

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.

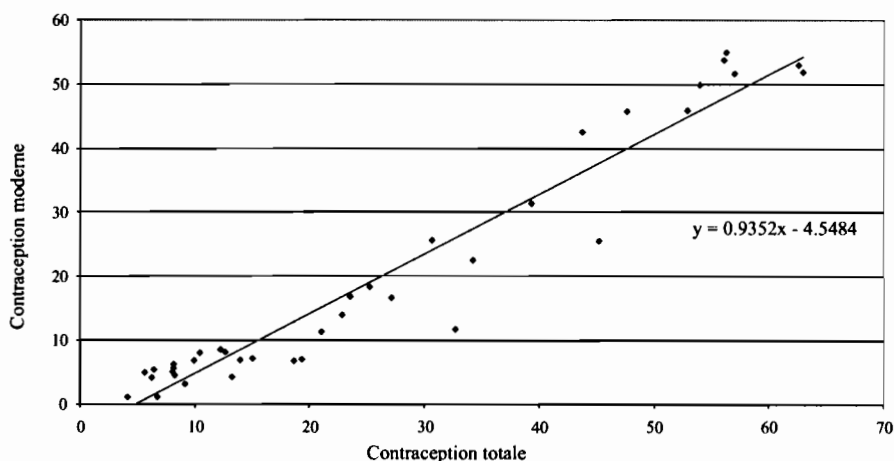
L'évolution de la prévalence contraceptive

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.

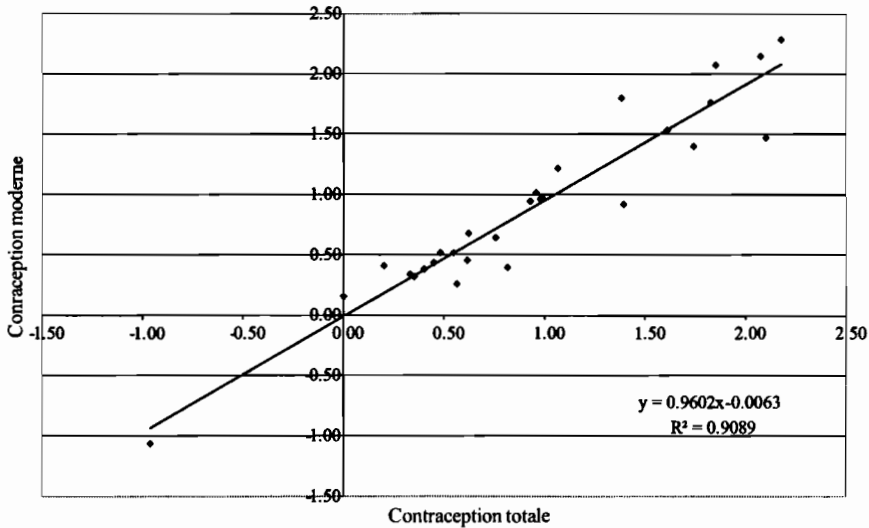
7. Deux pays doivent être distingués de cette énumération : l'Érythrée, dont la prévalence contraceptive totale ne progresse pas, et le Rwanda qui se caractérise par une diminution de la contraception moderne que ne peut contrebalancer, et de loin, les légers progrès de la contraception naturelle ou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

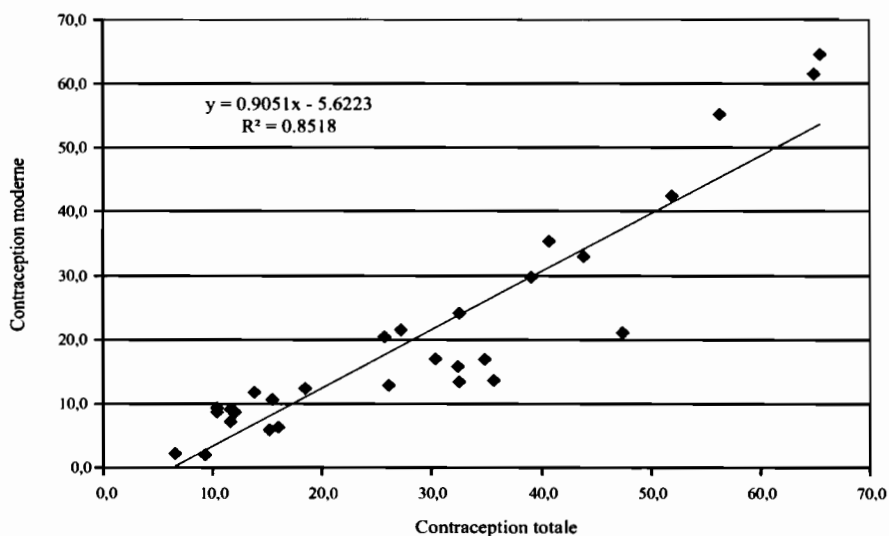
8. Les effectifs des femmes non mariées et sexuellement actives interrogées dans les enquêtes

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.

