants (Johnson-Hanks, 2004).

Nos données sur la pratique de l'abstinence avant et dans le mariage dans nos deux enquêtes au Burkina Faso concordent avec ce que l'on sait de l'activité sexuelle dans les populations prétransitionnelles d'Afrique et des modifications récentes de ces pratiques dans les villes de la région. La littérature indique que l'alternance entre activité sexuelle et abstinence était et reste le mode principal de régulation des naissances dans les sociétés africaines qui ne sont pas entrées dans la baisse de la fécondité, mais que ces règles tendent à se relâcher aujourd'hui, notamment en ville où, par ailleurs, la baisse de la fécondité a débuté. On peut relier ces changements dans les pratiques de la sexualité aux modifications profondes qui transforment actuellement le lien conjugal dans ce contexte.

Pratique de la contraception et baisse de la fécondité

Qu'en est-il du recours à la contraception, naturelle et moderne, avant et après le début de la transition de la fécondité dans cette région du monde ? Nos données indiquent qu'au village, peu de gens utilisent la contraception, qu'elle soit moderne (méthodes médicales ou barrières) ou naturelle (retrait et abstinence périodique ou rythmes) (tableau 2). On voit que le recours à ces modes de régulation des naissances augmente avec la baisse de la fécondité : en effet, la prévalence de la contraception moderne n'est que de 3 et 4 % dans les villages les plus reculés de la route. Cette proportion est de 5 à 8 % dans les villages plus proches de la route vers la capitale, où la fécondité est également un

Tableau 2. Indice synthétique de fécondité et proportion de femmes déclarant utiliser une méthode moderne ou naturelle de contraception dans neuf villages en 2000 et dans la capitale du Burkina Faso en 2001 (femmes de 15 à 49 ans)

Unité de peuplement	Village						Ouagadougou
	8 et 9	7	5 et 6	3 et 4	2	1	
Année	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2001
ISF	6,6	6,6	6,4	6,3	5,9	5,3	3,4
Prévalence contraceptive, méthodes modernes (en %)	3,1	4,3	5,9	4,8	6,2	8,4	36,6
Prévalence contraceptive, méthodes naturelles (en %)	1,6	2,5	1,3	9,0	2,9	2,5	34,6

Sources : enquête stratégies reproductives en milieu rural, 2000, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou ; Enquête santé de la reproduction à Ouagadougou, 2001, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou.

peu plus basse. Mais cette pratique est beaucoup plus élevée en ville, où 37 % des femmes disent utiliser actuellement un mode de contraception moderne.

Pourquoi les populations pré-transitionnelles africaines utilisent-elles peu la contraception ? On évoque souvent des problèmes d'accès et de connaissances pour expliquer des niveaux de prévalence particulièrement bas en milieu rural africain. Cependant, la plupart des villageois africains connaissent les méthodes de contraception et savent où en trouver (Biddlecom *et al.*, 2006). Il semble plutôt que la contraception soit perçue comme une technologie inutile dans un contexte où l'abstinence reste le moyen privilégié de contrôler le moment de l'entrée en parentalité et l'espacement des naissances, et où les couples désirent un grand nombre d'enfants (Pictet *et al.*, 1999).

Notre enquête qualitative en milieu rural burkinabè a montré que, si la plupart des répondants envisagent favorablement la contraception pour remplacer l'abstinence post-partum, les individus restent réticents à l'utilisation de la contraception par les femmes mariées : ne vont-elles pas tromper leur

mari ? L'utilisation de la contraception est de fait associée à l'idée de débauche sexuelle dans ce milieu où l'abstinence est le mode favori de régulation des naissances (Rossier *et al.*, 2007). Utiliser la contraception moderne signifie en effet que l'on planifie d'avoir des rapports sexuels tout en voulant éviter d'avoir un enfant. Dans des sociétés où il est honorable de ne planifier des rapports sexuels que dans des situations où la venue d'une grossesse est socialement désirée, la contraception perd de sa pertinence. Pourquoi ferait-on des efforts pour utiliser la contraception pour contrôler sa fécondité, quand on peut atteindre le même but avec l'abstinence, une méthode de gestion des grossesses qui garantit en plus à la femme une respectabilité à toute épreuve (contrairement à la contraception) ?

Par ailleurs, dans ces contextes à haute fécondité, les couples essayent d'avoir le plus d'enfants possibles (Lesthaeghe, 1989) : l'un des buts de la régulation des naissances (l'espacement) est précisément de maximiser le nombre d'enfants. Bledsoe *et al.* (1998) ont montré qu'en milieu rural gambien dans les années 1990, les rares couples « traditionnels » qui utilisent la contraception moderne poursuivent en fait une stratégie de maximisation de la descendance : la contraception leur sert à économiser les forces de la femme, pour avoir plus d'enfants en tout. Dans un milieu fortement pro-nataliste, où la limitation des naissances n'est pas encore de mise, la contraception n'a pas de raison d'être si ce n'est pour augmenter les naissances.

Si la pratique de la contraception naturelle et moderne reste peu répandue en milieu rural africain, elle par contre est relativement commune chez les couples mariés dans les villes d'Afrique. Les chiffres de prévalence contraceptive sont particulièrement élevés si l'on ne tient compte que des femmes mariées qui sont exposées au risque de grossesses non prévues, c'est-à-dire qui ne pratiquent pas l'abstinence (voir le chapitre de Linda Lasbeur dans ce volume), et si l'on tient compte des pratiques contraceptives naturelles (Johnson-Hanks, 2002). La contraception est utilisée dans le mariage pour limiter le nombre d'enfants, un besoin de contrôle des naissances nouveau qui est le moteur des baisses historiques de la fécondité. Par ailleurs, comme les couples continuent à

désirer des intervalles longs entre leurs naissances dans les villes d'Afrique, une combinaison d'abstinence et de contraception est utilisée pour l'espacement (voir le chapitre d'Egina Akam dans cet ouvrage). La contraception médicale semble plus souvent utilisée pour limiter le nombre d'enfants, alors que les méthodes barrières ou naturelles sont préférées lorsque les couples n'ont pas encore atteint la descendance souhaitée : on peut y voir le reflet de la crainte de la stérilité induite par les méthodes médicales, des craintes qui reflètent des idéaux de haute natalité qui restent prégnants.

Par contre, la plupart des jeunes gens non mariés n'utilisent pas la contraception médicale en ville, bien qu'ils soient souvent sexuellement actifs (Delaunay, 2005). Ils n'utilisent pas de contraception, soit parce que les partenaires (ou l'un d'entre eux) veulent un enfant et le mariage, ou alors pour avoir une sexualité plus discrète. Les agents de santé sont en effet réticents à prescrire la contraception médicale aux jeunes, et les jeunes eux-mêmes ne veulent pas être vus en train de consulter pour la contraception, qui reste synonyme de mœurs légères pour les gens non mariés. Les idéaux de contrôle de la fécondité par l'abstinence avant le mariage semblent ainsi encore prégnants dans les villes d'Afrique, ce qui pourrait expliquer en grande partie la difficulté des jeunes à accéder à une contraception médicale dans ce contexte.

Pratique de l'avortement et baisse de la fécondité

Qu'en est-il de l'évolution du recours à l'avortement au début de la baisse de la fécondité ? Nos données au Burkina Faso montrent (tableau 3) que le recours à l'avortement est peu fréquent dans les villages caractérisés par une forte fécondité, mais qu'il augmente rapidement avec l'entrée en baisse de la fécondité, pour atteindre en ville des niveaux particulièrement élevés en comparaison avec les taux observés ailleurs dans le monde : nous estimons un taux de 12 avortements pour 1 000 femmes dans les neuf villages d'investigation, et un taux de 40 avortements pour 1 000 femmes en âges reproductif à Ouagadougou. On

voit que les taux d'avortement sont plus élevés dans les villages les plus proches de la route pour Ouagadougou et aux taux de fécondité les plus bas.

Tableau 3. Indicateur synthétique de fécondité et taux d'avortement pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans neuf villages en 2000 et dans la capitale du Burkina Faso en 2001 (femmes de 15 à 49 ans)

Unité de peuplement	Village						Ouagadougou
	8 et 9	7	5 et 6	3 et 4	2	1	
Année	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2001
ISF	6,6	6,6	6,4	6,3	5,9	5,3	3,4
Taux d'avortement provoqué (pour mille)	4,3	12,6	9,2	12,2	12,8	22,1	39,9

Source : enquête stratégies reproductives en milieu rural, 2000, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou ; Enquête santé de la reproduction à Ouagadougou, 2001, Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou.

Quelques études ethnographiques documentent la pratique de l'avortement dans les sociétés africaines à haute fécondité : au Ghana (Bleek, 1978 ; Bleek, 1990), au Nigeria (Renne, 1996), et au Burkina Faso (Pictet et Ouedraogo, 1999 ; Dehne, 1999). La fréquence du recours à l'avortement dans ce contexte était cependant inconnue jusqu'à récemment : on supposait généralement qu'elle était modeste (Caldwell, 1975 ; Coeytaux, 1988), ce qui a été confirmé par quelques études récentes (Henshaw *et al.* ; 1998 ; Rossier 2002). La pratique de l'avortement, bien qu'elle reste plutôt rare dans les sociétés prétransitionnelles africaines, semble y remplir une fonction sociale importante. Dans ce milieu, nous l'avons vu, les individus contrôlent leurs naissances en respectant des règles sociales relativement contraignantes prônant l'abstinence et la fidélité féminine. Mais les individus font parfois, ou souvent, des entorses à ce code sexuel. L'avortement (mené en secret) offre une marge de manœuvre aux individus qui commettent des fautes trop flagrantes par rapport à ces normes reproductives, des fautes susceptibles de remettre l'ordre social en question. Un

certain nombre de travaux anthropologiques montrent ainsi que l'avortement étant réservé aux grossesses « honteuses » (c'est-à-dire des grossesses survenant suite à des relations sexuelles illégitimes) ; la pratique de l'avortement en devient « honteuse » elle-même, parce qu'elle révèle, tout en la masquant, l'existence de grossesses prohibées (Bleek, 1981 ; Johnson-Hanks ; 2002 ; Rossier *et al.*, 2007). Si les représentations locales condamnent sévèrement l'avortement comme un instrument de dérèglement social, elles le font toutefois avec une nuance : les interruptions de grossesses sont tolérées en privé, une fois que des relations sexuelles (blâmables) ont conduit à une grossesse réprouvée. L'avortement devient alors, à la condition qu'il reste « secret », le moyen d'éviter la honte (« avoiding shame », Bleek, 1981), d'éviter qu'une grossesse non légitime ne soit démasquée par une naissance honteuse ; l'avortement est le moindre mal en cas de grossesse accidentelle (« the lesser shame », Johnson-Hanks, 2002).

Comme nous l'avons souligné en introduction, plusieurs études ont récemment estimé la fréquence des interruptions volontaires de grossesse dans les villes et régions urbaines d'Afrique, où la fécondité baisse rapidement, dont notre étude à Ouagadougou (Henshaw *et al.*, 1998, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume, 2003 ; Beguy et Ametepe, 2004 ; Singh *et al.*, 2005 ; Rossier *et al.*, 2006). Ces études montrent également que les femmes qui ont recours à l'avortement en Afrique sont souvent jeunes et non mariées, même si un certain nombre de femmes mariées recourent aussi à des avortements. À Lomé en 2002, le risque d'avortement est vingt fois plus grand pour les célibataires que pour les femmes mariées (Beguy et Ametepe, 2004). À Ouagadougou en 2001, le taux d'avortements est dix fois plus élevé en début de vie féconde (15-19 ans) qu'à la fin (45-49 ans) (Rossier *et al.*, 2006). Sur la base de résultats similaires, Guillaume et Desgrées du Lou (2002) concluent que l'avortement sert surtout à Abidjan à retarder l'entrée en vie féconde, plutôt qu'à espacer ou limiter le nombre d'enfants. Bien sûr, il pourrait s'agir là d'un simple effet de génération. Mais le moment de l'utilisation de l'avortement au cours du cycle de vie reproductif semble avoir réellement changé. Les travaux de Renne (1997), une anthropologue qui a travaillé pendant plusieurs décennies

dans une petite ville du Nigeria, sont éloquentes à cet égard. Elle observe qu'avant la fin des années 1970 (à l'époque où les jeunes filles se mariaient rapidement et étaient peu exposées au risque de relations prémaritales), la plupart des avortements étaient le fait de femmes mariées qui avaient des grossesses trop rapprochées (pour avoir transgressé l'interdit sexuel du post-partum). Or, dans les années 1990, l'abstinence post-partum avait perdu de son importance de cette petite ville, et les femmes n'avortaient plus pour cette raison. Mais l'âge au mariage ayant reculé, et les filles s'engageant désormais dans des relations sexuelles prémaritales encore mal acceptées, la plupart des avortements provoqués rapportés à l'anthropologue entre 1994 et 1996 étaient alors le fait de jeunes célibataires.

Conclusion

Les technologies nouvellement introduites dans ces pays, soit la contraception moderne et naturelle, semblent répondre relativement bien aux nouveaux besoins de maîtrise de la fécondité qui ont émergé chez les couples mariés dans les villes africaines, qui utilisent ces méthodes pour espacer leurs naissances, lorsqu'ils ont abandonné ou réduit l'abstinence post-partum, et pour limiter leur nombre d'enfants. L'utilisation de la contraception médicale rencontre cependant, même chez les couples mariés, de nombreux obstacles, liés peut-être à la pérennité d'idéaux de fertilité. Les jeunes citadins non mariés n'ont par contre pas été aussi prompts à adopter la contraception, sans doute parce que les idéaux sur la sexualité prémaritale se sont modifiés moins vite que les pratiques sexuelles des jeunes. La sexualité des jeunes reste en grande partie illégitime, ce qui est un obstacle majeur à l'utilisation de la contraception, en particulier médicale, dans cette sous-population. Les jeunes connaissent de ce fait souvent des échecs de contraception et des grossesses non prévues.

L'avortement, qui est déjà utilisé occasionnellement comme solution de rattrapage dans les sociétés prétransitionnelles pour des couples ayant failli aux règles de l'abstinence, sert aujourd'hui en ville de méthode de régulation

des naissances aux nombreux jeunes qui ont une sexualité encore mal acceptée socialement et qui se protègent de ce fait mal contre les grossesses non prévues. L'avortement est aussi parfois une solution de secours pour les citadins mariés qui rencontrent eux aussi encore de nombreux obstacles à l'utilisation de la contraception médicale, alors même qu'ils ont abandonné l'utilisation de l'abstinence dans de nombreux cas.

En somme, la hausse du recours à l'avortement s'explique par des changements dans les pratiques de mises en union (les jeunes se choisissent et ont des rapports avant le mariage) qui n'ont pas été accompagnés pour l'instant de changements dans les normes de la fécondité et de l'abstinence prémaritale (les jeunes sont toujours censés éviter des relations sexuelles et des grossesses avant le mariage). On sait que les baisses historiques de la fécondité sont, dans la plupart des cas, le fruit de mutations socio-économiques profondes, à savoir le passage d'une économie agricole de subsistance à une économie de marché, et que ces changements, qui prennent une configuration propre dans chaque contexte, s'accompagne dans la plupart des cas d'une individualisation et d'une formalisation croissante des rapports sociaux. Ces mutations sont très complexes et ses différentes composantes ne se déploient pas forcément à la même vitesse. C'est le cas ici : le modèle conjugal a changé plus vite que les normes sur la sexualité des jeunes, entraînant (temporairement) une sexualité clandestine des jeunes, des difficultés à recourir à la contraception, et un recours important à l'avortement.

Références bibliographiques

- AHMED K., RAHMAN M. et VAN GINNEKEN J., 1998, « Induced abortion in Matlab, Bangladesh : Trends and determinants », *International Family Planning Perspectives*, 24 (3), pp. 128-132.
- BAJOS N. et FERRAND M., 2002, *Sociologie des grossesses non prévues. De la contraception à l'avortement*, INSERM, Paris.
- BARRETO T., CAMPBELL O., DAVIES L. *et al.*, 1992, « Investigating induced abortion in developing countries : Methods and problems », *Studies in Family Planning*, 23 (3), pp. 159-170.

- BEGUY D. et AMETEPE F., 2004, Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances ?, Communication présentée à la Chaire Quételet « Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action », Louvain-la-Neuve, 17-20 novembre 2004.
- BENOFO K. D., 1995, « The determinants of the duration of post-partum sexual abstinence in West Africa : a multilevel analysis », *Demography*, n° 2, pp. 139-157.
- BIDDLECOM A., MUNTHALI A., SINGH S. et WOOG V., 2006, Adolescent's Knowledge about, use of and barriers to sexual and reproductive health information and services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda, Communication présentée à Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, 30 mars au 1^{er} avril 2006.
- BLEDSON C. et COHEN B. (éd.), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, National Research Council, National Academy Press, Washington, DC.
- BLEDSON C. et PISON G. (éd.), 1994, *Nuptiality in Sub-Saharan Africa : Contemporary Anthropological and Demographic Perspectives*, Clarendon Press, Oxford.
- BLEDSON C., BANJA F. et HILL A., 1998, « Reproductive mishaps and Western contraception : An African challenge to fertility theory », *Population and Development Review*, 24 (1), pp. 15-57.
- BLEEK W., 1978, « Induced abortion in Ghanaian family », *African Studies Review*, 21 (1), pp. 103-121.
- BLEEK W., 1981, « Avoiding shame : The ethical context of abortion in Ghana », *Anthropological Quarterly*, 54 (4), pp. 203-209.
- BLEEK W., 1990, « Did the Akan resort to abortion in pre-colonial Ghana ? Some conjectures », *Africa*, 60 (1), pp. 121-131.
- BONNET D., 1988, *Corps Biologique, Corps Social : Procréation et Maladies de l'Enfant en Pays Mossi*, Éditions de l'ORSTOM, Paris.
- CALDWELL J., 1975, « Fertility control », in Caldwell J. (éd.), *Population growth and socioeconomic change in West Africa*, Columbia University Press, New York, pp. 58-97.
- CALDWELL J., ORUBULOYE I. et CALDWELL P., 1992, « Fertility decline in Africa : a new type of transition ? », *Population and Development Review*, 18 (2), pp. 211-242.
- COEYTAUX F. M., 1988, « Induced abortion, in Sub-Saharan Africa : what we do and do not know », *Studies in Family Planning*, vol. 19, n° 3, pp. 186-190.
- DAVIS K., 1963, « The theory of change and response in modern demographic history », *Population Index*, 29, pp. 345-366.

- 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 (3), pp. 427-446.
- DEHNE K., 1999, « Abortion in the North of Burkina Faso », *African Journal of Reproductive Health*, 3 (2), pp. 40-50.
- DELAUNAY V., 1994, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural*, Les études du Ceped, n° 7, CEPED, Paris.
- DELAUNAY V., 2005, Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : Une revue de la littérature, communication à la Conférence virtuelle du Gripps « La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle », 12-15 octobre 2005, 31 p.
- DEVEREUX G., 1955, *A Study of Abortion in Primitive Societies : A Typological, Distributional, and Dynamic Analysis of the Prevention of Birth in 400 Pre-industrial Societies*, Julian Press, New York.
- FREJKA T., 1985, « Induced abortion and fertility », *International Family Planning Perspectives*, 11, pp. 125-129.
- FREJKA T. et ATKIN L. C., 1996, « The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America », in Guzman J. M., Singh S., Rodríguez G. et Pantelides E. (éd.), *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford University Press, New York, pp. 179-191.
- GUIELLA G., OUEDRAOGO A. et ROSSIER C., 2003, *Étude quantitative et qualitative des avortements provoqués et de la contraception à Ouagadougou*, Rapport scientifique, Unité d'enseignement et de recherche en démographie (U.E.R.D.), Université de Ouagadougou.
- GUILLAUME A., 2003, « The role of abortion in the fertility transition in Abidjan (Côte d'Ivoire) during the 1990s », *Population*, vol. 58, n° 6, pp. 657-685.
- GUILLAUME A. et DESGRÉES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire : Contraception, abortion or both ? », *International Family Planning Perspectives*, 28 (3), pp. 159-166.
- GUYAVARCH E., 2006. « La sous-évaluation de la pratique contraceptive par les enquêtes : un exemple en zone rurale d'Afrique subsaharienne », *Population*, vol. 61, n° 4, pp. 553-565.
- HERTRICH V. et LESCLINGAND M., 2003, « Jeunesse et passage à l'âge adulte chez les Bwa du Mali », in Hertrich V. et Keita S. (éd.), *Questions de population au Mali*, Le Figuier-U.N.F.P.A., Bamako pp. 251-281.
- HENSHAW S., SINGH S., OYE-ADENIRAN B. et al., 1998, « The incidence of induced abortion in Nigeria », *International Family Planning Perspectives*, 24 (4), pp. 156-164.

- HENSHAW S., SINGH S. et HAAS T., 1999, « The incidence of abortion worldwide », *International Family Planning Perspectives*, supplément au volume 25, S30-S38.
- HOLLERBACH P. E., 1980, « Recent trends in fertility, abortion and contraception in Cuba », *International Family Planning Perspectives*, 6 (3), pp. 97-106.
- JOHNSON-HANKS J., 2002, « The lesser shame : abortion among educated women in southern Cameroon », *Social Sciences and Medicine*, 55, pp. 1337-1349.
- JOHNSON-HANKS J., 2004, « Uncertainty and the second space : modern birth timing and the dilemma of education », *European Journal of demography / Revue européenne de démographie*, 20 (4), pp. 351-373.
- KERTZER D., KOBALL H. et WHITE M., 1997, « Growing up as an abandoned child in nineteenth-century Italy », *The History of the Family*, 3, pp. 211-228.
- KIRK D. et PILLET B., 1998, « Fertility in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990's », *Studies in Family Planning*, 29 (1), pp. 1-22.
- LALLEMAND S., 1977, *Une Famille Mossi*, Recherche Voltaïque 17, Centre national de la recherche scientifique, Paris.
- LESTHAEGHE R. (éd.), 1989, *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, pp. 13-59.
- MENSCH B., BAGAH D., CLARK W. et BINKA F., 1999, « The changing nature of adolescence in the Kassena-Nankana District of Northern Ghana », *Studies in Family Planning*, 30 (2), pp. 95-111.
- MENSCH B., BLANC A. K. et GRANT M. J., 2005, Comportements sexuels des adolescents et augmentation de l'âge au mariage : une analyse à partir des données E.D.S., Communication présentée au XXV^e Congrès de la Population, Tours (France), 18-23 juillet 2005.
- NATIONS UNIES, 2001, *Abortion Policies. A global review*, volumes I à III, Nations unies, New York.
- PAGE H. et LESTHAEGHE R. (éd.), 1981, *Child-Spacing in Tropical Africa: Tradition and Change*, Academic Press, London.
- PICTET G., GUIELLA G., OUÉDRAOGO C. et BAYA B., 1999, *La planification familiale a-t-elle un sens en Afrique rurale ? L'exemple du Laboratoire de Santé Communautaire du Bazega (Burkina Faso)*, Les Travaux de l'U.E.R.D., n° 9, Ouagadougou (Burkina Faso), U.E.R.D., Université de Ouagadougou.
- PICTET G. et OUÉDRAOGO C., 1999, *La pilule est-elle une alternative à l'avortement en milieu rural africain ?*, Les Travaux de l'U.E.R.D., n° 10, Ouagadougou (Burkina Faso), U.E.R.D., Université de Ouagadougou.
- PISON G., 2005, « Tous les pays du monde », *Population et Sociétés*, n° 414.
- RENNE E., 1996, « The pregnancy that doesn't stay : The practice and perception

- of abortion by Ekiti Yoruba women », *Social Science and Medicine*, 42 (4), pp. 483-494.
- RENNE E., 1997, *Changing Patterns of Child-Spacing and Abortion in a Northern Nigerian Town*, Working Paper Series, n° 97-1, Office of Population Research, Princeton (NJ).
- ROSSIER C., 2002, *Measure and meaning of induced abortion in rural Burkina Faso*, Thèse de doctorat en démographie, Université de Californie, Berkeley.
- ROSSIER C., 2003, « Estimating Induced Abortion Rates : A Review », *Studies in Family Planning*, 34 (2), pp. 87-102.
- ROSSIER C., GUIELLA G., OUÉDRAOGO A. et THIÉBA B., 2006, « Estimating induced abortion with the confidants' method. Results from Ouagadougou, Burkina Faso », *Social Science and Medicine*, 62 (1), pp. 254-266.
- ROSSIER C., 2007, « Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso », *Demographic Research*, 17 (2), pp. 23-58.
- ROSSIER C., MICHELOT F., COCON GROUP et BAJOS N., 2007, « Modeling Abortion as a Process with an application to French Survey Data », *Studies in Family Planning*, septembre 2007.
- ROUVILLE C., 1987, *Organisation sociale des Lobi : Une société bilinéaire du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.
- SARDON J.-P., 1986, « La collecte des données sur les pratiques contraceptives : les enseignements de l'enquête INED-INSEE. de 1978 », *Population*, 41 (1), pp. 73-91.
- SHAPIRO D. et TAMBASHE O., 2003, « Villes et transition de la fécondité en Afrique au sud du Sahara », in Eggericks T., Gourbin C., Schoumaker B., Vandeschrick C. et Vilquin É. (éd.), *Populations et défis urbains*, Actes de la Chaire Quetelet 1999, Academia-Bruylant-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve - Paris, pp. 605-625.
- SINGH S. et SEDGH G., 1997, « The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico », *International Family Planning Perspectives*, 23 (1), pp. 4-14.
- SINGH S., PRADA E., MIREMBE F. et KIGGUNDU C., 2005, « The incidence of induced abortion in Uganda », *International Family Planning Perspectives*, 31 (4), pp. 183-191.
- TIETZE C. et BONGAARTS J., 1975, « Fertility rates and abortion rates : Simulations of family limitation », *Studies in Family Planning*, 6, pp. 114-120.
- VAN DE WALLE E., 1998, « Pour une histoire démographique de l'avortement », *Population*, n°s 1-2, pp. 273-290.
- WESTOFF C. F., SHARMANOV A., SULLIVAN J. et CROFT T., 1998, *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics*, The Policy Project, Washington D.C., et Macro International, Calverton.

Annexe

Présentation méthodologique des enquêtes

L'enquête dans neuf villages du Burkina Faso en 2000

Le site d'étude rural est un district sanitaire proche de la capitale, composé de neuf villages contigus dépendant tous du même dispensaire. Les neuf villages faisaient partie d'une zone d'expérimentation d'un programme de planification familiale pilote lancé par le gouvernement burkinabé entre 1995 et 1998, le Laboratoire de santé communautaire (LSC) du Bazega (Pictet *et al.*, 1999). Une seule intervention y a été testée avant sa clôture définitive, un programme de distribution de contraception à base communautaire. Une enquête de base en 1996 et une enquête de suivi en 1998 ont permis d'établir une légère hausse du recours à la contraception dans les zones où le programme a été mis en œuvre, dont les neuf villages de l'étude. La population totale des neuf villages s'élevait à 7 498 au moment de l'enquête⁶ en octobre 2000, dont 1 554 femmes en âges reproductifs (Rossier, 2002). Les concessions ont été choisies au hasard (à partir d'une liste établie en 1995 dans le cadre du LSC), et, dans chaque unité d'habitation choisie, nous avons effectué un recensement puis interrogé toutes les femmes de 15 à 49 ans et un homme de 18 ans ou plus. Les résultats ne sont donc pas représentatifs des hommes ou des femmes habitant dans ces villages, mais des concessions dans ces villages. Nous avons interrogé 1 055 femmes (le taux de réponse était lui d'un peu plus de 100 %, les refus étant extrêmement rares et le recensement ayant sous-estimé le nombre de femmes dans les ménages choisis) et 450 hommes.

6. Cette enquête a été financée par une Population Council Dissertation Fellowship 2000-2001, un financement de la Mellon Foundation au Département de démographie de l'Université de Californie à Berkeley, et des contributions de l'Université d'enseignement et de recherche en démographie (U.E.R.D.) de l'Université de Ouagadougou, et conduite par l'auteure dans le cadre de sa thèse.

L'enquête dans la capitale du Burkina Faso, Ouagadougou en 2001

Nous avons conduit l'enquête⁷ urbaine sur un échantillon représentatif à deux grappes d'hommes et de femmes vivant à Ouagadougou en novembre 2001 (Guiella *et al.*, 2003). À l'aide des données du recensement de 1996, actualisées pour inclure les zones non loties de la ville, nous avons procédé à un tirage aléatoire de 57 zones de dénombrement pondérées par leur taille. Nous avons ensuite énuméré la population des zones sélectionnées, et avons choisi au hasard des ménages pondérés par leur taille. Toutes les femmes de 15 à 49 ans étaient interrogées dans les ménages sélectionnés. Un échantillon séparé de ménage à été tiré pour les hommes (âgés de 15 ans et plus). 82 % des hommes et 84 % des femmes sélectionnées ont rempli le questionnaire ; en tout, nous avons interrogé 963 femmes de 15 à 49 ans et 417 hommes de 15 ans et plus. Nous avons calculé des pondérations pour chaque individu, de manière à rendre les échantillons représentatifs des hommes et des femmes en âge reproductif vivant à Ouagadougou.

7. Cette enquête a été financée par la Rockefeller Foundation (Grant n° RF99040#102) à l'Unité d'enseignement et de recherche en démographie, Université de Ouagadougou et dirigée par G. Guiella.

DEUXIÈME PARTIE

Régulations de la fécondité à l'échelle nationale :
transformations et facteurs

Les modes de contrôle de la fécondité en Tunisie

BÉNÉDICTE GASTINEAU

La Tunisie a passé récemment le cap des 10 millions d'habitants, mais la croissance démographique de ce pays du Maghreb est actuellement modérée. Entre les deux derniers recensements, 1994 et 2004, le taux de croissance démographique annuel est de 1,21 % tandis que durant la décennie précédente (1984-1994), il était de 2,35 %. La situation démographique de la Tunisie est beaucoup plus proche de celles des pays européens que de ceux d'Afrique subsaharienne. La fécondité y est faible : l'indice synthétique de fécondité stagne autour de 2,1 enfants par femme depuis 2000. De plus, la mortalité a beaucoup reculé comme en témoigne, d'une part, la forte espérance de vie (72,5 ans en 1999) et, d'autre part, la relativement faible mortalité infantile (24,2 décès de 0 à 1 an pour 1 000 naissances vivantes en 1999). La Tunisie est en passe d'achever sa transition démographique, transition qui aura été rapide. En l'espace de quarante ans seulement, la Tunisie est passée d'une fécondité naturelle à une fécondité proche de celle des pays les plus développés. Les changements démographiques en Tunisie se sont produits dans un contexte de développement social et économique caractérisé par l'ouverture à l'économie de marché, une politique de population et un programme de planification familiale particulièrement novateurs, des réformes juridiques très favorables au statut de la femme, etc.

Dans ce chapitre, nous examinerons tout d'abord le schéma de la transition démographique en Tunisie pour ensuite porter notre attention sur les changements de la nuptialité, des pratiques de contraception, de l'allaitement,

c'est-à-dire des facteurs dont dépend la fécondité. Enfin, nous détaillerons les différents modèles régionaux de la transition démographique tunisienne.

La transition démographique en Tunisie

La mortalité

À la veille de son indépendance en 1956, la Tunisie était confrontée à une situation socio-économique et sanitaire difficile : le taux global de mortalité était aux environs de 30 ‰, la mortalité infantile, conséquence de la malnutrition et des infections, dépassait les 250 ‰ et l'espérance de vie à la naissance atteignait à peine 40 ans. Les femmes étaient happées par le cercle vicieux « ignorance – procréation – mortalité » (Ben Romdhane *et al.*, 2002).

La transition démographique en Tunisie débute avec la baisse de la mortalité générale. En 1921, le taux brut de mortalité est de 29 ‰. En 1955, le taux brut de mortalité est inférieur à 20 ‰. L'espérance de vie à la naissance passe de 38 ans en 1945 à 47 ans en 1956 (Bchir, 1990). L'éradication des épidémies et des famines a permis la baisse de la mortalité. La modernisation des moyens de production agricole et le développement des réseaux de communication aident à mieux gérer les années de sécheresse et l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé facilite la disparition des maladies épidémiques après 1945. Le recul de la mortalité se traduit par un gain de l'espérance de vie à la naissance qui augmente continuellement de 53,5 ans en 1966 (Bchir, 1990) à 72 ans à la veille de l'an 2000 (INS, 2000).

Le taux de mortalité infantile a lui aussi enregistré une baisse spectaculaire. Il est passé de 150 ‰ au début des années 1960 à 26 ‰ en 2000 (INS, *Annuaire statistique*; www.ins.nat.tn pour 2000). L'évolution de la mortalité infantile reflète les progrès enregistrés dans le domaine de la médicalisation de l'accouchement, de la vaccination, des conditions de vie et de l'alimentation des enfants. La Tunisie enregistre actuellement un taux de mortalité infantile plus bas que la plupart des pays africains, au nord comme au sud du Sahara,

résultat important quand on connaît le lien entre le niveau de la mortalité infantile et celui de la fécondité.

La fécondité

La situation sociale et culturelle de la Tunisie au IX^e siècle était favorable à une forte fécondité qui s'apparentait à une fécondité naturelle. La nuptialité n'était nullement un mode contrôle : les mariages sont précoces et universels, les hommes disposent du droit de répudiation et de polygamie. Dans les faits, la polygamie est peu répandue et seules les classes sociales les plus aisées la pratiquent comme signe de prestige. Les plus pauvres pratiquent la « polygamie successive » en répudiant la première femme pour en épouser une seconde. Le mariage est le cadre exclusif de la procréation en milieu rural comme en milieu urbain. L'islam demeure le fondement du statut de la femme, des comportements matrimoniaux, de la reproduction et de l'organisation familiale malgré une évolution sociale au sein d'une minorité urbaine « avant-gardiste ». À Tunis, certaines jeunes filles s'élèvent contre le droit de *Jabr* — le droit de contrainte matrimoniale — et à Kairouan, une clause de monogamie peut être incluse dans le contrat de mariage (Lili Temime, 1999).

Dans une organisation sociale peu favorable aux femmes, fondée sur la famille, la maternité tient une place importante dans la vie d'une femme. Une fois qu'elle a fait la preuve de sa fertilité, elle voit son statut social et familial s'améliorer, surtout lorsqu'elle met au monde un fils. La stérilité est une cause de répudiation et les familles avec de nombreux enfants sont valorisées. Malgré ce contexte incitant à une forte fécondité, des moyens de contrôler la fécondité sont connus et utilisés, surtout en fin de vie féconde. On sait notamment que l'avortement est pratiqué par des moyens mécaniques ou par des plantes abortives. Il est difficile d'estimer le nombre de ces interruptions de grossesse et leurs conséquences sanitaires, mais la fécondité globale en Tunisie au IX^e siècle reste très élevée.

Au début du xx^e siècle et jusqu'à l'Indépendance, peu de changements dans les comportements nuptiaux et de fécondité sont observés, les mariages sont toujours précoces et l'écart d'âge entre époux est élevé. Seule une petite frange de la population tunisoise adopte de nouveaux comportements : les classes sociales supérieures « occidentalisées » commencent à contrôler efficacement leur fécondité, le plus souvent par des méthodes traditionnelles car l'autorité coloniale a appliqué des lois restrictives concernant la contraception, comme en France. Le décret du 18 septembre 1920 punit la publicité pour la contraception, et celui du 22 juin 1923 interdit l'importation de toute méthode contraceptive. À l'exception de Tunis, il y a peu de comportements visant à limiter la fécondité. D'ailleurs, les taux de natalité de la Tunisie au moment de l'indépendance sont ceux d'un régime naturel de fécondité. Les niveaux de la natalité sont ceux de pays européens (Allemagne, Italie, Angleterre) au début des années 1870, avant leur transition démographique.

Tableau 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité (1966-2000)

Année	I.S.F.
1966	7,2
1971	6,1
1975	5,8
1980	5,3
1985	4,5
1990	3,4
1995	2,9
2000	2,1

Sources : INS, *Annuaire statistique*

La transition de la fécondité débute réellement au milieu des années 1960. L'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) passe alors de 7,2 enfants par femme en 1966 à 6,1 en 1971 (tableau 1).

La rapidité avec laquelle la fécondité a diminué est un des aspects remarquables de la transition en Tunisie. Partant d'un niveau supérieur à celui des pays les moins avancés en 1966, la fécondité passe en moins de quarante ans à un niveau proche de celui des pays les plus développés. Ses plus proches voisins ont des I.S.F. supérieurs : pour la période 1995-2000, l'Algérie affiche un I.S.F. de 3,2 enfants par femme, le Maroc de 3,4 et la Libye de 3,8 tandis qu'en Tunisie il est de 2,3. Au sein du monde arabo-musulman, la Tunisie fait figure de cavalier à peu près seul, tant dans la date de début de la transition et de son rythme que des facteurs présumés qui ont favorisé sa réalisation. Actuellement, elle a le niveau de fécondité le plus faible d'Afrique, des pays musulmans et arabes (UNDP, 2002).

Évolution des modes de contrôle de la fécondité : la transition de fécondité en Tunisie vue à travers le modèle de Bongaarts

Dans ses modalités, la transition de la fécondité tunisienne ne s'est pas distinguée des schémas observés de par le monde dans les pays dont la transition est achevée ou en cours d'achèvement. Elle a eu lieu par le recul de l'âge au premier mariage, puis progressivement par l'adoption de la contraception au sein du mariage.

La première date à laquelle nous pouvons calculer les indices de Bongaarts est 1978. Au début de la transition, en 1978, la fécondité est contrôlée avant tout par la nuptialité et, à part égale, par l'infécondabilité post-partum et la contraception. En 1994, en fin de transition, les facteurs les plus importants sont ceux qui se rapportent à la nuptialité et à la contraception. Le poids de l'infécondabilité post-partum a peu varié et celui de l'avortement est faible mais non négligeable pendant toute la période. Le recul de l'âge au mariage et l'utilisation de la contraception se partagent, à part presque égale, la responsabilité de la baisse de la fécondité (tableau 2)¹.

1. Cm est relatif à la nuptialité, Cc à la contraception, Ca à l'avortement et Ci à l'infécondabilité post-partum. L'effet réducteur de la fécondité de chaque élément est égal à 1-Cx.

Bongaarts, par l'intermédiaire du calcul d'indices, envisageait la transition de la façon suivante. Dans une première phase, durant laquelle la fécondité était élevée, la fécondité était contrôlée essentiellement par l'infécondabilité post-partum et dans une moindre mesure par la nuptialité. Ensuite, le contrôle par la contraception augmente jusqu'à devenir prédominant. L'effet de l'avortement nul en début de transition s'intensifie tout en restant modeste. En fin, l'infécondabilité post-partum, premier mode de contrôle en début de transition, ne joue plus qu'un rôle négligeable en fin de transition (tableau 3). Ce modèle est largement démenti par l'expérience tunisienne. Dans le schéma de fin de transition, la contraception a un poids moins important que ne le laissait prévoir

Tableau 2. Valeurs des paramètres du modèle de Bongaarts calculés pour la Tunisie (1978-1994)

	1978	1988	1994
Cm	0,63	0,52	0,43
Cc	0,73	0,56	0,47
Ca*	0,92	0,89	0,89
Ci	0,73	0,75	0,78
ISF calculé	5,87	3,69	2,67
ISF observé	5,48	3,76	2,87

Source : Sandron et Gastineau 2002.

* estimations.

Tableau 3. Valeurs des paramètres du modèle de Bongaarts selon la phase de transition

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Cm	0,780	0,627	0,551	0,550
Cc	0,912	0,682	0,630	0,310
Ca	1,000	1,000	0,961	0,763
Ci	0,649	0,780	0,763	0,930

Source : Bongaarts, 1982.

Bongaarts. En revanche, l'infécondabilité reste un mode de contrôle aussi fort en fin qu'en début de transition. En fin de la transition de la fécondité, en 1994, on constate donc une combinaison des différentes pratiques inhibitrices. Sur l'ensemble des trente dernières années, en Tunisie, comme dans les autres pays du Maghreb, l'augmentation de l'âge au mariage des femmes et la diffusion de la contraception auront presque autant contribué au recul de la fécondité mais à des périodes différentes (Tabutin et Schoumaker, 2005).

Nous allons maintenant considérer chaque mode de contrôle afin de préciser leur évolution et leur effet sur le niveau de la fécondité.

Les changements dans le modèle de nuptialité et leurs effets sur la fécondité

Le rôle de la nuptialité dans la transition de la fécondité a été vérifié maintes fois. Sur la quasi-totalité des pays où la fécondité a commencé à diminuer. Chesnais (1986), au milieu des années 1980, n'a pas relevé d'exception : tous ces pays sont entrés dans un régime de nuptialité intermédiaire caractérisé par un âge moyen au premier mariage supérieur à 20 ans, voire dans un régime de nuptialité tardif (âge moyen supérieur à 25 ans).

