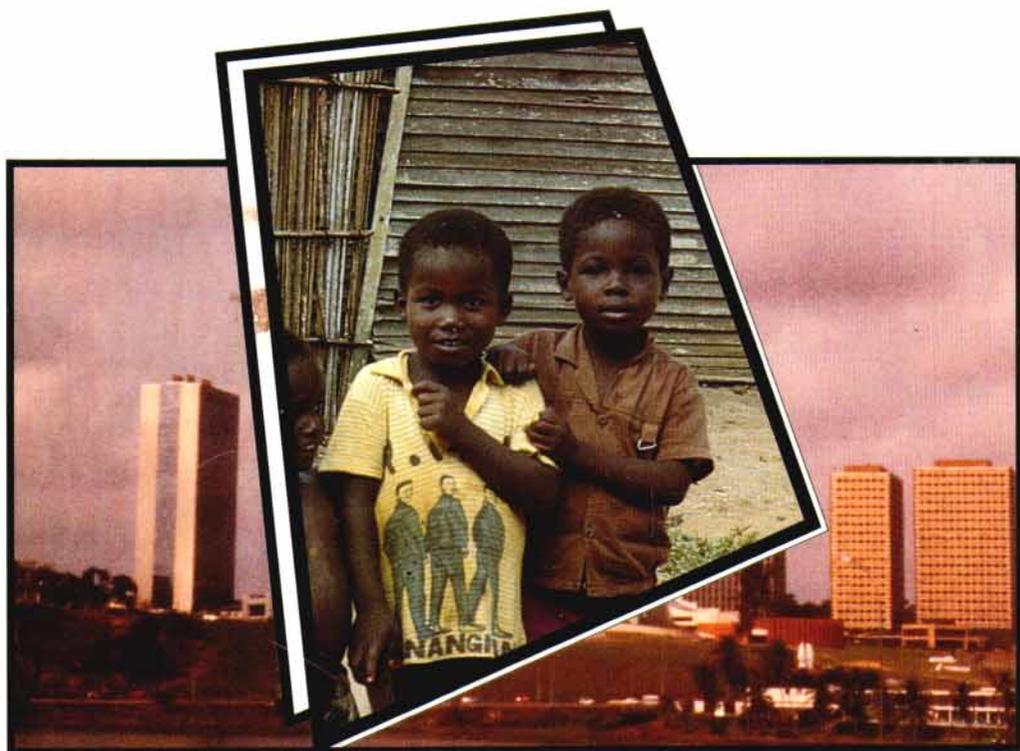


MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE

Éditeurs scientifiques
N'guessan KOFFI, Agnès GUILLAUME,
Patrice VIMARD, Benjamin ZANOU



Séminaire International
ENSEA - ORSTOM
Abidjan,
du 26 au 29 novembre 1991

Séminaire International
ENSEA - ORSTOM
Abidjan, du 26 au 29 novembre 1991

**MAÎTRISE
DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE
ET DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE**

Éditeurs scientifiques
**N'guessan KOFFI, Agnès GUILLAUME,
Patrice VIMARD, Benjamin ZANOU**

ORSTOM Éditions

INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT EN COOPÉRATION

Collection **COLLOQUES et SÉMINAIRES**

PARIS 1994

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les «copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective» et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, «toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite» (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

ISSN : 0767-2896
ISBN : 2-7099-1176-0

© ORSTOM Éditions 1994

MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE

Séminaire International ENSEA - ORSTOM 1991

Avec le concours
du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
et du Ministère français de la Coopération et du Développement

Comité de parrainage :

François YATTIEN-AMIGUET (ENSEA)
Francis GENDREAU (CEPED)

Comité d'organisation :

N'guessan KOFFI (ENSEA)
Agnès GUILLAUME (ORSTOM)
Patrice VIMARD (ORSTOM)
Benjamin ZANOU (Institut National de la Statistique)

ENSEA
08 BP 3
ABIDJAN 08
RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE

ORSTOM
213 RUE LAFAYETTE
75480 PARIS CEDEX 10
FRANCE

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	7
1. ÉVOLUTION ET FACTEURS DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE	11
Patrice VIMARD - Commentaire général de la séance	13
N'guessan KOFFI - La fécondité en Afrique sub-saharienne	25
Eliwo AKOTO - Évolution et déterminants de la mortalité en Afrique	49
2. NOUVEAUX MODÈLES DE REPRODUCTION BIOLOGIQUE ET STRATÉGIES FAMILIALES	71
André QUESNEL - Commentaire général de la séance	73
Odile FRANK - Echanges intra-familiaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant	83
Akoua AGOUNKÉ, Pierre LÉVI, Marc PILON - Évolution contemporaine des schémas de reproduction en Afrique sub-saharienne : le cas des Moba-Gurma du Togo	97
Simon David YANA - Fécondité et famille au Cameroun : les Bamiléké et les Pahouin (Fang-Beti-Bulu)	121
Agnès GUILLAUME, Patrice VIMARD - Fécondité, crise économique et différenciations sociales à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)	143
Philippe ANTOINE - Structures familiales, cycle de vie et crise économique à Dakar	169
3. IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE PLANIFICATION FAMILIALE	193
Toyidi BELLO - Commentaire général de la séance	195
Pierre CANTRELLE - Impact des actions de santé sur la mortalité et la morbidité au Sénégal	205

Dieudonné BM'NIYAT BANGAMBOULOU - La planification familiale en République Centrafricaine : bilan et recommandations ...	215
Jean-Paul TOTO - Impact du planning familial et des programmes de santé sur la croissance démographique au Congo	223
Aguima Frank TANKOANO - L'expérience de planification familiale du Burkina Faso	233
Kodjo KOTOKOU - Les facteurs de l'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé	251
Thérèse LOCOH - Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? Leçons de 20 années de programmes de planning familial	267
4. CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT	291
Marc PILON - Commentaire général de la séance	293
Iman NGONDO a PITSHANDENGE - Problématique du développement en Afrique au sud du Sahara : au-delà de la population	305
Amadou NOUMBISSI - Fécondité et développement : de quelques théories	321
Daniel M. SALA-DIAKANDA - Croissance démographique et développement socio-économique en Afrique : leçons d'un constat	339
Papa-Demba DIOUF - Croissance démographique et politiques de développement économique et social en Afrique au sud du Sahara : le cas du Sénégal	357
C. Benjamin ZANOU - Vers une politique de population en Côte-d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique	369
Gervais BARAMPANZE, François NKURUNZIZA - Expansion démographique et développement au Burundi : l'impossible adéquation ?	381
Christophe GUILMOTO - Démographie et développement dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal	403
RAPPORT DE SYNTHÈSE	419
Liste des communications	429
Liste des participants	433

AVANT-PROPOS

L'Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA) et l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM) ont organisé, avec l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et du Ministère français de la Coopération et du Développement, un séminaire international à Abidjan (Côte-d'Ivoire), du 26 au 29 Novembre 1991, sur le thème "Croissance Démographique et Stratégie de Développement en Afrique".

LES OBJECTIFS DU SÉMINAIRE

Les objectifs de ce séminaire étaient de permettre aux chercheurs, aux planificateurs et à l'ensemble des personnes concernées par les problèmes de population, de débattre des relations entre la croissance rapide de la population en Afrique et le développement économique et social du continent et de réfléchir sur les conditions de la maîtrise de la croissance démographique par les acteurs sociaux et par les Etats.

En effet, l'Afrique se caractérise par un contexte particulier au regard de sa croissance démographique. Si l'Afrique a des densités de population relativement faibles, elle détient actuellement le taux de croissance démographique le plus élevé dans le monde (3 % en 1989), et le plus élevé qu'ait jamais connu une population jusqu'à ce jour, du fait d'une baisse rapide, mais inégale, de la mortalité et du maintien d'un niveau élevé de fécondité.