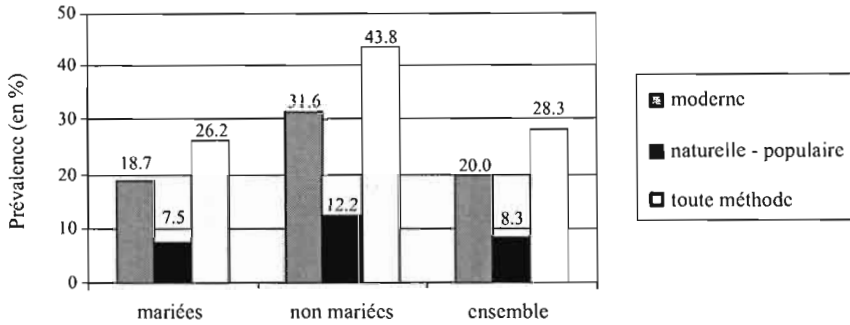
Pour les femmes soumises à un risque de conception, quel que soit le statut matrimonial, la moyenne non pondérée de la prévalence contraceptive atteint 28,3 %, dont 20 % pour la contraception moderne⁹ : plus d'une femme sur quatre recourt par conséquent à un moyen contraceptif, et une femme sur cinq 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

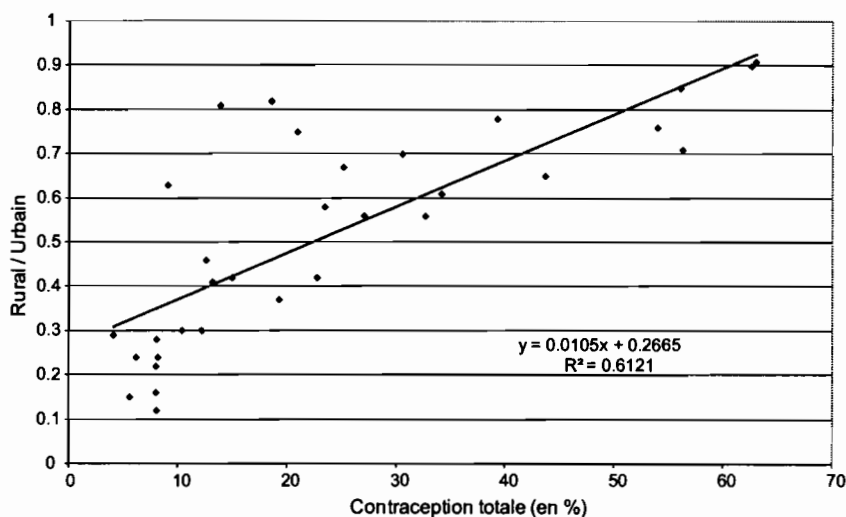
Tableau 6. Niveau de la contraception chez les femmes mariées, selon la méthode utilisée et le milieu de résidence pour 32 pays africains (en %)

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 %)

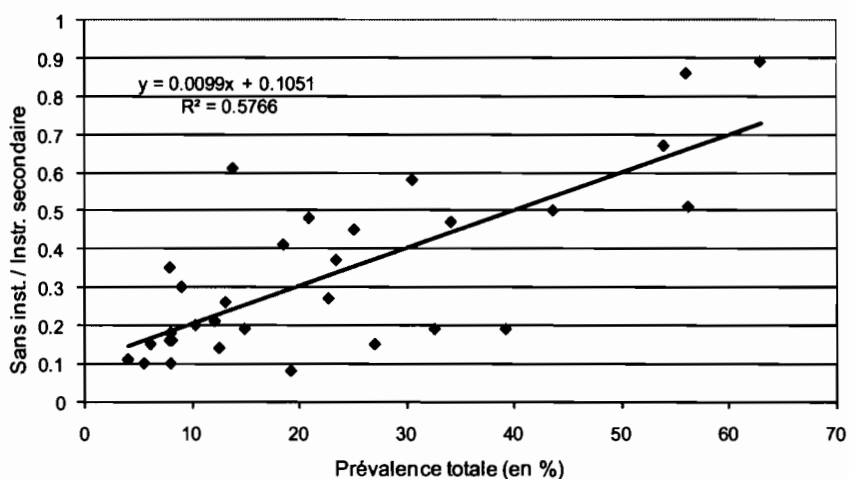
Pays, année d'enquête	Méthode quelconque par nv. d'instruction				Méthode moderne par nv. d'instruction			
	Aucun	Primaire	Secondaire	%*	Aucun	Primaire	Secondaire	%*
<i>Afrique subsaharienne</i>								
Afrique du Sud, 1998	33,2	47,2	64,6	0,51	30,4	46,3	63,6	0,48
Bénin, 2001	15,8	20,1	39,0	0,41	5,3	8,9	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.

Vimard Patrice, Fassassi R.

L'évolution de la contraception en Afrique.

In : Fassassi R. (dir.), Vignikin K. (dir.), Vimard Patrice (dir.). La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du 21ème siècle. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia, 2010, p. 71-101.

ISBN 978-2-87209-959-7