En revanche, l'analyse de la nuptialité à un niveau régional laisse entrevoir des nuances dans les processus, la nuptialité n'a quelquefois joué qu'un rôle mineur dans la baisse de la fécondité (Van de Walle, 1996). Certaines régions d'Amérique latine connaissent une faible fécondité et une nuptialité précoce (Cuba), tandis que d'autres pays ont vu l'âge moyen au premier mariage augmenter avant la baisse de la fécondité (Mexique). De l'analyse des transitions latino-américaines, Maria Cosio-Zavala (1995) conclut que le contrôle de la nuptialité comme mécanisme de régulation démographique n'a jamais été un modèle social acceptable dans le contexte latino-américain du xx^e siècle. De même, en Afrique, le recul de l'âge au mariage n'est pas systématiquement observé dans les pays qui ont débuté leur transition de la fécondité (Vimard *et al.*, 2007). À l'inverse, au Maghreb, le retard de l'âge au premier mariage

est le facteur déterminant de la baisse de la fécondité, tout particulièrement en Tunisie.

Le gouvernement tunisien et le président Habib Bourguiba ont engagé dès 1956 des réformes importantes, modifiant profondément les droits et les devoirs des hommes et des femmes en matière de mariage. En 1956, le Code du Statut Personnel (C.S.P.) donne une existence légale au mariage, il supprime ainsi le *Orf*, le mariage coutumier. Tout mariage non conclu devant un officier de l'État est nul et les faux époux sont passibles d'une peine d'emprisonnement. Ensuite, le Code du Statut Personnel interdit la polygamie, même si la seconde union n'est pas formelle. Il abolit aussi le droit de répudiation et définit le divorce judiciaire. La femme a le droit de demander le divorce au même titre que son mari. Le C.S.P. fixe un âge minimum au mariage de 15 ans révolus pour les femmes et 18 ans pour les hommes. En 1964, cet âge sera relevé à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes. Les futurs époux doivent donner leur consentement et le *Djabr*, droit de contrainte matrimoniale de la jeune fille par son père, n'existe plus en Tunisie. Le C.S.P. va ainsi à l'encontre de l'idéal type du mariage arabo-musulman. Il faut cependant noter que la législation conforte aussi quelques règles traditionnelles : l'allaitement reste dans le Code du Statut Personnel une cause d'interdiction du mariage (deux individus allaités par la même mère ne peuvent se marier), les relations sexuelles et les conceptions hors unions sont fortement découragées ainsi que le concubinage.

Tableau 4. Évolution de l'âge moyen au premier mariage (en années) entre 1956 et 2001

	Femmes	Hommes
1956	19,5	26,3
1966	20,9	27,0
1975	22,6	27,1
1984	24,3	28,1
1994	26,6	30,2
2001	29,2	32,9

Source : INS 1973, 1975, 1984, 1995 ; ONFP, 1996 ; Tabutin et Schoumaker, 2005.

Les résultats de cette politique sont visibles rapidement. Les Tunisiennes se marient et mettent au monde leur premier enfant de plus en plus tard quels que soient leur niveau d'instruction et leur origine sociale. L'âge moyen de la femme au mariage est passé de 19,5 ans en 1956 à 29,2 ans en 2001 (tableau 4). Le recul de l'âge au mariage est le facteur déclenchant et le plus déterminant de la baisse de la fécondité en Tunisie.

Toutefois, le mariage reste universel en Tunisie. L'instauration d'un âge légal minimum au mariage ne devait pas dissuader les jeunes tunisiens d'entrer en union et d'assurer la fonction première du mariage c'est-à-dire avoir des enfants. Habib Bourguiba déclarait ainsi le 13 août 1967 : « Nous envisageons donc des mesures propres à favoriser le mariage et la constitution des familles. Le célibat sera combattu. Dès l'âge de vingt-cinq ans, tout jeune homme doit songer à se marier. Le parti et la société exerceront leurs pressions sur les couples sans enfant. »

Au moment du recensement de 1994, à 50-54 ans, seules 1,8 % des femmes et 2,4 % des hommes sont célibataires, chiffres tout à fait comparables à ceux que les recensements précédents avaient permis d'observer (tableau 5). Le mariage reste très valorisé, la constitution d'un couple reste un objectif primordial pour les Tunisiens. Il est donc peu probable que le célibat définitif progresse à court terme surtout si le mariage reste le seul cadre légal et légitime de la procréation et que le concubinage n'est admis ni juridiquement, ni socialement.

Tableau 5. Proportion (en %) de femmes et d'hommes célibataires à 50-54 ans aux dates de recensement (1966-1994)

Année du recensement	% de femmes de 50-54 ans célibataires	% d'hommes de 50-54 ans célibataires
1966	1,6	3,1
1975	1,8	3,0
1984	1,5	2,4
1994	1,8	2,4

Sources : INS 1973, 1975, 1984, 1995.

Alors qu'en Afrique subsaharienne, on observe d'importantes proportions de femmes qui ont des rapports sexuels sans être mariées (plus de quatre sur cinq au Botswana par exemple) (Westoff *et al.*, 1994), en Tunisie, comme dans tout le Maghreb, la sexualité est réservée aux femmes mariées. La jeune fille doit arriver vierge au moment du mariage. Malgré tout, la pression sociale et familiale est de moins en moins visible et la cérémonie du drap² n'existe plus que dans une petite frange de la population, la plus traditionnelle (Labidi, 2001). De même, le choix du conjoint devient de plus en plus individuel. La tradition de la dot s'adapte aux conditions de vie moderne des Tunisiens : dès les années 1960 en ville et plus récemment dans les campagnes, les familles instaurent le dinar symbolique comme paiement de la dot. La sexualité et la procréation deviennent une affaire privée (Labidi, 2001). Les naissances hors mariages étant par conséquent très rares et les femmes entrant de plus en plus tard en union, le recul de l'âge au mariage a une incidence évidente sur le niveau de la fécondité.

Jusqu'au début des années 1990, l'entrée en union des femmes était plus précoce en zone rurale. La différence entre les âges moyens au premier mariage selon le milieu de résidence était de l'ordre de deux ans. On constate maintenant une convergence des modèles de nuptialité, principalement de la nuptialité féminine (figure 1).

En 1966, les différences entre les milieux communal et non communal étaient marquées. Les femmes rurales se mariaient en moyenne un an et sept mois avant les urbaines. Les écarts entre les zones de résidence se sont estompés. En 1994, urbaines et rurales entrent en union en moyenne aux mêmes âges (26,6 ans pour les premières et 26,5 ans pour les secondes).

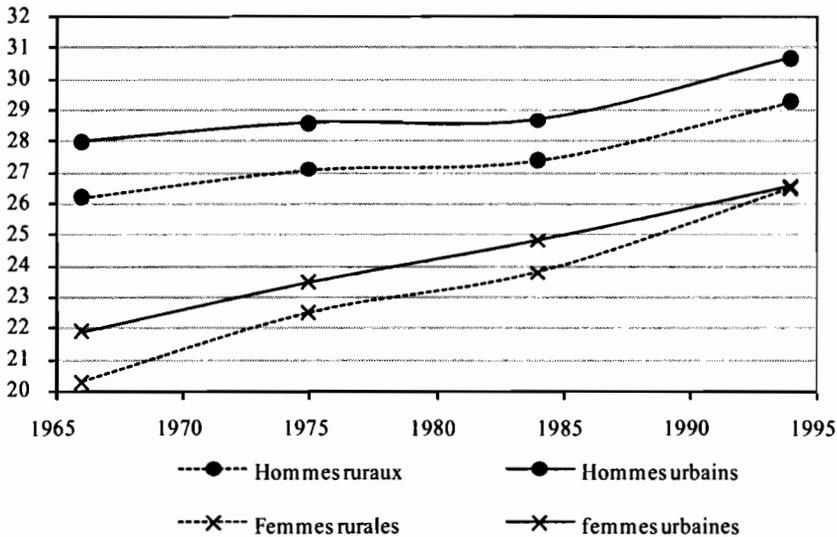
La scolarisation des femmes a joué un rôle important dans les changements de comportements matrimoniaux. Les enquêtes démographiques en 1978 et 1988 confirment que l'âge moyen au mariage augmente avec le niveau d'instruction des femmes. Les femmes analphabètes, majoritaires en 1978 et 1988, se

2. La cérémonie du drap concerne les jeunes mariés. Le soir de la nuit de noces, le couple doit prouver que la femme était vierge en exhibant le drap taché de sang.

mariaient plus tôt que les femmes scolarisées. En 1994, comme pour le milieu de résidence, les différences d'âge d'entrée en union des femmes liées au niveau d'études se sont estompées.

Pour conclure sur le rôle de la nuptialité, notons que la baisse des proportions des femmes mariées aux jeunes âges (15-29 ans) est responsable de plus des deux tiers de la baisse du taux de natalité entre 1966 et 1984 (Duchêne et Ajbilou, 1995). Conformément au modèle classique de la transition démographique, le recul de l'âge au mariage a été en Tunisie un facteur essentiel de la transition féconde.

Figure 1. Âge moyen au premier mariage des femmes en Tunisie selon le milieu de résidence (1966-1994)



Sources : INS 1973, 1975, 1984, 1995.

Les changements dans la pratique contraceptive et leurs effets sur la fécondité

Nous présenterons brièvement quelques aspects de la politique de planification familiale³ qui a été incontestablement un déterminant majeur de la

3. Pour une analyse plus complète du programme de planification familiale, on peut consulter Sandron et Gastineau, 2002.

transition démographique et par laquelle la Tunisie s'est distinguée parmi tous les pays arabo-musulmans et africains. Depuis 1956, date de l'Indépendance, l'économie et la société tunisiennes ont connu des mutations et des changements considérables conduisant à l'amélioration des conditions de vie de la population et facilitant la mise en œuvre de la politique de population.

En Tunisie, avant les années 1960, les seuls textes réglementant la contraception étaient influencés par la législation coloniale, foncièrement répressive à l'égard de la limitation des naissances. Contrairement à ce qui s'est passé dans de nombreux pays ayant accédé à l'indépendance et se trouvant confrontés à d'immenses problèmes socio-économiques et sanitaires, le gouvernement tunisien a inscrit dans ses premières préoccupations la réduction de la croissance démographique et l'amélioration du statut des femmes.

La question de la limitation des naissances a été discutée très tôt en Tunisie. Dans l'édition du 12 mai 1960, dans *La Presse*, journal tunisien en langue française, on pouvait lire un article intitulé « *Le Birth-Control* a en Tunisie ses fervents partisans, mais aussi ses détracteurs acharnés » (Magnin, 1961), témoignant ainsi du caractère pionnier de la société tunisienne. Le président Bourguiba⁴ fait partie des « fervents partisans » de la limitation des naissances et plus généralement de l'émancipation des femmes et un nombre important de réformes sociales va être engagé après 1956 (Code du Statut Personnel, réforme de l'enseignement). Le programme national de planification familiale qui débute en 1966 a été précédé de mesures qui traduisaient la volonté de mettre un frein à la politique nataliste du protectorat.

Tout d'abord, en 1960, la limitation de l'octroi des allocations familiales aux seuls quatre premiers enfants est votée. Ensuite, en 1961, la loi française interdisant la vente et la publicité des produits contraceptifs est abrogée et remplacée par la loi du 9 janvier qui autorise ces pratiques. Enfin, dès 1965, l'avortement est légalisé (dans les trois premiers mois de grossesse), pour les femmes ayant déjà 5 enfants ou pour raisons de santé. En 1973, ces clauses restrictives seront levées. Comme l'écrit Rouissi (1977) « en s'attaquant au

4. Bourguiba a été président de la Tunisie de 1956 à 1987.

statut traditionnel de la femme, le régime tunisien a, à la fois, ouvert la voie à une modernisation en profondeur de la société et préparé un terrain plus sûr à la réussite d'une politique de planning familial ».

En 1966, est lancé officiellement le programme de planification familiale après deux années de programme expérimental. L'objectif principal est de faire diminuer le taux de fécondité global de la Tunisie pour qu'à la fin du *xx^e* siècle, il soit équivalent à celui du monde occidental de l'époque⁵. Des moyens importants sont déployés dès le début du programme : entre 1966 et 1968, les équipes mobiles sont généralisées à toutes les régions du pays ; elles visitent en moyenne vingt villages par mois et par équipe au cours de l'année 1967. Les efforts du programme de planification familiale durant la décennie 1970 sont orientés vers l'information des femmes et des couples. Les messages en faveur du planning familial ont été déclinés sous des formes très diversifiées (brochures, calendriers, monographies, bulletins, notes d'information, affiches publicitaires...) et surtout à travers les grands médias que sont la presse, la radio, la télévision et même le cinéma. « Le Planning familial devient ainsi un programme national et un sujet favori de la presse, de la radio de la télévision et même du cinéma » (Vallin, 1971).

Durant la phase expérimentale (1964-1966) du programme de planification familiale, un peu moins de 30 000 femmes ont consulté un service de planification familiale, soit environ 3 % des 15-49 ans. Ce chiffre va progressivement augmenter et la prévalence contraceptive quasiment nulle en 1966 atteint 31 % en 1978 (tableau 6). Les méthodes proposées et acceptées par les femmes sont des méthodes d'arrêt, le stérilet et la stérilisation (tableau 7). Pourtant, dès le début de l'année 1976, les agents du Planning Familial souhaitent promouvoir un plus grand espacement des naissances et ils tentent de promouvoir la pilule. Toutefois les femmes ne sont pas très attirées par cette méthode et son poids dans l'ensemble des moyens utilisés ne cessera de décroître (tableau 7).

5. Alors qu'il est de 193 ‰ en 1965, la valeur visée pour le taux de fécondité global est de 66 ‰ en 2000, c'est-à-dire le taux de l'Italie au début du lancement du programme.

Dans les années 1980, la Tunisie accentue ses efforts pour multiplier les services de planification familiale. Elle fait alors figure d'exception en la matière dans la région d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient, région très en retard dans la mise en place de programmes efficaces (Turner, 1992). Jusqu'au début des années 1980, ce sont principalement les femmes urbaines et scolarisées qui font appel aux services des centres de planification familiale (tableau 8), les moyens du programme sont concentrés dans les grandes villes, la capitale et les villes côtières. Pourtant, à cette même date, la totalité des femmes non célibataires est capable de citer au moins une méthode contraceptive efficace.

Tableau 6. Taux de prévalence contraceptive de 1978 à 2001 (en %)

Année	Taux de prévalence contraceptive
1978	31,4
1983	41,1
1988	49,8
1994	59,7
1999	70,5
2000	65,5
2001	62,9

Source : ONFP 1997a; ONFP in www.ins.nat.tn

Tableau 7. Répartition des utilisatrices de contraception (en %) selon la méthode pratiquée en 1978, 1988 et 1994

	1978	1988	1994
Pilule	21	17,7	12
Stérilet	28	34,1	42
Stérilisation féminine	24	23,1	21
Autres méthodes modernes	6	6,2	8
Méthodes traditionnelles	21	18,9	17

Sources : ONFPF, 1982; IRD et ONFP, 1989; ONFP, 1996.

Les programmes d'information ont donc atteint leur objectif en zone urbaine comme en zone rurale. Cependant, les pratiques contraceptives sont très différentes. Ainsi, en 1978, seulement 28 % des femmes rurales exposées avaient déjà utilisé une méthode contraceptive contre 59 % à Tunis et 58 % dans les autres zones urbaines (ONPFP, 1982). Le programme de planification familiale donne alors la priorité au milieu rural où les femmes restent encore peu touchées par les services de planification familiale. L'objectif annoncé est de faire doubler le taux de prévalence contraceptive en milieu rural pour qu'il atteigne 36 % en 1986. Les femmes pourraient dès lors profiter de prestations de planification familiales dans les centres de santé de base. À partir de la fin des années 1980, on observe une similitude des pratiques contraceptives dans toutes les catégories de population (tableau 8). Au début du programme national, les femmes qui limitaient ou espaçaient leurs grossesses étaient majoritairement urbaines et éduquées. En 1994, les pratiques contraceptives concernent toutes les femmes.

Au cours des années 1980, la stérilisation et surtout le stérilet restent les deux méthodes les plus fréquemment utilisées. Les femmes qui utilisent des

Tableau 8. Prévalence contraceptive (en %) selon le niveau de scolarisation et le milieu de résidence des femmes (1978-1994)

	1978	1983	1988	1994
<i>Niveau de scolarisation</i>				
Non scolarisée	27,6	35,5	42,3	52,6
Niveau primaire	38,5	48,2	56,8	64,0
Niveau secondaire et plus	52,3	67,8	66,5	67,1
<i>Milieu de résidence</i>				
Tunis	42,8	58,4	63,9	*
Urbain	42,1	49,6	58,6	64,7
Rural	20,3	28,9	34,6	51,4

Source : ONPFP, 1982 ; ONFP et IRD, 1989 ; ONFP, 1997a.

* Tunis est inclus dans les zones urbaines

méthodes traditionnelles sont toujours nombreuses, représentant 19 % des utilisatrices de contraception et leur proportion ne diminue pas.

Au cours des années 1990, le programme de planification familiale cherche à remédier aux fortes disparités régionales qui subsistent. L'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations de santé reproductive dans le milieu rural et plus particulièrement dans les zones d'ombre reste la priorité du programme de planification familiale durant les années 1990. L'offre en matière de méthodes contraceptives s'enrichit mais les femmes continuent à préférer massivement le stérilet. La pilule rencontre peu de succès auprès des femmes. La contraception sert avant tout à limiter les naissances, plus rarement à les espacer. Le stérilet est la méthode privilégiée, celle qui a le plus contribué à la baisse de la fécondité (tableau 9).

Tableau 9. Poids relatif des principales méthodes de contraception et de l'avortement dans les naissances évitées par ces moyens (1987-1991)

	1987	1988	1989	1990	1991
Avortement	0,23	0,22	0,20	0,18	0,17
Pilule	0,05	0,06	0,06	0,07	0,06
Stérilisation féminine	0,19	0,19	0,20	0,20	0,19
Stérilet	0,53	0,53	0,55	0,56	0,58
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Source : ONFP, 1992.

L'infécondabilité post-partum et ses effets sur la fécondité.

Allaitement et abstinence post-partum

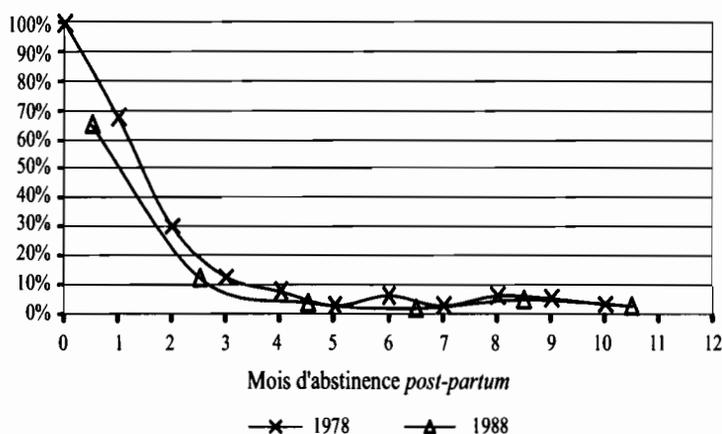
Le faible rôle de l'abstinence sexuelle post-partum

La durée de l'abstinence est en général régie par les normes sociales : en Tunisie, elle est influencée par les valeurs de la religion musulmane. Cette période dure quarante jours pendant lesquels la femme et l'enfant sont considérés

comme faibles et en danger. La femme s'abstient de toute relation sexuelle et on entoure l'enfant de soins attentifs. Traditionnellement, le quarantième jour, la mère emmène son enfant, qui sort pour la première fois, visiter la famille et les voisins. Une fête est organisée. Dès le début du programme de planning familial, ces impératifs culturels ont été pris en compte. Au moment de la fin de l'abstinence, le quarantième jour, une visite dans les dispensaires est proposée aux femmes leur offrant des services post-partum, de planification familiale et des soins aux nourrissons. Ce choix était le bon car dès 1987, 84 % des mères se rendent à la visite du quarantième jour et 56 % d'entre elles commencent à utiliser une méthode contraceptive à cette occasion (Coeytaus, 1989).

Nous ne disposons pas de données très récentes sur le sujet mais nous savons que jusqu'en 1988, cette durée est respectée par la majorité des femmes (figure 2). En 1978, entre deux naissances vivantes, les femmes observent en moyenne une période de 1,6 mois d'abstinence sexuelle, en 1988, cette durée est 1,8 mois. Aux deux dates, cette durée varie très peu selon les caractéristiques de la femme.

Figure 2. Proportion de femmes (%) en abstinence post-partum selon la durée écoulée depuis la naissance en 1978 et 1988



En Tunisie, la durée d'abstinence post-partum est très courte comparée à d'autres pays africains comme la Côte d'Ivoire ou la Botswana par exemple où elle est un moyen d'espacement des naissances efficace (Vimard *et al.*, 2007), en Tunisie elle pèse peu sur les intervalles génésiques.

L'effet important de l'allaitement et de la durée d'aménorrhée

L'allaitement maternel est très répandu en Tunisie, la quasi-totalité des enfants sont allaités. Dans ce pays musulman, c'est une pratique traditionnelle encore respectée comme au Maroc ou en Algérie (Rovillé-Sausse *et al.*, 2002).

Les autorités sanitaires du pays encouragent vivement les mères à allaiter leurs enfants. Des mesures législatives ont été prises en 1983 en faveur de l'allaitement maternel. La publicité en faveur des substituts du lait maternel a ainsi été interdite, le congé de maternité a été prolongé, passant de 1 à 2 mois pour les femmes qui allaitent et enfin, un congé postnatal de 4 mois a été créé pendant lequel la femme peut bénéficier d'un demi-salaire.

Entre 1978 et 1995, la durée moyenne pendant laquelle les femmes allaitent leurs enfants a augmenté faiblement de 13,8 mois à 15 mois (tableau 10). En revanche, la période pendant laquelle l'enfant est nourri exclusivement au sein s'est considérablement amenuisée, passant de 5,2 mois en 1978 à 1,6 mois en 1995. À ce titre, la Tunisie se distingue nettement des autres pays maghrébins où la durée d'allaitement exclusive est plus de deux fois supérieure : 3,2 mois en Algérie et 3,7 mois au Maroc (Rovillé-Sausse *et al.*, 2002).

Le taux d'allaitement maternel n'a pratiquement pas changé en Tunisie durant les dernières décennies, puisqu'il était de 96 % en 1978 (tableau 10) et oscille entre 94 % et 96 % aujourd'hui selon les études (Khaldi et Ben Mansour, 2001).

Les effets contraceptifs de l'allaitement sont complexes : ils sont importants au niveau d'une population comptant un faible nombre d'utilisatrices de contraception. En revanche, ils sont peu fiables au niveau d'un individu. L'allaitement, lorsqu'il est fréquent et intense, retarde l'ovulation et diminue la probabilité de conception une fois l'ovulation reprise. Des études ont montré que l'allaitement

assurait une protection de plus de 98 % contre la grossesse durant les six premiers mois qui suivent l'accouchement (VanLandingham *et al.*, 1991). En l'absence de contraception, la diminution de l'allaitement aurait donc pour conséquence une hausse de la fécondité.

Tableau 10. Durée moyenne de l'abstinence post-partum, de l'allaitement et de l'aménorrhée post-partum et proportion (en %) des enfants qui sont ou ont été allaités (de 1978 à 1994-95)

	1978	1988	1994-1995
Abstinence post-partum (en mois)	1,6	1,8	n.d.
Proportion (en %) des enfants qui sont ou ont été allaités	95,6	96,5	93,8
Durée moyenne de l'allaitement exclusif (en mois)	5,2	n.d.	1,6
Durée moyenne de l'allaitement (exclusif et mixte) (en mois)	13,8	15,5	15,0
Aménorrhée post-partum (en mois)	8,2	7,2	n.d.

Sources : ONFPF 1982; IRD et ONFP 1989; ONFP, 1996.

n.d. : non disponible.

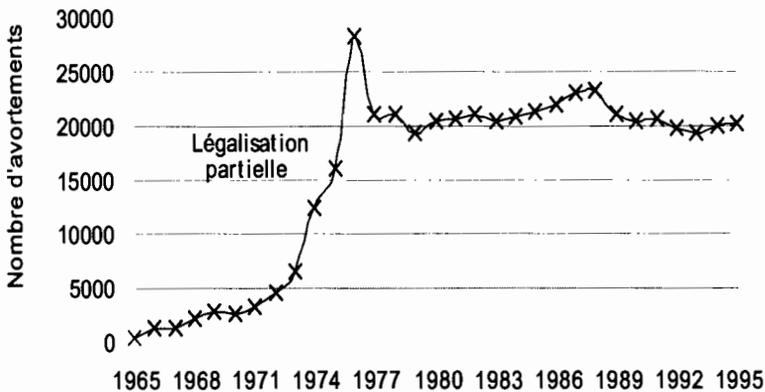
Contrairement à beaucoup de pays subsahariens où la longue abstinence post-partum peut masquer le rôle de l'allaitement, en Tunisie, l'allaitement joue un rôle important dans l'aménorrhée post-partum. Cependant, les modifications que l'on peut observer (diminution de la durée d'allaitement exclusif) n'ont et n'auront finalement que peu de conséquences sur le niveau de la fécondité car, comme nous venons de le voir, la pratique contraceptive est très répandue en Tunisie.

Pour conclure, il convient de retenir le fait que, contrairement au schéma proposé par Bongaarts (1982), l'infécondabilité post-partum a toujours un pouvoir réducteur de la fécondité même au milieu des années 1990, lorsque la contraception est très diffusée et que l'âge au mariage est tardif. Le contrôle par la nuptialité et par la contraception n'a pas fait diminuer celui par l'allaitement.

L'avortement et ses effets sur la fécondité

En 1965, la Tunisie est le premier pays musulman à légaliser l'avortement. La loi de juillet 1965 autorise l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse à condition que le couple ait déjà au moins cinq enfants vivants et pendant toute la durée de la grossesse si la vie de la femme est en danger. En 1973, la loi est assouplie : elle autorise l'interruption volontaire de grossesse durant les trois mois suivant la conception sans aucune restriction. L'IVG est ainsi légalisée pour sauver la vie de la mère, pour préserver sa santé physique et morale, dans le cas d'un viol ou d'un inceste, pour des motifs socio-économiques ou sur simple demande de la femme. L'intervention est pratiquée gratuitement dans les hôpitaux publics. Depuis sa légalisation, l'avortement a été pratiqué par un nombre croissant de femmes (figure 3). Cependant, le taux d'avortements légaux est resté modeste : en 1996, on compte 8,6 de ces avortements pour 1 000 femmes de 15-44 ans.

Figure 3. Nombre d'avortements annuels en Tunisie (1965-1995)



Source : Gastineau, 2002.

Après sa légalisation et jusqu'au milieu des années 1980, l'avortement a été utilisé par les femmes comme une méthode contraceptive permettant de limiter leur fécondité. Ce sont surtout les femmes les plus âgées ayant une descendance déjà nombreuse qui y avaient recours. Une enquête menée juste après la légalisation de 1973 (Ayad, 1976) donne les résultats suivants : les femmes qui subissent un avortement ont en moyenne 40,2 ans et déjà 4,9 enfants. 83 % de ces femmes connaissent une méthode contraceptive, 56 % en avaient déjà utilisé une et dans 60 % des cas, elles ont choisi l'avortement en accord avec leur mari. L'avortement est alors une « méthode de contraception » importante, la seconde plus importante après le stérilet (tableau 9).

Avec la diffusion des autres méthodes contraceptives et surtout de la ligature des trompes, l'avortement est de moins en moins utilisé pour limiter les naissances. Aujourd'hui, parmi les patientes, on trouve de plus en plus souvent des jeunes femmes non mariées voulant mettre fin à une grossesse pré-nuptiale (Gastineau, 2002). La contraception est encore un sujet tabou chez les jeunes femmes non mariées : parce que les relations sexuelles pré-nuptiales sont socialement condamnées et parce qu'elles sont mal informées, les femmes ne se procurent pas de méthodes contraceptives avant le mariage. Enceintes, elles sont alors nombreuses à vouloir mettre fin à leur grossesse, le statut de mère célibataire étant particulièrement dévalorisé en Tunisie.

La grande diversité régionale et sociale du modèle de transition de la fécondité

La transition de la fécondité est manifeste dans toutes les régions de la Tunisie (tableau 11) cependant elle diffère d'une région à l'autre, dans la date de début de transition, dans le rythme de la baisse de la fécondité et dans les modalités.

En 1966, on observe une certaine homogénéité dans les niveaux de fécondité (figure 4). Seul Tunis se distingue avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme. Tous les autres gouvernorats affichent un indice de fécondité supérieur à 6 enfants par femme, de 6,2 à Jendouba à 8,5 à Sidi Bouzid.

Tableau 11. Phase de la transition de la fécondité selon les gouvernorats entre 1966 et 1998

	1966	1975	1984	1994	1998
<i>District de Tunis</i>					
Tunis	2	3	4	4	4
Ariana	2	2	4	4	4
Ben Arous	2	2	4	4	4
<i>Nord Est</i>					
Nabeul	1	2	3	4	4
Bizerte	1	2	3	4	4
Zaghouan	1	2	2	4	4
<i>Nord-Ouest</i>					
Béja	1	2	3	4	4
Le Kef	1	2	3	4	4
Jendouba	1	2	2	4	4
Siliana	1	1	2	4	4
<i>Centre-Est</i>					
Sousse	1	2	3	4	4
Sfax	1	2	3	4	4
Monastir	1	1	3	3	4
Mahdia	1	1	2	3	4
<i>Centre-Ouest</i>					
Sidi Bou Zid	1	1	1	3	4
Kasserine	1	1	1	3	4
Kairouan	1	1	2	3	4
<i>Sud</i>					
Tozeur	1	1	2	4	4
Gabes	1	1	2	3	4
Médénine	1	1	2	3	4
Gafsa	1	1	1	3	4
Kebili	1	1	1	3	4
Tataouine	1	1	1	3	4
Tunisie	1	2	2	4	4

Sources : d'après INS 1973, 1975, 1984, 1995 ; Annuaire statistique 1998, *in* Sandron et Gastineau, 2002.

* Les quatre phases de transition sont celles présentées dans le modèle de Bongaarts, 1982 (voir supra).

Au fur et à mesure que la transition nationale avance, les écarts entre les régions se creusent. Ainsi, en 1984, la diversité régionale est importante. Alors que les Tunisoises ont en moyenne moins de 3 enfants par femme (2,9), les femmes de Tataouine, de Kasserine et de Kébili ont encore à peine moins de 7 enfants (respectivement 6,7 - 6,6 - 6,7). Cinq gouvernorats connaissent encore des niveaux de fécondité très forts, avec des I.S.F. supérieurs à 6. Coexistent donc des régions en fin de transition et des régions tout juste entrées en transition (tableau 13).

En 1994, alors que la transition nationale est dans sa phase finale, on retrouve une plus grande homogénéité, les différences se sont fortement estompées. Les indices de fécondité les plus élevés sont enregistrés à Kasserine (4,3), les plus faibles à Béja (2,9). Tunis ne se distingue plus : la fécondité est plus faible à Béja que dans la capitale. Tous les gouvernorats sont entrés en transition mais certains beaucoup plus tardivement que d'autres. Ces différents schémas de transition féconde ne se comprennent qu'en relation avec les changements de nuptialité et de pratiques contraceptives.

Recul de l'âge au mariage

C'est entre 1966 et 1984 que le recul de l'âge au mariage a été le plus important, et ce dans tous les gouvernorats. L'âge moyen au premier mariage des hommes et des femmes a crû de plus de 3 ans et 3 mois entre 1966 et 1984 (INS, 1973, 1984). Mais là encore, les changements sont différents d'un gouvernorat à l'autre. À Tataouine, l'âge moyen au mariage est passé de 19,8 ans (1966) à 21,0 ans (1984), soit un gain de 1,2 an, alors que dans le même temps, à Tozeur, il croissait de 19,7 ans à 24,8 ans, soit une progression de 5,1 ans.

En 1994, on retrouve une moins grande variation des moyennes d'âge au premier mariage, et à l'exception de Tataouine, tous les gouvernorats ont une moyenne d'âge d'entrée en union supérieure à 25 ans. Sans surprise, nous observons une forte corrélation entre les niveaux de fécondité et l'âge d'entrée en union, pour toutes les années considérées.

Changements dans les pratiques contraceptives

Nous ne disposons que de très peu de données sur la pratique contraceptive au niveau des gouvernorats. L'information est souvent collectée à une échelle plus grande, au niveau national ou dans le meilleur des cas au niveau des grandes régions. Le découpage n'étant pas toujours identique d'une enquête à l'autre, les comparaisons s'avèrent difficiles.

En 1978, les situations régionales sont excessivement contrastées puisque la prévalence contraceptive chez les femmes célibataires varie de 15 % dans le Centre à 58 % à Tunis (tableau 12). Entre 1978 et 1988, les écarts s'estompent doucement : la prévalence contraceptive n'augmente plus à Tunis, alors qu'elle progresse dans les régions du Centre et du Sud. Les différences entre régions restent néanmoins très prononcées : Tunis a le taux de prévalence le plus élevé, suivi par le Nord-Est et le Nord-Ouest. L'utilisation de la contraception semble stagner dans la région du Centre-Est par rapport à la progression des autres régions.

En 1994, la situation est finalement peu différente par rapport à 1988 (tableau 13). Les taux de prévalence ont augmenté mais la hiérarchie n'est pas bouleversée. En 1994, les disparités régionales restent fortes malgré les efforts du planning familial ciblés sur les régions les plus défavorisées. Entre 1988 et 1994, ce sont les régions à faible prévalence qui ont connu les hausses les plus importantes. Ainsi dans la région du Centre-Est, le taux de prévalence a progressé de 44 % contre seulement 9 % à Tunis (ONFP, 1996).

Pour résumer, on distingue trois types de transition. Tout d'abord, dans le district Tunis (Tunis, Ben Arous, Ariana) et dans la région du Nord-Est, la transition de la fécondité fut précoce relativement aux autres régions et aujourd'hui le mode de contrôle de la fécondité le plus important est la contraception, avant même la nuptialité. Ensuite, les régions du Centre-Est et celles du Nord-Ouest qui, très différentes d'un point de vue socio-économique, ont en commun d'avoir une fécondité contrôlée autant par la nuptialité que par la contraception. Enfin, restent le Centre-Ouest et le Sud où la fécondité,

qui est restée élevée plus longtemps qu'ailleurs, a diminué principalement sous l'effet du recul de l'âge au mariage.

Tableau 12. Proportion de femmes non célibataires (en %) ayant déjà en 1978 utilisé une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues) et proportion (en %) de celles qui utilisent une méthode au moment de l'enquête en 1978

	% ayant déjà utilisé une méthode contraceptive	% utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête
Tunis et banlieue	63	58
Nord-Ouest	41	40
Nord-Est	48	51
Centre-Ouest	18	15
Centre-Est	50	52
Sud	37	29
Ensemble	45	43

Source : ONFPP, 1982.

Tableau 13. Évolution des taux de prévalence contraceptive (en %) par région chez les femmes non célibataires de 15 à 49 ans (1988-1994)

	1988	1994
Grand Tunis	63,9	69,8
Nord-Est	57,1	65,0
Nord-Ouest	51,3	61,5
Centre-Est	48,8	60,6
Centre-Ouest	31,5	45,6
Sud	41,4	49,7
Ensemble	49,8	59,7

Source : ONFP, 1996.

Tunis et le Nord-Est

Le Nord-Est est la région la plus développée de la Tunisie après le district de Tunis. Fortement urbanisée, elle profite de sa proximité avec la capitale. Elle a été rapidement, après l'Indépendance, dotée en structures scolaires et sanitaires. À Tunis et dans le Nord-Est, la théorie générale de la modernisation explique bien le processus de transition démographique. Dans la région de la capitale, la transition a été particulièrement précoce, antérieure à 1956. Dans les gouvernorats de Nabeul, Bizerte et Zaghouan, elle a été un peu plus tardive mais dès 1975, ils se distinguent comme étant les gouvernorats où les indicateurs de la fécondité sont les plus faibles (figure 4).

Dès 1988, on relève que Tunis et le Nord-Est, les deux régions les plus développées, ont un âge médian au mariage (respectivement 22,5 ans et 21,7 ans) supérieur aux autres régions. Le recul de la nuptialité a joué un rôle important ; cependant, ce qui distingue ces deux régions c'est la précocité de la diffusion massive de la pratique contraceptive. Dès 1978, la prévalence contraceptive y est supérieure à 50 %, pour atteindre environ 60 % en 1988 et dépasser les 65 % en 1995. Ces régions ont bénéficié très tôt de nombreuses structures sanitaires permettant aux femmes d'avoir à leur disposition des services de planification familiale et la demande des femmes pour une limitation des naissances a pu être entendue.

En revanche, l'allaitement entre peu en compte dans le contrôle de la fécondité, ou du moins c'est un facteur moins important que dans les autres régions. Les femmes de Tunis et du Nord-Est allaitent moins longtemps que les autres et connaissent une durée d'aménorrhée post-partum plus courte (tableau 14).

La transition de la fécondité dans ces gouvernorats est assez classique, et relativement conforme au schéma que Bongaarts propose avec un poids important de la contraception par rapport aux autres modes de contrôle (tableau 15).

Figure 4. Évolution de l'indice synthétique de fécondité par gouvernorat de 1966 à 1994

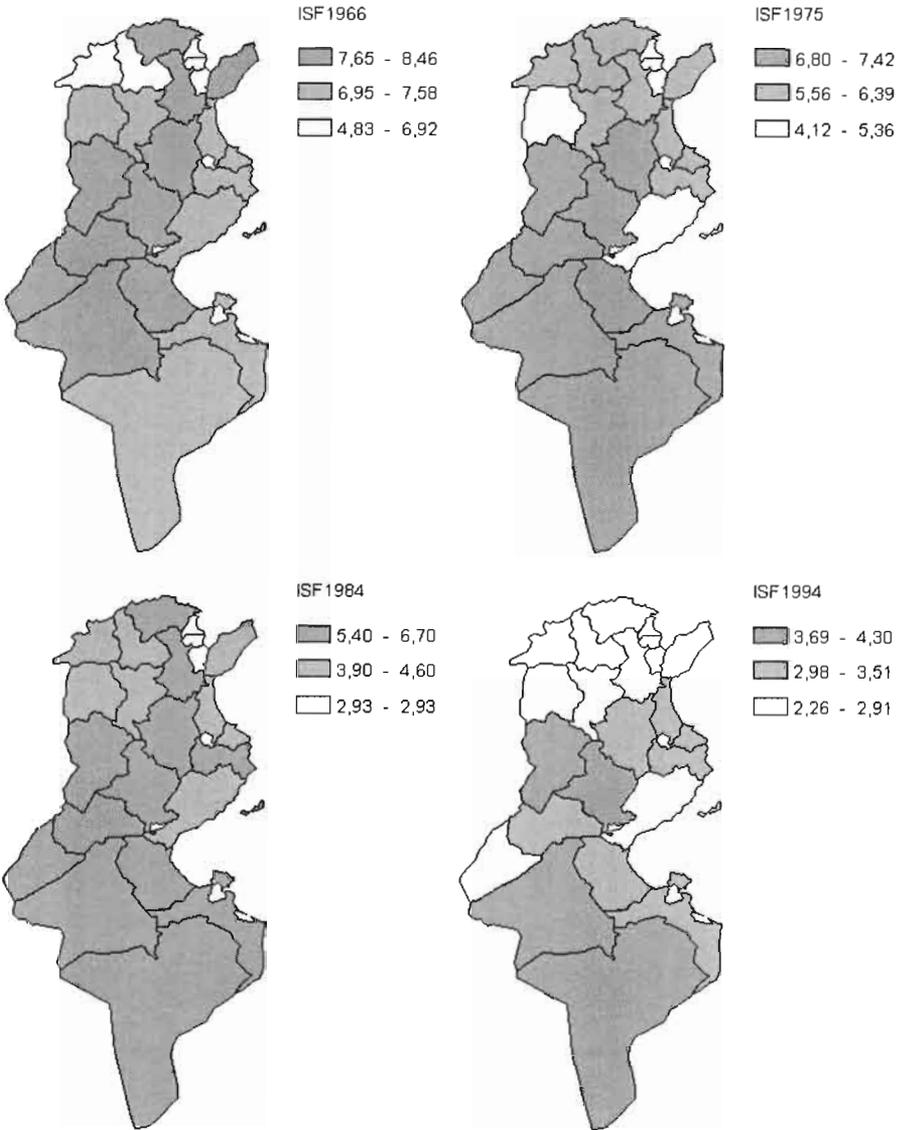


Tableau 14. Durée moyenne d'allaitement et d'aménorrhée en mois selon la région en 1988

Région	Durée d'allaitement (en mois)	Durée d'aménorrhée (en mois)
Tunis	10,3	4,0
Nord-Est	14,9	6,8
Nord-Ouest	19,1	9,0
Centre-Ouest	18,0	10,0
Centre-Est	14,7	8,8
Sud	15,5	7,2

Source : IRD et ONFP, 1989.

Tableau 15. Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité dans le district de Tunis et dans les gouvernorats du Nord-Est en 1978 et 1995

		1978		1995	
<i>Nuptialité</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	
Grand Tunis	n.d.	n.d.	0,53		47
Nord-Est	0,65	35	0,51		49
<i>Contraception</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	
Grand Tunis	0,65	35	0,44		56
Nord-Est	0,75	25	0,45		55

Sources : ONPFP 1982; IRD et ONFP 1989.

Le Nord-Ouest et le Centre-Est

Ces deux régions ont vu leur fécondité baisser rapidement dès la fin des années 1960 et sont entrées dans un régime de fécondité « moderne » avant 1984 (l'I.S.F. est inférieur à 5 en 1984). Elles avaient un âge moyen au mariage supérieur à 20 ans en 1966 et supérieur à 24 ans en 1975. La prévalence contraceptive était supérieure à 50 % dès 1988.