Les écarts de croissance entre les populations peuvent être prononcés selon leur origine ethnique, leur milieu d'habitat, leur situation socio-économique, mais cependant une majorité de pays ont un taux situé entre 2,5 et 3,5 % par an. Et les pays qui ont mis en oeuvre une politique de planification familiale n'ont pas enregistré de fléchissement rapide de leur croissance démographique, comme ont pu en connaître d'autres populations en Asie et

en Amérique Latine ; certains d'entre eux étant affectés d'une évolution relativement comparable aux pays n'ayant pas adopté de tels programmes.

Les facteurs de la pérennité de la croissance démographique rapide, les déterminants des évolutions qui peuvent apparaître ici ou là, l'émergence de nouveaux modèles de reproduction démographique, les incidences de cette croissance élevée sur les conditions de vie des populations et sur la mise en oeuvre des stratégies de développement économique et social, la mise en oeuvre de programmes de planification familiale dans le cadre de politiques de population plus affirmées, voilà autant de questions autour desquelles s'est s'ordonné le séminaire et qui forment la trame des actes qui sont aujourd'hui publiés.

Une trentaine de communications présentant des approches théoriques, des recherches comparatives entre des pays ou entre des milieux humains, et des textes orientés vers l'analyse fine d'une population ont été débattues, lors de quatre séances, autour des sous-thèmes suivants : *“évolution et facteurs de la croissance démographique”*, *“nouveaux modèles de reproduction biologique et stratégies individuelles et familiales”*, *“impact des actions et programmes en matière de santé et de planification familiale”*, *“relations entre la croissance démographique et le développement économique et social”*.

Un rapport de synthèse a été élaboré à la suite des débats généraux de ces séances puis discuté et amendé lors de la séance de clôture.

On trouvera dans les présents actes une sélection des communications revues par le comité d'édition ⁽¹⁾, en fonction des débats du séminaire, ainsi que le rapport de synthèse.

(1) La liste de l'ensemble des communications présentées lors du séminaire figure en annexe. Un certain nombre de communications n'ont malheureusement pas pu être reprises dans cet ouvrage, par décision des auteurs ou du comité d'édition, mais il y sera fait allusion dans les commentaires de séance.

A. G. Manouan et G. Dodet ont contribué à la dactylographie de ces actes qui a été mise en forme et finalisée par R. Vimard.

La mise au point des actes a bénéficié des critiques des lecteurs de la commission de démographie de l'Orstom.

LES THÈMES DES ACTES

Les actes sont ordonnés autour des quatre thèmes ayant fait l'objet des séances du séminaire.

Dans la première partie, "**Évolution et facteurs de la croissance naturelle**", sont présentées deux études établissant un bilan de l'évolution de la fécondité et de la mortalité et des facteurs culturels, sociologiques et économiques qui conditionnent aujourd'hui les niveaux de ces composantes de la croissance naturelle. Les différences entre les pays comme entre les groupes socio-économiques quant aux mécanismes d'évolution de leurs mouvements naturels, aux rythmes respectifs de leurs croissances et aux changements récents ayant affecté leurs régimes démographiques sont mises en évidence dans ces textes.

La deuxième partie, "**Nouveaux modèles de reproduction biologique et stratégies familiales**", cerne les modifications relatives à la reproduction biologique (attitude par rapport à la fécondité et à la santé, mode de régulation, place des enfants dans les familles...) et s'efforce de percevoir les changements relatifs à la croissance démographique au sein des communautés familiales, villageoises, ethniques...

Dans quelle mesure les transformations économiques, mais aussi sociales et culturelles, qui affectent les sociétés africaines, conduisent-elles à l'émergence de dynamiques familiales novatrices et de nouvelles stratégies en matière de fécondité ? Comment les changements dans la perception de l'enfant, de la femme et de la famille entraînent-ils de nouveaux modèles et de nouveaux idéaux en matière de reproduction démographique ? Quelles nouvelles pratiques démographiques et familiales sont provoquées par la crise économique, qui atteint chaque jour davantage les populations urbaines et rurales ? Voilà les principales questions qui sont débattues dans cette partie.

De plus en plus de pays africains ont mis en oeuvre des politiques de planification familiale ou projettent de le faire prochainement. Ces politiques, associées à des programmes sanitaires, de développement plus anciens, sont de nature à influencer sur l'évolution des composantes de la croissance démographique.

La troisième partie "**Impact des programmes de santé et de planification familiale**" analyse à partir d'expériences concrètes, dans des environnements socio-économiques et culturels spécifiques, et d'approches comparatives, l'efficacité relative et l'impact, direct et indirect, de ces différentes interventions, visant au contrôle de la fécondité et à une meilleure protection de

la santé maternelle et infantile, sur l'amélioration de l'état de santé des populations et sur la régulation de leur mouvement naturel.

La quatrième partie "**Croissance démographique et stratégie de développement**" s'interroge sur les interrelations entre la croissance rapide et généralisée et le développement socio-économique autour de deux questions principales : quelles sont les conséquences d'une croissance démographique élevée sur la situation économique, sociale et environnementale des pays africains (éducation, alimentation, préservation du milieu naturel...) ? Quelles sont les contraintes posées par cette croissance rapide à la mise en oeuvre par les Etats de leurs diverses politiques de développement, sectorielles ou régionales ?

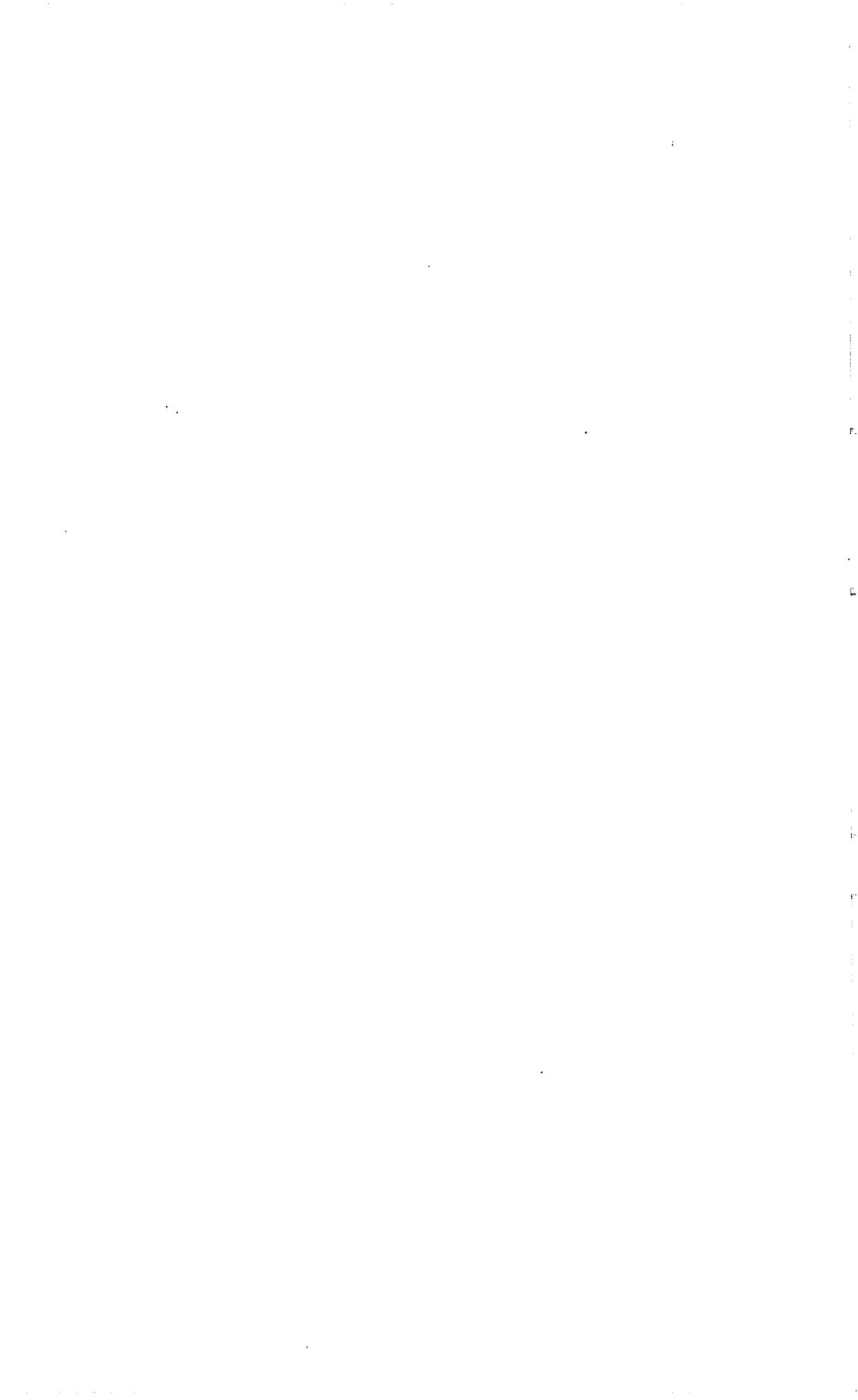
Dans ce cadre, la nécessité d'une intégration des politiques démographiques aux politiques de développement mais aussi d'une réorientation des politiques économiques et sociales actuelles a été discutée.

