

***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 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 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.

Vimard Patrice.

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

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. 321-340.

ISBN 978-2-87209-959-7