Tableau 16. Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité dans les gouvernorats du Centre-Est et Nord-Ouest en 1978 et 1995

		1978		1995	
<i>Nuptialité</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	
Centre-Est	0,61	39	0,48	52	
Nord-Ouest	0,62	38	0,46	54	
<i>Contraception</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	
Centre-Est	0,67	33	0,49	51	
Nord-Ouest	0,67	33	0,44	56	

Sources : ONPFP, 1982 ; IRD et ONFP, 1989.

Tableau 17. Effet réducteur de la nuptialité et de la contraception sur la fécondité dans les gouvernorats du Centre-Ouest et du Sud en 1978 et 1995

		1978		1995	
<i>Nuptialité</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cm</i>	<i>Réduction en %</i>	
Centre-Ouest	0,68	32	0,47	53	
Sud	0,67	33	0,47	53	
<i>Contraception</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	<i>Cc</i>	<i>Réduction en %</i>	
Centre-Ouest	0,91	8	0,59	41	
Sud	0,81	19	0,58	42	

Sources : ONPFP 1982 ; IRD et ONFP, 1989.

Ces deux régions ont donc en commun, d'une part, la précocité de leur transition démographique, d'autre part, le fait que le poids du modèle de nuptialité et celui de la contraception sont équivalents dans les modes de contrôle de la fécondité (tableau 16). Pourtant ces deux grandes régions n'ont rien en commun du point de vue économique. Le Nord-Ouest, fortement rural, est pauvre, c'est la région qui a le moins profité des fruits de la croissance nationale. Le Centre-Est, à l'inverse, a bénéficié du développement du tourisme et de l'industrialisation de l'économie tunisienne.

Les transitions de la fécondité, même si elles répondent à des logiques différentes — malthusianisme de pauvreté pour l'une, modernisation pour l'autre — ont suivi un chemin très proche : recul de l'âge au premier mariage et diffusion de la contraception concomitants.

Le Centre-Ouest et le Sud

Ces deux régions ont en commun d'avoir une transition de la fécondité où le contrôle par le mariage est nettement plus important que celui par la contraception (tableau 17). Ce sont deux régions dont les gouvernorats sont entrés dans un régime de fécondité « moderne » relativement tardivement, après 1975. En 1984, leur fécondité est encore forte. En 1966, l'âge moyen au mariage était inférieur à 20 ans, et en 1984, inférieur à 25 ans. La prévalence contraceptive est encore inférieure à 50 % en 1994.

C'est par leur prévalence contraceptive faible, plus que par leur nuptialité, que ces deux régions se distinguent dans le paysage tunisien. En 1988, dans la région de Tunis 64 % des femmes mariées de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive contre 34 % dans le Centre-Ouest et 41 % dans le Sud (voir tableau 13). En 1994, ces régions ont rattrapé seulement une partie de leur retard mais la prévalence contraceptive reste nettement plus faible que dans les autres gouvernorats.

Les institutions tunisiennes reconnaissent l'insuffisance des activités de planification familiale qu'il s'agisse d'éducation, d'information ou de prestations dans cette zone. Plus de la moitié des femmes déclarent qu'il leur est difficile de se rendre dans un centre de santé et de planification familiale du fait de son éloignement. Certes la connaissance des méthodes contraceptive est générale, mais il subsiste une certaine crainte quant à l'usage de la contraception. Un tiers des femmes mariées en âge de reproduction ont un avis défavorable sur la diffusion de spots télévisés sur la planification familiale (ONFP, 1997b).

Le Centre-Ouest souffre surtout d'un manque de structures et de personnel sanitaires. En 1994, c'est dans cette région que l'on trouve le ratio « nombre de

lits d'hôpital par habitant » le plus faible du pays. La répartition par région et par spécialité médicale fait apparaître d'énormes disparités régionales mettant en exergue l'insuffisance des moyens dans la région du Centre-Ouest (Achour et Ben Romdhane, 1991). Dans le Sud, ce sont surtout des facteurs d'ordre culturel (mariage précoce, poids de la famille étendue dans les décisions de fécondité...) qui expliquent que la contraception n'y soit pas aussi diffusée que dans les autres régions (ONFP, 1997b).

Conclusion

Nous avons pu observer dans la transition de la fécondité en Tunisie, les deux phases caractéristiques du modèle classique : le contrôle malthusien et néomalthusien de la fécondité. La période actuelle de fin de transition est caractérisée par une fécondité contrôlée à la fois par la contraception, le mariage et l'infécondabilité post-partum. Il y a à la fois un recul de l'âge au mariage et une limitation de la fécondité dans le mariage. L'analyse de la fécondité au niveau régional a permis de mettre en exergue des temporalités différentes et des combinaisons entre les modes de contrôle de la fécondité variées d'une région à l'autre au gré des contextes économiques, sociaux et culturels. Contrairement aux prévisions de Bongaarts (1982), le régime de basse fécondité en Tunisie a été atteint grâce à la multiplicité des modes de contrôle, laissant une place encore importante aux modes dits traditionnels comme l'infécondabilité post-partum.

Aujourd'hui en Tunisie, les préoccupations démographiques ne sont plus celles des décennies précédentes. Les résultats du recensement de 2004 ont bien confirmé que la transition démographique était achevée. La fécondité semble se stabiliser autour du niveau de remplacement, c'est-à-dire 2,1 enfants par femme. Les nouveaux enjeux démographiques en Tunisie sont maintenant ceux du vieillissement de la population. En 2004, les « 60 ans et plus » représentent déjà 9,3 % de la population totale et cette proportion devrait augmenter rapidement. Jusqu'à aujourd'hui, la prise en charge des personnes âgées est le plus souvent assurée par des solidarités familiales, solidarités familiales qui

sont de plus en plus difficiles à supporter dans une société qui s'urbanise et qui s'individualise et où le chômage et le sous-emploi sont importants.

Références bibliographiques

- ACHOUR N. et BEN ROMDHANE H., 1991, « Les ressources humaines », *Congrès (XXI^e) médical maghrébin, Tunisie Méd.*, n° 69, pp. 335-339.
- AYAD M., 1976, *Les acceptantes de la ligature des trompes et de l'avortement. Caractéristiques, attitudes et opinions*, Office national du planning familial et de la population, 25 p.
- BEN ROMDHANE H., KHALDI R., OUESLATI A. et SKHIRI H., 2002, « Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie », *Options méditerranéenne*, Série B, n° 41, pp. 7-27.
- BCHIR M., 1990, « La mortalité en Tunisie, évolutions et tendances », *Mortalité et santé de la reproduction*, Institut de recherche et d'études sur la population, Cahier n° 2, pp. 43-86.
- BONGAARTS J., 1982, « The fertility-inhiting effects of the intermediate fertility variables », *Studies in Family Planning*, vol. 13, n°s 6-7, pp. 179-189.
- CHESNAIS J.-C., 1986, *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques*, Paris, P.U.F.-INED, Paris, Travaux et Documents, Cahier n° 113, 580 p.
- COEYTAUS F., 1989, *Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day : The Sfax, Tunisia, Postpartum Program*, The Population Council Quality-Calidad-Qualité, n° 1. New York.
- COSIO-ZAVALA M. E., 1995, « Dos modelos de transición demográfica en America latina », *Perfiles Latinoamericanos*, Mexico, n° 6, pp. 29-47.
- DUCHÊNE J. et AJBILOU A., 1995, « Structures, nuptialité et fécondité dans les déclinés de la natalité d'hier et d'aujourd'hui », in *Transitions démographiques et sociétés, Chaire Quetelet 1992*, Institut de démographie, Université Catholique de Louvain, Académia-Bruylant - L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, pp. 283-300.
- GASTINEAU B., 2002, « Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (éd.), *Santé de la reproduction en Afrique*, FNUAP-I.R.D., Abidjan, p. 243-266.
- INS, 1973, *Recensement général de la population et des logements 1966*, vol. 1, Institut national de la statistique, Tunis, 271 p.
- INS, 1975, *Recensement général de la population et des logements 1975*, vol. 3, *caractéristiques démographiques*, Institut national de la statistique, Tunis, 323 p.

- INS, 1984, *Recensement général de la population et des logements 1984*, vol. 4, Institut national de la statistique, Tunis, 264 p.
- INS, 1995, *Recensement général de la population et de l'habitat 1994, Caractéristiques démographiques*, Institut national de la statistique, Tunis, 65 p.
- INS, 1966 à 2000, *Annuaire statistique*, n° 9 à n° 43, Institut national de la statistique.
- KHALDI F. et BEN MANSOUR A., 2001, « Évolution de la croissance de l'enfant tunisien au cours des 3 dernières décennies : facteurs déterminants », *Biom hum et Anthropol*, 19, n°s 1-2, pp. 115-119.
- LABIDI L., 2001, « From sexual submission to voluntary commitment : the transformation of family ties in contemporary Tunisia », in Hopkins N. (éd.), *The new arab family*, Cairo Papers in Social Sciences, vol. XXIV, n°s 1-2, pp. 117-138.
- LILI TEMIME L., 1999, *Histoire de familles - Mariages, répudiations et vie quotidienne à Tunis, 1875-1930*, Tunis, Script.
- MAGNIN J. G., 1961, *Des Tunisiens s'interrogent. La limitation des naissances*, Études sociales nord-africaines, Documents Nord-Africains, n° 430, 4 p.
- ONFPF, 1982, *Enquête tunisienne sur la fécondité, Rapport principal*, Tunis, Office national du planning familial et de la population, 123 p.
- IRD et ONFP, 1989, *Enquête démographique et de santé en Tunisie 1988*, O.N.F.P.-I.R.D.-Macro systems, Inc., Columbia, Maryland.
- ONFP, 1992, *Le programme démographique de la santé familiale 1988-1992*, Office national de la famille et de la population, Tunis, 29 p.
- ONFP, 1996, *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant, Rapport Principal*, Office national de la famille et de la population, Tunis, 248 p.
- ONFP, 1997a, *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, ONFP, Office national de la famille et de la population, Tunis, 337 p.
- ONFP, 1997b, *Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre-Ouest et du Sud de la Tunisie*, ministère de la Santé publique, Office national de la famille et de la population, 207 p.
- ROUISSI M., 1977, « L'expérience tunisienne de planning familial », *Actes du congrès international de la population*, UIESP, Mexico, pp. 375-391.
- ROVILLÉ-SAUSSÉ, F., AMOR H., BAALI A., OUZENNOU N., VERCAUTEREN M., PRADO-MARTINEZ C., BOUDJADA Z. et KHALDI F., 2002, « Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration », *Antropo*, n° 3, pp. 1-9.
- SANDRON F. et GASTINEAU B. 2002, *La transition de la fécondité en Tunisie*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, 251 p.

- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., 2005, « La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, n°s 5-6, pp. 611-724.
- TURNER R., 1992, « Family planning program effort has increased during the 1980s, with Asia Ranked highest », *International Family Planning Perspectives*, n° 2, pp. 73-74.
- VALLIN J., 1971, « Limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats », *Population*, n° spécial, pp. 181-204.
- VAN De WALLE E., 1996, « L'âge au mariage : tendances récentes », in Foote K., Hill K., Marin L. (éd.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, PUF-INED, Travaux et documents, Cahiers n° 135, pp. 119-154.
- VAN LANDINGHAM M., TRUSSEL J. et GRUMMER-STRAWN L., 1991, « Contraceptive and health benefits breastfeeding : a review of the recent evidence », *International Family Planning Perspectives*, vol. 17, n° 4, pp. 131-136.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E., 2007, « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, L.P.E.D. et Academia-Bruylant, pp. 173-214.
- WESTOFF C., BLANC A. et NYBLADE L., 1994, *Marriage and Entry into parenthood*, Demographics and Health Survey, Comparative Studies n° 10, Macro International, Calverton.

La régulation de la fécondité au Maroc : évolution et différenciation sociale des comportements

ABDEL-ILAH YAAKOUBD et PATRICE VIMARD

Comme ses voisins du Maghreb, l'Algérie et la Tunisie, et à l'instar de beaucoup d'autres pays en développement, le Maroc a, depuis son accession à l'indépendance, connu une série de transformations majeures. En effet, en quelques décennies, le Maroc est devenu un pays à revenu intermédiaire, caractérisé par la croissance de la population urbaine et de grands progrès en matière de scolarisation et de santé. Ces progrès se sont cependant accompagnés, notamment depuis la crise des années 1990, de profondes disparités entre les différents groupes socio-économiques et les régions géographiques avec des écarts de revenu croissants (ministère de la Santé, 2005 ; Haut Commissariat au plan, 2004). Dès 1966, et face à la forte croissance démographique, les autorités ont décidé d'intégrer la variable population dans le processus de développement et institué un Programme national de planification familiale, qui fut suivi, l'année suivante, d'un décret royal interdisant la propagande anticonceptionnelle et libéralisant l'avortement thérapeutique. Les activités de planification familiale connurent tout d'abord une expansion assez lente, et il faudra attendre 1976, avec la création d'une Division de la population et d'un Service central de la planification familiale, au sein du ministère de la Santé publique, pour les voir réellement s'intensifier avec, notamment, la mise en place d'une stratégie de « Visite à domicile de motivation systématique en santé » qui permit une diffusion plus large des moyens de contraception (le stérilet et surtout la pilule).

Ces mutations ont conditionné l'évolution de la composante essentielle de sa croissance démographique, la natalité. La transition de la fécondité en Tunisie a souvent été montrée en exemple, comme une expérience de baisse de la fécondité réussie, par sa rapidité et par le fait qu'elle reposait sur de réels progrès pour les femmes en matière de santé, d'accès aux droits reproductifs et d'intégration au processus de développement national par la scolarisation et l'activité. À côté de celle-ci, l'évolution marocaine en matière de fécondité mérite également notre attention. Elle fut moins mise en exergue dans la littérature relative à la démographie et aux politiques de population, mais il n'en demeure pas moins qu'en ce début de XXI^e siècle, la fécondité marocaine dépasse à peine le seuil de remplacement des générations, qui n'est même pas atteint dans certains groupes de population, et que la contraception est aussi répandue qu'en Tunisie. De tels résultats justifient l'analyse de ce processus de baisse de la fécondité, que nous mènerons dans cette communication. Nous examinerons tout d'abord la transition de la fécondité au Maroc, eu égard aux différences socio-économiques et au contexte régional, puis nous étudierons les mécanismes de régulation, qui ont subi des transformations majeures durant la seconde moitié du XX^e siècle et constituent le fondement de cette baisse : l'âge au premier mariage et la pratique contraceptive. Enfin, nous mettrons en évidence les différenciations entre les catégories sociales qui composent la société marocaine au regard de ces phénomènes de reproduction démographique.

La baisse de la fécondité au Maroc

Une baisse à précocité et à intensité inégales selon les catégories de la population

Au Maroc, la transition de la fécondité, engagée dans les années 1960, est presque achevée, avec un indice synthétique de fécondité (I.S.F.), en 2003-2004, de 2,5 enfants par femme à l'échelle nationale, de 2,1 en milieu urbain et de 3,0 en milieu rural. Les estimations de l'I.S.F. depuis 1960 mettent en évidence,

en dépit de leur caractère relativement disparate et du fait que les sources dont proviennent certaines d'entre elles sont loin d'être exemptes de critique, les différentes phases de cette baisse (tableau 1)¹ :

- une première phase, correspondant aux décennies 1960 et 1970, caractérisée par une baisse relativement modérée ;
- une deuxième phase, durant les années 1980 et la première partie des années 1990, marquée par une baisse nettement plus accentuée ;
- une troisième phase, depuis le milieu des années 1990, durant laquelle la baisse se trouve ralentie.

Cette évolution nationale recouvre une situation quelque peu différente pour les populations urbaines et instruites, qui ont connu une transition plus précoce

Tableau 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction au Maroc de 1962 à 2004

Année ou période	Enquête	National	Rural	Urbain	Aucun	Primaire	Secondaire ou supérieure
1962	EOM	6,96	6,91*	7,77			
1966-67	EOPF	6,21					
1979-80	ENFPF	5,91	6,6	4,3	6,1	4,5	4,0
1982	RGPH	5,52	6,59	4,29	5,84	3,83	2,24
1984	ENPC	5,24					
1987	ENPS-I	4,84	5,86	3,19	5,20	3,15	2,34
1986-88	ENPDR	4,47			5,08	3,08	2,27
1992	ENPS-II	4,04	5,54	2,54	4,86	2,36	2,03
1994	RGPH	3,28					
1995	EPPS	3,31	4,5	2,2	4,04	2,36	1,89
1997	ENSME	3,1	4,1	2,3	3,7	2,3	1,8**
2003-04	EPSF	2,5	3,0	2,1	3,0	2,3	1,8

Source : Ayad, 1999 ; Yaakoubd, 1997 ; ministère de la Santé, 2005 ; Sajoux-Ben Seddik, 2002.

* La valeur se rapportant au milieu rural est manifestement sous-estimée.

** 1,9 pour les femmes de niveau secondaire et 1,6 pour les femmes de niveau supérieur.

1. On trouvera en annexe la liste des enquêtes dont les résultats sont utilisés dans ce chapitre, classées par ordre chronologique.

et plus rapide. Ainsi à l'aube des années 1980, alors que l'I.S.F. était de 5,9 enfants par femme à l'échelle nationale, il était déjà de 4,3 en milieu urbain, 4,5 pour les femmes d'instruction primaire et 4,0 pour celles d'instruction secondaire ou supérieure (ministère de la Santé, 1984). Dix ans plus tard, l'I.S.F. sera de 4,0 à l'échelle nationale, mais de 2,5 en milieu urbain, 2,4 pour les femmes d'instruction primaire et 2,0 pour celles d'instruction secondaire ou supérieure (Azelmat *et al.*, 1993). Ainsi, la fécondité dans les milieux urbains et instruits était inférieure de 1,5 à 2 enfants à la fécondité nationale, et ce jusqu'au milieu des années 1990. À partir de cette date, l'essentiel de la réduction de la fécondité est accompli pour les groupes urbains et instruits², et c'est dans les milieux ruraux et de faible instruction que la diminution de la fécondité s'intensifie. Cependant, si le clivage urbain-rural se trouve aujourd'hui atténué, il persiste malgré tout : près d'un enfant par femme sépare le milieu rural du milieu urbain en 2003-2004. Le clivage instruit-non instruit demeure également : 1,2 enfant séparant la fécondité du moment des femmes sans instruction de celle des femmes d'instruction secondaire ou supérieure.

Si l'urbanisation et l'instruction ont été des facteurs à l'origine de la baisse de la fécondité, l'aisance du niveau de vie, variable en partie liée aux précédentes, a été également un facteur de transition précoce. En 1979-1980, on observe déjà un écart de fécondité selon les niveaux de vie définis lors de l'ENFPF : 6,7 enfants par femme lorsque le niveau de vie est faible, 4,5 lorsqu'il est moyen et 3,7 lorsqu'il est élevé (ministère de la Santé, 1984). En 1992, l'I.S.F. passe de 6,7 enfants par femme, pour le quintile de population le plus pauvre à 2,3 pour le quintile le plus riche. La pauvreté apparaît ainsi comme un facteur de forte fécondité, et ceci même avec un contrôle par le milieu de résidence, et cela tout particulièrement en milieu rural. En 2003-2004, l'écart a diminué, mais il demeure de 1,5 enfant par femme entre le premier et le quatrième quintile de pauvreté (tableau 2).

Cette relation entre niveau de vie et fécondité est confirmée par l'analyse de Schoumaker et Tabutin qui montrent, par une analyse rétrospective de

2. Pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure, c'est dès les années 1980 que la transition est pratiquement achevée, avec une fécondité comprise entre 2 et 2,5 enfants par femme durant cette décennie.

Tableau 2. Indice synthétique de fécondité selon le niveau de pauvreté au Maroc en 1992 et 2003-2004

Quintile de pauvreté	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Ensemble
1992						
urbain	-	-	(3,2)	2,5	2,2	2,5
Rural	6,7	5,2	4,8	-	-	5,5
Ensemble	6,7	5,2	4,2	2,8	2,3	4,0
2003-04						
Ensemble	3,3	3,1	2,5	1,8	1,9	2,5

Source : Gwatkin *et al.*, 2000, annexe ; Oomman *et al.*, 2003 ; ministère de la Santé, 2005.

* Le quintile 1 est celui des plus pauvres, le quintile 5 celui des plus riches.

() indicateur avec une grande marge d'erreur de par un petit nombre de cas.

- pas d'indicateur de par le trop petit nombre de cas.

l'histoire des maternités, que, depuis le début des années 1970, la fécondité des femmes qui sont dans le groupe le plus pauvre en 1992 (au moment de l'E.D.S. II) est la plus élevée. Cependant, si le niveau élevé de vie a été un facteur de précocité de la baisse, l'évolution de l'I.S.F. montre que cette baisse a concerné les trois groupes de population, quel que soit leur niveau de vie, avec simplement un décalage dans le temps. En outre, cet effet de la pauvreté doit être relativisé par celui de l'instruction : s'il est toujours positif sur le niveau de la fécondité chez les femmes non instruites, il est quasi nul chez les femmes instruites (Schoumaker et Tabutin, 1999 : 17-20).

Le contexte régional de la transition de la fécondité marocaine

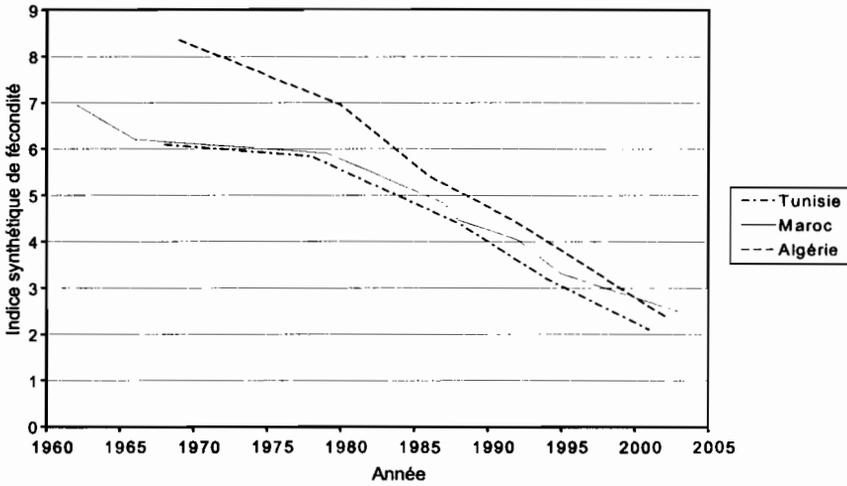
Pour analyser la baisse de la fécondité au Maroc, il nous semble utile de la comparer à celle connue par des pays à contexte socio-économique et culturel relativement proche comme les pays voisins du Maghreb, l'Algérie et la Tunisie. La fécondité marocaine s'est toujours maintenue à un niveau intermédiaire mais plus proche de celle de la Tunisie, la plus basse en permanence. Les écarts, variables d'une période à l'autre, se sont toutefois fortement atténués durant les années les plus récentes.

Si les trois pays sont sans doute partis d'une situation quasiment identique à la fin des années 1950, avec un I.S.F. légèrement supérieur à 7 enfants par femme, leur fécondité a évolué à des rythmes sensiblement différents. Dès les premières années de l'indépendance, une politique favorisant l'émancipation de la femme et la régulation des naissances a été mise en œuvre en Tunisie. Au Maroc, la baisse de la fécondité s'amorce dès la décennie 1960 en l'absence de tout programme en la matière à cette époque. À l'inverse, l'Algérie a vu sa fécondité augmenter durant cette décennie 1960, concomitamment à une politique populationniste. De même, une amélioration de la santé reproductive des femmes s'y est produite avant de diminuer à partir des années 1970 et surtout lors des années 1980 où une véritable transition de la fécondité s'est amorcée. Le Maroc occupe une place intermédiaire, dans la mesure où la baisse de la fécondité sera moins rapide qu'en Tunisie à partir des années 1980. La transition de la fécondité marocaine a toujours connu une avance sur celle de l'Algérie et un léger retard sur la transition tunisienne (figure 1).

L'écart entre l'évolution tunisienne et celle qui affecte le Maroc est plus net en matière de contraception, le programme de planification familiale ayant été en Tunisie plus précoce et efficient beaucoup plus tôt. Ce n'est qu'au tournant du nouveau siècle que la différence en matière de prévalence contraceptive s'estompe. En Algérie, la contraception s'est située entre celle de ses pays voisins des années 1970, première période pour laquelle nous disposons de mesures pour les trois pays, à la fin des années 1990 où la prévalence est devenue plus élevée au Maroc (figure 2).

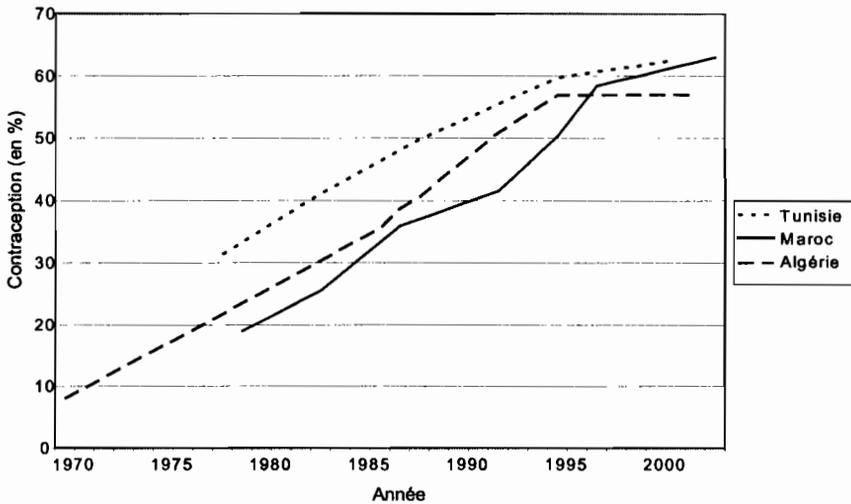
On observe tout d'abord une phase de décalage constant. Celle-ci procède en partie des orientations distinctes, voire divergentes, en matière de politiques de développement socio-économique et d'intégration des questions démographiques à ces politiques de développement, avec notamment en Tunisie une moindre disparité de niveau de vie entre les groupes de population, une égalité supérieure d'accès aux services de santé et une autonomie plus forte des femmes, dans la famille et dans la société. On observe ensuite une convergence des trois pays. Cette convergence, remarquable entre la Tunisie et le Maroc, plus

Figure 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité dans les pays du Maghreb



Source : données d'enquêtes nationales.

Figure 2. Évolution de la prévalence contraceptive dans les pays du Maghreb. Ensemble des méthodes de contraception utilisées au moment de l'enquête par les femmes mariées



Source : données d'enquêtes nationales.

relative avec l'Algérie, marque, depuis le début des années 1990, le retour à une nouvelle homogénéisation des comportements en matière de reproduction à l'échelle du Maghreb (Yaakoubd, 1997). Cela d'autant plus que les ressorts de la transition de la fécondité sont, au-delà des décalages de calendrier dans la mise en œuvre des politiques de développement et de population, communs aux trois pays du Maghreb : report de l'âge au mariage tout d'abord, puis baisse de la fécondité légitime de par le recours à la contraception moderne ensuite, sur fond de progrès de l'instruction et de l'activité salariée féminines et de développement de l'offre de planification familiale, puissants facteurs de baisse de la demande d'enfants et du coût du recours aux méthodes modernes de contrôle de la fécondité (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000 ; Kateb et Ouadah-Bedidi, 2002).

L'évolution de la régulation de la fécondité, ou les mécanismes majeurs de la transition de la fécondité au Maroc

Le fléchissement de la fécondité marocaine, aujourd'hui à sa dernière phase de transition, est concomitant d'une évolution socioculturelle favorable et d'une amélioration du statut de la femme, qui se sont traduits par le recul de l'âge au mariage et une extension de la pratique contraceptive, mécanismes majeurs de la baisse de la fécondité. Au Maroc, comme dans tous les pays arabo-musulmans, le mariage demeure le cadre exclusif de la procréation et, de ce fait, l'âge à la première union est l'âge auquel la quasi-totalité des femmes entame leur vie féconde, déterminant ainsi, d'une manière générale, la durée de la vie féconde. Et il est évident, par ailleurs, que l'adoption de plus en plus massive de la contraception moderne est toujours synonyme de descendance toujours plus réduites.

Le recul de l'âge au premier mariage

C'est effectivement à partir du moment où le mariage est devenu plus tardif et le célibat davantage prolongé que la fécondité a commencé réellement à décliner. En effet, le déclenchement de la baisse de la fécondité, qui peut être situé aux années 1960, est concomitant à la régression de la primo nuptialité féminine et au recul de l'âge au premier mariage (tableau 3). Le Maroc est passé d'une situation en 1960, où près de 6 femmes sur 10 et plus de 9 femmes sur 10 avaient conclu leur premier mariage à 15-19 ans et 20-24 ans, à un état, au

Tableau 3. Évolution de l'âge moyen et médian des femmes au 1^{er} mariage et des proportions de femmes célibataires à 15-19 ans et 20-24 ans au Maroc de 1960 à 2004

Année ou période	Enquête	Âge moyen au premier mariage (en années)			Âge médian au premier mariage ^a (en années)	Proportion de femmes célibataires à 15-19 ans (en %)	Proportion de femmes célibataires à 20-24 ans (en %)
		National	Urbain	Rural			
1960	RGP	17,3	17,5	17,2	16,7	41,2	6,0
1971	RGPH	19,6	20,3	18,4	19,5	70,2	20,4
1979-80	ENFPF	21,6			20,9	78,7	36,9
1982	RGPH	22,2	23,7	21,0	21,3	81,5	40,4
1984	ENPC						
1986-88	ENPDR	23,4				83,5	49,4
1987	ENPS-I	23,5			23,4	87,2	55,3
1992	ENPS-II	24,9			23,9	87,5	56,0
1994	RGPH	25,0	26,2	23,6		87,2	55,6
1995	EPPS	26,3			25,0	89,5	60,2
1997	ENSME	26,4	27,8	24,7		87,3	60,8
2000	Enquête emploi	26,8	27,9	25,6			68,2
2003-04	EPSF					89,0	61,7

Source : Ayad, 1999 ; Azelmat *et al.*, 1996 ; Direction de la Statistique, 2001 ; Hertrich et Pilon, 1997 ; ministère de la Santé, 1999, 2005 ; Yaakoubd, 1997.

^a L'âge médian au premier mariage, tel qu'il est calculé ici, correspond à l'âge auquel la moitié des femmes observées sont mariées.

début des années 2000, où ces proportions sont respectivement de 1 femme sur 10 et moins de 4 femmes sur 10. Dans le même espace de quarante ans, l'âge moyen au premier mariage est passé de 17 ans (1960) à près de 27 ans (en 2000), marquant ainsi l'entrée plus tardive des femmes en union et, par conséquent, le raccourcissement de la durée de la vie féconde. Ainsi, une proportion croissante de femmes et d'hommes sont encore célibataires à 30-34 ans lorsque commence pour les femmes la seconde partie de leur vie féconde : ce chiffre insignifiant en 1960 (2 %) concerne en 1997 le quart des femmes, et 35 % des hommes, ces proportions atteignant respectivement 30 % et 36 % en milieu urbain (tableau 4).

Tableau 4. Évolution des proportions (en %) d'hommes et de femmes célibataires à 30-34 ans selon le milieu de résidence au Maroc de 1960 à 1997

	Hommes				Femmes			
	Total	Urbain	Rural	Différence relative (en %)*	Total	Urbain	Rural	Différence relative (en %)*
1960	8,2	9,6	7,6	26	2,0	2,1	1,9	10
1971	12,7	15,6	10,2	52	3,0	4,1	2,4	70
1982	16,4	22,0	10,6	107	6,3	9,8	3,4	188
1994	33,3	40,5	23,2	174	18,3	22,2	12,5	77
1997	35,5	46,5	22,5	107	24,6	29,6	17,9	65

Source : rapports nationaux des recensements ; ministère de la Santé, 1999.

* La différence relative est calculée sur la base de la formule (Urbain Rural)/Rural.

Une transition matrimoniale s'est donc initiée, en amont de la transition de la fécondité, et, comme elle, elle a été plus rapide en milieu urbain, où l'âge au premier mariage des femmes est, depuis les années 1970, de 2,5 à 3 ans plus élevé qu'en zone rurale. Cette différenciation des comportements de primo nuptialité ne concerne pas seulement le milieu de résidence mais aussi la région, l'instruction et le niveau de pauvreté. Ainsi, par exemple, les femmes d'instruction secondaire ou supérieure ont un âge médian au premier mariage de

6 à 8 ans plus élevé que les femmes sans instruction ; les femmes du quintile le plus riche ont un âge médian de cinq ans plus tardif que les femmes du quintile le plus pauvre.

Cette transition matrimoniale s'accompagne de la diminution de l'écart entre les âges moyens au mariage des hommes et des femmes, qui a diminué de moitié entre 1960 et 1992 : de 7,6 à 3,8 années (tableau 5). Ce rapprochement des âges des époux est un facteur important d'une plus grande égalité entre les conjoints, décisive en matière de gestion de la procréation.

Tableau 5. Évolution de la différence entre les âges moyens au premier mariage des hommes et des femmes au Maroc de 1960 à 1994

Année ou période	Enquête	Différence entre les âges moyens (en années)
1960	RGP	7,6
1971	RGPH	5,9
1979-1980	ENFPF	4,5
1982	RGPH	4,9
1986-1988	ENPDR	4,5
1994	RGPH	3,8

Source : Hertrich et Pilon, 1997.

La progression de l'utilisation de la contraception

Une des conséquences immédiates des progrès enregistrés quant au statut de la femme est l'accès de plus en plus accusé de celle-ci à la connaissance et à l'utilisation de moyens modernes de limitation volontaire des naissances. Dès la fin des années 1980, plus de 80 % des femmes connaissaient une méthode de contraception et notamment la pilule. Au début des années 1990, cette proportion atteignait 99 % des femmes (Yaakoubd, 1997). Quant à l'usage de la contraception moderne, si elle a eu une progression limitée jusqu'au début des années 1980, elle a connu un rythme d'extension beaucoup plus rapide depuis lors (tableau 6). Entre le début des années 1980 et celui des années 2000,

Tableau 6. Évolution de la prévalence contraceptive des femmes mariées selon le type de méthodes au Maroc de 1970 à 2004

Année	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Préservatif	Stérilisation masculine	Stérilisation féminine	Injection	Mousse/gelée	Aménorrhée lactaire	Autres méthodes modernes	N'importe quelle méthode traditionnelle	Contenance périodique	Retrait	Autre méthode traditionnelle	Effectif	Enquête
1970	1,0	0,9	0,7	0,2	-	-	-	-	-	-	-	...	-	-	-	N. P.	*
1971	3,0	3,0	2,4	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N. P.	*
1972	4,0	3,9	3,2	0,7	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	N. P.	*
1973	6,0	5,6	4,8	0,8	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	N. P.	*
1974	7,0	6,5	5,8	0,7	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	N. P.	**
1979	15,5	14,4	13,0	1,4	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-	-	-	N. P.	**
1979-80	19,4	16,4	13,7	1,6	0,3	-	0,8	0,0	0,0	-	0,1	3,0	1,1	1,1	0,7	3 680	ENFPF
1983-84	25,5	21,3	16,8	2,5	0,4	-	1,7	-	0,3	-	-	4,3	1,5	1,6	1,2	5 774	ENPC
1987	35,9	28,9	22,9	2,9	0,5	0,0	2,2	0,3	0,1	-	0,4	6,9	2,3	3,1	1,5	5 447	ENPS-I
1992	41,5	35,5	28,1	3,2	0,9	-	3,0	0,1	0,2	-	-	6,0	3,0	2,6	0,3	5 118	ENPS-II
1995	50,3	42,4	32,2	4,3	1,4	-	4,3	0,1	0,1	-	0,1	7,9	4,6	2,8	0,4	2 481	EPPS
1997	58,4	48,8	38,3	5,3	1,2	-	3,0	0,7	-	-	0,3	9,6	3,2	3,0	3,5	4 695	ENSME
2003-04	63,0	54,8	40,1	5,4	1,5	-	2,7	2,1	0,1	2,8	-	8,2	3,8	4,4	0,1	8 782	EPSF

Source : Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1999, 2005 ; U.S. Census Bureau, 2004.

N. P. : non précisé.

* Données fournies par le Population Council (U.S. Census Bureau, 2004).

** Données fournies par des services statistiques sur la base des activités des programmes de planification familiale (U.S. Census Bureau, 2004).

la contraception moderne a été multipliée par 2,5 et la contraception dite traditionnelle a doublé. En 2003-2004, 63 % des femmes mariées utilisent une méthode quelconque de contraception et 55 % une méthode moderne.

La transition a été, en matière contraceptive comme en matière de fécondité et de nuptialité, plus précoce dans les milieux urbains et instruits. Dès les années 1979-1980, la moitié des femmes de niveau secondaire ou supérieure et le tiers des femmes urbaines utilisaient une méthode de contraception, alors qu'à la même époque, seules 15 % des femmes sans instruction et 9 % des femmes rurales faisaient de même. Cet écart selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction perdurera tout en s'atténuant peu à peu jusqu'au tournant des années 2000 et c'est seulement aujourd'hui que nous pouvons observer une homogénéisation certaine et très marquante des comportements contraceptifs entre les différentes catégories de femmes (tableau 7). L'écart de prévalence contraceptive selon les milieux de résidence et les niveaux d'instruction est faible (de 6 à 7 points) et cela tout particulièrement pour ce qui concerne la contraception moderne (3 points seulement). Cette homogénéité est également notable selon le niveau de pauvreté et le statut de la femme dans son ménage (ministère de la Santé, 2005). Ce rapprochement des comportements se vérifie par exemple selon le niveau de pauvreté : en 1993, près de 30 points séparaient la prévalence contraceptive moderne des femmes des quintiles extrêmes de pauvreté ; en 2003-04 cet écart n'est plus que de 5 points (tableau 8). Ainsi, à l'étape actuelle de la révolution contraceptive marocaine, même dans les catégories les plus démunies économiquement et socialement, ce sont plus de 55 % des femmes qui utilisent une méthode contraceptive, et plus d'une femme sur deux qui emploie une méthode moderne.

Un affaiblissement des pratiques d'espacement des naissances durant le post-partum

Dès le début des années 1990, l'abstinence post-partum est réduite aux premières semaines après la naissance, l'aménorrhée post-partum à quelques

Tableau 7. Évolution de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants au Maroc de 1979-1980 à 2003-2004

	1979-80 ¹ (ENFPF)		1987 (ENPS-I)		1995 (EPPS)		2003-04 (EPSF)	
	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne	Toute méthode	Méthode moderne
<i>Âge</i>								
15-19			17,0	14,5	32,4	30,4	38,6	36,1
20-24			25,6	23,0	39,8	36,1	57,9	52,8
25-29			36,1	29,0	47,7	43,4	62,8	58,2
30-34			42,9	35,8	54,0	47,5	69,7	63,3
35-39			42,6	33,3	57,3	47,8	71,1	61,1
40-44			41,7	31,6	54,4	43,3	68,7	56,3
45-49			30,4	22,5	48,7	33,3	50,2	38,9
<i>Milieu de résidence</i>								
Urbain	36,4	30,6	51,9	42,0	64,2	51,0	65,5	56,0
Rural	9,4	8,2	24,6	19,7	39,2	35,6	59,7	53,2
<i>Niveau d'instruction</i>								
Aucun	15,4	13,4	30,8	24,8	44,5	39,7	61,2	53,7
Primaire	47,7	40,9	57,4	46,6	62,8	50,7	62,9	56,8
Secondaire ou plus	56,4	41,2	65,6	52,8	65,7	47,5	68,8	56,4
<i>Région</i>								
Nord-Ouest	19,6	16,2	33,5	24,8	49,9	38,1		
Centre Nord	13,7	11,3	27,5	21,5	40,9	32,4		
Centre	24,8	22,3	44,0	38,5	57,0	50,2		
Oriental	15,4	12,6	40,1	34,4	49,4	44,0		
Centre Sud	27,2	23,0	43,9	37,6	63,1	52,7		
Tenfsit	19,7	17,9	35,0	30,0	53,2	48,3		
Sud	8,3	6,9	24,8	13,4	37,2	31,4		
<i>Nombre d'enfants vivants</i>								
Aucun	7,3 ¹		7,9	5,1	12,7	8,7	11,0	9,6
1	19,0		30,8	26,5	43,3	38,0	64,9 ^a	57,3 ^a
2	25,6		36,5	30,3	56,6	48,1		
3	27,3		39,3	32,1	58,8	50,0	73,8 ^b	63,9 ^b
4 ou plus	29,2 ^c		42,6	33,7	56,9	47,8		
5 ou plus	41,7						69,6	59,5
Ensemble	29,6	16,4	35,9	28,9	50,3	42,4	63,0	54,8

Source : Ayad, 1999 ; Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1984, 2005.

1. En 1979-80, cet indicateur concerne les femmes exposées, soit les femmes en union, vivant avec leur mari et n'étant pas enceintes au moment de l'enquête.