Enfin on trouvera le rapport de synthèse, tel qu'il a été amendé par les participants au séminaire, où sont présentés les points forts des débats : baisse inégale de la mortalité, maintien élevée de la fécondité malgré de puissants facteurs de changements et l'émergence de nouveaux modèles de reproduction biologique, mise en question des programmes actuels de planification familiale... Le rapport se conclut sur le rôle essentiel de la population comme facteur et comme acteur du développement, et sur la nécessité d'une maîtrise de la croissance démographique dans le cadre d'une redéfinition des politiques de développement jusqu'alors menées.

REMERCIEMENTS

Que les bailleurs de fonds, qui ont permis la réalisation du séminaire, les participants, qui ont contribué aux débats scientifiques, et toutes les personnes et institutions qui ont bien voulu collaborer à l'organisation du séminaire et à l'édition des actes soient ici remerciés.

1 – ÉVOLUTION ET FACTEURS DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE



COMMENTAIRE GÉNÉRAL DE LA SÉANCE « ÉVOLUTION ET FACTEURS DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE »

Patrice VIMARD

LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE EN AFRIQUE : UN DÉFI

Au niveau planétaire le défi démographique est essentiel. En effet, la stabilisation projetée de la population mondiale au cours du siècle prochain risque de se faire entre 8 et 14 milliards d'hommes selon la rapidité de la baisse de la fécondité envisagée. L'écart entre ces deux hypothèses extrêmes de 6 milliards, chiffre supérieur à la population mondiale actuelle, illustre bien l'importance de l'enjeu.

Et c'est en Afrique, et en particulier en Afrique sub-saharienne, que le défi démographique sera le plus difficile à relever. Même en supposant une baisse de la fécondité, la population de l'ensemble du continent semble devoir être multipliée par 5 dans les 100 ans qui viennent. Ceci est la conséquence du retard de l'Afrique dans sa transition démographique par rapport au reste du Tiers Monde.

L'ampleur de ce défi a déjà suscité plusieurs initiatives politiques et scientifiques : mise en place d'une "*Coalition globale pour l'Afrique*" par les pays africains et les bailleurs de fonds, adoption récente de politique de population par les Etats africains jusqu'alors réticents, organisation d'une Conférence à Paris sur le thème "*Développement et croissance démographique rapide : regard sur l'avenir de l'Afrique*", prolongeant, à propos du continent africain, les travaux d'un groupe d'expert sur les "*Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*" (Tapinos, Blanchet, Horlacher, 1991), développement d'un programme international de recherche "*Enquête démographique et de santé*", dans la lignée des *Enquêtes Mondiales de Fécondité*...

La tenue de ce séminaire "Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique" se situe dans cette perspective de recherche d'une meilleure compréhension des interrelations entre les phénomènes démographiques et le développement du continent africain et d'identification des moyens d'une maîtrise démographique par les individus comme par les Etats.

LES APPORTS DES COMMUNICATIONS

Quatre communications ont été présentées sur ce thème de l'évolution et des facteurs de la croissance démographique. Trois l'ont été à propos de la fécondité : la première constitue une synthèse de l'évolution de la fécondité en Afrique sub-saharienne (Koffi N'guessan), la deuxième analyse le cas du Mali (Sidibe), la troisième établit une lecture comparative des changements des idéaux de la fécondité dans des communautés rurales d'Afrique de l'Ouest (Vimard, Guillaume, Quesnel) ; enfin la quatrième communication dresse un panorama synthétique de l'évolution et des facteurs de la mortalité (Akoto).

Comme il s'avère que ces différents textes sont remarquablement complémentaires par leur objet comme par la nature de leur approche, en faire une lecture linéaire nous est apparu la meilleure manière d'en dégager les éléments essentiels pour ce commentaire.

Une fécondité qui demeure élevée

Une baisse, plus ou moins accusée, de la fécondité atteint maintenant la totalité des pays en développement d'Asie et d'Amérique latine, ces pays ayant mis en oeuvre une politique publique de planification familiale ou favorisé en ce domaine les activités d'organismes internationaux ou privés. Le Maghreb se trouve également engagé dans cette phase de transition de sa fécondité.

Mais la situation est différente en Afrique sub-saharienne, comme le montre la communication de Koffi N'guessan, où la diminution significative de la fécondité n'atteint que quelques pays ou certains groupes sociaux. L'auteur nous montre tout d'abord comment la persistance d'une forte fécondité renvoie à des justificatifs socio-culturels de survie des groupes et d'élaboration d'organisations sociales fondées sur l'entraide et l'assistance.

Confrontées à une mortalité élevée, comme nous le détaillerons dans une deuxième partie du commentaire, les populations considèrent la haute fécondité comme une préoccupation majeure et une nécessité impérieuse

pour la reproduction physique de leurs communautés. Cet élément est d'autant plus fort que la majorité des populations se situe dans le cadre d'un mode de production agricole peu mécanisé et dépendant de la force humaine de travail. Au delà de cette simple reproduction en terme d'effectif, les enfants s'inscrivent comme des éléments essentiels au fonctionnement des systèmes de solidarités élaborés par les sociétés africaines pour leur reproduction sociale. Les enfants, qui sont pris en charge par l'ensemble du groupe social durant leur éducation, d'où leur intense redistribution entre les groupes domestiques pour une adéquation entre producteurs et consommateurs, assurent, à l'âge adulte, le soutien des individus les plus âgés et sont les garants de la sécurité économique de l'ensemble du groupe.

Koffi N'guessan met également en évidence les éléments de disparité entre les populations, essentiellement l'infécondité qui atteint tout particulièrement l'Afrique Centrale, et les facteurs de changement qui affectent certains groupes sociaux et qui engendrent une hétérogénéité naissante : l'éducation et l'urbanisation principalement. Ainsi dans certains pays (Bostwana, Zimbabwe) la fécondité varie du simple au double entre le milieu urbain et le milieu rural, entre les femmes les plus scolarisées et les femmes illettrées.

En outre, cette relative stabilité de la fécondité africaine perdure alors que le continent se trouve frappé par une crise économique et confronté aux conséquences des "programmes d'ajustement structurel".

Vers une évolution des fondements culturels et des politiques de fécondité

Cette situation socio-économique fragile n'est pas étrangère à l'érosion des liens de solidarité comme à l'évolution de la position des gouvernements que nous décrit Koffi N'guessan.

L'organisation traditionnelle et les liens de solidarités, qui favorisent les comportements pro-natalistes, subissent une première érosion avec la modernisation du système social et économique (urbanisation, scolarisation, monétarisation...) avant de connaître, plus récemment, les effets de la crise économique. Les normes traditionnelles qui régissent les pratiques de reproduction (âge au mariage précoce, forte cohérence matrimoniale, régulation de l'intervalle entre naissances par l'abstinence sexuelle et l'allaitement maternel,...) s'en trouvent peu à peu altérées même si ces remises en cause sont inégales selon les populations.