^a 1 ou 2 ; ^b 3 ou 4 ; ^c 4.

mois, de par la réduction de l'allaitement maternel exclusif³, et la période de non-susceptibilité se trouve par conséquent très courte : 4 mois pour l'ensemble de la population et seulement 1,3 mois pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (tableau 9). La durée de non-susceptibilité diminuera pour atteindre 3,1 mois au début de la décennie 2000. Ainsi, les pratiques de régulation de l'espacement des naissances, si importantes dans d'autres régions pour le contrôle de la fécondité, notamment en Afrique subsaharienne, sont devenues tout à fait marginales au Maroc.

La fécondité marocaine et sa régulation selon les catégories sociales

Au Maroc, rares sont les études qui appréhendent la fécondité, en particulier, et les comportements reproductifs, de manière générale, en termes de catégories sociales. Cet état de choses est dû en bonne partie à la difficulté de cerner au mieux le concept de catégorie sociale. Il est également dû à la rareté des données susceptibles de permettre des analyses selon cette perspective.

La réalisation en 1997 de l'enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant (ENSME), souvent dénommée « enquête PAPCHILD », rend cette étude possible (ministère de la Santé, 1999). Par ailleurs, la hiérarchisation sociale fort ancrée qui marque la société marocaine et l'étroitesse des liens entre les variables qui déterminent l'appartenance sociale, plaident en faveur d'une analyse en termes de catégories sociales. En effet, dans un tel contexte, les caractéristiques socio-économiques de la population s'associent et s'auto-déterminent les unes par les autres, de telle sorte que les couches socialement défavorisées le sont à tous les niveaux (éducation, activité, revenu, conditions de vie, etc.) et celles avantagées le sont également à tous les niveaux. De ce fait, toute approche, pour être appropriée, doit tenir compte du caractère entremêlé de ces différentes caractéristiques.

Une des approches, nous paraissant particulièrement féconde à ce sujet, consiste à réduire la dimension sociale de la fécondité à une seule variable faisant

3. Voir au sujet de la réduction de la durée d'allaitement, le tableau annexe 1.

la synthèse de l'ensemble des variables économiques et sociales et constituant de ce fait un indicateur de catégorie sociale. La pertinence de cette approche se justifie à plusieurs niveaux. La pauvreté de masse, les fortes inégalités sociales, les disparités considérables qu'elles occasionnent quant à l'accès à l'information et aux services, les modes de comportements qu'elles induisent ne sont que quelques-uns des arguments qui justifient une approche en terme de groupes associant des individus ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques.

Tableau 8. Prévalence de la contraception moderne au Maroc selon le niveau de pauvreté et le milieu de résidence, 1993 et 2003-2004

Quintile de pauvreté*		Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
1993	Urbain	-	42,7	41,0	44,6	48,6
	Rural	17,8	29,1	36,3	37,3	(42,6)
	Ensemble	17,9	30,0	37,8	43,1	48,3
2003-04	Ensemble	51,4	55,2	55,4	54,8	56,8

Source : Gwatkin *et al.*, 2000, annexe; Oomman *et al.*, 2003.

* Le quintile 1 est celui des plus pauvres, le quintile 5 celui des plus riches.

() indicateur avec une grande marge d'erreur de par un petit nombre de cas.

- pas d'indicateurs de par le trop petit nombre de cas.

Il est, par ailleurs, universellement reconnu et largement démontré que les déterminants classiques de la fécondité sont d'effets variables selon les conditions socio-économiques sous lesquelles ils opèrent et l'environnement culturel dans lequel ils s'inscrivent (Odimegwu et Zerai, 1996). De ce fait, une meilleure compréhension des processus de transition enclenchés et des stades auxquels ils ont abouti requiert une analyse en termes de sous-groupes socialement homogènes et culturellement proches et non au niveau national, comme cela se fait le plus souvent. Les catégories sociales constituent des sous-groupes particulièrement pertinents pour ce faire (Dharmalingam, 1996), même si elles n'ont pas bénéficié d'un grand intérêt de la part des chercheurs.

Dans cette partie, on fera d'abord une brève présentation de la définition et du procédé statistique sur la base desquels l'identification des catégories

sociales sera faite, pour ensuite caractériser chacune des catégories ainsi identifiées eu égard aux principaux critères économiques et sociaux retenus. Les variations sociales de la fécondité seront ensuite analysées et explicitées et des éléments de réponse à la question centrale, autour de laquelle s'articule cette partie, seront développés. Formulée de manière assez générale, cette question peut être énoncée comme suit : dans quelles mesures la relation catégorie sociale – comportement reproductif trouve-t-elle confirmation dans le contexte particulièrement inégalitaire qui caractérise la société marocaine ? Enfin, la mise en évidence de la nature de cette relation et des effets qui en sont induits, à différents niveaux du comportement en matière de procréation, retiendra notre attention.

Catégories sociales : définition et approche méthodologique utilisée pour leur extraction

À l'évidence, « la catégorie sociale » est un concept non aisément saisissable. Sa définition a longtemps constitué et constitue encore un des thèmes les plus discutés dans la littérature, sociologique en particulier. Conscient de l'importante ambiguïté entourant ce concept et de sa nature à la fois multidimensionnelle et non toujours uniforme, il n'est pas de notre ressort d'ouvrir à nouveau le débat sur de telles questions aussi complexes que controversées. Notre ambition est beaucoup plus modeste. Elle part d'une définition simple bâtie autour de critères à la fois objectifs et opérationnels.

Cette définition appréhende « la catégorie sociale » comme étant une entité relativement homogène du point de vue de la connaissance et de la capacité économique d'accès aux biens et aux services. Cela va des degrés de savoir (niveau d'instruction) aux qualifications professionnelles (activité exercée) et aux ressources que génère leur exercice (revenu).

Bien que ces trois dimensions soient assez souvent étroitement liées, dans la mesure où l'acquisition d'un niveau d'instruction attribue une qualification, qui donne accès à une profession, laquelle procure un revenu, il convient de noter

que cette suite n'est ni linéaire ni unidimensionnelle. L'absence de substituabilité complète entre ces variables rend donc nécessaire la prise en considération simultanée des aspects propres à chacune d'elles. Cependant, si cette prise en compte est directement possible pour ce qui est des aspects instruction et activité, elle ne peut être qu'indirectement envisagée lorsqu'il s'agit de revenu. À ce dernier critère, non appréhendé par les enquêtes PAPCHILD, on substituera une série de variables relatant plus ou moins directement ou indirectement le niveau de vie du ménage⁴ auquel s'identifie la femme.

Partant de la définition énoncée ci-dessus et tenant compte du volume de données à manipuler, l'extraction de catégories sociales répondant à cette définition peut se faire à l'aide de l'une ou l'autre des méthodes dites de classification non hiérarchique⁵. Parmi toutes ces méthodes, une nous paraît tout particulièrement convenir à la réalisation de l'objectif visé. Il s'agit de la méthode dite des « K-Means » de Mac Queen (1967)⁶ qui, avec un minimum d'hypothèses, permet de rassembler les entités observées (les femmes) de sorte que les éléments faisant partie d'un même groupe (*i.e.* d'une même catégorie sociale) soient fortement similaires entre eux et que ceux appartenant à des groupes différents soient aussi dissemblables que possible les uns par rapport aux autres (Anderberg, 1973).

En conformité avec la conception multidimensionnelle à la base de la définition adoptée, cette similarité ou dissemblance sera jugée en fonction d'une série de critères ; à savoir le niveau d'instruction et l'activité de la femme et de

-
4. Les variables, auxquelles nous avons eu recours, pour apprécier le niveau de vie du ménage dont fait partie la femme, ont trait au statut d'occupation du logement, à l'accès à certains services de base (eau, électricité et téléphone) et à l'équipement en certains appareils (téléviseur, cuisinière, machine à laver, réfrigérateur, voiture).
 5. L'avantage de ces méthodes par rapport à celles dites de classification hiérarchique est qu'elles sont, à l'opposé de ces dernières, d'application possible aux grands échantillons puisqu'exigeant moins d'espace mémoire et procédant séquentiellement et non simultanément au calcul et au stockage des différents paramètres d'entrée.
 6. Par rapport aux deux principales autres méthodes de classification non hiérarchique, la méthode de Forgey et celle de Jancey, la méthode de Mac Queen (1967) a l'avantage considérable de recalculer les noyaux ou les centres de gravité à chaque affectation d'unité supplémentaire et non seulement lorsque toutes les unités sont affectées, comme c'est le cas pour ces deux méthodes. Voir Berthet (1978) pour une synthèse et discussion de ces méthodes.

son époux, le statut d'occupation du logement, la possession de certains biens (télévision, téléphone, réfrigérateur, cuisinière, machine à laver, voiture) et le bénéfice de certains services (accès à l'eau potable et raccordement au réseau électrique).

Ces critères n'épuisent évidemment pas tous les aspects susceptibles de déterminer l'appartenance à une catégorie sociale ou à une autre, mais permettent toutefois de donner une indication ne serait-ce que grossière sur la composition sociale de la société étudiée. Nous sommes, en effet, limités par les données et nous manquons d'information au sujet de nombreux autres critères dont le revenu, notamment.

S'agissant de critères d'ordre qualitatif essentiellement, certaines transformations sont à opérer au préalable pour que les données utilisées soient adaptées à l'application de la méthode retenue. Dans ce but, chacun des critères énumérés ci-dessus a été décomposé en autant de variables binaires qu'il présente de modalités⁷.

En représentant sur un plan multidimensionnel chaque femme par un point résumant sa situation par rapport à chacune des variables nouvellement créées, des distances euclidiennes entre couples de points peuvent être ainsi calculées. Ces distances, s'identifiant dans le présent cas à des distances sociales entre femmes, représentent des indices de proximité entre ces dernières. La méthode des « K-Means » procède justement à partir de ces indices pour aboutir à l'identification de groupes homogènes (ou catégories sociales) suivant l'algorithme ci-après :

— En premier lieu, une configuration initiale de K noyaux⁸, contenant chacun une seule famille, est générée ;

7. En notant, par exemple, X_i le critère i ($i = 1, 2, 3, \dots$) et X_{ij} la modalité j par rapport à ce critère ($j = 1, 2, 3, n_i$) avec n_i le nombre total de modalités possibles pour le critère i , X_{ij} serait égal à 1 si l'entité observée (la femme) possède la caractéristique j du critère i et X_{ij} prendrait la valeur 0 dans le cas contraire. De cette façon on génère de nouvelles variables qui, tout en reproduisant fidèlement les informations contenues dans les variables initiales, rendent possible l'application de la méthode retenue.

8. K, représentant le nombre de groupes (ou classes sociales) à extraire, est à fixer a priori. Pour notre part, après plusieurs essais, ce nombre a été fixé à cinq puisqu'il s'est avéré à l'issue de ces essais que c'est le nombre maximum de classes que l'on peut retenir tout en étant assuré de la représentation de chacune de ces classes par un effectif minimum de femmes.

- En second lieu, chacune des familles restantes est affectée au noyau (ou classe sociale) dont le centre de gravité est le plus proche. Autrement dit, celui par rapport auquel la distance euclidienne (ou encore la distance sociale) est minimale ;
- À chaque affectation de famille supplémentaire, le centre de gravité est recalculé. L'affectation suivante se fait donc en fonction des nouveaux centres de gravité ;
- Une fois toutes les familles affectées, des rotations sont effectuées jusqu'à ce que la convergence soit atteinte. Autrement dit, jusqu'à ce que les centres de gravité deviennent stables ou encore jusqu'à ce que les niveaux maximums d'homogénéité intraclasse et d'hétérogénéité entre classes soient atteints.

Notons, finalement, qu'étant donné le fait que la configuration initiale est susceptible d'influencer la configuration finale, la meilleure façon de procéder consiste à tirer au hasard K familles qui constituera les K noyaux de départ. C'est de cette façon qu'ont été générées les cinq classes de départ.

Profils socio-économiques des catégories sociales identifiées

Appliquée aux coordonnées socio-économiques des femmes non célibataires, la méthode de classification décrite ci-avant a permis de dégager cinq partitions⁹, chacune s'identifiant à une catégorie sociale au profil plus ou moins délimité et se distinguant des quatre autres sur un ou plusieurs des critères retenus (tableau 10). Nous donnons ci-après une brève description de la composition des cinq catégories sociales ainsi constituées, en les caractérisant les unes par rapport aux autres.

Catégorie sociale 1. C'est la catégorie qui cumule le plus d'attributs socio-économiques favorables. Elle est composée de femmes urbaines ayant pratiquement

9. Le nombre définitif de groupes ou de catégories à dégager est à fixer a priori. Après plusieurs essais et pour des raisons de contraintes de données, nous avons choisi de l'arrêter ici à cinq. Cela dans l'objectif d'avoir au sein de chaque groupe ou catégorie un nombre de femmes suffisamment grand pour que l'on puisse procéder à des analyses différentielles.

Tableau 10. Structures des catégories sociales identifiées selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (en %) au Maroc en 1997

Caractéristiques	Catégories sociales					Ensemble
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4	Catégorie 5	
<i>Exercice par la femme d'une activité rémunératrice</i>						
Oui	51,4	15,9	5,0	7,8	3,0	9,6
Non	48,6	84,1	95,0	92,2	97,0	90,4
<i>Niveau d'instruction de la femme</i>						
Analphabète	0,0	0,0	82,1	100,0	94,4	71,0
Primaire	0,0	100,0	17,0	0,0	5,5	22,4
Secondaire et plus	100	0,0	0,9	0,0	0,1	6,6
<i>Niveau d'instruction du conjoint</i>						
Analphabète	2,1	19,5	0,0	50,4	99,5	54,4
Primaire	19,3	50,8	94,0	38,0	0,0	32,0
Secondaire	45,9	21,7	5,4	8,9	0,4	9,5
Universitaire	32,7	8,0	0,6	2,7	0,0	4,1
<i>Milieu de résidence</i>						
Urbain	94,8	91,9	26,9	87,5	13,2	48,8
Rural	5,2	8,1	73,1	12,5	86,8	51,2
<i>Accès à l'eau potable</i>						
Oui	95,7	88,1	14,7	87,3	6,2	43,4
Non	4,3	11,9	85,3	12,7	93,8	56,6
<i>Connexion au réseau d'électricité</i>						
Oui	100,0	98,0	28,7	99,3	11,4	52,1
Non	0,0	2,0	71,3	0,7	88,6	47,9
Nombre de femmes	327	893	781	994	2 098	5 093

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

toutes atteint au moins le niveau d'instruction secondaire et exerçant pour la plupart une activité rémunératrice. Leurs époux sont, dans l'ensemble, d'un niveau d'instruction avancé. Elles sont, par ailleurs, proportionnellement les plus nombreuses à avoir accès aux services de base (eau et électricité) et à posséder des équipements témoignant d'un niveau de vie relativement élevé.

Catégorie sociale 2. C'est, avant tout, une catégorie qui regroupe essentiellement des femmes de niveau d'instruction primaire, n'exerçant pour la plupart pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes ayant rarement dépassé le niveau du secondaire. C'est, par ailleurs, une catégorie qui rassemble aussi bien des femmes rurales qu'urbaines. C'est aussi une catégorie au sein de laquelle le bénéfice des services de base (eau et électricité) et la possession de certains équipements s'avère être l'apanage d'une fraction limitée de femmes.

Catégorie sociale 3. C'est la catégorie des femmes non actives, n'ayant guère dépassé le niveau du primaire et dont le mari est le plus souvent de niveau d'instruction primaire ou secondaire. C'est aussi une catégorie où les femmes, en majorité rurales, n'ont qu'un accès limité aux services de base (eau et électricité).

Catégorie sociale 4. Cette catégorie rassemble, presque exclusivement, des femmes analphabètes, n'exerçant, pour la plupart, pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes le plus souvent d'instruction primaire. Cette catégorie, regroupant plus de femmes rurales qu'urbaines, a un accès aux services de base (eau et électricité) encore plus limité que la précédente.

Catégorie sociale 5. Quel que soit l'angle sous lequel on tente de la décrire, cette dernière catégorie est celle qui cumule tous les caractères socio-économiques défavorables. Elle est presque entièrement composée de femmes analphabètes, n'exerçant pas d'activité rémunératrice et mariées à des hommes analphabètes eux aussi. Cette catégorie est aussi celle de loin dominée par les femmes rurales ayant un faible accès aux services de base (eau et électricité).

Catégories sociales et comportements en matière de reproduction

Plus que toute autre mesure partielle appréhendée en fonction de l'une ou l'autre caractéristique socio-économique de la femme, la catégorie sociale à laquelle s'identifie cette dernière — mesure synthétique résumant l'ensemble de ces caractéristiques — est de loin le meilleur révélateur des contrastes sociaux en matière de comportements reproductifs des femmes marocaines.

C'est, en effet, en fonction de celle-ci que les variations sociales les plus marquées de la fécondité de ces femmes sont observées (tableau 11). C'est aussi en fonction de cette même variable que les écarts par rapport au niveau national sont les plus prononcés. Ces variations et écarts sont à l'image des situations socio-économiques plus ou moins contrastées et relatent des niveaux de fécondité en concordance avec la gradation sociale à la base de celles-ci. Au sommet de la hiérarchie, la catégorie sociale 1, cumulant les avantages, affiche le niveau de fécondité le plus bas. Au bas de l'échelle, les catégories sociales 4 et 5, défavorisées à nombreux points de vue, s'avèrent les plus prolifiques. Les autres catégories, aux oppositions socio-économiques nettement moins tranchées, affichent des niveaux de fécondité assez peu différenciés. Les indices synthétiques de fécondité qui leur reviennent sont nettement au dessus de ceux de la catégorie la mieux lotie (catégorie 1) et largement en dessous de ceux des catégories les moins favorisées (catégories 4 et 5).

Tableau 11. Indice synthétique de fécondité, âge au premier mariage et pratique contraceptive selon la catégorie sociale de la femme au Maroc en 1997

	Indice synthétique de fécondité (I.S.F.)	Âge médian au 1 ^{er} mariage (en années)	Âge moyen à la 1 ^{re} naissance (en années)	Pratique contraceptive passée (en %)	Pratique contraceptive actuelle (en %)
Catégorie 1	1,5	24	25,8	92,5	72,7
Catégorie 2	2,3	20	21,9	91,9	66,5
Catégorie 3	2,7	18	20,7	84,0	61,0
Catégorie 4	3,4	18	20,6	92,1	68,0
Catégorie 5	3,8	18	20,2	76,8	48,4
Ensemble	3,1	18,7	21,0	84,5	58,9

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

Dans l'ensemble, en parallèle à la hiérarchie sociale s'établit, dans le même ordre, une gradation des niveaux de fécondité des femmes appartenant à chacune des cinq catégories sociales distinguées. Telle qu'elle est conçue ici, la catégorie sociale reflète des différences aussi bien en matière de connaissance que de capacité matérielle d'accès au bien-être et aux services nécessaires. Dès lors, il faut se garder d'attribuer à l'une ou l'autre des variables socio-économiques ayant servi à la construction des catégories sociales identifiées la responsabilité des faibles ou forts niveaux de fécondité. Toutes ces variables sont censées agir et interagir dans un ensemble cohérent d'attributs économiques et sociaux, en l'occurrence la catégorie sociale, pour conditionner le comportement reproductif des femmes et déterminer en définitive leur niveau de fécondité.

Cependant, intéressantes en elles-mêmes, les variations sociales de la fécondité peuvent éclairer davantage si on les met en rapport avec un certain nombre de variables dont les effets leur sont, vraisemblablement, directement ou indirectement associés. Ces variables, ayant trait essentiellement à des aspects d'ordre comportemental, peuvent en effet être à l'image des conditions socio-économiques dans lesquelles elles s'inscrivent, d'influence plus ou moins conséquente. L'âge d'entrée en première union, l'âge d'entrée effective en période de reproduction ainsi que la connaissance et la pratique régulière d'une méthode contraceptive sont quelques-unes de ces variables au sujet desquelles l'enquête PAPCHILD fournit des informations.

En concordance parfaite avec les niveaux sociaux identifiés, ces indicateurs se rangent dans un ordre décroissant en fonction de la catégorie sociale d'appartenance, les catégories sociales étant elles-mêmes classées selon un niveau de vie décroissant, comme on l'a vu précédemment. Autrement dit, plus la catégorie sociale à laquelle s'identifie la femme est élevée plus cette dernière a tendance à se marier et à donner naissance à son premier enfant à un âge relativement avancé. Ce qui témoigne d'une réelle connexion et d'une correspondance assez étroite entre catégorie sociale, d'une part, et comportements matrimonial et reproductif, d'autre part.

À son tour, la pratique de la contraception apparaît comme un comportement à fréquence globalement croissante avec le niveau socio-économique. Qu'il s'agisse, en effet, de pratique contraceptive passée ou actuelle, c'est le plus souvent la catégorie 1 qui regroupe la proportion la plus importante de pratiquantes et c'est partout la catégorie 5 qui affiche les performances de loin les plus faibles en la matière.

Effets nets de la catégorie sociale

Les analyses précédentes montrent l'intérêt de « la catégorie sociale » en tant que critère de différenciation du niveau de fécondité, d'une part, et facteur selon lequel ses déterminants proches se structurent, d'autre part. C'est dire combien la hiérarchisation sociale et les barrières entre catégories sociales s'accompagnent de discriminations à tous les niveaux et combien ces discriminations peuvent être conséquentes quant au comportement reproductif adopté. L'effet net de l'appartenance à « une catégorie sociale » ou à une autre ne peut, cependant, être au mieux apprécié que via la prise en compte simultanée des effets de l'ensemble des autres variables. Une telle appréciation est rendue possible grâce à l'application d'un modèle de régression linéaire aux données individuelles émanant de l'enquête marocaine. Dans ce modèle, le nombre d'enfants nés vivants constituera notre variable dépendante ou à expliquer. En revanche, les variables indépendantes ou explicatives seront au nombre de cinq : l'âge de la mère au moment de l'enquête, l'âge qu'elle avait lors de son entrée en première union, sa pratique ou non d'une méthode contraceptive depuis le mariage, son milieu de résidence et « la catégorie sociale » à laquelle elle appartient. L'application de ce modèle aux coordonnées individuelles des femmes a donné lieu aux résultats synthétisés dans le tableau 12.

De ces résultats, il ressort que la technique de régression à laquelle nous avons eu recours fournit, dans l'ensemble, de bons ajustements. Le coefficient de détermination (R^2) dépasse les 60 %, dénotant une qualité d'ajustement fort appréciable. Ceci montre la bonne adéquation du modèle utilisé pour

la problématique étudiée. Par ailleurs, toutes les variables s'avèrent d'un effet propre déterminant pour la fécondité. Le seuil de significativité est en effet inférieur, pour toutes les variables, à 1 %. Ce qui, à son tour, témoigne de la valeur prédictive de ces variables et de la place importante qu'elles s'adjugent parmi les déterminants de la fécondité.

Tableau 12. Résultats du modèle de régression linéaire (OLS) avec comme variable dépendante le nombre d'enfants nés-vivants au Maroc en 1997

Variables	Paramètres estimés
Constante	-1.255***
Âge de la femme	0.266***
Âge au 1 ^{er} mariage	-0.206***
Pratique contraceptive	
Oui	Réf.
Non	1.336***
Milieu de résidence	
Rural	Réf.
Urbain	-0.714***
Catégorie sociale	
catégorie 1	Réf.
catégorie 2	0.091
catégorie 3	0.645***
catégorie 4	0.435***
catégorie 5	1.037***
R2	0.632
Statistique F	1086.197***
N	5 078

Source : calcul des auteurs d'après le fichier ENSME-PAPCHILD 1997.

*** significatif à 1% ($P < 0.01$).

Réf : catégorie de référence.

Cela dit, intéressons-nous plus particulièrement aux effets nets de « la catégorie sociale », principal critère de différenciation autour duquel cette partie de notre analyse s'articule. En contrôlant les effets de toutes les autres variables, autrement dit en les maintenant constants, ce critère conserve partout un fort poids explicatif. Le fait que la catégorie 2 se détache en se révélant la moins significative au sens statistique du terme, s'explique parfaitement dans la mesure où, comme on l'a noté précédemment, cette catégorie regroupe des femmes d'un profil social relativement proche de celui des femmes s'identifiant à la catégorie de référence, en l'occurrence la catégorie 1. C'est, sans doute, cette proximité sociale qui est à l'origine de la forte similarité des comportements reproductifs des femmes appartenant aux deux catégories. L'écart qui les sépare en termes de fécondité nette est, en effet, celui le plus faible : 0,091 enfant de plus en moyenne pour les femmes de la catégorie 2 que pour celles de la catégorie 1. Ce qui est, à l'évidence, fort négligeable.

D'une manière générale, les distances sociales qui séparent les cinq catégories distinguées se traduisent partout en niveaux de fécondité plus ou moins contrastés lorsque l'effet de l'appartenance sociale est simultanément apprécié avec ceux des autres variables. L'excédent de fécondité par rapport à la catégorie a priori socialement la plus aisée, en l'occurrence la catégorie 1, va généralement en croissant en fonction de la gradation sociale établie. Toutes choses étant égales par ailleurs, les écarts les plus importants sont, dans l'ensemble, le fait des catégories les moins bien loties : les catégories 3, 4 et 5. Par rapport à la catégorie 1, le nombre supplémentaire d'enfants auxquels les femmes appartenant à ces catégories donnent en moyenne naissance va de 0,435 à plus de 1 en passant de la catégorie 4 à 5.

Notons, finalement, que la mesure conjointe de l'effet d'une variable synthétique telle que « la catégorie sociale » et des effets simultanés des quatre autres variables n'affecte nullement le poids déterminant de ces dernières. Qu'il s'agisse, en effet, de variables contextuelles, tel que le milieu de résidence, ou comportementale, telle que la pratique ou non d'une méthode contraceptive, ou bio-démographiques, tels que l'âge au moment de l'enquête et celui d'entrée

en première union, ces variables conservent toutes leur pouvoir explicatif et continuent à fortement différencier les niveaux de fécondité. Toutes choses étant égales par ailleurs, le fait de résider en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural s'accompagne d'une réduction de l'ordre de 0,714 du nombre d'enfants mis au monde, en moyenne. De même, l'absence de pratique d'une contraception donne lieu à un accroissement moyen de la fécondité de l'ordre de 1,366 enfant. À son tour, tout accroissement d'une année de l'âge au premier mariage induit une réduction de la fécondité de 0,206 enfant en moyenne. Par ailleurs, l'avancement de la femme en âge, synonyme d'une couverture plus large par l'enquête de sa période de reproduction, résulte en une augmentation de la parité atteinte de 0,266 en moyenne par année supplémentaire.

Une transition de la régulation de la fécondité réelle mais encore inégale selon les catégories de la population

Avec 2,5 enfants par femme, la fécondité marocaine est entrée au tournant du XXI^e siècle dans la dernière phase de sa transition. Cette fécondité est plus faible dans les milieux urbains et instruits comme dans les couches aisées de la population, car le mode de régulation de la procréation n'a pas évolué de la même manière dans les différentes catégories de la population. Les catégories les mieux insérées dans le processus de développement national ont connu une révolution matrimoniale et contraceptive plus précoce et plus intense. Aujourd'hui, les différences selon les différentes catégories concernent essentiellement l'âge au premier mariage, nettement plus tardif dans les catégories urbaines, instruites et aisées. Quant au recours à la contraception, s'il est demeuré longtemps nettement plus prononcé dans ces mêmes catégories, il s'est homogénéisé récemment même s'il demeure un peu plus fréquent pour les femmes qui résident en ville, disposent d'un bon niveau d'instruction et d'un niveau de vie aisé.

L'ensemble des résultats que nous avons pu dégager en utilisant la notion de catégorie sociale, en dépit des limites inhérentes aux données utilisées,

fournit une première et intéressante conclusion sur le plan conceptuel et méthodologique. Il s'agit de la pertinence de cette notion en tant que variable synthétique en fonction de laquelle les déterminants de la fécondité doivent être appréhendés et examinés, surtout dans le contexte marocain étudié ici affecté de graves et persistantes inégalités. Il va sans dire que si les critères socio-économiques qui ont servi à la construction et à l'identification des catégories sociales étaient plus nombreux et mieux spécifiés et si l'échantillon de l'enquête utilisée était plus large, les groupements effectués auraient été plus homogènes et mieux circonscrits et les contrastes de fécondité qui en découlent auraient été plus prononcés. Point de doute aussi que le concept même de catégorie sociale nécessite d'être mieux cerné, du point de vue de son contenu comme de sa mesure. Nous n'avons aucunement la prétention d'apporter, à travers cette analyse, des réponses parfaites à toutes les questions posées et à tous les problèmes soulevés. Notre ambition, beaucoup plus modeste, était d'initier une réflexion sur les inégalités sociales et les effets qu'elles induisent sur le comportement reproductif des femmes dans un contexte qui en est sûrement une des illustrations les plus évidentes.

Néanmoins, les résultats obtenus sont révélateurs de faits intéressants. Et ce, malgré les insuffisances précédemment évoquées. En effet, outre la confirmation que ces résultats apportent à la liaison entre le profil socio-économique et le niveau de fécondité, ils sont de nature à affirmer l'étroitesse des liens entre catégorie sociale d'appartenance, d'une part, et les comportements matrimoniaux et reproductifs contribuant à la régulation de la fécondité, d'autre part. Qu'il s'agisse de l'âge d'entrée en première union, de la pratique contraceptive ou de la fécondité effective, les résultats obtenus sont unanimes à souligner la mesure dans laquelle ces variables sont tributaires du niveau social auquel s'identifie la femme. Il se confirme ainsi que la précocité du mariage, la faible pratique contraceptive et du coup la forte fécondité sont les traits caractéristiques des catégories sociales les moins bien loties. Il se confirme, en revanche, que le mariage tardif, la pratique contraceptive étendue et la fécondité réduite sont des comportements qui continuent à distinguer les femmes de niveau social

relativement aisé, et ce même dans une phase de transition de la fécondité avancée. L'évolution de la fécondité et de sa régulation demeure marquée au Maroc par une différenciation entre les différentes catégories sociales de la population même si elle tend à s'orienter, depuis les dernières années, vers une relative homogénéisation des comportements.

Références bibliographiques

- ANDERBERG M.R., 1973, *Cluster analysis for applications*, Academic Press, New York, 359 p.
- AYAD M., 1999, « La fécondité au Maroc : niveaux et déterminants de 1980 à 1995 », in Ayad M. et Azelmat M. (éd.), *Regards sur la fécondité, la santé et la planification familiale au Maroc*, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., pp. 3-25.
- AZELMAT M., AYAD M. et BELHACHMI H., 1989, *Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population au Maroc (ENPS-I) 1987*, ministère de la Santé publique, Rabat, Maroc et Institute for Resource Development/Westhinghamhouse Columbia, Maryland, USA.
- AZELMAT M., AYAD M. et EL HARBI H., 1993, *Enquête nationale sur la population et la santé (ENPS-II) 1992*, Columbia, Maryland, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., 281 p.
- AZELMAT M., AYAD M. et EL HARBI H., 1996, *Enquête de panel sur la population et la santé (EPPS) 1995*, Columbia, Maryland, ministère de la Santé publique [Maroc] et Macro International Inc., 201 p.
- BERTHET P., 1978, « Méthodes de classifications métriques et algorithmes », in *Typologies et classifications en démographie*, Chaire Quetelet 1977, département de Démographie, Ordina Éditions, Louvain-la-Neuve, pp. 107-129.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 2001, *Enquête nationale sur l'emploi 2000*, Rabat.
- DHARMALINGAM A., 1996, « The social context of family size preferences and fertility behaviour in a South Indian village », *Genus*, vol. LII, n°s 1-2, pp 83-103.
- GWATKIN D. R. et al., 2000, *Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Morocco*, HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank, 28 p.
- HAUT COMMISSARIAT AU PLAN, 2004, *La carte de la pauvreté communale*, CD-Rom, Royaume du Maroc, Haut Commissariat au plan, juin 2004.
- HERTRICH V. et PILON M., 1997, Transitions de la nuptialité en Afrique, Communication au colloque « European population : variations on common themes », Cracovie, 11 au 13 juin 1997, Pologne, 24 p.

- KATEB K. ET OUADAH-BEDIDI Z., 2002, « L'actualité démographique du Maghreb », in *Enseigner la guerre d'Algérie et le Maghreb contemporain. Actes de la DESCO-Université d'été octobre 2001*, ministère de l'Éducation nationale-direction de l'enseignement scolaire pour Eduscol, avril 2002.
- MAC QUEEN J., 1967, « Some methods for classification and analysis of multivariate observations », in *Proceedings of the 5th Berkley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*, vol. 1, University of California Press, Berkeley, pp. 281-297.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1984, *Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale au Maroc 1979-1980. Rapport national. Volume III-Dynamique de population, santé et planification familiale; Résultats de l'enquête individuelle*, Royaume du Maroc, ministère de la Santé publique et Institut international de statistique, Enquête mondiale sur la fécondité, 112 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1999, *Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant 1997*, Direction de la planification et des ressources financières, Service des études et de l'information sanitaire, Rabat, 333 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ [MAROC], O.R.C. Macro, et Ligue des États arabes, 2005, *Enquête sur la population et la santé familiale (EPSF), 2003-04*, Calverton, Maryland, USA : ministère de la Santé et O.R.C. Macro, 339 p.
- ODIMEGWU C.O. et ZERAI A., 1996, « Understanding the proximate determinants of fertility of a Nigerian ethnic group », *Genus*, vol. LII, n^{os} 3-4, pp. 67-87.
- OUADAH-BEDIDI Z. et VALLIN J., 2000, « Maghreb : la chute irrésistible de la fécondité », *Population & Sociétés*, n^o 359, pp. 1-4.
- OOMANN N., LULE E., VAZIRANI D. et CHABRA R., 2003, *Morocco. Inequalities in Health, Nutrition and Population*, World Bank, 24 p.
- SAJOUX-BEN SEDDIK, 2002, Disparités socio-économiques et évolutions démographiques au Maroc et en Tunisie, Communication au colloque « Économie, Méditerranée Monde arabe » (Sousse, 20-21 septembre 2002), GRDI EMMMA, IRMC, ESSEC Tunis, FSEG Sfax, 17 p.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, *Relations entre pauvreté et dans les pays du Sud. Connaissance, méthodologie et illustrations*, Document de travail SPED, n^o 2, département des Sciences de la population et du Développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 32 p. + annexes.
- U.S. CENSUS BUREAU, 2004, *Global Population Profile : 2002*, International Population Reports WP/02, US Government Printing office, Washington, DC, 89 p. + annexes.
- YAAKOUBD A.-I., 1997, « La transition de la fécondité au Maroc », *Genus*, vol. LIII, n^{os} 1-2, pp. 189-202.

Annexe

Liste des enquêtes réalisées au Maroc

- RGP : Recensement général de la population, 1960
 EOM : Enquête à objectifs multiples, 1962
 EOPF : Enquête d'opinion sur la planification familiale, 1966-1967
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1971
 ENFPF : Enquête nationale sur la fécondité et la planification familiale, 1979-1980
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1982
 ENPC : Enquête nationale de prévalence contraceptive, 1984
 ENPDR : Enquête nationale démographique à passages répétés, 1986-1988
 ENPSI : 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
 RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat, 1994
 EPPS : Enquête de panel sur la population et la santé, 1995
 ENSME (PAPCHILD) : Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant, 1997
 Enquête emploi : 2000
 EPSF : Enquête sur la population et la santé familiale, 2003-2004

Tableau annexe 1. Évolution des durées moyennes (en mois) d'allaitement au Maroc de 1979 à 2004

	Allaitement exclusif au sein	Ensemble de l'allaitement au sein
1979-80	-	17,5
1987	-	14,4
1992	3,8	14,8
1995	2,2	14,7
1999	3,1	13,5
2003-04	2,6	13,9

Source : Azelmat *et al.*, 1989, 1993, 1996 ; ministère de la Santé, 1999, 2005.

La régulation de la fécondité au Togo : l'effet de l'urbanisation et de l'instruction

KOKOU VIGNIKIN, DODJI GBETOGLO et VISSÉHO ADJIWANOU

Les résultats des récentes enquêtes démographiques et de santé réalisées en Afrique au Sud du Sahara attestent de l'amorce de transition de la fécondité dans la plupart des pays concernés¹ même si les situations se révèlent très contrastées d'un pays à l'autre. En utilisant comme indicateur de référence l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) calculé à partir des données E.D.S. récentes, Dominique Tabutin (1997) distingue schématiquement quatre groupes de pays africains : les pays en transition avancée, c'est-à-dire ceux dont l'I.S.F. se situe autour de 4,5 enfants par femme ; les pays dont la fécondité est en déclin récent et pour lesquels l'I.S.F. est proche de 5,5 enfants par femme ; les pays dont la fécondité connaît un léger décrochage et dont l'I.S.F. s'établit autour de 6 enfants par femme ; les pays sans déclin notoire de la fécondité et qui affichent un I.S.F. de 7 enfants par femme.

En matière de transition de la fécondité, l'expérience des pays du groupe 1 montre que les principaux facteurs ayant déclenché l'inflexion à la baisse des I.S.F. sont : l'accroissement de la prévalence contraceptive, l'amélioration du niveau d'instruction de la femme, le développement des programmes de planification familiale et l'aspiration des couples à avoir une descendance de taille faible (Oosthuizen, 1997). En élargissant la perspective, la baisse de la fécondité

1. On pourra se référer aux résultats des enquêtes réalisées lors de la deuxième et de la troisième phase du programme des enquêtes démographiques et de santé (E.D.S./D.H.S).

dans ces pays serait fortement associée au contexte de modernisation de la société, autrement dit, à l'ensemble des transformations structurelles liées au passage de la société de type agraire (communément appelée société traditionnelle) à la société urbaine plus moderne. Le moteur d'une telle transformation résiderait dans l'affaiblissement des idéaux de forte fécondité² et l'augmentation concomitante du désir d'avoir une descendance restreinte et de qualité. Ce changement s'accompagne le plus souvent de la montée de l'individualisme, d'un nouvel état d'esprit valorisant la prééminence du libre-choix, d'un progrès de l'instruction et des connaissances, d'une amélioration de l'état général de santé (notamment celui de la femme et de l'enfant), d'une augmentation du degré de sécularisation, etc. (Vignikin, 1992 ; Yana, 1999). Si la théorie de la modernisation prend à son compte plusieurs de ces facteurs de changement social, d'autres théories, notamment la théorie des flux intergénérationnels de richesses (Caldwell, 1978), la théorie économique de la fécondité qui s'articule autour du paradigme des coûts et bénéfices de l'enfant (Lesthaeghe, 1989), le cadre conceptuel de John Bongaarts bâti autour des déterminants proches de la fécondité (Bongaarts, 1978), méritent également d'être mentionnées pour expliquer la baisse de la fécondité en Afrique.

Dans son analyse des déterminants de la transition de la fécondité dans les pays du groupe 1, Dominique Tabutin (1997) a noté que la plupart de ceux-ci présentent des niveaux de pratique contraceptive supérieurs à 30 % ; une mortalité infantile inférieure à 7 ‰ ; un taux d'urbanisation supérieur à 40 % ; des niveaux de vie, d'instruction et de développement économique les plus élevés en Afrique au sud du Sahara. Mais à mesure que l'on passe du groupe 1 au groupe 4, le niveau de ces indicateurs de développement économique baisse régulièrement et de façon significative. Ainsi, dans le dernier groupe de pays

2. Kokou Vignikin (1992) explique l'affaiblissement des idéaux de forte fécondité par trois principaux facteurs :

- les progrès sanitaires, notamment le recul des maladies infectieuses et parasitaires ;
- les progrès sociaux induits par la généralisation de l'instruction et l'amélioration de l'éducation de la femme ;
- les progrès idéologiques (influences de la culture urbaine et de la culture occidentale, aspirations au changement, etc.).

(groupe 4) les indicateurs économiques se révèlent les plus défavorables. La population urbaine y est à peine supérieure à 20 % et moins de 40 % de la population totale savent lire et écrire. Dans leur globalité, ces résultats attesteraient d'une association évidente entre le niveau de modernisation et le niveau d'utilisation de la contraception d'une part ; puis entre le niveau d'utilisation de la contraception et la rapidité de la transition de la fécondité, d'autre part³. Prenant en exemple le cas du Ghana, Patrice Vimard affine ce constat en montrant comment la croissance de l'utilisation de la contraception moderne s'est conjuguée avec l'effet de la récession économique qu'a connu ce pays dans les années 1970 pour susciter une volonté plus grande des couples de diminuer la taille de leur descendance (Vimard, 1996). Cependant, une question reste posée : la baisse rapide de la fécondité observée ces dernières années dans certains pays des groupes 3 ou 4 s'inscrit-elle dans ce schéma de transition ? En d'autres termes, la modernisation ou plus précisément l'utilisation de la contraception moderne suffit-elle à expliquer la baisse rapide de la fécondité observée dans ces pays ?

Telle est la question à laquelle tente de répondre le présent chapitre. Dans le souci de focaliser cet intérêt de recherche sur un contexte bien circonscrit plutôt que d'opter pour une analyse générale qui pécherait forcément par un excès de globalisation, nous avons choisi de nous intéresser au Togo, pays dont le profil de transition de la fécondité se révèle un tant soit peu atypique. Les résultats de l'enquête démographique et de santé réalisée en 1998 dans le pays indiquent en effet que la fécondité a significativement diminué au cours des dix dernières années, passant de 6,6 enfants par femme en 1988 à 5,4 enfants par femme en 1998 (Anipah *et al.*, 1999). Cette baisse, qui a été particulièrement forte en milieu urbain, puisque l'I.S.F. y a chuté de 4,8 à 3,3 enfants par femme au cours de la période, s'inscrit d'autant plus dans la tendance observée à l'échelle du continent que la diminution de la fécondité en milieu rural

3. Cette corrélation s'observe bien au Zimbabwe puisqu'aux baisses de l'I.S.F. de 6,7 en 1982-1984 à 5,5 en 1985-1988 puis à 4,4 en 1994 correspond une augmentation de la prévalence contraceptive, laquelle est passée de 38 % en 1982-1984 à 43 % en 1985-1988 puis à 48 % en 1994 (Oosthuizen, 1997).

a été beaucoup moins spectaculaire, l'I.S.F. dans ce milieu n'ayant baissé que de 6,9 à 6,5 enfants par femme au cours de la décennie⁴. Chose curieuse cependant, alors que la baisse de la fécondité semble être amorcée dans le pays, l'utilisation de la contraception n'a que faiblement augmenté. En 1998, sur 100 femmes dans la tranche d'âges 15-49 ans, 25 ont déclaré pratiquer la contraception de façon générale dont seulement 8 ont recours à une méthode moderne. Dans le même groupe d'âges, 20 % des femmes en union qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive, ont désiré attendre deux ans ou plus avant d'avoir leur prochain enfant. Par ailleurs, et toujours dans la même tranche d'âges, 1 femme non utilisatrice de contraception sur 10 a l'intention de ne plus avoir d'enfants. Le paradoxe entre la baisse rapide de la fécondité et la faible augmentation du recours à la contraception est d'autant plus réel que, sur la période considérée, le niveau d'instruction des femmes a été en constante amélioration et l'offre de produits contraceptifs a connu une augmentation remarquable.

Partant de ces constats, nos réflexions empiriques visent ici à tester la nature et l'intensité de la relation qui existe entre les facteurs associés à la modernisation⁵ et la pratique contraceptive dans le contexte social togolais et à analyser dans quelle mesure ces facteurs homogénéisent les comportements en matière de fécondité. À cet effet, nous avons utilisé les données issues des principales opérations de collecte réalisées au cours des quarante dernières années dans le pays et de façon plus spécifique, les données de l'E.D.S.T.-2⁶ qui a porté sur un échantillon de 8 569 femmes de 15 à 49 ans. Notre hypothèse centrale de recherche se résume comme suit : « comme composantes de la modernisation, l'exposition à la culture urbaine et l'instruction prédisposent à recourir à la contraception pour réguler les naissances mais l'interaction de ces deux facteurs induit une plus forte propension à adhérer à la pratique contraceptive ».

4. La baisse équivaut à une réduction de la fécondité de 31,2 % en milieu urbain et de seulement 5,8 % en zones rurales, au cours des dix années.

5. Ce concept sera opérationnalisé ici par un certain nombre de facteurs de changement dont le niveau d'instruction et la durée d'exposition à la culture urbaine.

6. Lire : 2^e enquête démographique et de santé du Togo. Cette enquête fournit les données les plus récentes sur la fécondité au Togo.

Le chapitre est structuré en trois grandes parties. La première partie présente brièvement les données et la démarche méthodologique. Dans la deuxième partie, nous examinons l'évolution de la fécondité et du recours aux différents modes de régulation des naissances au cours des quarante dernières années. Par régulation de la fécondité, nous entendons ici les mécanismes mis en œuvre par les couples ou les individus en vue de maîtriser leur fécondité, qu'il s'agisse de moyens pour espacer les naissances ou les limiter, utilisés de manière explicite pour cela ou non⁷. Dans la troisième et ultime partie, nous faisons appel à l'analyse de régression logistique pour mesurer l'intensité et le sens de l'effet exercé par les facteurs de modernité, notamment le niveau d'instruction de la femme et la durée de résidence de la femme en milieu urbain, sur la pratique contraceptive.

Les données et la démarche méthodologique

Les données

Plusieurs opérations de collecte réalisées au Togo ont été revisitées dans le cadre de la réalisation de cette étude. Il s'agit principalement des deux enquêtes post-censitaires (1961 et 1971), des recensements de 1970 et 1981, des enquêtes démographiques et de santé (E.D.S.T.-I de 1988 et E.D.S.T.-II de 1998), de l'enquête nationale sur « Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo (AS/SR) » réalisée en 2003. Ces différentes enquêtes qui ont servi dans le cadre de ce travail souffrent principalement de deux problèmes : elles se sont déroulées à des dates non équidistantes (ce qui suggère de passer aux taux de croissance moyenne annuelle) et ont cerné des objectifs qui ne sont pas forcément les mêmes.

7. Cette régulation passe par des méthodes variées. Outre la contraception, d'autres mécanismes contribuent à une régulation des naissances : l'avortement provoqué ; l'allaitement maternel (plus longue est la durée d'allaitement, plus longue est la durée d'aménorrhée et plus improbable est la survenue d'une autre grossesse) ; le régime matrimonial qui définit les périodes au risque d'exposition au risque de conception dans des sociétés où le mariage est la cellule majeure où s'effectue la procréation.

Les enquêtes post-censitaires de 1961 et 1971

Exécutée d'août à décembre 1961, sur un échantillon représentatif de la population, la première enquête nationale post-censitaire a permis de contrôler les données du recensement de la population de 1958-1960⁸. Première opération permettant d'avoir des informations sur l'évolution de la population à travers ses mouvements naturels, l'enquête post-censitaire de 1961 a révélé que le taux de mortalité générale était de 29 ‰, celui de natalité de 55 ‰, ce qui permet de déduire un taux d'accroissement naturel de 2,6 ‰.

Le second recensement de la population réalisé en 1970 a été suivi par une enquête post-censitaire intervenue en mars avril 1971⁹. D'après les résultats de cette enquête, le taux de mortalité infantile était de 99 ‰. Quant aux taux de mortalité et de natalité, ils s'élevaient respectivement à 19 et 45 ‰. Une analyse des données de ces deux enquêtes post-censitaires a montré qu'à cette époque, une femme avait en moyenne une descendance réelle de 6,5 enfants.

Les enquêtes démographiques et de santé de 1988 et 1998 (E.D.S.T.-1 et E.D.S.T.-2)

Comme pour la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara, les enquêtes démographiques et de santé (E.D.S.) constituent pour le Togo, l'une des principales sources de données démographiques de portée nationale et de qualité sur la fécondité et les moyens de régulation des naissances.

L'E.D.S.T.-1 réalisée en 1988, auprès d'un échantillon représentatif de 3 360 femmes âgées de 15 à 49 ans, a permis d'actualiser la connaissance des phénomènes démographiques comme la fécondité et la mortalité infantile

-
8. Cette enquête par sondage stratifiée avec tirage systématique de concessions ou de « centres de peuplement » a été réalisée avec des taux de sondages différents selon les strates (1/5^e pour Lomé, 1/10^e pour les communes de plus de 4 000 habitants et 1/20^e pour le reste du territoire).
 9. Quatre strates ont été constituées et affectées d'une fraction de sondage différente (1/10^e pour la commune urbaine de Lomé et 1/20^e pour les six autres communes urbaines (Tsévié, Anèho, Atakpamé, Kpalimé, Sokodé et Bassar), les centres ruraux de plus de trente concessions et tous les autres centres ruraux).

ainsi que leur évolution au cours de la décennie 1980-1990. Par ailleurs, elle a fourni des informations sur la connaissance et la pratique de la contraception tant moderne que traditionnelle (Agouké *et al.*, 1989).

L'enquête E.D.S.T.-2 réalisée en 1998 a permis d'actualiser, dix ans après, les résultats fournis par l'E.D.S.T.-1 (Anipah *et al.*, 1999). Elle a également couvert d'autres volets notamment la fécondité masculine, la mortalité maternelle, le SIDA et les autres IST. Au total un échantillon national représentatif de 8 589 femmes âgées de 15 à 49 ans, et de 3 819 hommes âgés de 15 à 59 ans a été enquêté.

L'enquête « Analyse de la situation en santé de la reproduction (AS/SR) »

L'enquête Analyse de la situation en santé de la reproduction (AS/SR) a été réalisée en 2003 en vue d'apporter une assistance au ministère de la Santé dans ses efforts d'amélioration de la qualité des prestations de services et de soins en santé de la reproduction et lui fournir, de même qu'aux administrateurs de programmes de population, des indicateurs appropriés relatifs à la demande, à l'offre et à la qualité des services en santé de la reproduction. Elle a porté sur un échantillon national représentatif de 7 288 femmes de 12 ans et plus et a utilisé, comme base de sondage, la base actualisée de l'enquête EFAMTO¹⁰. Le questionnaire utilisé par cette enquête contient des modules qui permettent de déterminer le niveau de fécondité mais aussi des sections sur la régulation des naissances et sur l'avortement.

La démarche d'analyse

La démarche d'analyse distingue deux volets. Le premier volet correspond à l'analyse de l'évolution de la fécondité et du recours aux différents modes de régulation des naissances (pratique de l'abstinence post-partum, pratique de

10. Lire : *Enquête famille, migrations et urbanisation au Togo*. Cette enquête a été réalisée en 2000 sur l'ensemble du territoire national et a touché 2 800 ménages.

l'allaitement maternel, utilisation des différentes méthodes de contraception, recours à l'avortement provoqué, etc.) au cours des quarante dernières années. Le second volet porte sur l'analyse de l'effet des facteurs associés à la modernisation sur la pratique contraceptive. Dans le cadre du premier volet, nous avons utilisé une démarche principalement descriptive consistant à comparer à différentes périodes les pourcentages de femmes ayant utilisé un mode de régulation des naissances. Les résultats de ce volet servent de toile de fond pour mieux lire les résultats du second volet d'analyse, pour lequel nous avons recouru à la régression logistique. Cette démarche explicative nous a permis de mesurer l'effet de divers facteurs sur la probabilité d'utiliser la contraception comme mode de contrôle de la fécondité et d'isoler l'effet spécifique des facteurs associés à la modernisation, notamment l'instruction de la femme et la durée d'exposition à la culture urbaine.

Les sources de données et le contexte analytique de l'article étant précisés, nous abordons dans la partie qui suit, l'analyse de l'évolution de la fécondité et du recours aux différents modes de régulation des naissances au Togo entre 1961 et 2003.

Évolution de la fécondité et de ses modes de régulation au cours des quatre dernières années

Évolution de la fécondité au Togo

Les tendances générales de la fécondité

L'évolution de la fécondité au cours des quarante dernières années, telle que révélée par la progression de l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.), s'est faite en trois phases (figure 1). Une première phase jusqu'à la fin des années 1980, durant laquelle la fécondité est forte et stable : le nombre moyen d'enfants par femme se situant autour de 6,5. Une deuxième phase, au cours des dix années qui ont suivi (1988-1998), où l'on a constaté une chute spectaculaire de l'I.S.F.

mesurée lors de l'E.D.S.T.-2 en 1998 : le nombre moyen d'enfants par femme étant passée de 6,6 en 1988 à 5,4 en 1998, soit une réduction du niveau de la fécondité des femmes de près de 20 %. Une troisième phase qui correspond à une baisse très modérée, laissant penser à une stabilisation actuelle de l'I.S.F. autour de 5,2 enfants par femme, au vu de l'enquête AS/SR de 2003.

L'allure des courbes de fécondité par âge (figure 2) montre, qu'au Togo, la procréation couvre toute la période féconde de la femme. Mais leur évolution semble montrer que le Togo est en train de rompre avec la logique de forte fécondité. La décennie 1961-1970 est dominée par le schéma de type précoce (fécondité maximale entre 20-24 ans), schéma décrit comme caractéristique de cette période dans les pays de l'Afrique subsaharienne. Par contre, entre 1981 et 1998, le schéma est plutôt de type tardif (fécondité maximale entre 25-29 ans). Cette sorte de translation du sommet des courbes de fécondité de 20-24 ans (1961 et 1971) à 25-29 ans (1981 et 1998) traduit l'effet d'un léger recul du calendrier de la fécondité.

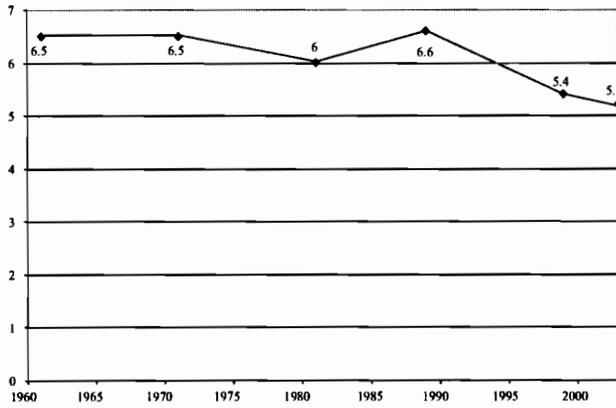
La fécondité différentielle selon le milieu de résidence et le milieu d'instruction

L'évolution globale de la fécondité ci-dessus décrite cache des disparités selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La descendance est en effet affectée par le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme (tableau 1).

Fécondité et milieu de résidence

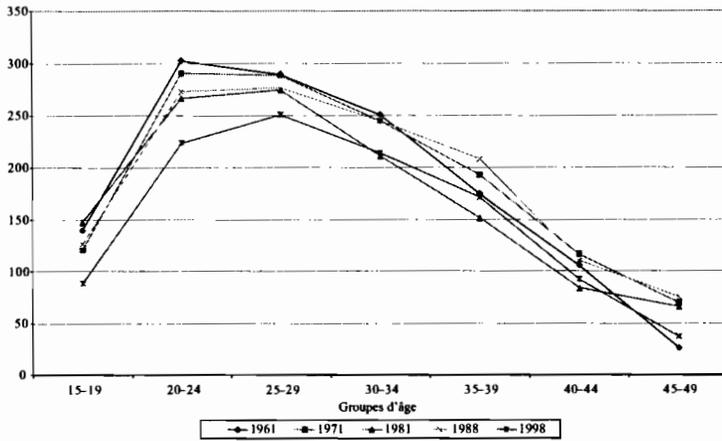
On observe des niveaux de fécondité plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural, quelle que soit la période considérée, et la baisse de la fécondité a été plus forte en milieu urbain. Il ressort des résultats des E.D.S. et de l'AS/SR que la fécondité a connu une baisse annuelle de 3,7 % en milieu urbain entre 1988 et 1998 alors que cette baisse n'a été que de 1,3 % en milieu rural. Comme l'a souligné Barney Cohen, les études E.D.S. ont confirmé que les femmes des

Figure 1. Nombre moyen d'enfants par femme, observé au Togo de 1961 à 2003



Source : rapports des enquêtes.

Figure 2. Évolution des taux de fécondité (pour mille) par groupe d'âges entre 1961 et 1998



Source : rapports des enquêtes.

Tableau 1. Indice synthétique de fécondité observé au Togo selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme et évolution de cet indice (1988-2003)

	ISF		Évolution 1988-1998		Évolution 1998-2003		
	1988 EDS	1998 EDS	2003 AS/SR	Variation (en %)	Croissance annuelle moyenne (en %)	Variation (en %)	Croissance annuelle moyenne (en %)
<i>Milieu de résidence</i>							
Lomé	4,1	2,9	3,0	-29,3	-3,4	+3,4	+0,7
Urbain (sans Lomé)	5,7	3,9	3,7	-31,6	-3,7	-5,1	-1,0
Rural	7,0	6,5	5,6	-7,1	-0,7	-13,8	-2,9
<i>Niveau d'instruction</i>							
Sans instruction	6,8	6,5	-	-4,4	-0,5	-	-
Primaire	5,7	4,8	-	-15,8	-1,7	-	-
Secondaire ou +	4,5	2,7	-	-40	-5,0	-	-
<i>Ensemble</i>	6,6	5,4	5,2	-18,2	-2,0	-3,7	-0,8

Source : rapports des enquêtes et calcul des auteurs.

- Données non disponibles

milieux urbains ont moins d'enfants que leurs homologues des zones rurales (Cohen, 1996 : 34). Les citadins aspirent de plus en plus à une descendance réduite, à l'image des occidentaux, en raison du coût relativement plus élevé de l'enfant en milieu urbain (éducation, santé, etc.), alors que les populations vivant en milieu rural sont encore attachées aux us et coutumes traditionnelles souvent favorables à une descendance élevée. Cependant, la baisse s'est fortement accentuée en milieu rural entre 1998 et 2003, avec un taux moyen avoisinant les 3 % (tableau 1).

Fécondité et niveau d'instruction

L'éducation induit des changements de comportement en matière de procréation. Les résultats des enquêtes E.D.S. ont montré qu'il existe une relation significative inverse entre le niveau d'instruction et le niveau de fécondité ; plus

le niveau d'instruction est élevé, plus la fécondité est faible. En 1988, l'I.S.F. est estimé à 6,8 enfants par femme chez les femmes sans instruction alors qu'il est de 5,7 chez les femmes du niveau primaire. Les femmes du niveau secondaire ou plus ont, quant à elles, une descendance moyenne de 4,5 enfants, soit environ 2,3 enfants de moins que celles n'ayant jamais été à l'école. Dix ans plus tard, en 1998, le comportement des femmes sans instruction n'a que très peu varié puisque le niveau de l'I.S.F. est toujours resté élevé. Il n'a enregistré qu'une baisse marginale (0,5 % l'an) en comparaison de la baisse chez les femmes ayant le niveau primaire qui est de 1,7 % l'an et chez les femmes ayant le niveau secondaire ou plus où la baisse a été considérable (5 % l'an) comme le montre le tableau 1. Le rôle de l'instruction dans la baisse de la fécondité est donc relativement important.

Évolution des modes de régulation des naissances

Nous examinerons ici successivement la contraception, l'avortement provoqué et les pratiques d'espacement des naissances.

La contraception

Les méthodes contraceptives utilisées au Togo peuvent être regroupées en deux catégories : les méthodes modernes et les méthodes naturelles. Les méthodes modernes regroupent les pilules, les injectables (Noristérat, depo-provera), les implants (Norplant), le stérilet, la contraception chirurgicale volontaire (vasectomie, ligature des trompes), le préservatif (masculin et féminin) et les spermicides. La contraception naturelle recouvre la continence périodique, le retrait, l'abstinence, les plantes médicinales, les gris-gris, etc.

Tendance générale

Les baisses lentes des taux de fécondité par âge, constatées antérieurement, sont révélatrices de la faiblesse de la contraception moderne, comme le confirme

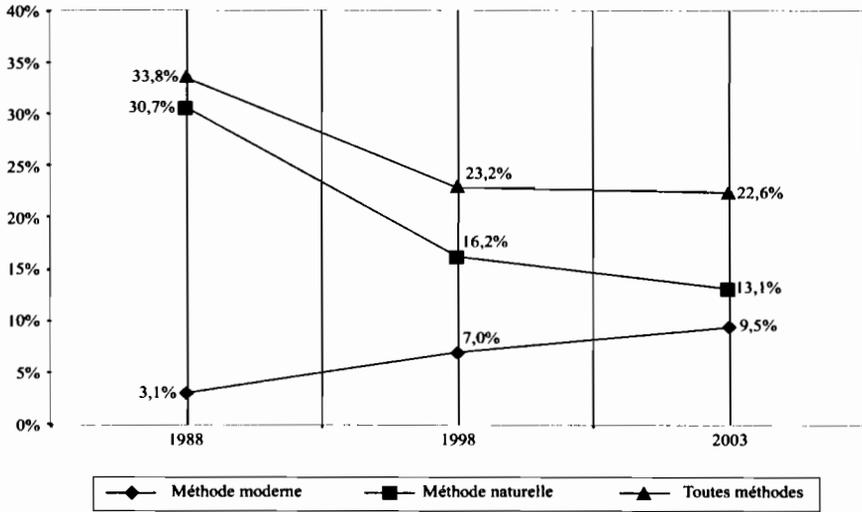
l'évolution des pratiques contraceptives chez l'ensemble des femmes en âge de procréer durant la période 1988-2003 (figure 3)¹¹. De manière générale, ce schéma montre une baisse du recours à la contraception naturelle qui passe de 31 % en 1988 à 16 % en 1998 et à 13 % en 2003. Ainsi, aux abandons élevés des méthodes peu efficaces des premières années (1988-1998) où la baisse moyenne annuelle est de 5,3 %, succède une période de baisse plus faible qui tourne autour de 4 %. Cependant, cette tendance ne se traduit pas par un remplacement systématique de ces méthodes peu efficaces par celles dites modernes. Si la proportion de femmes utilisant un moyen moderne de contraception reste très modeste, elle a néanmoins sensiblement progressé au cours de la décennie 1988/1998, passant de 3,4 à 7,9 %, avec une croissance annuelle de 8,8 % au cours de la période. En 2003, la prévalence contraceptive est passée à 12,4 %, soit une progression annuelle du recours à la contraception de 9,4 % entre 1998 et 2003 (tableau 2).

Bien qu'en constante évolution, la pratique contraceptive chez les femmes en union est toujours en dessous des 10 %, niveau nécessaire pour rendre compte d'une relation significative entre la pratique contraceptive et la fécondité (Vimard *et al.*, 2007). Cette évolution s'explique en partie par une offre de contraception limitée. En effet, jusqu'au début des années 1990, le Togo considérait que le niveau de fécondité de 6 à 7 enfants par femme était « satisfaisant » (Population Reference Bureau, 1994). De ce fait, aucune politique explicite de régulation de la fécondité n'était envisagée. Cette situation peut s'expliquer par la position ambiguë et la vision des autorités politiques sur le plan national. Dans les années 1975-1976 deux institutions, l'Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) et le Programme national pour le bien-être familial (PNBEF), ont été mises en place pour (ou autorisées à) donner des informations sur l'espacement des naissances et assurer la diffusion de certaines méthodes non médicales, mais elles sont restées très prudentes et leurs actions sont demeurées limitées aux femmes en union et à au milieu urbain. De plus,

11. Pour les trois enquêtes réalisées durant la période d'observation, les méthodes contraceptives appartenant respectivement aux catégories « contraception naturelle » et « contraception moderne » sont les mêmes.

la prestation de service de planification familiale envers une femme doit être motivée par l'accord ou le consentement du mari (Amegee, 1999). De ce fait, cette politique restrictive a eu pour effet d'exclure les jeunes filles célibataires ayant commencé leur vie sexuelle de l'accès à la contraception, les contraignant à un recours à l'avortement lors de la venue d'une grossesse.

Figure 3. Évolution du niveau de la pratique contraceptive chez les femmes en union selon les grands groupes de méthode de 1988 à 2003.



Source : rapports des enquêtes.

Pratique contraceptive différentielle

Globalement, on observe, chez l'ensemble des femmes, une progression comparable de la pratique contraceptive moderne au cours des cinq années les plus récentes par rapport à la période antérieure (autour de 9 % en rythme annuel). Par contre, pour les femmes en union, l'augmentation annuelle du recours aux méthodes modernes de régulation de la fécondité n'est que de 6,3 % en 1998-2003 contre 8,5 % durant la période précédente (1988-1998). Cette évolution générale recouvre des différences selon les méthodes utilisées (tableau 2). Le préservatif masculin, qui était utilisé en 1988 dans la même proportion que les

autres moyens modernes de contraception (pilules, stérilet, préservatif féminin), a connu une forte hausse en quinze ans. Son utilisation est passée de 0,6 % en 1988 à 3,4 % en 1998 et à 5,4 % en 2003 chez l'ensemble des femmes de 15-49 ans. Cette évolution remarquable peut être mise sur le compte des politiques de lutte contre le VIH/Sida qui, en suscitant le recours au seul moyen de prévention véritable contre le mal, conduit par la même occasion à éviter des grossesses (souvent non désirées). C'est l'effet de la double protection du condom, dont cependant la progression s'est récemment essoufflée : la progression annuelle de 14 % entre 1988-1998 n'est plus que de 1,3 % entre 1998 et 2003. Il en est de même pour les injectables, dont la croissance est passée annuellement de 26,5 % entre 1988 et 1998 à 13,2 % de 1998 à 2003¹². Par contraste, d'autres méthodes ont connu une progression remarquable : ainsi le Norplant a connu une croissance annuelle de 17,6 % entre 1998 et 2003.

L'évolution de la pratique contraceptive recouvre également des distinctions selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, notamment le milieu de résidence et le niveau d'instruction (tableau 3). Concernant le milieu de résidence, c'est chez les femmes du milieu rural qu'on observe la plus faible proportion d'utilisatrices de méthodes modernes : 1,7 % contre 6,5 % pour le milieu urbain et 6,9 % à Lomé en 1988 ; 8,2 % contre 10,9 % et 13,1 % en 2003. Rappelons que c'est dans ces milieux ruraux où la pratique contraceptive est faible que le niveau de la fécondité est le plus élevé.

Quant à l'éducation, elle joue un rôle important dans les changements de comportements en matière de fécondité et surtout de planification familiale, car, toutes choses égales par ailleurs, plus une population est instruite, plus elle est réceptive aux programmes de planification familiale. Les résultats des E.D.S. confirment ce constat selon lequel généralement les niveaux de fécondité plus faibles sont associés à des niveaux d'instruction supérieurs. De plus, « une pratique accrue de la contraception et l'emploi de méthodes plus efficaces sont généralement associés à une instruction plus poussée » (Jolly et Gribble, 1996, p. 96).

12. Pour l'ensemble des femmes, la progression annuelle de l'utilisation du condom est passée de 19 % entre 1988 et 1998 à 10 % entre 1998 et 2003 ; alors que celle des injectables est passée de 24 à 11 % au cours des mêmes périodes.

L'avortement provoqué

Parmi les facteurs inhibiteurs de la fécondité¹³, l'avortement provoqué occupe une place de choix, car cette pratique tend à devenir de plus en plus courante au Togo, même si elle reste taboue du fait de la législation et des religions. Les rares données chiffrées qui étaient disponibles sur l'avortement, issues essentiellement de statistiques hospitalières, de quelques études médicales et d'enquêtes légères en milieu scolaire, ne permettent pas de cerner toute l'ampleur et l'importance de ce phénomène. Par ailleurs, parce qu'ils touchent leur intimité, les femmes ont tendance à sous-déclarer les avortements provoqués qu'elles ont connus, surtout lorsque ceux-ci ont été pratiqués de façon clandestine.

Une étude réalisée par Sénam Ahossu en 1991 a révélé que sur 191 cas de décès maternels survenus au C.H.U. de Lomé, 32 % avaient pour cause un avortement provoqué (Ahossu, 1991). Deux autres études non médicales, réalisées dans des populations spécifiques, montrent que 24 % des consultant(e)s en planification familiale âgées de 15-49 ans d'une part, et 30 % des jeunes filles scolarisées de 15-24 ans d'autre part ont déjà recouru à l'avortement provoqué au moins une fois dans leur vie (Amégee, 1999). L'analyse des résultats issus de ces études suggère l'existence d'un recours de plus en plus important à l'avortement.

Selon les résultats de l'étude spécifique sur Enquête sur la Planification et l'Avortement Provoqué (EPAP) réalisée à Lomé en 2002, parmi les 3 185 femmes qui avaient eu au moins une grossesse en 2002, le tiers (33 %) avaient eu déjà recours au moins une fois à l'avortement provoqué (Amétépé et Béguy, 2004). Cette analyse a révélé également que le recours à l'avortement provoqué est plus fréquent chez les femmes des jeunes générations (tableau 4). Ainsi, si 49 % des femmes âgées de 15-19 ans ont déclaré avoir déjà avorté au moins une fois, seulement 20 % des femmes du groupe d'âge 45-49 ans ont fait une déclaration similaire¹⁴. Elle montre que la forte prévalence abortive dans les

13. Notons que parmi les facteurs pouvant expliquer la baisse de la fécondité, outre les progrès de la pratique contraceptive susmentionnée, on peut évoquer l'augmentation des avortements provoqués et le retard de la primo nuptialité.

14. Cette différence peut s'expliquer par le caractère relativement récent du recours à l'avortement, mais aussi par des sous-déclarations des femmes des générations plus anciennes, à

jeunes générations, s'inscrit dans une logique de refus d'entrer trop tôt dans la vie féconde. Du coup, « l'avortement provoqué apparaît comme une alternative à la contraception. Les jeunes femmes y recourent soit en raison d'échecs à la suite d'une mauvaise utilisation de la contraception, soit pour des raisons de convenance personnelle. Dans les générations plus anciennes, l'avortement provoqué est surtout utilisé à des fins de limitation des naissances » (Amétépé et Béguy, 2004).

On note une association positive du recours à l'avortement avec le niveau d'instruction (tableau 4). Ainsi, une femme sur deux a déjà avorté au moins une fois parmi les femmes ayant au moins atteint le niveau du secondaire 2^e cycle. Cette proportion tombe à 41 % chez les femmes ayant le niveau secondaire 1^{er} cycle, 34 % chez les femmes ayant le niveau primaire et moins de 20 % chez les femmes sans instruction. Par ailleurs, le recours à l'avortement provoqué est moins fréquent chez les femmes en union que chez les femmes hors union (28 % pour les premières contre 49 % pour les secondes).

Autres modes de régulation de la fécondité

L'allaitement maternel, la durée d'aménorrhée et l'abstinence post-partum ont un effet important sur la fécondabilité des femmes et par conséquent sur la durée d'espacement entre les naissances. On relève une relative stabilité dans le temps et l'espace de cette durée d'espacement entre les naissances (autour de 36 mois), comme de la durée d'allaitement (tableau 5). Cependant, compte tenu des méthodologies variées de ces études et de leur zone de couverture, il serait hasardeux de comparer strictement les données obtenues.

Tableau 2. Évolution de la prévalence des méthodes contraceptives chez l'ensemble des femmes et chez les femmes en union de 15 à 49 ans de 1988 à 2003

Méthodes contraceptives	1988	1998	2003	Évolution 1988-1998		Évolution 1998-2003	
	EDS	EDS	AS/SR	Variation (%)	Croissance annuelle (%)	Variation (%)	Croissance annuelle (%)
Toutes les femmes de 15 à 49 ans							
<i>Méthodes modernes</i>	3,4	7,9	12,4	132,4	8,8	57,0	9,4
Pilule	0,6	1,1	1,4	83,3	7,2	27,3	4,9
Stérilet	0,6	0,8	0,5	33,3	2,9	-37,5	-9,0
Injectables	0,2	1,7	2,8	750	23,9	64,7	10,5
Crème - gelée	0,8	0,2	0,1	-75	-12,9	-50	12,9
Condom	0,6	3,4	5,4	466,7	18,9	58,8	9,7
Femidom	0,6	0,3	0,1	-50,0	-6,7	-66,7	19,7
Norplant		0,4	0,9			125	17,6
Ligature des trompes			0,2				
<i>Méthodes naturelles</i>	29,5	17,2	14,4	-41,7	-5,3	-16,3	-3,5
Contenance périodique	9,6	8,1	-	-15,6	-	-1,7	-
Retrait	2,0	1,0	-	-50	-	-6,7	-
Abstinence	17,5	8,1	-	-53,7	-	-7,4	-
Autres (Plantes médicinales, Gris-gris)	0,5	0,3	-	-40	-	-5,0	-
Femmes en union de 15 à 49 ans							
<i>Méthodes modernes</i>	3,1	7,0	9,5	125,8	8,5	35,7	6,3
Pilule	0,4	1,2	1,5	200	11,6	25	4,6
Stérilet	0,8	1,0	0,8	25	2,3	-20	-4,4
Injectables	0,2	2,1	3,9	950	26,5	85,7	13,2
Crème - gelée	0,6	0,3	0,1	-50	-6,7	-66,7	-19,7
Condom	0,4	1,5	1,6	275	14,1	6,7	1,3
Femidom	0,6	0,4	0,0	-33,3	-4,0	-100	100
Norplant	-	-	1,4	-	-	-	-
Ligature des trompes	-	-	0,3	-	-	-	-
<i>Méthodes naturelles</i>	30,7	16,2	13,1	-47,2	-6,2	-19,1	-4,2
Contenance périodique	6,4	5,4	-	-15,6	-	-1,7	-
Retrait	2,3	1,2	-	-47,8	-	-6,3	-
Abstinence	21,8	9,6	-	-56,0	-	-7,9	-
Autres (Plantes médicinales, Gris-gris)	0,3	-	-	-	-	-	-

Source : rapports des enquêtes.

Les chiffres entre parenthèses représentent la croissance moyenne annuelle.

- Données non disponibles.

Tableau 3. Utilisation de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction chez les femmes de 15 à 49 ans en union au moment de l'enquête

	1988	1998	2003	Taux de croissance moyenne annuelle	
	EDS	EDS	AS/SR	1988/1998	1988/1998
Toutes méthodes confondues					
<i>Milieu de résidence</i>					
Lomé	31,1	25,2	25,7	-2,1	0,4
Autres villes	34,2	29,0	27,0	-1,6	-1,4
Urbain	32,3	27,0	-	-1,8	-
Rural	34,5	22,0	20,2	-4,4	-1,7
<i>Niveau d'instruction</i>					
Aucun	33,5	20,6	17,5	-4,7	-3,2
Primaire	32,0	25,2	25,1	-2,4	-0,1
Secondaire et plus	42,1	33,6	35,9	-2,2	1,3
Ensemble	33,9	23,5	22,6	-3,6	-0,8
Méthodes modernes					
<i>Milieu de résidence</i>					
Lomé	6,9	10,7	13,1	4,5	4,1
Autres villes	6,0	9,9	10,9	5,1	1,9
Urbain	6,5	10,3	-	4,7	-
Rural	1,7	5,5	8,2	12,5	8,3
<i>Niveau d'instruction</i>					
Aucun	1,7	4,3	7,0	9,7	10,2
Primaire	3,9	9,0	10,3	8,7	2,7
Secondaire et plus	12,2	15,3	17,6	2,3	2,8
Ensemble	3,1	7,0	9,5	8,5	6,3
Méthodes traditionnelles					
<i>Milieu de résidence</i>					
Lomé	23,8	14,0	12,6	-5,2	-2,1
Autres villes	28,2	18,5	16,2	-4,1	-2,6
Urbain	25,5	16,1	-	-4,5	-
Rural	32,8	16,2	12,1	-6,8	-5,7
<i>Niveau d'instruction</i>					
Aucun	31,8	16,0	10,5	-6,6	-8,1
Primaire	28,0	16,1	14,8	-5,4	-1,7
Secondaire et plus	29,4	17,9	18,3	-4,8	2,2
Ensemble	30,7	16,2	13,1	-6,2	-4,1

Source : rapports des enquêtes et calcul des auteurs.

- Données non disponibles.

Tableau 4. Recours à l'avortement des femmes ayant déjà eu une grossesse selon l'âge, le niveau d'instruction et l'état matrimonial à Lomé en 2002

	Effectif	Jamais avorté (en %)	Proportion de femmes (en %) ayant déjà avorté			
			Au moins une fois	1 fois	2 fois	3 fois et plus
<i>Groupe d'âges (en années)</i>						
15-19	107	51,4	48,6	43,0	3,7	1,9
20-24	499	61,1	38,9	30,5	7,0	1,4
25-29	732	63,3	36,7	25,0	8,9	2,9
30-34	638	68,8	31,2	18,0	8,6	4,5
35-39	597	69,2	30,8	17,1	9,9	3,9
40-44	341	69,1	27,9	16,1	7,3	4,4
45-49	271	79,7	20,3	10,7	6,6	3,0
<i>Niveau d'instruction</i>						
Sans instruction	808	81,7	18,3	13,0	4,1	1,2
Primaire	1 332	66,2	33,8	22,5	7,4	3,9
Secondaire 1er cycle	847	59,4	40,6	25,2	11,2	4,3
Secondaire 2e cycle et +	198	47,0	53,0	32,3	18,2	2,5
<i>État matrimonial</i>						
En union	2 443	72,0	28,0	17,0	7,9	3,2
Non en union	742	51,1	48,9	36,1	9,4	3,4
Ensemble	3 185	67,1	32,9	21,4	8,2	3,3

Source : Amétépé et Béguy, 2004.

Effet de l'instruction et de l'urbanisation sur la pratique contraceptive

Les variables retenues pour l'analyse

Les données utilisées dans le cadre de ce volet sont issues de la seconde enquête démographique et de santé réalisée en 1998. Trois types de questionnaires ont été utilisés pour les fins de la collecte : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme. Ces trois questionnaires ont été adaptés à partir des questionnaires types du programme DHS conçus pour les pays à prévalence contraceptive faible.

Dans la présente analyse et compte tenu des objectifs assignés à celle-ci, seules les femmes résidant à Lomé et celles vivant en milieu rural depuis plus de dix années au moment de l'enquête ont été prises pour constituer la base de données. Des femmes interrogées, 68,6 % résidaient en milieu rural depuis plus de dix ans, 8,1 % résidaient à Lomé depuis moins de quatre ans, 5,6 % entre cinq et dix ans et 17,7 % depuis plus de 10 ans.

Le questionnaire individuel femme — celui que nous avons exploité pour les besoins de ce volet d'analyse — comprend des sections sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes, l'utilisation de la contraception, les préférences en matière de fécondité, les connaissances des IST-VIH-SIDA, les caractéristiques du conjoint et son activité professionnelle, etc.

L'objectif ici étant d'identifier les facteurs qui rendent significativement compte de l'utilisation d'une méthode contraceptive et plus spécifiquement de

Tableau 5. Évolution des durées moyennes (en mois) d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum et de l'intervalle entre les naissances de 1976 à 2003.

	1976 EFSE	1983 APEL	1988 EDST1	1998 EDST2	2003 AS/SR
Durée d'abstinence post-partum	7,6	12,5	17,5	-	-
Durée d'allaitement	23,4	17,5	22,6	24,3*	21,5
Durée d'aménorrhée	17,0	9,9	14,4	-	-
Intervalle entre naissances	35,8	32,1	-	36,0*	-

Source :

EFSE, Enquête fécondité Sud-Est (milieu rural) : Locoh, 1984 ;

APEL, Arrivée du prochain enfant à Lomé (milieu urbain) : URD, 1984 ;

EDST1, Première enquête démographique et de santé (ensemble du pays) : Agouké *et al.*, 1989 ;

EDST2, Seconde enquête démographique et de santé (ensemble du pays) : Anipah *et al.*, 1999 ;

AS/SR, Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo (ensemble du pays) : URD, 2003.

* Durée médiane.

- données non disponibles.

mesurer l'effet de la durée d'exposition à la culture urbaine et de l'instruction, notre variable à expliquer est : « la méthode contraceptive utilisée par la femme au moment de l'enquête ». Cette variable prend la valeur 1 si la femme utilise l'une quelconque des méthodes suivantes au moment de l'enquête : pilule ; condom masculin ; condom féminin ; stérilet ; Norplant ; diaphragme, mousse gelée ; stérilisation ; continence périodique¹⁵. Cette variable prend la valeur 0 dans le cas contraire.

Les variables explicatives du modèle ont été scindées en deux groupes : les variables d'analyse et les variables de contrôle (tableau 6). Les premières catégories de variables regroupent la variable « urbanisation » et la variable « niveau d'instruction ». Il y a plusieurs manières de tenir compte de la variable urbanisation. Ici, nous considérons que le nombre d'années d'exposition à la culture urbaine est plus adapté pour mesurer l'influence de l'urbanisation sur la pratique contraceptive.

En ce qui concerne la variable instruction, nous avons jugé plus judicieux de regrouper les femmes qui n'ont jamais fréquenté avec celles qui ont atteint tout au plus la deuxième année du primaire (CP₂). La deuxième modalité regroupe les femmes qui ont fait la 3^e année du primaire (CE₁) et la 6^e année du primaire (CM₂). Les femmes qui ont un niveau compris entre la 6^e et la 4^e (première classe et troisième classe du collège) constitue la troisième modalité. Enfin, la dernière modalité regroupe les femmes qui ont atteint au moins la classe de troisième (dernière année du collège) au moment de l'enquête.

Afin de cerner l'effet combiné des deux variables principales (niveau d'instruction et urbanisation), une variable composite multinomiale a été créée par combinaison de ces deux variables et par réarrangement de leurs modalités. Cette variable prend les valeurs ci-après :

1. si la femme est restée plus de dix années en milieu rural et n'a aucune instruction ;

15. Le besoin d'introduire dans les méthodes de référence, la continence périodique (qui n'est pas une méthode moderne de contraception) est guidé par le fait que les femmes qui accèdent à une plus grande instruction recourent préférentiellement à des méthodes qui font appel à une bonne connaissance de leur anatomie et de leur cycle menstruel.

Tableau 6. Les variables de l'analyse : variable à expliquer, variables explicatives principales et variables de contrôle

Variables
<i>Variable à expliquer</i>
Utilisation d'une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête
<i>Variables explicatives</i>
Variables explicatives principales
Nombre d'années d'exposition à la culture urbaine
Niveau d'instruction
Urbanisation et Instruction
<i>Variables de contrôle</i>
1. Caractéristiques de la femme
Âge
État matrimonial
Co-résidence avec le conjoint actuel
Standing de l'habitat
2. Profil du conjoint et rapport au sein du couple
Niveau d'instruction du conjoint
Secteur d'activité du conjoint
Conjoint favorable à la planification familiale
Discussion avec le conjoint au sujet de la planification familiale
3. Vie génésique
Au moins une fille et un garçon en vie
Nombre d'enfants en vie
Nombre d'enfants décédés
Désir d'autres enfants
Nombre total d'enfants souhaités
4. Vie professionnelle
Activité de la femme
Revenu en argent
5. Approvisionnement en contraceptifs
Connaissance source
6. Exposition aux médias d'information
Accès à un médium écrit
Accès à un médium audio
Accès à un médium visuel

2. si la femme est restée plus de dix années en milieu rural et a plus de trois années d'instruction ;
3. si la femme est restée moins de dix années à Lomé et n'a aucune instruction ;
4. si la femme est restée moins de dix années à Lomé et a plus de trois années d'instruction ;
5. si la femme est restée plus de dix années à Lomé et n'a aucune instruction ;
6. si la femme est restée plus de dix années à Lomé et a plus de trois années d'instruction.