Les évolutions politiques, qui s'accélèrent actuellement, sont également appelées à jouer un rôle de plus en plus déterminant. A partir de positions très

anti-malthusiennes, les évolutions des gouvernements africains, quant aux politiques de population, amorcées par quelques Etats à la fin des années cinquante, se sont accélérées dès après la Conférence de Bucarest (Sala-Diakanda, 1991), les pays francophones étant les derniers à adopter des politiques de population, en ce début des années 90. Aujourd'hui, la presque totalité des Etats africains sont favorables à des politiques de maîtrise de leur croissance démographique, certains ayant mis en oeuvre, depuis plus ou moins longtemps, des programmes nationaux de planification familiale (Maurice, Kenya, Botswana, Zimbabwe, Ghana, Burkina...) et d'autres s'appêtant à le faire. Ces programmes de planification familiale conduisent dans certains pays, notamment d'Afrique de l'Est, à une nette augmentation de la prévalence de la contraception et à un début de transition de la fécondité.

Avec les effets de ces politiques démographiques et les conséquences de la crise économique aiguë, la décennie à venir devrait être celle d'une évolution profonde du niveau et des facteurs de la fécondité, tout particulièrement dans la partie ouest-africaine du continent qui se caractérise par les taux de fécondité les plus élevés.

Cependant Koffi N'guessan souligne combien l'intensité de la crise économique peut être source d'inconnu. La restriction du budget social des états, la raréfaction des emplois urbains, les difficultés du recours au salariat agricole... ne vont-ils pas freiner la scolarisation des filles, accroître la nécessité du travail des enfants et des adolescents et, en dernier ressort, consolider les résistances culturelles à la baisse de la fécondité ?

Un exemple : le Mali

Le Mali, présenté par D. Sidibe à l'aide des données du recensement de la population de 1987, constitue un bon exemple de cette haute fécondité en Afrique.

La forte fécondité, dont la structure par âge est celle d'une fécondité naturelle, est attestée par les niveaux de différents indices : taux de natalité ⁽¹⁾ : 49,6 pour 1000, taux global de fécondité ⁽²⁾ : 213 pour 1000, taux net de reproduction ⁽³⁾ de 3,22, descendance atteinte par les femmes de 45 à 49 ans de 6,3 enfants.

- (1) Nombre annuel de naissances vivantes rapporté à l'effectif moyen de la population.
- (2) Nombre de naissances vivantes de 1 000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans).
- (3) Nombre de filles, parvenues à l'âge de reproduction, engendrées par une mère, compte tenu de la différence de mortalité entre la génération des mères et la génération des filles.

Comme dans beaucoup de pays africains, on relève au Mali une fécondité du moment plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural : le taux de natalité y est de 43 pour 1000 (contre 51 pour 1000 en milieu rural) et le taux global de fécondité de 179 pour 1000 (contre 223 pour 1000).

Il résulte de cette forte fécondité un accroissement naturel annuel très élevé : 3,6 %, qui place le Mali parmi les premiers pays d'Afrique, et donc du monde, quant à sa croissance naturelle.

Une fécondité moins figée qu'il n'y paraît

Sans remettre en cause cette idée du maintien d'une haute fécondité en Afrique, P. Vimard, A. Guillaume et A. Quesnel nous montrent que les régimes démographiques n'y sont pas immobiles. A partir de l'exemple de communautés rurales, ils mettent en évidence l'évolution significative de la fécondité et de ses idéaux, la différenciation entre certains groupes socio-économiques et les facteurs de ces changements multiples et contrastés. On observe en effet dans les populations rurales de Côte-d'Ivoire et du Togo une diversification des tendances de la fécondité en relation avec l'évolution des stratégies sociales et de la place des femmes et des enfants dans les différentes sociétés.

Notamment les auteurs soulignent combien la volonté des femmes de maîtriser leur fécondité dépend de leurs rôles dans la société agricole. Le désir d'une régulation accompagne souvent l'acquisition d'une plus grande indépendance sociale et économique, comme femme, avec une liberté plus grande vis à vis du mariage, comme mère, de plus en plus responsable de l'éducation de ses enfants et devant en assumer les charges, et enfin comme travailleur, plus maître qu'auparavant de sa force de travail.

Quant à la place des enfants, elle se modifie avec la diffusion de la scolarisation. Grâce à celle-ci, ils peuvent devenir les vecteurs d'une stratégie d'insertion familiale dans les sphères d'activité moderne. Les enfants cessent alors d'être un capital immédiatement disponible, en tant que producteurs, pour devenir une charge, dont le coût est considéré comme un investissement susceptible de procurer à terme à la famille prestige, influence et ressources monétaires grâce à l'intégration des enfants dans le monde urbain et l'état.

Cependant, comme le soulignent P. Vimard, A. Guillaume et A. Quesnel, cette orientation est ambiguë au regard des attitudes de fécondité. En effet, une stratégie de scolarisation des enfants peut fort bien correspondre à des comportements de forte fécondité : celle-ci répond alors à la volonté d'en scolariser un grand nombre afin qu'au moins l'un d'entre eux réussisse,

comme on le remarque chez les Ewe de Dayes (sud-ouest Togo) et les Akye du sud-est ivoirien dans la période de croissance économique.

Mais cette orientation vers la scolarisation peut également renvoyer à la recherche d'une descendance moins nombreuse. Dans ce cas, le contexte économique, souligné plus haut, est déterminant. La crise économique, d'un effet drastique dans les communautés engagées dans les productions de rente, les conséquences des plans d'ajustement structurel, qui répercutent sur les familles les charges de fonctionnement des infrastructures sociales (écoles, dispensaires...), accroissent les coûts d'éducation des enfants et provoquent une pression à la baisse de la fécondité d'autant plus forte que les familles souhaitent continuer de s'inscrire dans cette stratégie de scolarisation de leurs enfants, alors que d'autres les réorientent vers le travail agricole en une période où l'emploi de manoeuvres salariés devient trop coûteux.

La baisse résistible de la mortalité

C'est la baisse de la mortalité qui a permis l'accroissement rapide de la population africaine et surtout l'augmentation de son taux de croissance. Cette baisse a été certes plus tardive que dans les autres continents et elle reste encore élevée dans certaines populations, alors qu'une certaine incertitude se fait jour quant à son évolution dans les années à venir compte tenu de la stagnation des niveaux de vie, de la dégradation des systèmes de santé et de l'apparition du sida (Gendreau, Vimard, 1991).

Dans sa communication, E. Akoto nous montre tout le chemin parcouru depuis le début des années cinquante où l'espérance de vie était estimée à 37 ans, alors qu'elle atteint 53 ans en 1990. Malgré ces progrès, l'Afrique demeure le continent le plus défavorisé au regard de la mortalité avec une espérance de vie inférieure de plus de dix ans à l'espérance de vie mondiale moyenne comme avec les espérances de vie des autres continents en développement (Asie, Amérique latine).

L'écart de mortalité est encore plus important si l'on considère celle des enfants, comme le souligne E. Akoto. Ainsi la mortalité des enfants de moins d'un an est en 1990 en Afrique aussi élevée qu'elle l'était dans les pays développés en 1910, et en 1960 en Amérique latine et en Chine !

Comme pour la fécondité, et peut-être plus encore, on remarque des différences de niveau et d'évolution de la mortalité. L'Afrique du Nord se démarque de l'Afrique sub-saharienne jusqu'au début des années 1980 avant de voir son espérance de vie dépassée par celle de l'Afrique australe (63 ans contre 59 ans en 1990), qui bénéficie durant la dernière période d'une baisse rapide de ses indices de mortalité. Ainsi le gain annuel d'espérance de vie est

dans cette région de deux années entre la période 1980-1985 et 1990, ce qui constitue un bel espoir pour l'ensemble du continent et les autres régions actuellement moins favorisées.

Les inégalités, entre les grandes régions du continent comme entre les pays, au regard de la mortalité totale concernent également la mortalité des enfants, comme le souligne E. Akoto. Durant la période 1975-1978, la Réunion et Maurice occupent une place privilégiée, suivies des pays du Maghreb, de l'Afrique du Sud, du Kenya et du Zimbabwe : dans tous ces pays le quotient de mortalité juvénile (de un à cinq ans) est inférieur à 60 pour 1000. Par contre, des pays touchés par le Sahel, Burkina Faso, Mali, Sénégal, et la Gambie sont confrontés à une mortalité juvénile très élevée proche de 120 pour 1000.

Là encore les progrès sont inégaux selon les pays. Ils peuvent être très rapides à l'exemple du Botswana et de la Tunisie, avec des rythmes annuels de baisse respectifs pour la mortalité dans l'enfance de 5,1 % et de 4,2 % durant les décennies 1970-1980. L'amélioration est par contre moins rapide pour des pays aussi différents que le Ghana, le Kenya, le Soudan et le Zimbabwe où la réduction de la mortalité dans l'enfance est comprise entre 1 et 2 % seulement.

Les déterminants environnementaux et socio-culturels de la forte mortalité

La recherche des déterminants de la mortalité est un sujet fort complexe de par le nombre et la variété des facteurs qui sont susceptibles d'avoir un effet sur le niveau et la structure de la mortalité : facteurs démographiques, épidémiologiques, médicaux, génétiques, sociologiques, culturels, économiques, facteurs d'environnement... Les difficultés de la mesure de tous ces facteurs, voire l'impossibilité de mesures directes, comme pour l'héritage génétique et l'état immunitaire d'un individu, s'ajoutent aux limites atteintes par les analyses lorsqu'il s'agit de séparer les effets directs des interactions entre les variables (Garenne, Vimard, 1984). Cette complexité n'interdit cependant pas au démographe d'analyser les effets d'un certain nombre de variables qui lui paraissent déterminantes et pour lesquelles des données sont disponibles.

E. Akoto se livre à cet exercice dans sa communication en insistant sur l'influence des facteurs d'environnements et des facteurs socio-économiques et culturels sur la géographie de la mortalité.

Pour lui les facteurs écologiques sont à la source d'une partie des différences régionales de mortalité en Afrique. Ainsi, l'humidité élevée et les

fortes températures, liées à une faible altitude, défavorisent l'Afrique de l'Ouest et, à un degré moindre, l'Afrique Centrale, en favorisant la diffusion du paludisme. A l'inverse l'altitude élevée de l'Afrique de l'Est atténue l'impact du paludisme et avantage cette région. Cette importance de l'environnement physique est également attestée par des différences régionales de mortalité au Burundi : les régions de haute altitude ont une moindre mortalité dans l'enfance que celles d'altitude plus faible.

Les déterminants socio-économiques sont tout aussi importants pour E. Akoto. Ainsi il note une bonne adéquation entre la géographie de la mortalité et la répartition des ressources socio-économiques et sanitaires au Bénin, au Maroc, en Côte-d'Ivoire et au Sénégal où les variations régionales de la mortalité recouvrent assez bien les inégalités en matière de développement.

Les facteurs culturels agissent également en ce qu'ils interviennent sur les attitudes et les comportements individuels et collectifs. Dans ce cadre l'auteur note l'influence tout particulière de l'appartenance ethnique et du niveau d'instruction des parents. L'appartenance ethnique détermine en partie les croyances étiologiques qui influencent, selon la nature de la maladie, le type de système de soin auquel il est fait recours. Cette appartenance détermine également les comportements envers les enfants nés hors mariage, influençant ainsi leur chance de survie.

Quant à l'éducation des parents, elle joue un rôle important, notamment dans l'évolution des modes de soin et d'attention aux enfants (hygiène, alimentation...) vers des formes plus modernes qui favorisent une baisse de la mortalité, particulièrement entre un et cinq ans. Si l'impact de l'instruction de la mère est plus fort que celle de l'instruction du père, il est généralement admis qu'elles possèdent une action additive. Cependant, selon les différentes études présentées par E. Akoto, l'effet de l'instruction, et notamment la durée et le niveau à partir desquels la scolarisation contribue à une baisse de la mortalité, a une intensité variable : le seul fait d'avoir été à l'école peut suffire, comme chez les Yoruba du Nigéria ; au contraire, dans différents pays (Kenya, Sénégal, Soudan,...), plusieurs années de scolarisation peuvent être requises pour provoquer un recul de la mortalité des enfants.

De plus le rôle primordial de l'instruction n'est pas toujours attesté. Dans certains pays, l'appartenance ethnique, le milieu de résidence, la sphère d'activité exercent une influence plus forte sur la mortalité.

Quelle que soit la hiérarchie des facteurs, il faut noter combien l'action de ceux-ci s'effectuent à travers des interactions complexes où la capacité géographique et socio-culturelle d'accès aux équipements socio-sanitaires

joue un rôle central, d'après les quelques indications fournies par E. Akoto. Par exemple, l'effet de l'instruction est plus élevé dans les quartiers bénéficiant de bonnes infrastructures socio-économiques et sanitaires et s'atténue fortement dans les milieux ruraux les plus défavorisés. De même, la moindre mortalité en ville bénéficie essentiellement aux enfants des citadines et touche beaucoup moins les enfants des femmes récemment immigrées du milieu rural.

UN NOUVEAU SENS POUR LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

Nul doute que la forte mortalité, et notamment celle des enfants, en tant qu'élément structurel de la démographie africaine, a profondément marqué l'ensemble des comportements de reproduction démographique. Et à cet égard on peut regretter que la croissance rapide de la population du continent africain n'ait pas été davantage étudiée dans cette séance comme une résultante des composantes mortalité et fécondité. Si la mortalité a amorcé une baisse inégalement rapide selon les grandes régions du continent, la fréquence élevée des décès reste encore présente dans bien des esprits et cette baisse n'apparaît souvent ni assez forte ni assez ancienne pour conduire à des changements profonds des comportements de fécondité.

Cependant il serait bon de s'interroger sur les effets futurs de cette baisse de la mortalité : à partir de quelle durée et de quel seuil, la baisse de la mortalité est-elle appréhendée par les individus et entraîne-t-elle une modification des idéaux de fécondité ? A partir de quelle intensité et en fonction de quels éléments environnementaux et socio-économiques, une croissance rapide est-elle perçue par une population comme une pression démographique excessive devant conduire à une réorientation de la reproduction ?

Dans le sens contraire, comme il a été indiqué lors des débats, l'épidémie du sida, qui touche essentiellement la population concernée par la reproduction (enfant et population sexuellement active), risque de renforcer les idéaux de forte fécondité et aussi d'anéantir les effets de baisse de la mortalité ⁽⁴⁾.

(4) Différents modèles de projection ont été mis au point afin de mesurer l'impact du sida sur la croissance démographique de l'Afrique sub-saharienne à l'horizon 2010, mais leurs résultats demeurent très contradictoires. Selon l'hypothèse de gravité retenue par les auteurs de six modèles, pour une population de 200 millions d'habitants en 1985, les taux annuel de croissance naturelle de la population varient de 3,3 % (soit légèrement plus élevé qu'aujourd'hui) à - 2,5 %, pour une population variant de 470 à 120 millions d'habitants (Brouard, 1991).

Ces éléments pourraient permettre de mieux comprendre la temporalité future des changements d'attitudes démographiques qui devraient résulter de la baisse de la mortalité, de la croissance rapide... et des politiques démographiques.