Pour leur part, les variables de contrôle ont été regroupées en six catégories à savoir :

1. Les autres caractéristiques de la femme : l'âge, l'état matrimonial et la co-résidence avec le conjoint ;
2. Le profil du conjoint : son niveau d'instruction et sa profession ;
3. La vie génésique de la femme : le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants en vie, le nombre d'enfants décédés, le nombre d'enfants souhaités, le désir d'avoir d'autres enfants ;
4. La vie professionnelle de la femme : l'activité de la femme, la jouissance d'un revenu monétaire ;
5. L'approvisionnement en contraceptifs : accès à une source d'approvisionnement ;
6. L'exposition aux médias d'information : accès au médium écrit, accès au médium visuel, accès au médium audio.

L'analyse explicative est effectuée par le biais de la régression logistique (tableau 7). Ce modèle d'analyse permet de faire ressortir l'effet des variables explicatives sur la variable à expliquer et de tester l'intensité et le sens des effets escomptés.

Les résultats

Dans cette dernière partie, nous présentons les résultats issus des régressions. Trois modèles ont été estimés. Les deux premiers isolent les effets de l'urbanisation et de l'instruction sur la pratique contraceptive chez les femmes au Togo. Le dernier modèle intègre les deux variables.

D'après les résultats du modèle 1, les femmes résidant à Lomé ont une plus grande probabilité de recourir à la pratique contraceptive que les femmes qui vivent en milieu rural. De façon plus précise, les femmes dont la durée de résidence à Lomé est inférieure à cinq ans au moment de l'enquête ont 1,7 fois plus de chances de recourir à la contraception que les femmes qui vivent en milieu rural depuis plus de dix ans. Ce pari augmente à 2,16 pour les femmes dont la durée de résidence à Lomé se situe entre cinq et dix ans. L'effet de l'urbanisation ne semble pas induire un plus grand recours à la pratique contraceptive au-delà de dix années de résidence à Lomé. Le rapport de chance entre les femmes qui habitent à Lomé de plus de dix ans et celles du groupe de référence est de 1,75.

À l'opposé, la pratique contraceptive est une fonction croissante du niveau d'instruction. D'après les résultats du modèle 2, les femmes qui ont atteint un niveau d'instruction compris entre la 3^e et la 6^e année du primaire (CE-CM2) a 1,82 fois plus de chance de recourir à la contraception que les femmes qui ont moins de trois années d'instruction. Pour les femmes qui ont atteint un niveau compris entre la 6^e et la 4^e, la probabilité de recourir à la pratique contraceptive par rapport aux femmes du groupe de référence est multipliée par 2,6. Enfin, les femmes qui ont un niveau supérieur à la 3^e, ont presque que 4 fois plus de chances de recourir à la pratique contraceptive que les femmes qui sont sans instruction.

Le dernier modèle intègre les deux variables actives de l'analyse. Les résultats qui en sont issus sont grandement révélateurs de l'influence simultanée de l'urbanisation et de l'instruction sur la pratique contraceptive. En plus d'être à Lomé, le fait d'avoir acquis au moins trois années d'instruction prédispose les

Tableau 7. Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive moderne

Variable explicative et modalité	Rapport de côte/Significativité		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Nombre d'années d'exposition à la culture urbaine			
<i>Plus de 10 ans en milieu rural</i>			
0-4 ans à Lomé	1,70***		
5-10 ans à Lomé	2,16***		
Plus de 10 ans à Lomé	1,75***		
Niveau d'instruction			
<i>Sans instruction</i>			
CE - CM2 (troisième et dernière année du primaire)		1,82***	
6 ^e - 4 ^e (première et troisième année du collège)		2,60***	
3 ^e et plus (dernière année du collège et plus)		3,69***	
Urbanisation et instruction**			
<i>Plus de 10 années au village et sans instruction</i>			
Plus de 10 années au village et instruites			2,35***
Moins de 10 années à Lomé et sans instruction			2,10***
Moins de 10 années à Lomé et instruites			3,88***
Plus de 10 années à Lomé et sans instruction			2,25***
Plus de 10 années à Lomé et instruites			3,25***
Standing de l'habitat			
<i>Bas</i>			
Moyen	1,05	1,12	0,99
Haut	1,05	1,37**	0,99
Connaissance source			
<i>Connait</i>			
Ne connaît pas	0,31***	0,35***	0,33***
<i>Âge</i>			
<i>45 ans et plus</i>			
15-24 ans	0,67	0,65**	0,65**
25-34 ans	0,69	0,61***	0,66**
35-44 ans	0,63**	0,66	0,62***
État matrimonial			
<i>En union</i>			
Non en union	0,22**	0,15***	0,17***
Co-résidence avec le conjoint actuel			
<i>Cohabitation</i>			
Non-cohabitation	2,09***	2,09***	2,00***
Activité de la femme			
<i>Oui</i>			
Non	0,78	0,78	0,76
Revenu en argent			
<i>Non</i>			
Oui	1,65***	1,67***	1,63***
Niveau d'instruction du conjoint			
<i>Sans instruction</i>			
Primaire	1,86***	1,79***	1,60***
Secondaire	2,36***	2,0***	1,74***
Supérieur	2,90***	2,17***	2,08***

Tableau 7 (suite). Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive moderne

Variable explicative (<i>modalité de référence</i>)	Rapport de côte/Significativité		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Secteur d'activité du conjoint			
<i>Autres secteurs</i>			
Secteur moderne	1,00	0,92	0,97
Conjoint favorable à la PF			
<i>Non</i>			
Oui	2,01***	1,99***	2,00***
Discussion avec le conjoint au sujet de la PF			
<i>Non</i>			
Oui	1,68***	1,71***	1,66***
Au moins une fille et un garçon en vie			
<i>Oui</i>			
Non	0,74**	0,75**	0,72**
Nombre d'enfants en vie			
<i>Plus de quatre enfants</i>			
4 enfants et moins	0,64***	0,65***	0,64***
Nombre d'enfants décédés			
<i>Au moins un enfant décédé</i>			
Pas d'enfant décédé	1,38***	1,35***	1,35***
Désire autres enfants			
<i>Oui</i>			
Non	0,43***	0,43***	0,42***
Nombre total d'enfants souhaité			
<i>5 enfants et plus</i>			
4 enfants et moins	1,84***	1,76***	1,64***
Accès à un médium écrit			
<i>Non</i>			
Oui	1,21	1,09	1,17
Accès à un médium audio			
<i>Non</i>			
Oui	1,13	1,08	1,08
Accès à un médium visuel			
<i>Non</i>			
Oui	0,99	1,04	0,98
N	3 917	3 917	3 917
-2 Log de vraisemblance	1890,44	1873,65	1864,75
p-value pour la significativité globale des modèles	0,0000	0,0000	0,0000

Source : calcul des auteurs.

* Les modalités de référence sont en italique.

* Ici une femme est considérée comme instruite si elle a plus de trois années d'instruction ; dans le cas contraire, elle est considérée comme non instruite.

*** Significative à 1 % ; ** significative à 5%.

femmes à recourir plus souvent à la contraception. Ainsi, les femmes dont la durée de résidence à Lomé est inférieure à dix années mais qui sont instruites ont près de quatre fois plus de chances de recourir à la contraception que les femmes sans instruction et vivant depuis plus de dix ans en milieu rural. De même, les femmes qui vivent depuis plus de dix années à Lomé et qui ont plus de trois années d'instruction ont une probabilité 3,25 fois plus élevée de recourir à la contraception que les femmes du groupe de référence.

Les autres caractéristiques de la femme ayant une influence significative sur l'utilisation d'une méthode de contraception moderne sont : l'état matrimonial, le fait de vivre avec son conjoint, le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants souhaités, le désir d'avoir d'autres enfants et le fait d'avoir des enfants de sexes différents. En ce qui concerne les variables de la catégorie « vie génésique de la femme », on note l'influence remarquable de la mortalité infantile sur le recours à la contraception. Le fait de n'avoir eu aucun enfant décédé augmente en effet d'environ 35 % les chances d'une femme d'utiliser la contraception moderne. A contrario, les femmes n'ayant pas encore d'enfants des deux sexes ont 36 % moins de chances d'utiliser un contraceptif moderne que celles dont la descendance comporte les deux sexes.

Les résultats tiennent compte également des caractéristiques du conjoint, susceptibles d'influencer l'utilisation de la contraception chez la femme. Au nombre de ces caractéristiques, nous avons son niveau d'instruction, son secteur d'activité, s'il est favorable à la planification familiale et s'il y a des discussions sur la planification familiale au sein du couple. L'approbation du conjoint, les discussions relatives à la planification familiale dans les foyers et le niveau d'instruction du conjoint se révèlent être les caractéristiques les plus influentes chez le conjoint de la femme. Ainsi, lorsque le conjoint est favorable à l'utilisation de la planification familiale, cela multiplie par deux les chances de la femme d'utiliser un contraceptif moderne. Le fait pour la femme de discuter de la planification familiale avec son conjoint augmente jusqu'à 70 % ses chances d'utiliser une méthode moderne de contraception. Plus les conjoints discutent entre eux sur la planification familiale, plus leurs femmes ont recours

à la contraception. Enfin, une femme dont le conjoint est instruit a plus de chances de recourir à la contraception qu'une femme dont le conjoint est sans instruction. Seul le type de secteur d'activité du conjoint n'a pas d'influence avérée sur le recours à la contraception.

Conclusion

Au Togo, comme dans la plupart des pays des groupes 2 et 3 définis en introduction comme ceux dont la fécondité est en déclin récent et léger, la baisse de la fécondité est bel et bien amorcée, notamment en milieu urbain où le décrochage de l'I.S.F. au cours des dix dernières années a été remarquable. Ce début de transition de la fécondité s'opère dans un contexte socio-économique marqué par la conjonction de deux évolutions : i) un changement progressif mais décisif des idéaux de fécondité induit par la modernisation et ii) un changement de perception des coûts et bénéfices de l'enfant sous la pression des effets induits de la crise économique. Lors d'une étude réalisée en 2000 par l'Unité de recherche démographique, environ 64 % de femmes et 78 % d'hommes ont évoqué la cherté de la vie comme principale raison de limitation des naissances (URD, 2000). Le changement des idéaux de fécondité résulte certes de l'effet conjugué de l'éducation et de l'urbanisation comme l'ont montré nos résultats mais aussi de la conscience que la population a du fait que « les enfants ne meurent plus comme avant ». Cela dit, une chose est d'avoir des caractéristiques qui vous prédisposent à désirer moins d'enfants et une autre est d'avoir les moyens de réaliser ce choix et de recourir à des modes de régulation de la fécondité efficaces. Nos résultats ont bien montré qu'en milieu urbain la pratique de la contraception moderne progresse mais que, dans le même temps, les moyens traditionnels d'espacement des naissances, notamment l'abstinence post-partum et l'allaitement, régressent. En terme de fécondité, les effets de ces deux évolutions s'annulent-ils ?

Que la fécondité baisse rapidement et que le rythme de progression du recours à la contraception n'en soit pas le reflet, renvoie à l'utilisation par les

femmes d'autres modes de régulation de la fécondité, notamment l'avortement provoqué. Même si les études destinées à nous éclairer sur le recours à l'avortement comme moyen de réguler sa procréation font cruellement défaut, nous sommes cependant enclin à nous demander ce qui peut conduire les femmes à ce recours plutôt qu'à la contraception. Serait-ce à cause d'une insuffisance de l'offre de produits contraceptifs, d'une inadaptation de l'offre à la demande des femmes, d'un accès trop cher aux méthodes désirées ? Quoi qu'il en soit, l'on enregistre de nouvelles demandes de contraception, notamment chez les personnes non mariées et les adolescentes qui, jusqu'ici, étaient plus ou moins exclues des programmes de planification familiale. Pour qu'elle progresse plus nettement, la contraception moderne gagnerait à être plus accessible à la frange jeune de la population sexuellement active, celle de 15 à 24 ans, ce qui nécessiterait une adaptation des services de planification familiale.

Références bibliographiques

- AGOUNKÉ A., ASSOGBA M. et ANIPAH K., 1989, *Enquête Démographique et de santé au Togo 1988*, Unité de Recherche Démographique, Direction de la Statistique, Institut for Ressource Development–Westinghouse, Columbia, 169 p.
- AHOSSU S., 1991, *Contribution à l'étude de la mortalité maternelle dans deux maternités urbaines du Togo : C.H.U. de Lomé et C.H.R. de Lomé*, Thèse de doctorat en Médecine, Lomé, Université du Bénin–Faculté de Médecine, Lomé, 162 p.
- AMÉGEE K., 1999, *Le recours à l'avortement provoqué au Togo : mesures et facteurs du phénomène*, Thèse de doctorat de 3^e cycle, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Bordeaux, 440 p.
- AMÉTÉPÉ F. et BÉGUY D., 2004, *Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances ?*, Communication à la Chaire Quételet 2004 « Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action », Louvain-la-Neuve, 2004.
- ANIPAH K., MBOUP G., OURO-GNAO A. M. et al., 1999, *Enquête Démographique et de santé au Togo 1998*, direction de la Statistique, Macro International Inc., Calverton Maryland, USA, 287 p.
- BONGAARTS J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4, n° 1, pp. 105-131.

- CALDWELL J., 1978, « A theory of fertility : from high plateau to destabilization », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 4, pp. 553-577.
- COHEN B., 1996, « Niveaux, différences et tendances de la fécondité », in Foote K. A., Hill K. H. et Martin L. G. (éd.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et documents, INED-PUF, Paris, pp. 9-70.
- JOLLY C. 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, INED-PUF, Paris, pp. 71-117.
- LESTHAEGHE R., 1989, « Social organization, economic crises and the future of fertility control in Africa », in Lesthaeghe R. (éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-saharan Africa*, University of California Press, pp. 475-505.
- LOCOH T., 1984, *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain*, PUF, Paris, 182 p.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 1995, *Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine*, La Chronique du Ceped, n° 18, CEPED, Paris, France.
- OOSTHUIZEN K., 1997, « Similarities and differences between the fertility decline in Europe and the emerging fertility decline in sub-saharan Africa », in *Actes du Congrès international de la population*, Beijing, U.I.E.S.P., Liège, vol. 3, pp. 1063-1090.
- TABUTIN D., 1997, « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificités, changements et incertitudes », in *Actes du Congrès international de la population*, Beijing, U.I.E.S.P., Liège, vol. 1, pp. 219-247.
- URD, 2003, *Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo : Étude AS/SR TOGO - 2003*, fascicule II, Rapport de Recherche, Lomé, 121 p.
- URD, 2000, *Famille, Migrations et urbanisation au Togo : Résultats de l'enquête quantitative*, fascicule II, Rapport de Recherche, Lomé, 207 p.
- URD, 1984, *Arrivée du Prochain Enfant à Lomé (APEL)*, Rapport de Recherche, Lomé, 85 p.
- VIGNIKIN K., 1992, *Dynamique des systèmes de production agricole et ajustement socio-démographique des ménages : le cas des agriculteurs EWE du Sud-Togo*, Thèse de doctorat, département de Démographie, Université de Montréal, 345 p.
- VIMARD P., 1996, « Évolution de la fécondité et crises africaines », in Coussy J. et Vallin J. (éd.), *Crise et population en Afrique : crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, CEPED, Paris, pp. 293-318.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E., 2007, « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, pp. 173-214.

YANA S., 1999, « Changement familial et transition de la fécondité en Afrique : pourquoi l'hypothèse de nucléarisation ne se vérifie-t-elle pas ? », *in* Tabutin D., Gourbin C., Masuy-Stroobant G. et Schoumaker B. (éd.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Chaire Quetelet, Academia-Bruylant-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve-Paris, 1997, pp. 623-640.

Pauvreté et régulation de la fécondité au Cameroun

SAMUEL NOUETAGNI

La plupart des experts prévoient une baisse des indices de fécondité jusqu'au taux de remplacement des générations (2,1 enfants), voire en deçà, dans tous les pays du monde d'ici 2050 (Nations unies, 2005). Mais, pour l'heure, et par rapport aux autres régions du monde en développement, l'Afrique subsaharienne reste en retrait sur ce chemin de la baisse de sa fécondité, et, en dépit de quelques progrès en matière de services de planification familiale, elle se caractérise par une faible pratique contraceptive.

Ainsi, cette partie du continent se distingue par le fait qu'en dépit d'une diminution de la fécondité, réelle même si elle demeure réduite (avec des niveaux proches de 4 ou 5 enfants par femme), la prévalence contraceptive moderne demeure encore faible (moins de 10 %) (Vimard *et al.*, 2006). On peut estimer par conséquent que d'autres facteurs de régulation des naissances, l'allaitement maternel prolongé, l'abstinence post-partum, le régime matrimonial ainsi que l'avortement (surtout en milieu urbain) contribuent fortement à la baisse actuelle de la fécondité.

Par ailleurs, la pauvreté reste très présente en Afrique subsaharienne, et sa réduction est devenue une préoccupation majeure pour les institutions internationales, compte tenu de ses implications en matière sociale, politique, mais aussi démographique, notamment dans ses relations avec la mortalité, la fécondité ou bien encore la migration.

La complexité de la relation entre le niveau de vie et la fécondité a été abordée par bon nombre de chercheurs : Montgomery *et al.* (1998), pour le Ghana ;

Schoumaker (1998) et Mencarini (1997), pour l'Afrique du Sud ; Noubissi et Sanderson (1998), pour le Cameroun ; Kobiané (1998), pour le Burkina Faso ; Locoh (1994), Vimard et Fassassi (2001) et Schoumaker et Tabutin (1999), pour les pays du Sud ; Cosio-Zavala (1995), pour les sociétés latino-américaines, etc. Certains chercheurs ont mis en évidence l'existence d'un malthusianisme de pauvreté, d'autres une relation positive ou négative en fonction du milieu de résidence, de l'étape atteinte dans la transition de la fécondité, etc., d'autres encore ont conclu à une absence de relation.

En 1986, affirmant clairement la position du Cameroun en faveur de la planification familiale, dans son discours, lors de la présentation du IV^e Plan à l'Assemblée nationale, le chef de l'État déclarait déjà : « C'est le lieu me semble-t-il, d'attirer l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée. Il s'agit par conséquent, non pas de rompre avec nos convictions religieuses et nos us et coutumes en ce domaine, mais de tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une paternité consciente et responsable... ».

Eu égard à cette option politique en faveur de la maîtrise de la fécondité très claire, au moins en ce qui concerne les discours, il nous a semblé opportun de nous interroger sur certains mécanismes à l'œuvre entre les phénomènes en cause, afin d'éclairer les pouvoirs publics dans leurs prises de décision, en considérant dans quelle mesure la pauvreté tendrait à compromettre la transition démographique en cours et notamment la baisse de la fécondité (Fotso *et al.*, 1999 ; Nouetagni, 2004).

Le but de ce chapitre n'est pas de montrer que les différences de fécondité entre les classes sociales dépendent, dans une grande mesure, d'un certain nombre de variables intermédiaires, car cela est bien connu aujourd'hui. Mais il s'agit surtout de mettre en évidence les effets du niveau de vie sur ces variables intermédiaires afin de mieux comprendre les mécanismes d'inhibition de la fécondité entre les différentes classes de niveau de vie. Notre analyse utilisera

les données provenant de la deuxième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM-II) et du module fécondité-nuptialité (MFNOI)¹ qui lui était greffé. Compte tenu du fait que l'enquête ECAM-II n'a posé des questions que sur un seul des éléments régulateurs (la prévalence contraceptive), la relation entre le niveau de vie et la régulation de la fécondité à l'échelle de l'ensemble du Cameroun portera uniquement sur cet élément. En revanche, nous envisageons la relation entre le niveau de vie et l'ensemble des modes de régulation de la fécondité à l'échelle de Douala et de Yaoundé, les deux plus grandes villes du Cameroun, où l'enquête MFNOI a eu lieu.

La relation pauvreté-contraception à l'échelle nationale

Caractéristiques des ménages au regard de la pauvreté

Profil de pauvreté monétaire objective au Cameroun²

L'indicateur de niveau de vie a été approché par la consommation finale annuelle des ménages qui, même si elle n'est pas aisément approchable, reflète dans une certaine mesure mieux le niveau de vie de ces ménages, comparativement aux revenus qui sont très aléatoires en Afrique et dont la mesure est très difficile. Selon l'enquête ECAM-II, l'incidence de la pauvreté révèle que 30,1 % des ménages (12,3 % en zone urbaine et 39,7 % en zone rurale) vivent au-dessous du seuil de pauvreté³. À l'échelle des individus (tableau 1), 6 217 058 personnes sur une population estimée à 15 472 557 habitants vivent dans des ménages classés en dessous du seuil de pauvreté, soit environ 4 personnes sur 10 (40,2 %) ⁴.

-
1. Pour plus de détails sur la méthodologie de cette enquête, voir Nouetagni et Grenèche, 2003.
 2. Cette présentation de la pauvreté au Cameroun est extraite du rapport principal de l'ECAM-II (DSCN, 2002).
 3. On pourra consulter, en annexe, la présentation de la méthode de calcul du seuil de pauvreté.
 4. Étant donné que le statut de pauvreté n'est pas le même pour tous les individus d'un ménage, cette déduction suppose l'hypothèse d'imputabilité de la pauvreté du ménage aux individus de ce ménage, hypothèse assez forte il faut le reconnaître.

L'intensité de la pauvreté confirme la discrimination entre les milieux urbain et rural. En milieu rural (tableau 1), la consommation moyenne par équivalent-adulte⁵ d'une personne vivant dans un ménage pauvre se situe en moyenne à 33,3 % en dessous du seuil de pauvreté, alors qu'il est à moins de 23,9 % en milieu urbain.

Tableau 1. Incidence et intensité de la pauvreté selon les régions*

Région	Effectifs de la population	Incidence de pauvreté (en %)	Effectifs de pauvres	Intensité de la pauvreté (en %)
Douala	1 501 171	10,9	163 437	19,1
Yaoundé	1 349 065	13,3	179 974	19,9
Adamaoua	691 748	48,4	334 696	31,8
Centre	1 214 064	48,2	584 963	31,1
Est	744 947	44,0	327 642	34,9
Extrême Nord	2 745 345	56,3	1 545 349	33,5
Littoral	754 460	35,5	267 671	28,4
Nord	1 123 267	50,1	562 503	31,0
Nord-Ouest	1 782 467	52,5	935 409	39,8
Ouest	1 866 674	40,3	752 781	27,5
Sud	534 441	31,5	168 602	23,3
Sud-Ouest	1 164 910	33,8	394 032	31,1
Urbain	5 383 104	17,9	962 415	23,9
Rural	10 089 455	52,1	5 254 643	33,3
Ensemble	15 472 559	40,2	6 217 058	31,8

Source : ECAM II ; DSCN/MINEFI.

* Voir en annexe la note sur l'intensité et l'incidence de la pauvreté.

L'incidence moyenne de la pauvreté de 40,2 % masque de profondes disparités en fonction du milieu de résidence et des régions. L'incidence moyenne de la pauvreté est nettement plus élevée dans les zones rurales. La plus élevée en milieu urbain est observée dans la province de l'Adamaoua où elle atteint 39,1 %.

5. La normalisation de la dépense par équivalent-adulte au lieu de la dépense par tête présente l'avantage de tenir compte de la composition du ménage^c et donc de prendre en considération les économies d'échelle existant au sein des ménages de grande taille.

Partout dans les strates rurales, on observe une incidence supérieure à ce maximum, sauf dans la région du Sud où le milieu rural enregistre un taux de pauvreté de 32,5 %.

Pour caractériser les régions en fonction de l'incidence de la pauvreté, trois sous-ensembles peuvent être retenus : le sous-ensemble contenant les régions que l'on qualifierait de moins pauvres se compose de Douala, Yaoundé et des strates urbaines des provinces du Sud-Ouest, du Centre, du Nord-Ouest, de l'Est et du Littoral. Dans chacune de ces régions, moins de deux personnes sur dix sont touchées par la pauvreté. À l'autre extrême, le troisième sous-ensemble comprend les régions qualifiées de plus pauvres où l'incidence de la pauvreté atteint le niveau de 45 %. Toutes les zones rurales sont dans ce dernier sous-ensemble à l'exception des provinces du Sud, de l'Ouest et du Sud-Ouest.

En ce qui concerne la pauvreté des conditions d'existence⁶, certaines études, ne disposant pas de données permettant de mesurer directement le niveau de vie monétaire (revenus, dépenses), recourent au confort de l'habitat (matériaux de construction du logement). Les auteurs le considèrent comme un bon indicateur (proxi) du niveau de vie des ménages (Kobiané, Noumbissi et Sanderson, Nouetagni, *op. cit.*) dans les pays du tiers-monde où seule une minorité de ménages accède à un logement confortable.

Il ressort que l'appréciation du standing des logements, basée sur la disponibilité d'un W.C. avec chasse d'eau, des murs, d'un toit et du sol en matériaux définitifs, indique que les logements des ménages pauvres sont manifestement défavorisés du point de vue du confort suivant les matériaux utilisés. Les dif-

6. La construction des scores de pauvreté en termes des conditions d'existence par le cumul des privations soulève la difficulté d'opérer une sélection à l'intérieur du domaine multiforme des conditions de vie d'une façon qui ne soit pas trop normative et sujette aux a priori du chercheur. Aussi, Townsend (1979) et Dickes (1994) suggèrent que, plutôt que de retenir tel ou tel manque élémentaire, c'est le cumul des handicaps ou des manques qui a le plus de sens car il permet d'exclure certaines privations du champ du hasard. Pour la suite de l'étude concernant les deux principales villes du Cameroun, l'indicateur de pauvreté en termes des conditions d'existence a été construit sur la base d'une note attribuée à chaque ménage sous forme de Odd ratio de la possession de l'équipement ou de la possession d'une caractéristique (pour plus de détails, voir Nouetagni, 2004 ; Insee, 1997).

férences de confort sont nettes entre pauvres et non pauvres, et entre ville et campagne⁷.

Le statut d'occupation des logements permet également de différencier les trois types de ménages : propriétaires, locataires ou ménages logés gratuitement. Indépendamment de leur niveau de vie, les ménages sont en général propriétaires de leur logement. Cependant, les pauvres occupent en général des logements peu confortables et moins chers. La très forte proportion des ménages pauvres et propriétaires observée dans les provinces du Nord et de l'extrême Nord s'accompagne de la plus forte précarité des structures habitées.

Profil de pauvreté subjective au Cameroun

Lors de l'enquête ECAM-II, les personnes de référence de chaque ménage (généralement le chef de ménage ou son conjoint) se sont prononcées sur l'appréciation du statut de pauvreté de leur ménage par rapport à celui de leurs voisins et de leurs parents, sur leur capacité à couvrir toutes leurs dépenses et sur le minimum de revenus qu'il leur faudrait pour subvenir à leurs besoins vitaux. Ces informations permettent de classer directement les ménages selon leur statut de pauvreté subjective. Bien que l'opinion de cette personne de référence ne traduise pas toujours celle des autres membres du ménage, elle est considérée comme représentative de l'opinion de tout le ménage.

Telle que définie, la pauvreté subjective touche au niveau national environ 7 ménages sur 10. Les ménages auraient tendance à percevoir tout signe de vulnérabilité (avéré ou non) comme signe de la pauvreté. Par rapport à la région de résidence, les deux grandes métropoles camerounaises (Yaoundé et Douala) réalisent les taux de pauvreté subjective les plus faibles. Elles sont suivies par

7. On peut cependant admettre que les critères retenus pour définir la pauvreté objective en terme de conditions d'existence assimilent (peut-être abusivement) la pauvreté de l'environnement socio-économique rural à la pauvreté des ménages ruraux car dépendant en partie des normes urbaines, et non rurales, à cause de l'insuffisance de l'offre ne permettant sans doute pas à des ménages qui en auraient les moyens de consommer comme ils pourraient le faire en milieu urbain où il y a le plus souvent une variété d'offres. Néanmoins, cette critique est moins opposable à la consommation finale dans la mesure où les biens faisant partie du panier de consommations sont choisis de manière à être accessibles dans les deux milieux.

un groupe de régions dont les taux peuvent être qualifiés de modérés car situés autour du taux national. Il s'agit (dans l'ordre croissant des taux) des provinces du Sud, de l'Ouest, de l'Adamaoua, du Littoral, du Centre, du Nord et du Sud-Ouest. Il y a enfin un groupe de trois régions dont les taux de pauvreté subjective peuvent, au regard du taux national, être jugés élevés. Ce sont les provinces du Nord-Ouest, de l'Est et de l'extrême Nord.

Le fait que les régions mal classées par l'approche subjective ne le soient pas toutes par l'approche objective suggère que les différentes formes de pauvreté ne se recourent pas complètement et par conséquent, saisissent un même phénomène aux multiples facettes, irréductibles les unes aux autres.

La pauvreté subjective touche plus les ménages ruraux (environ 77 %) que les ménages urbains (environ 60 %). Ce résultat est à mettre en rapport avec la nature des activités exercées dans chacun des deux milieux. Dans le milieu rural, il y a une prédominance des activités agricoles dont les promoteurs se sont révélés être les plus défavorisés dans l'approche objective. Parmi les ménages dont le chef est opérateur agricole (exploitant, salarié, etc.), 80 % sont pauvres subjectivement. En revanche, les ménages dirigés par les travailleurs du secteur public et ceux des travailleurs du secteur privé formel, qui sont plus nombreux en milieu urbain, sont les moins affectés par cette forme de pauvreté.

Il se dégage donc un pessimisme citadin révélé par l'écart entre les taux de pauvreté objective et subjective en milieu urbain. En effet, si deux fois plus de ruraux se sentent pauvres qu'ils ne le sont sur des critères objectifs (consommation par équivalent adulte), les urbains sont quant à eux cinq fois plus nombreux à se considérer comme pauvres que ne le laisse prévoir le taux de pauvreté obtenu sur des critères dits « objectifs ». Ce décalage, nettement plus prononcé en milieu urbain, montre que la perception de la pauvreté dépend du secteur de résidence et des points de référence dont dispose l'individu.

Caractéristiques des femmes de l'échantillon national

Les femmes de l'échantillon national de l'ECAM-II

Une femme de l'échantillon sur dix réside à Douala ou à Yaoundé ; moins de deux femmes sur dix résidant dans les autres villes et environ une femme sur quatre pour les zones des hauts plateaux (ouest du Cameroun) et de savane (nord du Cameroun). La zone forestière du milieu rural (Centre, Sud, Est) quant à elle compte un peu plus d'une femme sur dix dans l'échantillon (tableau 2).

Environ une femme de l'échantillon sur deux est âgée de moins de 25 ans contre un peu plus d'une femme sur dix pour les femmes de plus de 40 ans. Une femme sur quatre a un niveau d'instruction équivalent au secondaire 1^{er} cycle et une proportion équivalente est sans instruction, contre une femme sur dix ayant le niveau du secondaire 2^e cycle et plus. Un peu moins de quatre femmes sur dix n'ont jamais été en union contre un peu plus d'une femme sur deux qui l'a déjà été ; 33 % des femmes sont mariées à un homme monogame, 17 % à un homme polygame et 5 % des femmes vivent en union libre⁸.

Parmi les femmes de l'échantillon, environ une sur trois n'a jamais eu une naissance vivante. La même proportion a donné naissance à moins de 4 enfants nés vivants, contre un peu plus d'une femme sur dix qui ont plus de 6 enfants nés vivants.

En ce qui concerne le niveau de vie en termes de pauvreté objective monétaire (tableau 3), une femme de l'échantillon sur quatre appartient à un ménage de la classe intermédiaire, contre un peu moins de quatre femmes sur dix appartenant aux ménages classés respectivement comme pauvres et non pauvres.

Environ une femme sur quatre appartient à un ménage qui se positionne subjectivement comme très pauvre, contre un peu plus d'une femme sur deux

8. Ce pourcentage serait faible comparé aux chiffres provenant des deux E.D.S. qui situent la proportion de femmes vivant en union libre autour de 10 à 15 %. Le mode de questionnement à l'ECAM-II semble avoir surestimé la proportion des femmes célibataires au détriment des femmes en union libre.

Tableau 2. Caractéristiques des femmes de l'échantillon de l'ECAM-II (en %)

	Fréquence	
Milieu de résidence de la femme	Yaoundé	10,4
	Douala	11,3
	Autres villes	17,7
	Rural forêt	13,0
	Rural Hauts Plateaux	25,0
	Savane	22,6
	Total	100,0
Groupe d'âges de la femme	15-24 ans	44,2
	25-39 ans	39,9
	40- 49 ans	15,8
	Total	100,0
Niveau d'instruction de la femme	sans instruction	25,8
	primaire	35,4
	secondaire 1 ^{er} cycle	26,0
	secondaire 2 ^e cycle et plus	12,8
	Total	100,0
Statut matrimonial de la femme	mariée monogame	33,2
	mariée polygame	17,8
	en union	5,0
	veuve/divorcée/séparée	6,9
	célibataire	37,1
	Total	100,0
Parité atteinte	0 enfant	32,1
	1 à 3 enfants	37,3
	4 et 5 enfants	13,8
	6 enfants et plus	16,8
	Total	100,0

Source : ECAM-II.

et une sur cinq qui appartiennent à des ménages qui se sont positionnés respectivement comme pauvres et non pauvres.

Un peu plus d'une femme sur deux appartient à un ménage qui estime que les dépenses mensuelles de leur ménage ne sont pas couvertes par les revenus mensuels de ses membres. Six femmes sur dix et une femme sur cinq appartiennent à des ménages qui déclarent que leur niveau de vie a respectivement diminué et augmenté entre 1996 et 2001.

Tableau 3. Distribution des femmes de l'échantillon selon les classes de niveau de vie (en %)

		Fréquence
Niveau de vie du ménage de la femme	pauvre	35,8
	intermédiaire	24,5
	non pauvre	39,6
	Total	100,0
Positionnement des ménages	très pauvre	23,9
	pauvre	55,3
	non pauvre	20,8
	Total	100,0
Couverture des dépenses des ménages par leurs revenus	non	52,3
	oui	47,7
	Total	100,0
Évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001	diminue	61,8
	inchangé pauvre	14,7
	inchangé non pauvre	4,2
	augmente	19,2
	Total	100,0

Source : ECAM-II

Quelques données d'ensemble sur la fécondité et la pratique contraceptive au Cameroun

Les données collectées depuis 1976 à travers les différentes enquêtes et recensements ont révélé une baisse de la fécondité au Cameroun depuis le milieu des années 1980. On a enregistré au niveau national : a) d'abord une phase de hausse de la fécondité de 1961 à 1977 durant laquelle l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) est passé d'environ 5,4 enfants par femme à 6,4 enfants par femme, ceci résultant d'une baisse de la stérilité due à l'amélioration des conditions sanitaires et de la protection maternelle (Akam, 1990 ; DSCN-EMF, 1983 : 85) ; b) ensuite, une phase de stabilité de la fécondité à des niveaux encore élevés, de 1977 à 1985, avec une utilisation encore faible de moyens contraceptifs ; c) enfin, une phase de déclin de la fécondité, depuis 1985, se traduisant par un I.S.F. de 5,8 enfants par femme en 1991, 5,2 enfants par femme en 1998 et 5 enfants par femme en 2004⁹.

La baisse de la fécondité au niveau national serait liée : à un changement notable dans le comportement des femmes en matière de procréation, avec le recul de l'âge médian à la première union qui reste néanmoins précoce (16,5 ans, 17,4 ans et 17,6 ans aux trois enquêtes E.D.S.) ; une augmentation modeste de la prévalence contraceptive (de 16 % à 26 % pour l'ensemble des méthodes, et de 4,2 % à 13,5 % pour les méthodes modernes, entre 1991 et 2004) ; un maintien d'une insusceptibilité post-partum relativement longue (de 16 à 13,7 mois entre 1991 et 2004).

Après cet état des lieux sur le profil de pauvreté et l'évolution de la fécondité, nous allons envisager la relation entre la pauvreté et la prévalence contraceptive au niveau national, afin d'essayer de mettre en évidence les différentiels d'utilisation selon le niveau de vie.

9. Mesures effectuées lors des différentes enquêtes démographiques et de santé (E.D.S.) réalisées au Cameroun en 1991 (E.D.S.C.I.), 1998 (E.D.S.C.-II) et 2004 (E.D.S.C.-III).

Pauvreté et pratique contraceptive

Utilisation de la contraception selon le niveau de pauvreté

Une femme sur quatre est utilisatrice d'une méthode contraceptive traditionnelle contre un peu moins d'une femme sur cinq qui utilise une méthode moderne. En ce qui concerne les femmes mariées (en union) au moment de l'enquête, un peu moins d'une femme sur dix utilise une méthode moderne, contre un peu plus d'une femme sur quatre qui utilise une méthode contraceptive traditionnelle (tableau 4).

Les femmes en union appartenant aux ménages non pauvres, en termes de pauvreté objective, utilisent davantage une méthode quelconque de contraception et sont également plus nombreuses (13,4 %) à utiliser une méthode moderne que les femmes des ménages pauvres (5,2 %). La pauvreté subjective, en terme de positionnement, présente la même configuration, car on passe de 7 % d'utilisatrices des méthodes modernes chez les femmes des ménages très pauvres à 13,8 % chez les femmes des ménages qui se positionnent comme non pauvres. L'écart ne semble pas important entre les femmes des ménages qui déclarent que leurs dépenses ne sont pas couvertes par leurs revenus et les autres, respectivement 8,4 % et 9,7 %. Ce semble aussi être le cas en ce qui concerne l'évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001. Cependant, parmi les femmes des ménages dont le niveau de vie est resté inchangé, celles des ménages qui se sont positionnées comme non pauvres ont une prévalence supérieure des méthodes modernes (18,1 % contre 8,5 %).

Relation entre pauvreté et contraception

Dans la recherche des liens entre la pauvreté et la pratique contraceptive, nous allons utiliser la régression logistique, mieux adaptée de par la forme dichotomique des deux variables dépendantes (utilisation ou non de la contraception, et, pour les utilisatrices, utilisation d'une méthode moderne ou non).

Les différents groupes de variables seront introduits successivement dans chaque modèle, afin de contrôler la modification des contrastes au fur et à mesure de l'introduction des variables. Nous présenterons une analyse simultanée des deux modèles, dans la mesure où ils produisent des informations complémentaires, après avoir brièvement décrit les variables du modèle.

Les variables dépendantes sont : l'utilisation ou non d'une méthode de contraception quelconque, pour le premier modèle et, pour les femmes utilisatrices concernée par le second modèle, l'utilisation ou non d'une méthode moderne. Les variables indépendantes sont les quatre indicateurs de niveau de vie présentés plus haut : pauvreté monétaire objective ; pauvreté en terme de positionnement des ménages par eux-mêmes (pauvreté subjective) ; évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001 ; couverture des dépenses des ménages par leurs revenus. Les variables de contrôle sont les caractéristiques de la femme également présentées plus haut : niveau d'études, âge, état matrimonial et milieu de résidence au moment de l'enquête.

Le premier modèle, qui a trait à l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive quelconque, nuance les résultats obtenus dans l'approche descriptive (tableau 5)¹⁰. Les femmes les plus pauvres, quel que soit l'indicateur utilisé, semblent avoir plus de chance, que les autres, d'utiliser une méthode contraceptive quelconque. Ainsi, les femmes des ménages classés, en terme de pauvreté monétaire, comme non pauvres ont 12 % moins de chance, que les autres, d'utiliser une méthode contraceptive quelconque ; cependant, il semble qu'il n'existe pas de différence significative entre les femmes des ménages pauvres et celles des ménages intermédiaires. Les femmes des ménages qui déclarent que leurs dépenses sont couvertes par leurs revenus ont 10 % moins de chance, que les autres, d'utiliser une méthode contraceptive quelconque. Il en est de même des femmes des ménages qui se positionnent (subjectivement) comme

10. Il convient de noter dans ce tableau une forte différence de pratique entre la zone rurale des Hauts plateaux et la zone rurale de savane. Elle pourrait s'expliquer par l'appartenance culturelle des populations de la zone de savane, essentiellement musulmanes et plus « pronatalistes » que celles de la zone des Hauts plateaux, un peu plus ouvertes et plus pénétrées des idéaux malthusiens.