En effet, ces politiques interviennent aujourd'hui, et vont intervenir de plus en plus, comme un accélérateur des évolutions sociales qui traversent les sociétés. Parmi ces évolutions il faut retenir tout d'abord l'émergence, à la place du contrôle coutumier des normes et des comportements démographiques, d'une appropriation par les couples et les individus des idéaux et des pratiques de régulation de la fécondité, conduisant à une conceptualisation de la planification familiale autour d'objectifs individuels et non plus collectifs (Koffi, Guillaume, Vimard, 1993). Il est nécessaire de noter également l'affaiblissement du système de droits et d'obligations, comme fondement de la circulation et de la socialisation traditionnelle des enfants, sous l'effet de la crise économique (Mahieu, 1989). Cette altération conduit à un changement du lieu d'élevage des enfants et à un transfert du contrôle de leur trajectoire sociale et économique, des lignages et de leurs aînés vers les cellules parentales et les instances publiques (écoles,...).

En conséquence la croissance démographique cessera chaque jour davantage d'être un élément de la reproduction et de la survie des communautés lignagères et villageoises pour devenir un enjeu du dialogue entre l'individu et l'Etat. C'est au regard de cette confrontation naissante qu'il conviendrait de la questionner désormais.

BIBLIOGRAPHIE

BROUARD N., 1991, *Tentatives de projection de la population africaine tenant compte de l'épidémie de sida*, Communication au Colloque "aspects économiques du sida dans les PED", CIE, Paris, septembre 1991, 15 p.

GARENNE M., VIMARD P., 1984, Un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants, *Cah. ORSTOM, sér. Sci. Hum.*, vol. XX, n° 2, pp. 305-310.

GENDREAU F., VIMARD P., 1991, Les défis démographiques : des discours alarmistes aux politiques incertaines..., *Politique Africaine*, n° 44, pp. 5-14.

KOFFI N., VIMARD P., GUILLAUME A., 1993, *Demande de planification familiale et pratique contraceptive dans*

l'Ouest ivoirien, Communication à la Conférence de l'UEPA "La reproduction et la santé familiale en Afrique" (Abidjan, 8-13 novembre 1993), 20 p.

MAHIEU F.R., 1989, Principes économiques et société africaine, *Revue Tiers-Monde*, t. XXX, n° 120, pp. 725-753.

SALA-DIAKANDA D. M., 1991, De l'émergence de politiques de population en Afrique, *Politique Africaine*, n° 44, pp. 37-49.

TAPINOS G, BLANCHET D., HORLACHER D.E. (eds), 1991, *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, INED-Division de la Population des Nations Unies, 367 p.

LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

KOFFI N'guessan

INTRODUCTION

Les caractéristiques démographiques du continent africain sont maintenant connues avec une précision relativement bonne. Depuis les années 1970, la grande majorité des pays du continent ont réalisé au moins un recensement général de la population et/ou des enquêtes démographiques, le plus souvent avec l'appui technique et financier de la communauté internationale. D'après les données disponibles, la population africaine se caractérise par un rythme de croissance qui est passé de 2,5 % par an en 1960-63 (Som, 1968) à 2,92 % en 1980-85 (Nations Unies, 1989). Cet accroissement, élevé comparativement à celui des autres continents, est attribué à une natalité qui s'est maintenue à un haut niveau. En effet, malgré leur faible développement socio-économique, les pays africains ont enregistré une baisse plus ou moins marquée de la mortalité. De façon globale, le taux brut de mortalité situé à 23 pour 1000 en 1958-63 (Som, 1968) a connu un fléchissement notable pour se fixer à 15 pour 1000 en 1989 (INED, 1989). Au contraire, sur la même période, toutes les sources démographiques concordent, la natalité n'a guère varié ; son niveau reste compris entre 45 et 46 pour 1000.

A l'échelle de la planète, cette haute fécondité ne se rencontre qu'en Afrique, principalement en Afrique sub-saharienne où le nombre moyen d'enfants par femme se situe entre 6 et 7. Si cette tendance se maintient, la population africaine se chiffrera à 1,617 milliard en 2025 (Nations Unies, 1989) et à cette date 10 des 35 pays les plus peuplés du monde seront africains (Vallin, 1989).

Cependant, la fécondité, considérée à juste raison, comme l'élément essentiel de cette croissance rapide de la population, demeure insuffisamment connue dans tous ses aspects.

Les premières enquêtes entreprises sur le sujet s'étaient limitées à indiquer une mesure de son niveau, le plus souvent basé uniquement sur le taux brut de natalité. Toutes les opérations des années 1950 et 1960, dont les résultats ont fait l'objet de la première conférence sur la population africaine tenue à Ibadan (Nigéria) en janvier 1966, confirment cette option (Coale, 1968 ; Friedlander, 1968 ; Gaisie, 1968). Ces résultats sur la natalité ont, dans l'ensemble, été obtenus à partir des méthodes indirectes de calcul dont la fiabilité est souvent controversée. On relève également que ces premières enquêtes étaient limitées à des régions spécifiques de sorte qu'il apparaît hasardeux d'extrapoler leurs résultats à des espaces géographiques plus étendus.

La réorientation nouvelle des recherches impulsées par la série des enquêtes menées dans le cadre de l'enquête mondiale de fécondité (EMF ou WFS) a été consolidée et renforcée par les études nationales et, plus tard, par les enquêtes démographiques et de santé (EDS ou DHS). En outre, les différentes données disponibles ont suscité la tenue de réunions nationales et internationales sur les questions de reproduction en Afrique. Ces rencontres ont eu l'avantage d'informer les personnes impliquées dans la recherche sur les travaux entrepris et les méthodologies nouvelles, et de diffuser les résultats auprès du public et des décideurs.

Nous nous proposons ici d'évaluer le niveau actuel de la fécondité, de faire la synthèse de ses facteurs, à partir des données récentes, et de montrer les changements concernant les discours sur les politiques démographiques visant à la maîtrise de la fécondité.

NIVEAU ET TENDANCE DE LA FÉCONDITÉ

Situation d'ensemble

La population mondiale est estimée à un peu plus de 5 milliards en 1990. Cette population est très inégalement répartie selon les continents et le niveau de développement des régions ; les régions en développement concentrent environ 67 % de la population mondiale contre 33 % pour les pays développés. Lorsque l'on se réfère au niveau de fécondité exprimé par l'indice synthétique de fécondité (ISF), indice pour lequel toutes les enquêtes ont fourni des indications, la planète présente un nouveau découpage. Dans ce paysage, les régions en développement ne forment plus un ensemble homogène, et l'on observe des différences très prononcées entre les différents continents. On peut classer ceux-ci en trois groupes, dont deux concernent les pays en développement, selon le niveau actuel de l'indice synthétique de fécondité (tableau 1) :

- le groupe Europe-Amérique du Nord où l'ISF ne dépasse pas 2 ;
- le groupe Amérique Latine, Océanie, Asie où cet indice se situe entre 2 et 4 ;
- le dernier groupe, constitué par l'Afrique, avec un ISF supérieur à 6.

L'élément remarquable qui transparaît de ce constat est la démarcation du continent africain. En moyenne, la reproduction en Afrique est 2 à 3 fois plus élevée que partout ailleurs. Cependant, il y a deux décennies ce contraste entre l'Afrique et les autres régions en développement était moins fort. Dans la période 1965-70, le niveau de fécondité était relativement proche pour toutes ces régions : 6,73 en Afrique ; 5,53 pour l'Amérique Latine et 5,69 pour l'Asie (Freedman, Blanc, 1991).

Le maintien de la fécondité moyenne à 6,3 enfants par femme en Afrique ne devrait pas pour autant masquer les différences d'évolution selon les grandes régions du continent (tableau 1).

Tableau 1 : Indices synthétiques de fécondité dans quelques régions du monde en 1985 et 1991

RÉGIONS	ANNÉE	
	1985	1991
MONDE	3,7	3,4
AFRIQUE	6,3	6,1
- NORD	6,0	5,0
- OUEST	6,4	6,4
- EST	6,8	6,8
- CENTRALE	6,1	6,0
- AUSTRALE	5,2	4,6
ASIE	3,7	3,3
OCÉANIE	2,7	2,6
AMÉRIQUE LATINE	4,2	3,5
AMÉRIQUE SEPTENTRIONALE	1,8	2,0
EUROPE	1,8	1,7

Source : INED, *Population et Sociétés* n°193 et n° 259.

L'Afrique du Nord et l'Afrique Australe, avec des ISF respectivement de 5,0 et 4,6 en 1991 (INED, 1991), sont les deux régions de fécondité relativement faible. En revanche, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest demeurent les deux régions où cette fécondité est à un très haut niveau, 6,4 et 6,8. L'Afrique Centrale a connu une élévation de sa fécondité qui est passée de

6,04 à 6,19 durant la période 1960-75 , à 1980-85. On invoque le recul de la stérilité pour expliquer cette tendance de la fécondité dans cette partie du continent. En effet, durant les années 1960, des maladies stérilisantes touchant les pays de la région en avaient fait une poche d'infécondité relativement marquée (Romaniuk, 1968 ; Retel-Laurentin, 1974).

Les données actuelles fournies par les enquêtes EMF et EDS montrent qu'en dehors de l'homogénéité apparente dans les différentes sous-régions africaines, des changements significatifs, conduisant à des disparités entre les pays dans le niveau de la fécondité, sont en train de s'opérer. Ces changements sont récents mais pourraient être accélérés par les différentes mutations déclenchées au plan politique, social, économique et culturel.

LES DISPARITÉS ENTRE PAYS

En observant les indices nationaux, on s'aperçoit que le niveau et l'évolution de la fécondité ne sont pas uniformes pour tous les pays. Ceux-ci peuvent être classés en quatre groupes, selon l'intensité de leur indice synthétique de fécondité. Mais l'évolution de cet indice, entre 1985 et 1991 (tableaux 2 et 3) montre que les positions des pays ne sont pas figées car différents changements se sont déclenchés.

En 1985, 28 des 51 pays du continent ont un ISF compris entre 6 et 7 ; 10 ont un ISF compris entre 5 et 6, 8 ont un ISF situé entre 7 et 8,1. Seulement 5 pays présentent un ISF inférieur à 5. Dans ce dernier groupe, la situation de l'Ile Maurice est particulière avec un niveau de fécondité relativement bas, de moins de 3 enfants.

Les données de 1991 font ressortir la diversité dans l'évolution de la fécondité en Afrique : on note que 18 pays ont cette fois un ISF compris entre 6 et 7, contre 28 en 1985. En revanche le nombre de pays ayant un ISF se situant entre 7 et 8 est passé à 13 au lieu de 8 six ans plus tôt.

Le nombre de pays dont l'ISF est compris entre 5 et 6 a également augmenté : 14 au lieu de 10. De même, ceux qui constituent le groupe à faible fécondité c'est-à-dire les pays détenant un ISF inférieur à 5 sont passés de 5 à 7.

De cette classification, il ressort clairement que les pays à fécondité élevée proviennent de deux sous-régions dont nous avons souligné précédemment la forte fécondité :

- l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina-Faso, Côte-d'Ivoire, Mali, Niger, Togo).

Tableau 2 : Classification des pays de la région africaine selon le niveau de l'indice synthétique de fécondité (ISF) en 1985

7 ≤ ISF		6 ≤ ISF < 7		5 ≤ ISF < 6		ISF < 5	
ALGÉRIE	7,0	SOUDAN	6,6	ÉGYPTE	5,3	TUNISIE	4,9
LIBYE	(6,87) 7,2	BURKINA	6,5	MAROC	5,9	CAP VERT	4,5
BÉNIN	(6,86) 7,0	CÔTE-D'IVOIRE	(6,65) 6,7	GUINÉE-B.	(5,05) 5,4	ÎLE MAURICE	2,7
NIGER	7,1	GAMBIE	(5,87) 6,4	GUINÉE ÉQUAT.	5,7	RÉUNION	2,6
KENYA	8,0	GHANA	(6,37) 6,5	CENTRAFRIQUE	5,9	GABON	(4,06) 4,7
RWANDA	(5,97) 7,3	GUINÉE	6,2	SAO TOME & P.	5,4		
TANZANIE	7,1	LIBÉRIA	(6,22) 6,7	NAMIBIE	5,9		
		MALI	6,7	TCHAD	(5,77) 5,9		
		MAURITANIE	(6,71) 6,9	LESOTHO	5,8		
		NIGÉRIA	6,3				
		SIERRA LEONE	(6,12) 6,1				
		TOGO	6,1				
		BURUNDI	(5,44) 6,4				
		COMORES	(6,27) 6,3				
		DJIBOUTI	6,8				
		ÉTHIOPIE	(6,7) 6,7				
		MADAGASCAR	(5,7) 6,4				
		MALAWI	(6,78) 6,9				
		MOZAMBIQUE	(5,42) 6,1				
		OUGANDA	6,9				
		SOMALIE	(6,6) 6,5				
		ZAMBIE	(6,59) 6,8				
		ZIMBABWE	6,6				
		ANGOLA	(6,39) 6,4				
		CAMEROUN	(5,76) 6,5				
		CONGO	(5,69) 6,0				
		ZAIRE	(5,98) 6,1				
		BOTSWANA	6,6				
		SWAZILAND	6,2				

Source : INED, 1991 : Tous les pays du monde.

() indices synthétiques de fécondité pour la période 1950-55 (Nations Unies, 1989).

Tableau 3 : Classification des pays de la région africaine selon le niveau de l'indice synthétique de fécondité (ISF) en 1991

7 ≤ ISF		6 ≤ ISF < 7		5 ≤ ISF < 6		ISF < 5	
BÉNIN	7,1	SOUDAN	6,4	ALGÉRIE	5,4	MAROC	4,5
BURKINA	7,2	GAMBIE	6,5	LIBYE	5,2	TUNISIE	4,1
CÔTE-D'IVOIRE	7,4	GHANA	6,3	CAP VERT	5,6	ÎLE MAURICE	2,0
MALI	7,1	GUINÉE	6,1	GUINÉE-BISSAU	5,8	RÉUNION	2,3
NIGER	7,1	LIBÉRIA	6,8	ZIMBABWE	5,6	AFRIQUE DU SUD	4,5
TOGO	7,2	MAURITANIE	6,5	CAMEROUN	5,8	BOTSWANA	4,9
BURUNDI	7,0	NIGÉRIA	6,2	CONGO	5,9	ÉGYPTE	4,5
COMORES	7,1	SÉNÉGAL	6,5	GABON	5,0		
MALAWI	7,7	SIERRA LEONE	6,5	GUINÉE ÉQUATORIALE	5,6		
RWANDA	8,1	DJIBOUTI	6,6	CENTRAFRIQUE	5,6		
TANZANIE	7,1	ÉTHIOPIE	6,8	SAO TOME & P.	5,4		
ZAMBIE	7,2	KENYA	6,7	TCHAD	5,8		
		MADAGASCAR	6,6	LESOTHO	5,8		
		MOZAMBIQUE	6,3	NAMIBIE	5,9		
		SOMALIE	6,6				
		ANGOLA	6,4				
		ZAIRE	6,1				
		SWAZILAND	6,2				

Source : INED, 1991 : Tous les pays du monde.

– l'Afrique de l'Est (Burundi, Comores, Malawi, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Zambie).

Les pays d'Afrique du Nord et ceux de l'Afrique Australe se retrouvent dans les deux groupes à fécondité moindre, c'est-à-dire ceux qui ont moins de 6 enfants et qui évoluent en dessous de 5 comme le Maroc, la Tunisie, l'Afrique du Sud, l'Ile Maurice.

L'Afrique Centrale se partage entre ces deux entités avec 6 pays parmi ceux où l'ISF est inférieur à 6 enfants et 2 pays avec un ISF supérieur à 6 enfants.

Dans l'ensemble, la tendance à la baisse de la fécondité apparaît clairement en Afrique du Nord et en Afrique Australe avec un rythme de fléchissement relativement accéléré en Afrique du Nord : les exemples de la Libye et de l'Algérie l'attestent (tableaux 2 et 3).