Tableau 4. Prévalence contraceptive selon le niveau de vie

		Femmes en union et femmes mariées				Toutes les femmes			
		Type de méthode contraceptive actuellement utilisée				Type de méthode contraceptive actuellement utilisée			
		méthode moderne	méthode naturelle ou traditionnelle	aucune méthode	Ensemble	méthode moderne	méthode naturelle ou traditionnelle	aucune méthode	Ensemble
Pauvreté monétaire objective	pauvre	5,2	28,1	66,7	100,0	10,6	27,0	62,4	100,0
	intermédiaire	8,1	27,8	64,2	100,0	15,2	26,3	58,4	100,0
	non pauvre	13,4	25,8	60,7	100,0	20,7	26,6	52,7	100,0
	très pauvre	7,4	29,5	63,0	100,0	13,3	28,6	58,2	100,0
Positionnement des ménages	pauvre	8,0	26,5	65,6	100,0	14,9	26,0	59,1	100,0
	non pauvre	13,8	26,5	59,7	100,0	21,0	26,4	52,6	100,0
Couverture des dépenses des ménages par leurs revenus	non	8,4	26,1	65,5	100,0	15,3	26,4	58,4	100,0
	oui	9,7	28,3	62,0	100,0	16,3	27,1	56,5	100,0
Appréciation de l'évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001	diminue	8,5	28,5	63,0	100,0	16,2	26,5	57,3	100,0
	inchangé pauvre	8,5	25,2	66,3	100,0	14,5	26,0	59,5	100,0
	inchangé non pauvre	18,1	23,3	58,6	100,0	21,6	26,7	51,7	100,0
	augmente	9,2	26,2	64,6	100,0	13,9	27,1	59,0	100,0
Ensemble		9,0	27,3	63,7	100,0	15,7	26,6	57,7	100,0

Source : ECAM-II

Tableau 5. Résultats de la régression logistique au niveau national : utilisatrices d'une méthode quelconque (1) *versus* non-utilisatrices (0) (Modèle 1)

Variable	Modalité	Modèle 1
Les dépenses du ménage sont couvertes par leurs revenus	Non	réf.
	Oui	0,897***
Pauvreté monétaire objective	Classé comme pauvre	réf.
	Intermédiaire	0,1005
	Non pauvre	0,883**
Pauvreté en terme de positionnement	Se positionne comme très pauvre	réf.
	Pauvre	0,876***
	Non pauvre	0,896**
Évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001	Diminué	réf.
	Inchangé	0,789***
	Augmenté	0,828***
Groupe d'âges	15-19 ans	réf.
	20-24 ans	1,827***
	25-39ans	1,767***
	40-49ans	1,199**
Statut Matrimonial	Célibataire	réf.
	Mariée/Union	0,558***
	Veuve/Divorcée/Séparée	0,551***
Niveau d'études de la femme	Sans instruction	réf.
	Primaire	1,447***
	Secondaire 1er cycle	1,697***
	Secondaire 2nd cycle et Supérieur	2,612***
Région de résidence	Douala/Yaoundé	réf.
	Autres villes	0,643***
	Rural Forêt	0,567***
	Rural Hauts plateaux	1,226***
	Rural Savane	0,242***
Chi deux		2084,059***
-2Log vraisemblance		15571,785
N		12744

Source : calcul de l'auteur d'après le fichier ECAM-II.

réf. : modalité de référence.

Significativité : * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,01$.

très pauvres et les autres. Les femmes des ménages dont le niveau de vie est resté inchangé ou a augmenté entre 1996 et 2001 ont respectivement 21 % et 17 % moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive que celles des ménages dont le niveau de vie a diminué.

Le second modèle indique que les femmes non pauvres, quel que soit l'indicateur de niveau de vie utilisé, semblent avoir plus de chance, que les autres, d'utiliser une méthode moderne de contraception (tableau 6)¹¹. Ainsi, les femmes des ménages classés en terme de pauvreté monétaire comme pauvres et intermédiaires ont respectivement 17 % et 13 % moins de chance, que les femmes des ménages non pauvres, d'utiliser une méthode contraceptive moderne. Il en est de même des femmes des ménages qui se positionnent respectivement comme très pauvres et pauvres et les autres. Celles des ménages qui déclarent que leurs dépenses sont couvertes par leurs revenus ont 24 % plus de chance, que les autres, d'utiliser une méthode contraceptive moderne. Les femmes des ménages dont le niveau de vie a diminué entre 1996 et 2001 ont 17 % moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne que celles des ménages dont le niveau de vie a augmenté.

Ces résultats pourraient paraître surprenants si le deuxième modèle ne nous fournissait pas des informations complémentaires. En effet, il ressort de ces deux modèles que les femmes des ménages les plus pauvres ont effectivement plus de chance, que les autres, d'utiliser une méthode contraceptive quelconque. Cependant, il s'agit de l'utilisation des méthodes traditionnelles de contraception, notamment, la continence périodique, car elles ont, de manière significative, moins de chance que les autres d'utiliser une méthode moderne.

La pauvreté monétaire, objective ou subjective, semble révéler le manque de moyen pour acquérir les méthodes modernes qui, au Cameroun, ne sont pas offertes gratuitement comme dans des pays du Maghreb. Les femmes de cette classe, pour celles qui se décident d'utiliser une méthode de contraception, n'ont

11. Compte tenu des problèmes d'effectifs (il s'agit ici uniquement des femmes utilisatrices) et de la contrainte, liée au modèle, d'utiliser de préférence comme modalité de référence la modalité avec un effectif conséquent, nous n'avons pas toujours été en mesure d'utiliser les mêmes modalités de référence dans les tableaux 4 et 5.

donc pour seul recours que les méthodes traditionnelles, essentiellement la continence périodique. Or, ces femmes sont également plus nombreuses à avoir un niveau d'instruction qui ne leur garantit pas une bonne connaissance en matière d'éducation sexuelle ou simplement la maîtrise de leur période féconde (Nouetagni, 2004). Le succès de la méthode utilisée n'est donc pas assuré.

Pauvreté et régulation de la fécondité dans les deux principales villes du Cameroun, Douala et Yaoundé¹²

Les déterminants proches de la fécondité selon le niveau de vie

Bongaarts et Potter (1983) ont élaboré un modèle permettant de quantifier les effets des six déterminants proches ayant les plus fortes influences sur le niveau de fécondité, à savoir la nuptialité, la contraception, l'aménorrhée par lactation et la continence post-partum (regroupées en un seul indice qu'est l'insusceptibilité post-partum), la stérilité pathologique, et l'avortement¹³. Depuis lors, une version améliorée de ce modèle, plus adaptée aux comportements de procréation en Afrique subsaharienne, a été élaborée par Jolly et Gribble (1996)¹⁴.

Les résultats sur les effets inhibiteurs des indices de Bongaarts seront présentés selon les classes de niveau de vie, pour l'ensemble des deux villes (tableau 7). Pour éviter les problèmes de petits effectifs, les indicateurs du niveau de vie ont été dichotomisés en pauvres et non pauvres. Tout comme dans le modèle amélioré de Jolly, le calcul de l'indice de stérilité primaire a produit des valeurs

12. Il convient de signaler que l'échantillon est issu d'un sondage stratifié avec Douala et Yaoundé comme strate à part. Des analyses peuvent donc être menées au niveau de chacune de ces deux villes séparément avec des seuils de précision acceptables.

13. On s'est intéressé dans l'enquête à toutes les grossesses que la femme a eues depuis janvier 1996 et qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ou qui n'ont duré que quelques semaines ou quelques mois. Elles visaient à mesurer le niveau, les caractéristiques et les déterminants de l'avortement. Au-delà de l'importance du lien entre la pauvreté et l'avortement, il s'agissait d'appréhender ce phénomène aujourd'hui considéré comme l'un des facteurs importants de la transition de fécondité (Desgrées du Loû *et al.*, 1999).

14. On trouvera en annexe une présentation succincte de ce modèle.

Tableau 6. Résultats de la régression logistique au niveau national :
 utilisatrices des méthodes modernes (1) versus utilisatrices
 des méthodes naturelles (0) (Modèle 2)

Variable	Modalité	Modèle 2
Les dépenses du ménage sont couvertes par leurs revenus	Non	réf.
	Oui	1,241***
Pauvreté monétaire objective	Classé comme pauvre	réf.
	Intermédiaire	0,870**
	Non pauvre	0,732***
Pauvreté en terme de positionnement	Se positionne comme très pauvre	réf.
	Pauvre	0,818***
	Non pauvre	0,735***
Évolution du niveau de vie entre 1996 et 2001	Diminué	réf.
	Inchangé	1,009
	Augmenté	0,831**
Groupe d'âges	15-19 ans	réf.
	20-24 ans	0,973
	25-39ans	1,008
	40-49ans	0,935
Statut matrimonial	Célibataire	réf.
	Mariée/Union	0,473***
	Veuve/Divorcée/Séparée	0,673***
Niveau d'études de la femme	Sans instruction	réf.
	Primaire	1,429***
	Secondaire 1 ^{er} cycle	1,781***
	Secondaire 2 ^e cycle et Supérieur	1,644***
Région de résidence	Douala/Yaoundé	réf.
	Autres villes	0,897
	Rural Forêt	0,684***
	Rural Hauts plateaux	0,628***
	Rural Savane	0,511***
Khi deux		626,221***
-2Log vraisemblance		6825,11
N		5377

Source : calcul de l'auteur d'après le fichier ECAM-II.

réf. : modalité de référence.

Significativité : * : $p < 0,10$; ** : $p < 0,05$; *** : $p < 0,01$.

Tableau 7. Indices d'inhibition de la fécondité
selon les indicateurs de niveau de vie à Douala et Yaoundé

		Mo	Cm	C'm	Cc	Ci	Ca
Pauvreté en terme des conditions d'existence	Pauvre	1,09	0,738	0,679	0,729	0,727	0,894
	% d'inhibition (1)		26,2	32,1	27,1	27,3	10,6
	Non pauvre	1,10	0,757	0,690	0,706	0,755	0,873
	% d'inhibition (2)		24,2	31,0	29,4	24,5	12,7
	(1) - (2)	-0,01	2,0	1,1	-2,3	2,8	-2,1
Pauvreté en terme d'appauvrissement	Pauvre	1,09	0,711	0,672	0,707	0,755	0,897
	% d'inhibition (1)		28,9	32,8	29,3	24,5	10,3
	Non pauvre	1,13	0,790	0,692	0,697	0,755	0,892
	(1) - (2)	0,04	7,9	2,0	-1,0	0,0	-0,5
Pauvreté subjective en terme de positionnement	Pauvre	1,10	0,753	0,683	0,729	0,727	0,901
	% d'inhibition (1)		24,7	31,7	27,1	27,3	9,9
	Non pauvre	1,07	0,743	0,695	0,667	0,784	0,820
	(1) - (2)	0,03	-1,0	1,2	-6,2	5,7	-8,1
Pauvreté monétaire objective	Pauvre	1,13	0,775	0,683	0,697	0,727	0,904
	% d'inhibition (1)		22,5	31,7	30,3	27,3	9,6
	Non pauvre	1,08	0,745	0,690	0,718	0,755	0,856
	% d'inhibition (2)		25,5	31,0	28,2	24,5	14,4
	(1) - (2)	0,05	-3,0	0,7	2,1	2,8	-4,8

supérieures à 1. Il a donc été remplacé par un indice corrigé qui prend la valeur 1, c'est-à-dire un effet inhibiteur nul.

Si pour l'ensemble des deux villes, les indices nous dévoilent une modification de fécondité passant d'abord par la nuptialité, ensuite la contraception, l'infécondabilité post-partum et enfin l'avortement (les taux d'inhibition allant de 30,3 % à 8,4 %), les situations selon les classes de niveau de vie ne sont pas aussi nettes, et chacune des classes se distingue par son mode de régulation de la fécondité (tableau 7).

Modèle d'inhibition de la fécondité chez les femmes des ménages non pauvres.

Le modèle d'inhibition de la fécondité chez les femmes des ménages non pauvres se dessine assez clairement. La nuptialité représente le facteur le plus inhibiteur, la contraception vient en seconde position, puis viennent ensuite l'insusceptibilité post-partum et l'avortement. En général, les indices ajustés de mariages sont moins élevés chez les femmes des ménages non pauvres que chez les pauvres. Il en est de même des indices d'avortement et de contraception, quel que soit l'indicateur. En revanche, les indices d'insusceptibilité post-partum sont plus élevés chez les femmes des ménages non pauvres que chez les femmes des ménages pauvres.

Avec un I.S.F. oscillant entre 2,5 et 2,9 enfants par femme (contre 3,2 à 3,5 chez les femmes des ménages pauvres), la fécondité y est assez faible¹⁵. Ce niveau de procréation est atteint en premier lieu par un effet de report de la nuptialité (taux d'inhibition de C'm, entre 30 et 32 %). La contraception joue un rôle tout aussi important (Cc compris entre 27 et 29 % de taux d'inhibition). Les effets conjugués de ces deux facteurs contrecarrent l'effet d'un raccourcissement de la période d'infécondité post-partum, dû à une évolution des comportements sexuels et d'allaitement (Ci, entre 21 et 24 % de taux d'inhibition). Ainsi, l'érosion des pratiques traditionnelles (allaitement intensif et exclusif prolongé et longue période d'abstinence) est allée de pair avec l'émergence de compor-

15. Nouetagni, 2004.

tements modernes avec une primo nuptialité plus tardive et le recours à la contraception moderne et à l'avortement (entre 10 et 19 % de taux d'inhibition) (figure 1, graphique 1a à 1d).

Modèle d'inhibition de la fécondité chez les femmes des ménages pauvres.

Le modèle d'inhibition de la fécondité chez les pauvres est moins net. Certes, la nuptialité représente le facteur le plus inhibiteur (malgré la précocité du mariage), et l'indice d'avortement, le facteur le moins inhibiteur des quatre indices. Cependant, l'indice de contraception est plus proche de l'indice d'infécondabilité post-partum que dans le modèle des femmes non pauvres.

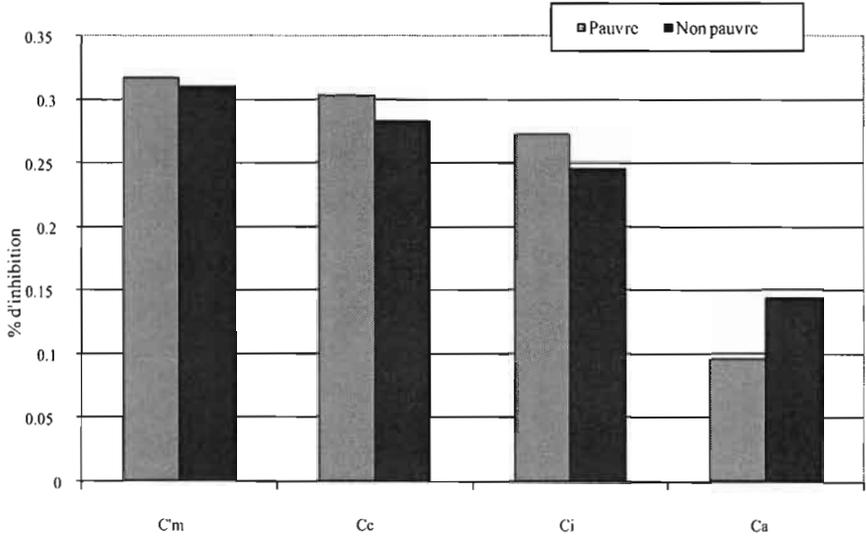
Les femmes des ménages pauvres sont dotées d'un schéma traditionnel de régulation de la fécondité, avec une nuptialité relativement précoce et un impact encore faible des méthodes modernes de contraception. La pratique d'allaitement prolongé plus intense, allongeant la période d'aménorrhée, ainsi qu'une abstinence post-partum pratiquée sur une période un peu plus longue constituent, dans cette classe de niveau de vie, un facteur inhibiteur de la fécondité non négligeable (figure 1).

Lorsqu'on s'attarde sur l'effet inhibiteur de chaque indice, il apparaît que, même si l'indice de mariage se révèle comme étant le plus inhibant, c'est l'indice d'avortement qui explique le plus les différences de fécondité entre les femmes des ménages pauvres et non pauvres, car il présente les écarts les plus élevés¹⁶. Ce phénomène d'avortement, qui a longtemps été ignoré, faute de données, joue un rôle très important dans les modifications de fécondité entre les classes sociales. L'omission du phénomène conduirait donc à l'omission d'un élément important de l'explication des écarts de fécondité selon le niveau de vie.

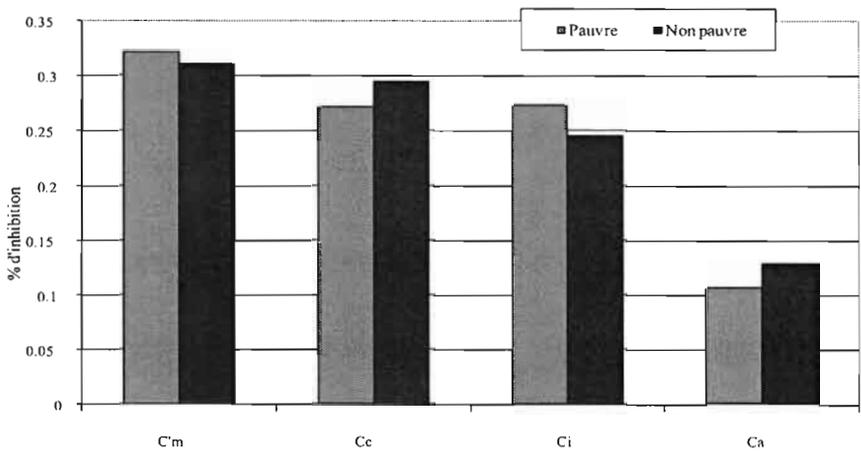
16. On trouvera, dans le tableau annexe 1, le détail des pourcentages d'inhibition par niveau de pauvreté pour chacun des effets mesurés par le modèle de Bongaarts, et la différence entre pauvres et non pauvres. La figure 1, ci-dessus, est construite sur la base des données de ce tableau.

Figure 1. Indices de Bongaarts par indicateur de niveau de vie selon le type de pauvreté

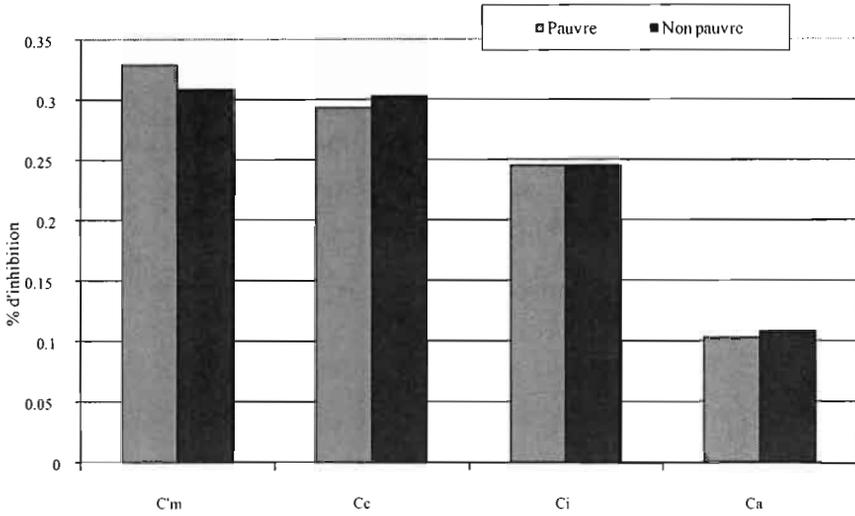
Graphique 1a. Pauvreté monétaire objective



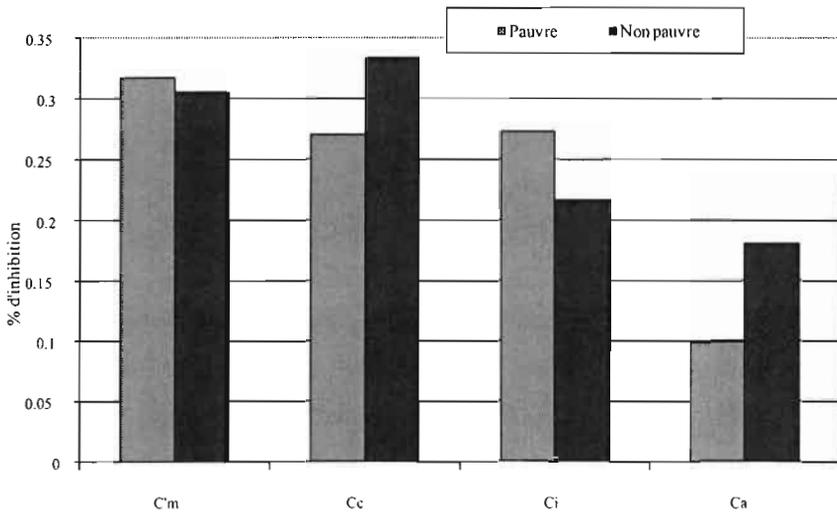
Graphique 1b. Pauvreté monétaire en termes de conditions d'existence



Graphique 1c. Pauvreté monétaire en terme d'appauvrissement



Graphique 1d. Pauvreté subjective absolue en termes de positionnement



*Niveau de vie et âge aux premiers rapports sexuels,
au premier mariage et à la première naissance*

Dans la suite de ce chapitre, nous aborderons une autre lecture des modes de régulation de la fécondité en fonction du niveau de vie, en nous basant sur des facteurs relatifs à l'entrée dans la vie reproductive, à savoir les âges aux premiers rapports sexuels, à la première union et à la première naissance.

Niveau de vie et âge aux premiers événements

L'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans se situe autour de 17 ans, avec un écart d'environ un an entre pauvres et non pauvres, ces dernières entrant en vie sexuelle plus précocement que les pauvres. Pour l'âge à la première union, on note également un écart d'un an entre femmes pauvres (19 ans) et non pauvres (20 ans). Les femmes qui vivent dans les maisons les moins confortables, propriétés le plus souvent de leurs ménages, entrent en union très tôt. Puisque dans le processus de formation de la famille, le mariage précède l'obtention d'un toit (Kuépié, 2002), il n'est donc pas surprenant que les pauvres, en termes des conditions d'existence, entrent plus tôt en union, contrairement aux non pauvres, qui attendent sans doute d'avoir des moyens matériels leur permettant de s'offrir un logement à la hauteur de leur rang social (tableau 8).

On se serait attendu à ce qu'un niveau de vie réduit favorise un âge au mariage plus tardif chez les pauvres, suite à la migration masculine, qui déséquilibre le marché matrimonial, ou à l'obligation théorique pour un homme de posséder des terres ou un logement pour se marier. En fait, les coûts de la vie en union sont dilués par différentes stratégies mises en œuvre par les individus consistant à : i) prolonger la durée de séjour chez les parents une fois mariés, ii) opter pour des unions libres, plutôt qu'un mariage formel, le plus souvent sous des toits différents, iii) se faire rapidement un toit, avec les « moyens du bord », sans trop se soucier des conditions de salubrité ou des risques encourus. Les

terrains où ces constructions ont lieu sont en effet le plus souvent situés dans des zones enclavées soumises à des risques d'inondation ou d'effondrement des sols (marécages, etc.).

Tableau 8. Comparaison des âges médians aux premiers évènements observés et souhaités par les femmes, pour leurs filles, selon le niveau de vie à Douala et Yaoundé

		Âge médian au 1 ^{er} rapport sexuel		Âge médian au premier mariage		Âge médian à la 1 ^{re} naissance	
		Observé 25-49	Préférences	Observé 25-49	Préférences	Observé 25-49	Préférences
Pauvreté monétaire objective	Pauvre	17	18	19	22	19,8	22
	Non pauvre	18	18	20	23	21,6	23
Pauvreté en terme des conditions d'existence	Pauvre	17	18	19	22	19,8	22
	Non pauvre	18	18	20	22	21,6	23
Pauvreté subjective en terme de positionnement	Pauvre	17	18	20	22	20,8	22
	Non pauvre	18	19	20	23	21,6	24
Pauvreté subjective en terme d'appauvrissement	Appauvrie	18	19	20	22	20,5	23
	Non appauvrie	17	18	20	23	21,3	23
Ensemble		18	18	20	22	20,9	23

Source : ECAM-II-MFNOI

C'est pour l'âge à la première naissance qu'on observe une très forte différenciation entre classes, quel que soit le type d'indicateur du niveau de vie utilisé. L'écart se situe autour de deux ans. Les pauvres laissent un an au moins entre la première union et l'arrivée du premier enfant, délai qui va jusqu'à deux ans chez les femmes non pauvres, avec comme conséquence, un étalement ou un report de fécondité chez les non pauvres.

Figure 2. Comparaison des âges médians aux premiers évènements observés et souhaités par les femmes, pour leurs enfants (filles), selon le niveau de vie à Douala et Yaoundé

Figure 2a. Comparaison des âges médians aux premiers rapports sexuels (observés et préférences futures) selon le niveau de vie.

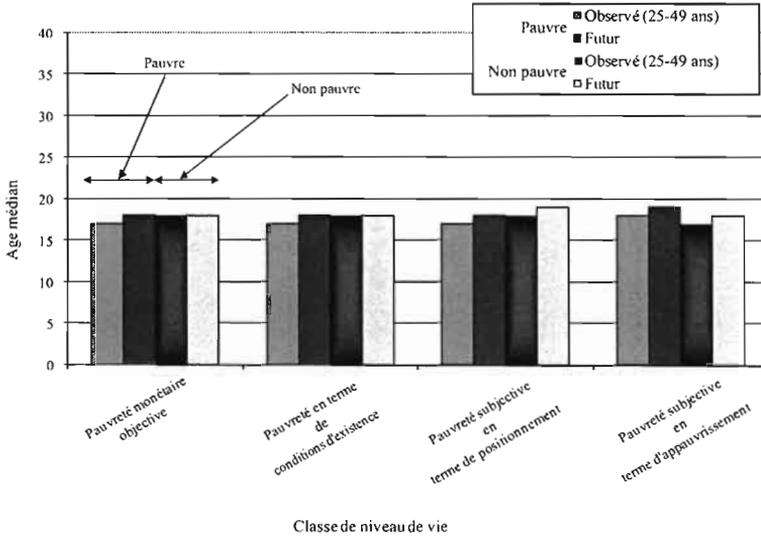


Figure 2b. Comparaison des âges médians à la première union ou au premier mariage (observés et préférences futures) selon le niveau de vie.

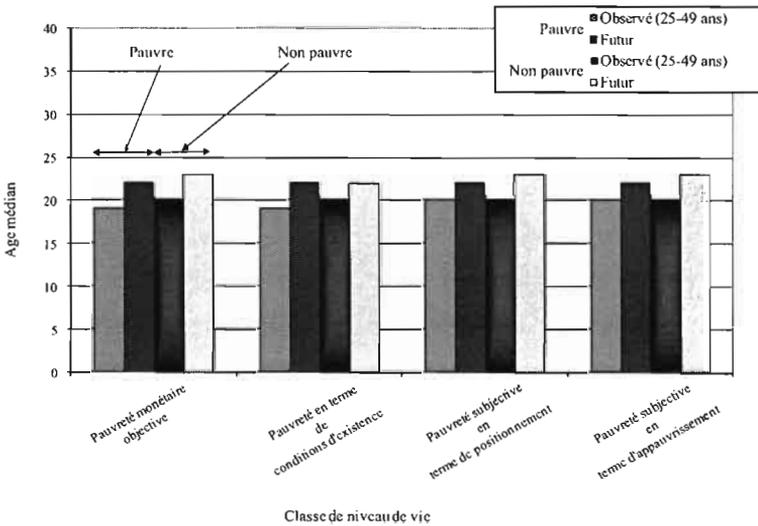
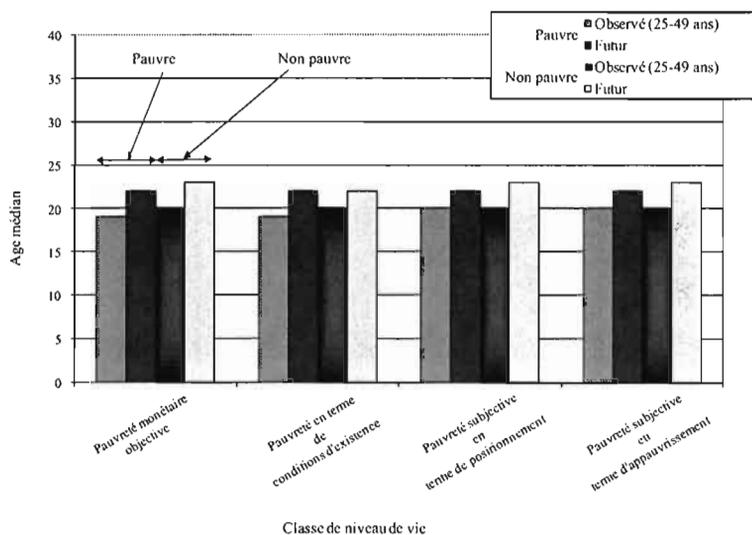


Figure 2c. Comparaison des âges médians à la première naissance (observés et préférences futures) selon le niveau de vie.



Pour mieux apprécier la cohérence entre les pratiques actuelles de régulation la fécondité et les attentes pour le futur, nous allons analyser les préférences des femmes en matière de fécondité, en nous focalisant sur l'âge aux premiers évènements qu'elles souhaitent pour leur descendance.

Niveau de vie et premiers évènements souhaités par la femme pour ses filles

Quelle que soit leur classe de niveau de vie, les préférences des femmes s'expriment dans le sens d'un recul des âges aux premiers évènements souhaités par elles pour leurs enfants (tableau 8, figure 2). Chacune des femmes, quelle que soit sa classe, voudrait voir sa progéniture connaître tous les premiers évènements à des âges plus avancés. Ainsi, l'âge aux premiers rapports sexuels observé au moment de l'enquête est de 17-18 ans. Il passe à 18 ans pour les préférences futures, quelle que soit la classe de niveau de vie de la femme. L'âge médian à la première union observé se situe autour de 20 ans. Il passe à 22 et 23 ans, respectivement pour les pauvres et les non pauvres. L'âge médian à la première

naissance observé est respectivement de 20 et 22 ans chez les pauvres et les non pauvres. Il passe respectivement à 22 et 23 ans pour les préférences.

Conclusion

Nous nous sommes intéressés à l'effet du niveau de vie sur les variables intermédiaires de la fécondité au Cameroun, afin de comprendre comment celui-ci pouvait agir sur les comportements de régulation de la fécondité. Pour ce faire, il nous a semblé particulièrement intéressant de considérer les niveaux de pauvreté à la fois sur des critères objectifs (consommation finale des ménages) et subjectifs (appréciation formulée par les enquêtés sur leur niveau de vie).

Il ressort de notre analyse que les femmes pauvres utilisent plus que les autres les méthodes naturelles ou traditionnelles de contraception, notamment la continence périodique, ce qui peut révéler l'existence d'une demande non satisfaite de planification familiale. Ceci nous montre que la contraception moderne est trop coûteuse pour une partie des femmes qui en sont réduites à l'usage de méthodes moins efficaces mais plus abordables. Nous avons montré que la pauvreté objective limite l'accès à la contraception moderne et favorise l'usage de méthodes moins onéreuses, allant des procédés traditionnels à l'avortement qui, chez les femmes pauvres, se pratique également en utilisant des moyens traditionnels (purges, potion, mixture, etc.), contrairement aux femmes non pauvres, davantage portées vers des moyens médicalisés compte tenu de leur niveau de vie.

Nous avons également mis en évidence la prévalence élevée de l'avortement. Celle-ci dépend notamment de la marginalisation d'une partie de la population féminine vis-à-vis des programmes de planification, à cause des violences normatives à l'égard de la sexualité des jeunes et de la sexualité hors mariage qui dans plusieurs pays semblent avoir un impact sur l'augmentation de l'avortement (Côte d'Ivoire, Togo...). Nos résultats montrent que c'est cette pratique de l'avortement qui distingue le plus les femmes pauvres des femmes non pauvres. Pratique qui dépend davantage du niveau de vie que le recul de

l'âge au mariage qui tend à se généraliser (un an d'écart d'âge médian entre pauvres et non pauvres pour l'entrée en union et en vie sexuelle) et l'usage de la contraception (moderne ou non).

Par ailleurs, les déterminants proches des préférences de fécondité nous ont donné une idée de la fécondité de demain. Les femmes des ménages pauvres semblent également décidées à réguler leur fécondité. Ces résultats sur les préférences des âges aux premiers événements sont conformes au modèle des préférences de fécondité confirmé dans nos récents résultats (Nouetagni, 2004) : c'est bien au terme de la période de reproduction que, face aux contraintes socioéconomiques, les différences entre pauvres et non pauvres se dessinent et non au début de celle-ci.

Le développement, l'urbanisation et la modernisation vont de pair avec l'érosion des valeurs culturelles dont certaines, en l'occurrence les solidarités ou les transferts, sont déjà mises à mal aujourd'hui par la pauvreté des familles. Ce sont ces valeurs culturelles qui influencent positivement la pratique des temps morts ou d'allongement des intervalles de naissance en l'absence des méthodes de contraception. Il faudra par conséquent réfléchir davantage sur une véritable politique de planification familiale à mettre en œuvre, afin de permettre aux populations, surtout les plus pauvres, de mettre en pratique les souhaits qu'elles expriment.

Références bibliographiques

- AKAM E., 1990, « Infécondité et sous-fécondité : Évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun », *Les Cahiers de l'I.F.O.R.D.*, n° 1, Yaoundé, 281 p.
- BONGAARTS J. et POTTER R. G., 1983, *Fertility, biology and behaviour : An analysis of the proximate determinants*, Academic Press, New York.
- COSIO-ZAVALA M. E., 1995, « Inégalités économiques et sociales et transition de la fécondité en Amérique Latine », in Tabutin D., Eggerickx T. et Gourbin C. (éd.), *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Academia-Bruylant-L'Harmattan, Louvain-la-Neuve-Paris, pp. 401-414.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. et WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement dans la ville d'Abidjan : une cause de la baisse de fécondité ? », *Population*, 54 (3), pp. 427-446.

- DICKES P., 1994, « Ressources financières, bien-être subjectif et conditions d'existence », *Trajectoires sociales et inégalités*, Érès, Paris, pp. 179-198.
- FOTSO M., NDONOU R., LIBITÉ P. R. et al., 1999, *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1998*, Bureau central du recensement et des études de population et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, 328 p.
- EMF (ENQUÊTE MONDIALE SUR LA FÉCONDITÉ), 1983, *Rapport de l'enquête nationale sur la fécondité de 1978*, vol. 1 et 2.
- INSEE., 1997, « Mesurer la pauvreté aujourd'hui », *Économie et Statistique*, n°s 308-309-310, Paris.
- DSCN, 2002, *Conditions de vie des populations et pauvreté au Cameroun en 2001*, Rapport principal de l'ECAM-II, direction de la Statistique et de la comptabilité nationale, ministère de l'Économie et des Finances, 19 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., *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, PUF, Paris, 372 p.
- KOBIANÉ J. F., 1998, « Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat », in Gendreau F. (dir.), *Crises, Pauvretés et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF-Éditions ESTEM, Paris, p. 117-132.
- KUEPIE M., 2002, *L'accès à la responsabilité familiale à Yaoundé. Évolution intergénérationnelle et facteurs explicatifs*, Thèse de doctorat, Université de Paris X.
- LOCOH T., 1994, « Will the Decline in Fertility in sub-Sahara Africa Last ? A Time of Uncertainty », in Locoh T. and Hertrich V. (éd.), *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Ordina Éditions, Liège, pp. 105-133.
- MENCARINI L., 1997, « A preliminary look at the influence of landholding on fertility, based on 1993 South African living standards and development survey data », *Project on « The effect of rural inequality on fertility and migration, and hence agricultural sustainability : a comparison of drylands farming in Botswana, India and South Africa »*, University of Sussex-Università degli Studi di Firenze, Brighton - Florence.
- MONTGOMERY M., BURKE K. et PARADES E., 1998, Measuring living standards with DHS data, Communication présentée au Annual meeting of the Population Association of America 1997, Washington DC.
- NOUETAGNI S., 2004, *Crise économique, pauvreté et modification de la fécondité dans les deux métropoles camerounaises (Douala et Yaoundé)*, Thèse de doctorat en Démographie, Université Paris 1, France.
- NOUETAGNI S. et GRENÈCHE G., 2003, Les enquêtes associées : Une alternative aux enquêtes à objectifs multiples et une opportunité pour les chercheurs en sciences sociales, Communication présentée à la Quatrième conférence africaine sur la population, U.E.P.A., 8-12 décembre 2003, Tunis (Tunisie).

- NOUMBISSI A. et SANDERSON J.-P., 1998, « Pauvreté et comportements démographiques au Cameroun : à la recherche d'un indicateur de pauvreté », in Gendreau F. (dir.), *Crises, Pauvretés et changements démographiques dans les pays du sud*, AUPELF-UREF-Éditions ESTEM, Paris, p. 149-163.
- PONTY N., 1998, « Mesurer la pauvreté dans les pays en développement », *Statéco*, n° 90-91, août-septembre 1998.
- SCHOUMAKER B., 1998, « L'influence de la mesure du niveau de vie sur la relation pauvreté-fécondité. L'exemple de l'Afrique du Sud », in C.E.R.E.D., *Actes du séminaire sur Population, pauvreté et environnement dans le monde*, C.E.R.E.D., Rabat.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, *Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud : Connaissances, méthodologie et illustrations*, Document de travail n° 2, Université catholique de Louvain, s.p.e.d.
- TOWNSEND P., 1979, *Poverty in the United Kingdom*, Penguin, Harmondsworth.
- UNITED NATIONS, 2005, *World Population Prospects. The 2004 Revision. Highlights*, New York, ESA/P/WP.193, 88 p.
- VIMARD P. et FASSASSI R., 2001, « Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? », in Gendreau F. (éd.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUPELF-UREF-Éditions ESTEM, Paris, pp. 157-169.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E., 2007, « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, pp. 173-214.

Annexe

La méthode de calcul du seuil de pauvreté

La méthode de calcul du seuil de pauvreté de l'ECAM-II (voir <http://www.statistics-cameroon.org/pdf/ECAM-II> ou Nouetagni, 2004) est basée sur l'approche des besoins essentiels. Il s'agit de calculer d'abord un seuil alimentaire et d'y ajouter ensuite un montant correspondant aux besoins de base non alimentaires. Pour le calcul du seuil alimentaire, un panier de biens représentatif des choix des consommateurs (tous milieux confondus) a été défini à partir des données

de l'enquête. Les biens du panier obtenu ont été valorisés aux prix de Yaoundé de façon à permettre à un individu adulte d'atteindre une norme minimale de 2 900 Calories (norme définie pour un adulte dans la construction de l'échelle d'équivalence R.D.A. utilisée dans la prise en compte de la composition des ménages). Le panier effectivement utilisé représente 77,7 % des dépenses de consommation alimentaire. On obtient alors un seuil alimentaire au prix de Yaoundé, de 151 398 FCFA. Le seuil non alimentaire a été estimé par la part α des dépenses alimentaires des ménages dont la dépense par équivalent adulte est juste égale au seuil de pauvreté. La mise en œuvre de ces calculs a débouché sur un seuil de pauvreté minimum de 232 547 francs, et un seuil maximum de 345 535 francs CFA. Ainsi, les ménages dont la dépense de consommation annuelle par équivalent adulte est inférieure à 232 547 FCFA sont considérés comme « Pauvres ». Ceux dont les dépenses sont comprises entre 232 547 FCFA et 345 535 FCFA sont considérés comme « Intermédiaires ». Enfin, ceux dont les dépenses sont supérieures ou égales à 345 535 FCFA sont considérés comme « riches ». Dans la présente étude, les non pauvres regroupent intermédiaires et riches.

Note sur l'incidence et de l'intensité de la pauvreté (Ponty, 1998)

La fixation d'un seuil de pauvreté permet la perception conceptuelle du phénomène et l'identification des pauvres. Outre le seuil de pauvreté, les statisticiens proposent d'autres indicateurs pour agréger les situations individuelles :

— L'incidence de pauvreté mesurée par : $H(y, z) = q/n$, q étant le nombre de pauvres et n la taille de la population totale, y désigne le revenu, z le seuil de pauvreté ;

— L'intensité de la pauvreté mesurée par l'écart moyen de revenu par rapport au seuil de pauvreté, qui permet de déterminer le montant du revenu qu'il faudrait transférer à l'ensemble des pauvres pour les sortir de leur situation.

Le modèle de Bongaarts

Le modèle stipule que la fécondité observée, l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) est égale à la fécondité potentielle (FC) multipliée par des indices reflétant l'effet inhibiteur de chacune des variables agissant sur la fécondité potentielle :

$$ISF = FC * C_m * C_c * C_i * C_a * I_p$$

avec $C_m = C'm * M_o$

où C_m est l'indice de mariage ; M_o l'effet des naissances hors union ; $C'm$ l'indice ajusté de mariage ; C_c l'indice de contraception ; C_i l'indice d'infécondabilité post-partum ; C_a l'indice d'avortement ; I_p l'indice de stérilité.

Ces indices varient entre 0 et 1 ; 1 correspondant à un effet nul sur la fécondité et 0 a un effet maximum.

Tableau annexe 1. Écarts des pourcentages d'inhibition de la fécondité entre pauvres et non pauvres selon les indicateurs de niveau de vie à Douala et Yaoundé

		Mo	Cm	C'm	Cc	Ci	Ca
Ensemble des femmes	Valeur de l'indice	1,10	0,756	0,687	0,712	0,755	0,879
	% d'inhibition		24,4	31,3	28,8	24,5	12,1
Pauvreté en terme de conditions d'existence	(1) - (2)*	-0,01	1,97	1,10	-2,29	2,74	-2,17
Pauvreté en terme subjectif : positionnement des ménages par eux-mêmes	(1) - (2)*	0,03	-1,07	1,15	-6,23	5,70	-8,10
Pauvreté en terme monétaire objectif	(1) - (2)*	0,05	-2,99	0,67	2,07	2,74	-4,82

Source : ECAM-II-MFNOI

* (1) Pourcentage d'inhibition chez les pauvres ; (2) Pourcentage d'inhibition chez les non pauvres ; (1) - (2) Écart entre les pourcentages : si l'écart est positif, l'inhibition est plus forte chez les pauvres ; si l'écart est négatif, l'inhibition est plus forte chez les non pauvres.

CONCLUSION

***Politique de planification familiale, régulation de la
fécondité et pratique contraceptive :
une Afrique aux multiples visages***

PATRICE VIMARD

En Afrique, et tout particulièrement dans la partie subsaharienne du continent, nombre d'individus demeurent à l'écart de la majorité des progrès en matière de maîtrise individuelle de la fécondité, de santé maternelle et infantile et de droits reproductifs, qui sont pourtant des éléments majeurs du développement humain (Vimard, 2007). Même dans les pays, comme ceux du Maghreb, qui sont parvenus à obtenir une diminution réelle de la fécondité et des progrès significatifs dans la lutte contre la surmortalité, des catégories de population (rurales, illettrées, aux faibles ressources), touchées par une pauvreté multidimensionnelle, se distinguent par des taux encore relativement élevés de fécondité et de mortalité et des indicateurs de santé de la reproduction particulièrement défavorables (voir notamment Gwatkin *et al.*, 2007). Face à ces phénomènes, l'Afrique se caractérise aujourd'hui par une ambivalence marquée : d'une part, le développement puis les crises économiques et sociales accélèrent la baisse de la fécondité et les progrès de la contraception dans les couches les plus insérées dans l'économie moderne ; d'autre part, l'absence de transformation des modes de production et l'extrême pauvreté a tendance à conforter la forte fécondité comme élément de stratégie de survie pour les couches les plus démunies (Lesthaeghe et Jolly, 1994 ; Vimard *et al.*, 2007).

Dans ce contexte, les processus de transformation des modes de régulation de la fécondité dans les populations africaines représentent l'une des dimensions les plus marquantes des évolutions de la reproduction démographique et de la santé reproductive. Dans le même temps, ils peuvent être considérés plus largement comme l'une des expressions des changements sociaux et culturels qui affectent cette région du monde. C'est dans ce double sens qu'ils ont été considérés dans cet ouvrage au cours des différents chapitres.

Les tendances générales de la fécondité et de la régulation de la procréation en Afrique

Des baisses de la fécondité inégales...

La transition de la fécondité est bien avancée dans les pays d'Afrique du Nord, la majorité d'entre eux ayant une fécondité du moment égale ou inférieure à 3 enfants par femme (Tunisie, Algérie, Maroc, Libye). On relève cependant de fortes inégalités de fécondité entre les catégories de la population, en relation avec des inégalités de conditions de vie selon les régions de résidence, les niveaux d'éducation ou de revenus. Les écarts entre les fécondités les plus fortes et les plus faibles peuvent aller de 30-40 % en Égypte à 60-70 % au Maroc.

Quant aux populations d'Afrique subsaharienne, elles demeurent celles dont la fécondité reste aujourd'hui la plus élevée au monde (5,5 enfants par femme en 2000-2005). Commencée plus tard que dans les autres régions, la diminution de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays. À partir d'un niveau prétransitionnel élevé et relativement homogène de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1960, exception faite de quelques pays fortement touchés par la stérilité (le Gabon par exemple), le déclin fut rapide en Afrique australe, dans certains pays insulaires et au Zimbabwe. Il a été plus lent dans une vingtaine d'autres pays, avec une baisse de un à moins de deux enfants par femme entre 1980-1985 et 2000-2005. La transition de la fécondité reste en outre très timide ou n'est pas encore amorcée dans une douzaine de pays,

pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Ces pays se situent tous parmi les contrées les moins développées du monde, certaines sont touchées par une forte prévalence du VIH/Sida et beaucoup d'entre elles ont connu récemment des expériences de guerres, conflits internes, instabilités politiques qui ont affecté les services et les programmes de santé. Dans la mesure où ces situations prévalent encore largement dans ces pays, on peut s'interroger sur le caractère inéluctable de la baisse de la fécondité, ou au moins sur le moment où celle-ci commencera effectivement et sur le rythme qu'elle adoptera.

Les différences entre catégories de la population soulignées pour les pays d'Afrique du Nord valent également, et même davantage le plus souvent, pour les pays d'Afrique subsaharienne, où l'on observe une forte diversification spatiale et sociale des niveaux de fécondité comme de santé de la reproduction (Desgrées du Loû et Vimard, 2000 ; Tabutin et Schoumaker, 2004). Les distinctions inter-pays et les différenciations internes se retrouvent dans les facteurs, directs ou plus lointains, du mouvement naturel des populations, et ce au nord comme au sud du Sahara. Il en est ainsi des pratiques de régulation de la procréation et de soin maternel et infantile, des capacités d'accès aux services de santé et de planification familiale, des niveaux d'instruction et d'activité des femmes dans les secteurs modernes d'activité et de l'influence des migrations rurales-urbaines et internationales. Dans tous ces domaines, les pays d'Afrique du Nord sont davantage engagés dans la voie des changements reproductifs, de l'amélioration des niveaux de santé et de capital humain que ceux d'Afrique subsaharienne. Mais, au Maghreb comme en Afrique subsaharienne, on vérifie de fortes inégalités entre les différents groupes de population quant à la maîtrise individuelle de la procréation et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile (Nations unies, 2006).

... et résistibles

En outre, on constate, dans les pays africains où la baisse de la fécondité a commencé, un fort ralentissement de cette diminution, avec une baisse inférieure

à 0,5 enfant par femme de 1995-2000 à 2000-2005 dans deux pays : Afrique du Sud et Cap Vert, et un arrêt de la baisse de la fécondité et de la révolution contraceptive au Ghana et au Kenya (United Nations, 2007), pays pourtant exemplaires par la précocité de leurs politiques de population, élaborées dans les années 1960. Cette stabilisation de la fécondité en cours de transition, à des niveaux variés (entre 2,8 enfants par femme en Afrique du Sud et 4,9 au Kenya) tranche avec les parcours suivis par les transitions des pays industrialisés et de beaucoup de pays du Sud qui ont connu une baisse inéluctable et ininterrompue de la fécondité. Cette interruption de la baisse de la fécondité apparaît liée à un système commun de déterminants proches comprenant une stabilisation en matière de demande et de pratique de la contraception comme de taille souhaitée de la famille. Elle apparaît également liée à un réseau de déterminants plus lointains comprenant, au Kenya comme au Ghana, la stagnation ou la récession en matière de développement socio-économique, de scolarisation et de mortalité des enfants (Blacker *et al.*, 2005 ; Bongaarts, 2006 ; Westoff et Cross, 2005). En relation avec le retard de l'Afrique subsaharienne en matière de baisse de la fécondité, il faut également souligner celui relatif à la santé de la reproduction. Sauf pour l'insuffisance pondérale, les indicateurs caractérisent une situation moins favorable pour l'Afrique subsaharienne que pour les autres régions en développement, dont l'Afrique du Nord et les écarts sont particulièrement sensibles en matière de mortalité maternelle et de planification familiale (World Bank, 2006).

... liées à une diversification des comportements de régulation de la fécondité

Ceci se constate tout particulièrement dans le domaine de la contraception, composante majeure de la régulation de la fécondité, objet de cet ouvrage. En Afrique, les progrès de la contraception ont été réels mais ils demeurent très inégaux, selon les pays et les groupes de populations. L'augmentation des recours contraceptifs demeure encore extrêmement limitée dans beaucoup de pays, essentiellement situés en Afrique subsaharienne. Ceci ne concerne pas

seulement des pays enclavés et très démunis, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays emblématiques de la situation du continent (Cameroun, Nigeria, Sénégal...), pour lesquels la pratique contraceptive ne décolle pas réellement (PNUD, 1998 ; Guengant, 2007)¹.

Les faibles progrès de la contraception concomitant d'une baisse relative de la demande d'enfants (Vimard et Fassassi, 2007) ont conduit les modèles de régulation de la fécondité dans les pays africains à s'orienter vers une diversification des comportements, implicites ou non, de contrôle de la fécondité, où s'articulent les pratiques anciennes d'espacement entre les naissances, le contrôle par la nuptialité, la contraception et l'avortement provoqué (Vimard *et al.*, 2007)². Même si elles tendent à reculer, notamment dans les populations urbaines et instruites, les pratiques anciennes qui concourent à maintenir un espacement entre les naissances suffisamment long pour garantir la santé des enfants perdurent. Il en est ainsi de l'abstinence post-partum et de l'allaitement prolongé, qui intervient par le prolongement de l'aménorrhée post-partum. L'évolution des régimes matrimoniaux a, elle, tendance à jouer en faveur d'une baisse de la fécondité, dans la mesure où l'âge au premier mariage est retardé et où, dans une moindre mesure, l'instabilité des couples accroît les périodes de non exposition au risque de conception. Si la contraception progresse, elle le fait dans des proportions limitées, et les difficultés pour y accéder, qui sont le lot de nombreuses populations, comme les échecs des différentes méthodes proposées aux individus figurent parmi les principaux facteurs qui conduisent à une croissance des avortements ; ceux-ci jouant un rôle important dans la régulation de la fécondité, notamment dans les milieux urbains (Guillaume, 2003).

L'exemple des pays d'Asie et d'Amérique latine montre que la maîtrise de la fécondité peut être atteinte en une cinquantaine d'années, lorsque la pratique de la contraception progresse d'environ 1,5 point de pourcentage par an jusqu'à concerner en gros 70 % des femmes en union. Les données disponibles pour

1. Voir également Vimard et Fassassi dans cet ouvrage.

2. Voir également Gastineau dans cet ouvrage.

l'Afrique subsaharienne indiquent que l'utilisation des méthodes modernes sur des périodes au moins égales à 10 ans ne progresse de 1,5 point ou plus par an que dans quatre pays : le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi. Pour les 14 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour lesquels on dispose de données sur une longue période, la progression de l'utilisation de la contraception moderne a été au plus de 0,6 point de pourcentage par an au Ghana (entre 1976 et 2003) et de 0,5 point au Cameroun (1978-2004). Dans les autres pays, elle a été inférieure à 0,5 point par an, ce qui signifie que, si ce rythme devait se maintenir, leur transition de la fécondité pourrait mettre une centaine d'années au moins à s'achever (Guengant, 2007).

L'apport de l'ouvrage

Les contributions de cet ouvrage ont permis de mieux cerner la variabilité des conditions institutionnelles de développement de la planification familiale en Afrique et de cerner la progression de la contraception comme de l'avortement qui font l'objet de la première partie du livre. Elles nous fournissent également une vision nationale des processus d'évolution des modes de régulation familiale pour quatre pays situés à des phases différentes de leur transition démographique — Tunisie, Maroc, Togo et Cameroun — présentés dans la seconde partie du livre.

Politique démographique et programme de planification familiale

L'adoption de politiques démographiques et notamment des politiques de planification familiale a été en Afrique lente et tardive, tout particulièrement dans la partie subsaharienne du continent, mais aussi, même si cela fut dans une moindre mesure, en Afrique du Nord, si l'on excepte la Tunisie. Néanmoins, depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, le paysage africain en matière de politiques démographiques est résolument néo-malthusien avec un renforcement du soutien direct à la

planification familiale. Comme l'indique Gervais Beninguisse, dans le chapitre qu'il a rédigé, l'intégration de la planification familiale en tant que composante de la santé de la reproduction, sur la base du programme d'action adopté au Caire, progresse quelle que soient les difficultés liées au fonctionnement des systèmes de santé, et à leurs réformes, et au contexte économique.

La planification familiale fait désormais partie du paquet minimum de services de santé de la reproduction aux côtés des services de santé materno-infantile, jusqu'alors privilégiés, et de la prévention des infections sexuellement transmissibles. Au plan législatif, d'importants changements ont été opérés mais beaucoup reste à faire pour adapter l'environnement juridico-législatif, car certaines dispositions juridiques restreignent encore l'accès universel aux services de planification familiale. Sur le plan des services, des progrès ont été également réalisés pour élargir la gamme des méthodes de contraception disponibles, mais l'information demeure fortement lacunaire sur les choix et leurs effets secondaires³.

Beninguisse souligne cependant, à juste titre, que le soutien financier en faveur de la planification familiale stagne ou est en baisse au profit des programmes de prévention et de traitement du VIH/sida, privilégiés notamment par les opérateurs internationaux. Dans ce contexte, un repositionnement de la planification familiale dans les priorités de financement apparaît nécessaire, même s'il faut souhaiter qu'il ne se fasse pas au détriment des programmes de VIH/Sida au regard de l'importance de cette pandémie dans plusieurs pays subsahariens. L'auteur dresse, face à ce sujet, un constat pessimiste. Face à l'insuffisance des ressources, conséquence de la morosité économique actuelle, et aux contraintes immatérielles (manque de coordination des interventions de différents acteurs, non prise en compte des spécificités culturelles, absence de suivi et d'évaluation des interventions, etc.), il craint que les programmes de planification, même bien intégrés dans les services de santé de la reproduction,

3. Pour un panorama sur l'information et la disponibilité en matière de méthodes contraceptives, on pourra également consulter Gautier, 2007.

ne puissent pas répondre efficacement à l'importance grandissante des besoins non satisfaits en matière de régulation de la fécondité.

Par rapport à cette question de la mise en place des politiques de population et de planification familiale en Afrique subsaharienne, Amoakon Anoh montre que les pays appartenant à un même espace de colonisation (anglophone, francophone ou lusophone) ont des évolutions relativement similaires en matière d'attitude, de législation et de développement des programmes de planification familiale, quel que soient les écarts de calendrier à l'intérieur d'un même espace linguistique. Son analyse montre des différences parfois très marquées entre ces aires d'appartenance : les pays anglophones ayant adopté plus rapidement des politiques de population d'inspiration néo-malthusienne que les pays francophones et lusophones. Ils ont été en effet sensibles plus précocement au plaidoyer des ONG et des organismes de coopération bilatérale et multilatérale œuvrant dans le domaine de la population, souvent d'origine anglo-saxonne, ce qui peut expliquer cette influence plus forte. Si, aujourd'hui, tous les gouvernements d'Afrique subsaharienne encouragent les activités de planification familiale, pour des raisons sanitaires ou démographiques, en assouplissant le dispositif juridique, ils ne parviennent toutefois pas tous à libéraliser totalement l'accès à toutes les méthodes possibles.

L'analyse des programmes de planification familiale, mis en place durant les deux dernières décennies, faite par Anoh, montre que ceux-ci suivent l'approche intégrée : intégration aux activités de santé maternelle et infantile, tout d'abord ; puis, depuis la conférence du Caire de 1994, intégration aux activités de soins primaires de santé reproductive qui est devenue l'approche commune. Si cette dernière approche est davantage compatible avec les aspirations des gouvernements et des populations, sa mise en œuvre nécessite un soutien politique et financier important, une structure organisationnelle complexe et un soutien technique et financier durable des partenaires au développement, toutes conditions qui sont encore loin d'être réunies. Ceci explique en partie pourquoi la pratique contraceptive demeure encore limitée et son impact faible d'autant plus que les méthodes les plus utilisées sont essentiellement dédiées à l'espacement des naissances et n'assurent pas une longue durée de protection.

Des niveaux de contraception variables, selon les pays et les caractéristiques des femmes

Durant les dernières décennies, le contexte politique relatif à la planification familiale n'a pas été le seul à être modifié, et il en fut également ainsi du contexte culturel et socio-économique, comme le souligne Patrice Vimard et Raïmi Fassassi. Ceux-ci montrent l'hétérogénéité de ces évolutions. Une partie de la population africaine, majoritaire dans beaucoup de pays sub-sahariens, participe d'un système où les modes de production ont été faiblement transformés et où les normes de comportement demeurent traditionnelles : pour celles-ci, la demande d'enfants demeure à un niveau élevé, dans un cadre où la faiblesse de l'offre de moyens contraceptifs prédomine. À l'inverse, une autre partie des populations africaines s'est insérée progressivement dans un système socio-économique, en vigueur essentiellement en milieu urbain, où le salariat et le fonctionariat sont bien représentés, de même que les activités de commerce et d'artisanat. Dans ce système, on observe une transformation des idéaux et des référents culturels et une progression plus ou moins sensible de l'offre, publique ou privée, de planification familiale qui se traduisent aujourd'hui par une réduction de la demande d'enfants. Entre ces deux extrêmes, toute une gradation de situations se retrouve bien entendu, tout particulièrement dans les pays pour lesquels les transformations sont anciennes et où ont pu se développer différentes couches intermédiaires de population.

Dans cette Afrique très diversifiée, Vimard et Fassassi soulignent que les progrès de la contraception y ont été décalés dans le temps et demeurent, plus de quarante ans après la mise en œuvre des premières politiques de population, très inégaux selon les pays et selon les groupes de populations à l'intérieur des pays. Les progrès sont fortement marqués en Égypte et en Libye, dans les pays du Maghreb, en Afrique australe, au Kenya et au Zimbabwe, et sont sensibles dans les couches urbaines et instruites de beaucoup d'autres pays. L'urbanisation, la scolarisation, et plus largement les progrès socio-économiques sont ainsi des facteurs importants de la progression du recours à la contraception. Mais cette progression des recours contraceptifs demeure encore extrêmement limitée dans

beaucoup de pays, tout particulièrement dans les parties occidentale et centrale de l'Afrique subsaharienne. Cette variabilité des évolutions contraceptives participe des fortes inégalités qui subsistent entre les différentes populations africaines quant à leur capacité de maîtrise de la fécondité.

Si les méthodes de contraception les plus employées relèvent d'une volonté de contrôler l'espacement entre les naissances plus que le nombre d'enfants lui-même, selon Anoh, Evina Akam nuance cette affirmation. Selon cet auteur, la pratique contraceptive a subi beaucoup de mutations en Afrique, passant des méthodes traditionnelles, au début des indépendances des pays africains, dans les années 1960, aux moyens modernes. Sur ce plan, deux régions sont nettement en avance sur les autres : l'Afrique australe et l'Afrique du Nord où la pratique contraceptive est orientée vers la limitation des naissances avec une utilisation accrue des méthodes contraceptives modernes. Par contre, dans les autres régions on retrouve encore en majorité des pratiques à la fois d'espacement et de limitation. En Afrique centrale, en particulier, l'espacement des naissances demeure l'objectif essentiel de la contraception. En examinant deux indices, calculés empiriquement, l'âge moyen à l'atteinte du nombre idéal d'enfant souhaité et le nombre idéal moyen d'enfants réalisé, Evina nous confirme que les pays africains se trouvent à différents stades du passage de la transition contraceptive, de l'espacement des naissances à la limitation des naissances, ou, en d'autres termes et par extension, du glissement de l'utilisation de méthodes contraceptives traditionnelles vers celle des méthodes contraceptives modernes.

La faible progression de la pratique contraceptive en Afrique subsaharienne est le constat le plus communément admis, y compris par plusieurs chapitres de cet ouvrage. Linda Lasbeur nuance cette conclusion de maintes études en s'intéressant aux femmes sexuellement actives et fertiles, mariées ou non. En étudiant les comportements de régulation dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest (Ghana, Sénégal, Burkina Faso, Mali), elle nous démontre que la prévalence contraceptive de ces femmes réellement soumises à un risque de conception est plus élevée que les chiffres généralement publiés dans la littérature scientifique

ne le laissent accroire. En affinant son analyse, selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'auteur nous montre également que les effets inhibiteurs de la contraception sur la fécondité peuvent être très importants pour certaines catégories de femmes sexuellement actives et fertiles. Il en est ainsi, par exemple, des femmes qui résident en milieu urbain, sont scolarisées au moins jusqu'au secondaire ainsi que leur conjoint, exercent une activité professionnelle dans le secteur formel et approuvent les services de planification familiale. Ces femmes ont par ailleurs une fécondité nettement plus faible, avec un indice synthétique de fécondité pouvant être moins de la moitié de celui des femmes qui ne possèdent pas ces caractéristiques.

Avortement et contrôle de la fécondité

Dans la diversification des moyens de contrôle des naissances, la progression de l'avortement tient une place importante. Clémentine Rossier y revient dans son chapitre en distinguant ce qui se passe en début de vie féconde, pour empêcher les grossesses, avant le mariage, en milieu de vie féconde, pour espacer les naissances, et en fin de vie féconde, pour les limiter. L'avortement, utilisé occasionnellement comme solution de rattrapage dans les sociétés pré-transitionnelles, par des couples ayant failli aux règles de l'abstinence, sert aujourd'hui en ville de méthode de régulation des naissances aux nombreux jeunes qui ont une sexualité encore mal acceptée socialement et qui se protègent de ce fait difficilement contre les grossesses non prévues. L'avortement est également parfois une solution de secours pour les citadins mariés qui rencontrent encore, eux aussi, de nombreux obstacles à l'utilisation de la contraception médicale, alors même qu'ils ont abandonné l'utilisation de l'abstinence dans de nombreux cas. Rossier nous montre ainsi que la hausse du recours à l'avortement s'explique parce que les changements dans les pratiques de mises en union – aujourd'hui les jeunes se choisissent et ont des rapports avant le mariage – n'ont pas été encore accompagnés de transformations dans les normes de la fécondité et de l'abstinence pré-maritale – actuellement les jeunes sont toujours censés

éviter des relations sexuelles et des grossesses avant le mariage. En Afrique subsaharienne, le modèle conjugal a changé plus vite que les normes sur la sexualité des jeunes, entraînant pour l'instant une sexualité clandestine des jeunes, des difficultés à recourir à la contraception et un recours important à l'avortement.

Des expériences nationales de régulation de la fécondité : d'une transition à l'autre

Une transition achevée en Tunisie sous fond de diversité des modèles régionaux

Comme le montre Bénédicte Gastineau, on peut observer, dans l'histoire de la transition de la fécondité en Tunisie, les deux phases caractéristiques du modèle classique : tout d'abord le contrôle malthusien de la fécondité, par le mariage, puis le contrôle néo-malthusien, à l'aide de la contraception moderne. La période actuelle de fin de transition est celle d'une fécondité contrôlée à la fois par âge au mariage tardif et par une limitation de la fécondité dans le mariage, par l'usage de la contraception. Et, contrairement aux prévisions de Bongaarts (1982), le régime de basse fécondité en Tunisie a été atteint grâce à la multiplicité des modes de contrôle, laissant une place encore importante aux modes dits traditionnels comme l'infécondabilité post-partum, qui perdure de par le maintien des allaitements prolongés. L'analyse de la transition de la fécondité à l'échelle régionale, réalisée par Gastineau, lui permet également de mettre en exergue les temporalités différentes de ces transitions et la variabilité des combinaisons entre les modes de contrôle de la fécondité d'une région à l'autre, au gré des contextes économiques, sociaux et culturels.

Alors qu'une grande majorité des pays africains s'inquiètent du rythme de baisse de la fécondité, les préoccupations démographiques de la Tunisie sont tout autre et ne sont plus celles des décennies précédentes, comme nous le précise Gastineau. La transition démographique est en effet achevée et la

fécondité semble se stabiliser autour du niveau de remplacement, c'est-à-dire 2,1 enfants par femme. Les nouveaux enjeux démographiques en Tunisie deviennent maintenant ceux du vieillissement de la population. En 2004, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent déjà 9,3 % de la population totale et cette proportion devrait augmenter rapidement. Jusqu'à aujourd'hui, la prise en charge des personnes âgées est le plus souvent assurée par des solidarités familiales, solidarités familiales qui sont de plus en plus difficiles à supporter dans une société qui s'urbanise et qui s'individualise et où le chômage et le sous-emploi sont importants. Au vu de ce constat, on peut s'interroger sur le fait de savoir si, pour ce pays en post-transition, les politiques populationnistes seront bientôt à l'ordre du jour.

*Une transition en voie d'achèvement au Maroc malgré
le maintien de différenciations sociales*

Avec 2,5 enfants par femme, la fécondité marocaine est entrée au tournant du XXI^e siècle dans la dernière phase de sa transition, en léger décalage avec la transition tunisienne. Comme le montre Abdel-Ilah Yaakoubd et Patrice Vimard, cette fécondité est plus faible dans les milieux urbains et instruits comme dans les couches aisées de la population, car le mode de régulation de la procréation n'a pas évolué de la même manière dans les différentes catégories de la population. Les catégories les mieux insérées dans le processus de développement national ont connu une révolution matrimoniale et contraceptive plus précoce et plus intense. Aujourd'hui, les différences selon les différentes catégories concernent essentiellement l'âge au premier mariage, nettement plus tardif dans les catégories urbaines, instruites et aisées. Quant au recours à la contraception, s'il est demeuré longtemps nettement plus prononcé dans ces mêmes catégories, il s'est homogénéisé récemment même s'il demeure un peu plus fréquent pour les femmes qui résident en ville, disposent d'un bon niveau d'instruction et d'un niveau de vie aisé.

En utilisant le concept de « catégorie sociale », les auteurs confirment l'existence d'une liaison forte entre, d'une part, le profil socio-économique et, d'autre part, les comportements matrimoniaux et reproductifs contribuant à la régulation de la fécondité. Il se confirme ainsi que la précocité du mariage, la faible pratique contraceptive et du coup la forte fécondité sont les traits caractéristiques des catégories sociales les moins bien loties. En revanche, le mariage tardif, la pratique contraceptive étendue et la fécondité réduite sont des comportements qui continuent à distinguer les femmes de niveau social relativement aisé, et ce même dans une phase de transition de la fécondité avancée. L'évolution de la fécondité et de sa régulation demeure ainsi marquée au Maroc par une différenciation entre les différentes catégories sociales de la population même si elle tend à s'orienter, depuis les dernières années, vers une relative homogénéisation des comportements.

Un début de transition au Togo, contraception et avortement mêlés

Au Togo, la baisse de la fécondité est bel et bien amorcée, notamment en milieu urbain où le décrochage du niveau de la fécondité au cours des dix dernières années a été remarquable. Kokou Vignikin, Dodji Gbetoglo et Vissého Adjiwanou nous montrent que ce début de transition s'opère dans un contexte socio-économique marqué par la conjonction d'un changement des idéaux de fécondité, induit par la modernisation, et d'un changement de perception des coûts et bénéfices de l'enfant, sous la pression des effets induits de la crise économique. Les premières phase de baisse de la fécondité s'accompagne, au Togo comme ailleurs, d'une certaine diversification des modes de contrôle. Les auteurs constatent que la pratique de la contraception moderne progresse en milieu urbain alors que, dans le même temps, les moyens traditionnels d'espacement des naissances, notamment l'abstinence post-partum et l'allaitement, régressent. De même à l'échelle nationale, la fécondité baisse relativement rapidement sans que le rythme de progression du recours à la contraception n'en soit le reflet. Ceci amène les auteurs à mettre en évidence l'utilisation

par les femmes d'autres modes de régulation de la fécondité, notamment l'avortement provoqué, même si les études d'envergure sur les motivations du recours à l'avortement comme moyen de réguler sa procréation font défaut au Togo. Insuffisance de l'offre de produits contraceptifs, inadaptation de l'offre à la demande des femmes, accès trop coûteux aux méthodes désirées : quelles soient les raisons qui conduisent les femmes togolaises à recourir à une interruption de grossesse plutôt qu'à la contraception, elles montrent l'existence de nouvelles demandes de contrôle de la fécondité, notamment chez les personnes non mariées et les adolescentes qui, jusqu'ici, sont plus ou moins exclus des programmes de planification familiale.

Transition de la fécondité au Cameroun, avec une distinction des modes de contrôle entre pauvres et non pauvres

L'analyse de Samuel Nouetagni sur le Cameroun confirme cette difficulté d'accès de beaucoup de femmes aux méthodes modernes de contraception. Il nous montre que les femmes pauvres utilisent, plus que les autres, les méthodes naturelles ou traditionnelles de contraception, notamment la continence périodique, révélant ainsi, là encore, l'existence d'une demande non satisfaite de planification familiale. La contraception moderne est en effet trop coûteuse pour une partie des femmes qui en sont réduites à l'usage de méthodes moins efficaces mais plus abordables. La pauvreté des femmes limite leur accès à la contraception moderne et favorise l'usage de méthodes moins onéreuses, allant des procédés traditionnels à l'avortement qui, chez les femmes pauvres, se pratique également en utilisant des moyens traditionnels, contrairement aux femmes non pauvres, davantage portées vers des moyens médicalisés compte tenu de leur niveau de vie. L'auteur met également en évidence la prévalence élevée de l'avortement qui distingue les femmes pauvres des femmes non pauvres, davantage que le recul de l'âge au mariage, qui tend à se généraliser, et l'usage de la contraception, où les différences sont faibles. Comme au Togo, cet usage de l'avortement dépend notamment de la marginalisation d'une partie de la population féminine vis-à-vis

des programmes de planification, à cause des violences normatives à l'égard de la sexualité des jeunes et de la sexualité hors mariage.

Conclusion

En Afrique du Nord, la contraception moderne est l'apanage de la plupart des populations, mêmes celles qui se trouvent au bas de l'échelle sociale et économique. Par contre, en Afrique subsaharienne, la faiblesse de l'utilisation de la contraception et sa lente progression ne concernent pas seulement des pays enclavés et très démunis, de la zone sahélienne par exemple, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays majeurs sur le continent comme le Cameroun, le Nigeria, le Sénégal, et bien d'autres pays encore, où la pratique contraceptive ne décolle pas réellement. Ceci sans oublier les pays où la contraception moderne ne concerne que quelques franges très instruites et urbanisées de la population comme au Mali, en Mauritanie, au Niger ou au Tchad.

L'Afrique subsaharienne est donc encore loin de la révolution contraceptive que les autres régions en développement ont connue. L'utilisation de la contraception apparaît très variable non seulement d'un pays à l'autre mais aussi, dans un même pays, selon la région et le groupe social. Cette variabilité constitue une source additionnelle d'inégalités entre populations, puisque certains groupes ont, jusqu'à un certain point, la capacité de maîtriser leur reproduction démographique, alors que d'autres ne l'ont pas. Aussi la baisse de la fécondité, réelle dans certains groupes, moins prononcée dans d'autres ou encore en devenir pour certaines communautés, repose de plus en plus souvent sur l'articulation de différentes pratiques : la contraception moderne, les pratiques anciennes d'espacement des naissances (abstinence post-partum et allongement de l'allaitement, agissant par l'entremise de l'aménorrhée post-partum), le recul de l'âge au premier mariage et, de plus en plus fréquents en ville, les avortements provoqués. On a ainsi estimé qu'en début de transition de la fécondité, l'avortement pouvait avoir, pour certaines populations urbaines, un effet réducteur de la

fécondité aussi important que les méthodes contraceptives (Fassassi et Vimard, 2002 ; Guillaume, 2003). Cette situation est révélatrice des difficultés d'accès aux services de contraception pour de nombreuses populations confrontées à des obstacles non seulement culturels, mais aussi économiques et institutionnels ou qui se heurtent même à l'absence de services. Ces difficultés concernent les communautés rurales, éloignées des dispensaires, ou illettrées, dépourvues de ressources et de capital humain. Elles concernent également les jeunes et les femmes non mariées dont l'accès aux services de planification familiale subit, le plus souvent, de fortes restrictions, en relation avec un contrôle social demeuré très prégnant sur la sexualité des jeunes et des femmes en dehors du mariage. Le recours à l'avortement, pratiqué souvent de manière clandestine, fait courir aux femmes des risques sanitaires importants qui peuvent porter atteinte à leur fécondité future et à leur vie. Les décès maternels sont en effet, pour une grande part, consécutifs à des avortements effectués dans de mauvaises conditions (Guillaume, 2000).

Cette faiblesse des progrès de la contraception constitue par conséquent une contrainte importante pour l'amélioration de la santé reproductive des femmes comme pour la pérennisation de la transition de la fécondité. On remarque ainsi que le mouvement de baisse de la fécondité est, en Afrique subsaharienne, plus incertain qu'on ne l'imaginait il y a une dizaine d'années, lorsque que le début de la transition amenait les perspectives de population à se fonder sur une baisse ininterrompue des indicateurs de la fécondité. On note en effet, dans certains pays, un arrêt ou un ralentissement de la baisse de la fécondité et de la progression de l'utilisation de la contraception. Ceci nous montre que la transformation amorcée des modes de régulation de la fécondité et des modèles de reproduction démographique en Afrique au sud du Sahara n'a pas encore ce caractère inéluctable qu'il a pu avoir lors des transitions démographiques des pays industrialisés et de beaucoup de pays du Sud, notamment ceux du Maghreb.

Comme on l'a constaté à travers les différentes analyses de cet ouvrage, ce sont les populations les plus démunies en terme de capital économique, humain

et social qui ont le plus mal à accéder aux moyens d'une régulation efficace de leur fécondité. Ces distinctions déterminent de fortes inégalités à l'échelle du continent africain comme à l'échelle de la plupart des pays du continent au regard de la maîtrise individuelle de la fécondité. Ceci pose la question de l'efficacité des services et des programmes de planification familiale dont les prémices datent de plus d'une quarantaine d'années en Afrique et qui sont encore loin de proposer aujourd'hui un accès universel. Face à cette défaillance, qui concerne en grande partie les systèmes de santé publics, il apparaît tout particulièrement nécessaire d'avoir une exigence d'équité et de réfléchir, comme le propose Nouetagni, sur une véritable politique de planification familiale orientée vers les populations les plus pauvres afin de leur permettre de mettre en pratique les souhaits de contrôle de leur fécondité qu'elles expriment.

Références bibliographiques

- BLACKER J., OPIYO C., JASSEH M., SLOGGETT A. et SSEKAMATTE-SSEBULIBA J., 2005, « Fertility in Kenya and Uganda : A comparative study of trends and determinants », *Population Studies*, vol. 59, n° 3, pp. 355-373.
- BONGAARTS J., 1982, « The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables », *Studies in Family Planning*, vol. 13, n°s 6-7, pp. 179-189.
- BONGAARTS J., 2006, « The causes of stalling fertility transitions », *Studies in Family Planning*, vol. 37, n° 1, pp. 1-16.
- DESGRÉES DU LOÛ A. et VIMARD P., 2000, « La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, n° spécial La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, n° 195, pp. 116-135.
- FASSASSI R. et VIMARD P., 2002, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Lou A., Zanou B. et Koffi N. (éd.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-ENSEA-I.R.D., Abidjan, pp. 189-213.
- GAUTIER A., 2007, « L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, L.P.E.D.-Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, pp. 41-74.

- GUENGANT J.-P., 2007, « La démographie africaine entre convergences et divergences », in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. A.F.D.-CEPED-Karthala, Paris, Nogent-sur-Marne, pp. 27-121.
- GUILLAUME A., 2000, *L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique*, La chronique du Cepad, n° 37, CEPED, Paris, 4 p.
- GUILLAUME A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 58 (6), pp. 741-772.
- GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E., WAGSTAFF A. et AMOUZOU A., 2007, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries. An Overview*, The World Bank, Washington DC, 2007, 287 p.
- LESTHAEGHE R. et JOLLY C., 1994, « The Start of the Sub-Saharan Fertility Transitions : Some Answers and Many Questions », in Campell K. L. et Wood J. W. (éd.), *Human Reproductive Ecology – Interactions of Environment, Fertility and Behaviour*, Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 709, New York, pp. 379-395.
- PNUD, 1998, *Level and trends of contraceptive use as assessed in 1998. Key Findings*, <http://www.unpd.org/popin/wtrends/contraceptive1998.htm>
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, 59 (3-4), pp. 521-622.
- VIMARD P. et FASSASSI R., 2007, « La demande d'enfants en Afrique subsaharienne », in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. A.F.D.-CEPED-Karthala, Paris, Nogent-sur-Marne, pp. 197-251.
- VIMARD P., 2007, « Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne », in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. A.F.D.-CEPED-Karthala, Paris, Nogent-sur-Marne, pp. 329-367.
- VIMARD P., FASSASSI R. et Talnan E., 2007 « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, L.P.E.D.-Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, pp. 172-213.
- UNITED NATIONS, 2006, *Millennium Développement Goals Report 2006*, 32 p.
- UNITED NATIONS, 2007, *World Population Prospects. The 2006 Revision, Population Database*, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>
- WESTOFF C. F. et CROSS A. R., 2005, The stall in the fertility transition in Kenya, Communication au xxv^e Congrès général de la population de l'UIESP, Tours, France, 18 au 23 juillet 2005, 16 p. + annexes 40 p.

WORLD BANK, 2006, *Africa Development Indicators 2006*, Oxford University Press, Washington DC, 152 p.

LES AUTEURS

ADJIWANOU Vissého	Unité de recherche démographique (U.R.D.), Université de Lomé, Togo.
ANOH Amoakon †	Enseignant-chercheur à l'U.F.R. des sciences économiques et de gestion, Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
BENINGUISSE Gervais	Enseignant-chercheur à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroun.
EVINA Akam	Professeur à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroun.
FASSASSI Raïmi	Enseignant-chercheur à l'École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA), Abidjan, Côte d'Ivoire.
GASTINEAU Bénédicte	Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (I.R.D.), Laboratoire population-environnement-développement (L.P.E.D.), Marseille, France.
GBETOGLO Dodji	Chercheur à l'Unité de recherche démographique (U.R.D.), Université de Lomé, Togo.
LASBEUR Linda	Doctorante à l'Université de Paris X-Nanterre, Laboratoire population environnement développement (L.P.E.D.) et Centre de recherche populations et sociétés (CERPOS).
NOUETAGNI Samuel	Enseignant-chercheur à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroun.

- ROSSIER Clémentine Chargée de recherche à l'INED, Unité 822 :
Épidémiologie, démographie et sciences sociales,
INED-INSERM-Université Paris 11, Paris, France.
- VIGNIKIN Kokou Directeur de l'Unité de recherche démographique
(U.R.D.), Université de Lomé, Togo.
- VIMARD Patrice Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour
le développement (I.R.D.), Laboratoire population-
environnement-développement (L.P.E.D.), Marseille,
France.
- YAAKOUBD Abdel-Ilah Professeur de démographie à l'Institut national
de statistique et d'économie appliquée (INSEA),
Rabat, Maroc.

LE GROUPE INTERNATIONAL DE PARTENAIRES POPULATION-SANTÉ

Le Gripps est un réseau d'équipes développant des recherches sur la santé de la reproduction, la transition de la fécondité et les politiques de population dans le but de documenter les processus de changements démographiques en Afrique. L'objectif principal de la coopération est de favoriser les synergies entre les chercheurs, le regroupement des expériences scientifiques, la diffusion de l'information scientifique et la valorisation des recherches pour le développement. Depuis la création du réseau, en 1994, les équipes du Gripps ont organisé une série d'Ateliers scientifiques (Abidjan, Ouagadougou et Lomé) donnant lieu à l'édition d'ouvrages collectifs, et publié un programme d'analyse comparative sur les facteurs de la contraception en Afrique subsaharienne.

LE LABORATOIRE

POPULATION-ENVIRONNEMENT-DÉVELOPPEMENT

Fondé en 1984, le L.P.E.D. est commun à l'Université de Provence et l'Institut de recherche pour le développement (I.R.D.). Contractualisé comme Unité mixte de recherche en 2002, le Laboratoire réunit une quarantaine de chercheurs et enseignants-chercheurs, et une quarantaine de doctorants. Les programmes actuels, menés en partenariat avec des institutions de recherche françaises et étrangères, portent principalement sur les transitions démographiques et les politiques de population, la santé de la reproduction et les progrès sanitaires, les migrations et la recomposition des territoires, la gestion des ressources naturelles et le devenir des sociétés rurales, le développement local et les services urbains. Ces recherches théoriques, méthodologiques et empiriques, de nature pluridisciplinaire le plus souvent, sont prolongées par des activités de formation, de valorisation et d'expertise scientifique.

lped@univ-provence.fr

<http://www.lped.org>

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où la baisse de la fécondité est la plus lente et la demande de régulation des naissances la moins satisfaite par la contraception. Dans les pays du Maghreb au contraire, la transition de la fécondité est en voie d'achèvement grâce à la forte pratique contraceptive et au recul de l'âge au premier mariage. Face à ce constat, cet ouvrage appréhende l'évolution des pratiques de régulation de la fécondité en Afrique, afin de mieux comprendre les enjeux actuels de la reproduction et de la croissance de la population.

À travers dix chapitres consacrés autant au Maghreb qu'à l'Afrique subsaharienne, les auteurs dressent un panorama des évolutions multiples et complexes de la régulation de la fécondité sur le continent africain autour de deux grandes parties : la première partie s'attache, à travers des comparaisons à l'échelle du continent, à cerner les transformations du contexte politique et institutionnel et à étudier l'évolution des différentes formes de régulation de la fécondité (contractions d'espacement et d'arrêt, avortement...); la seconde partie analyse les transformations et les facteurs du contrôle des naissances en les appréhendant dans différents pays représentatifs de la diversité du continent africain : le Maroc, la Tunisie, le Cameroun et le Togo.

Raïmi Fassassi, démo-économiste, est enseignant-chercheur à l'ENSEA d'Abidjan. Spécialiste des questions de pauvreté humaine, il travaille actuellement sur l'évolution de la fécondité en Afrique subsaharienne.

Kokou Vignikin, démographe, est directeur de l'Unité de recherche démographique de l'Université de Lomé (Togo). Ses travaux concernent principalement les mouvements migratoires et les changements familiaux.

Patrice Vimard, démographe, est directeur de recherche à l'IRD. Il mène actuellement des recherches sur les changements démographiques et les politiques de développement en Afrique.

ISBN 978-2-87209-959-7



9 782872 099597

www.academia-bruyant.be