En Afrique sub-saharienne, il est encore prématuré de dégager une tendance générale nette eu égard aux différents cheminements qui s'interfèrent. Dans les pays de cette région les résistances socio-culturelles exercent un impact plus ou moins profond. De plus, les positions des gouvernements n'ont pas toujours pu vaincre ces résistances. Et lorsque la volonté politique a été favorable à une réduction de la fécondité, les résultats n'ont pas toujours été à la mesure des efforts entrepris en ce sens. On peut invoquer le cas du Kenya où avec persévérance le programme de planning familial, mis en oeuvre depuis 1957, commence à enregistrer des effets remarquables si l'on se réfère aux données récentes : 8,1 enfants par femme en 1977-78, 6,7 en 1989 (Njogu, Castro, 1991).

Par contre, le Ghana où la même volonté politique existe depuis également de nombreuses années, détient une fécondité (6,3) supérieure à celle de la Guinée (6,1) pays où officiellement aucune action n'a été entreprise en vue d'une réduction de la fécondité.

Le niveau actuel de la fécondité et son évolution semblent être en corrélation avec le niveau du développement des différentes régions du continent. Les régions de fécondité relativement faible sont celles qui ont enregistré un progrès économique et social significatif : l'Afrique du Nord, l'Afrique Australe, l'Ile Maurice ; l'économie de ces régions apparaît structurée et leur organisation sociale est d'un fonctionnement relativement satisfaisant. La mortalité a également reculé de façon sensible puisque dans ces trois régions l'espérance de vie à la naissance est, en 1985 de 56,5 ans en Afrique du Nord, 53,0 ans en Afrique Australe et 66,7 ans à l'Ile Maurice ;

on peut noter que dans les autres régions du continent africain cette espérance de vie ne dépassait pas en 1985, 50 ans (Nations Unies, 1989).

Les régions africaines à faible fécondité sont celles qui ont adopté avec le plus de succès des politiques de planification familiale : la Tunisie, le Botswana et l'île Maurice sont cités parmi les pays en développement où l'expérience de planification a abouti à des résultats probants.

En revanche, le maintien du niveau élevé de la fécondité en Afrique de l'Ouest, en Afrique Centrale et en Afrique de l'Est s'expliquerait en partie par le faible développement socio-économique. C'est dans cette partie de la planète que se rencontre la majorité des pays les moins avancés (PMA). Les programmes d'ajustement structurel (PAS) mis en oeuvre ces dernières années ont contribué à accroître la pauvreté dans la région. Les différentes relances économiques que ces programmes visent à terme sont à considérer avec réserve eu égard à l'ampleur des efforts à fournir pour y arriver.

Nonobstant les mouvements disparates constatés au plan général, l'évolution de la fécondité varie également à l'intérieur des pays, et différentes enquêtes ont mis en évidence les variations de niveau par rapport à certaines variables spécifiques.

FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

La plupart des enquêtes ont démontré que, malgré la fécondité élevée en Afrique, certaines catégories de populations se caractérisent par une procréation relativement réduite ; des différences s'établissent selon le milieu d'habitat et certaines variables socio-économiques et culturelles, parmi lesquelles l'instruction semble se détacher. Aussi les données recueillies lors des enquêtes EMF et EDS indiquent de manière claire les différences de niveau de fécondité si on se réfère au milieu de résidence et à l'instruction (tableau 4).

En considérant le milieu de résidence on note un écart entre la fécondité en milieu rural et celle du milieu urbain et ceci quelle que soit l'enquête : 1,3 à 2,6 enfants relevés par les enquêtes du réseau EDS/DHS, 0,5 à 1,1 enfant d'écart saisi par les EMF/WFS. Dans ce dernier groupe, la situation en Mauritanie apparaît isolée car c'est l'unique cas où la fécondité en milieu rural est inférieure à celle du milieu urbain.

En général, les variations du niveau de la fécondité en fonction de l'instruction sont plus accentuées. Les femmes ayant effectué des études secondaires ou supérieures ont une fécondité inférieure à celle des illettrées. Globalement une différence de 1,1 à 3,2 enfants séparent ces deux catégories

de femmes. Cette différence semble être plus prononcée durant la période récente comme le montrent les données issues des EDS/DHS.

En définitive, en Afrique sub-saharienne, les niveaux de fécondité relativement faibles se rencontrent en milieu urbain d'une part et d'autre part dans la sous-population de femmes ayant atteint un niveau d'instruction élevé. Ainsi au Botswana et au Zimbabwe, la différence entre la fécondité en milieu urbain et la fécondité en milieu rural est du simple au double. Il en est de même entre la fécondité des femmes de niveau d'instruction supérieure et celle des femmes illettrées. En revanche la différence de fécondité des femmes de niveau primaire par rapport aux illettrées est moins importante.

Comment peut-on expliquer ces écarts de fécondité selon le milieu de résidence et l'instruction ? On peut rappeler le caractère récent du phénomène urbain en Afrique sub-saharienne. Cependant dans la période actuelle, chaque pays a développé un réseau de villes à la faveur d'un exode rural suscité par les possibilités d'emploi urbain et l'existence d'infrastructures socio-économiques et culturelles dans les villes. La paupérisation relative des populations rurales conjuguée avec la diminution des investissements en milieu rural ont contribué durant ces dernières années à accentuer les diverses inégalités entre les deux milieux.

De fait, en ville les facteurs socio-culturels qui conduisent à une baisse de la fécondité ont un impact relativement plus marqué qu'en milieu rural. Le brassage des populations et les contraintes de la vie urbaine suscitent d'autres types de vie communautaire qui ne nécessitent pas toujours une progéniture nombreuse. De plus, les comportements matrimoniaux apparaissent plus variés en milieu urbain et ceci est peut-être la conséquence d'une autonomie croissante des femmes sur le plan économique (Locoh, 1991). Le célibat féminin ou les ruptures d'union sont davantage tolérés dans la société urbaine plus hétérogène. C'est également en ville que se rencontre une grande proportion de femmes de niveau d'instruction élevé : ces femmes bénéficient des informations sur les questions de reproduction et peuvent recourir aux différentes structures de planification familiale et aux formations sanitaires pour contrôler leur procréation.

On peut retenir en conclusion partielle que l'Afrique sub-saharienne demeure la seule région du monde à forte fécondité. Les niveaux relativement homogènes de sa fécondité ne doivent pas cependant occulter les différences entre les pays et les milieux socio-économiques et les tendances au fléchissement de l'intensité de la procréation même si ces dernières restent encore limitées. Les données d'enquête disponibles, qui attestent de l'amorce d'un recul du niveau de cette fécondité, mettent en évidence le rôle de l'instruction et de l'urbanisation comme des éléments déterminants de cette baisse.

Tableau 4 : Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction dans quelques pays africains entre 1971 et 1990

	MILIEU DE RÉSIDENCE			NIVEAU D'INSTRUCTION			
	rural	urbain	écart entre rural et urbain	aucun	primaire	secondaire et +	écart entre aucun et secondaire et +
CAMEROUN (1978)*	6,1	5,3	+ 0,8	6,0	6,5	4,9	+ 1,1
CÔTE-D'IVOIRE (1980/81)*	6,7	6,2	+ 0,5	6,5	6,3	4,6	+ 1,9
KENYA (1980)*	8,0	6,9	+ 1,1	7,7	8,5	4,5	+ 3,2
LESOTHO (1977)*	6,0	-	-	5,8	5,6	4,5	+ 1,3
SÉNÉGAL (1978)*	7,5	6,5	+ 1	7,3	6,3	-	-
MAURITANIE (1981)*	6,1	6,3	- 0,2	6,2	8,0	-	-
BURUNDI (1978)**	6,6	5,2	+ 1,4	6,6	6,9	5,5	+ 1,1
BOSTWANA (1989)**	5,4	3,9	+ 1,5	5,9	4,7	3,4	+ 2,5
GHANA (1989)**	6,6	5,1	+ 1,5	6,7	5,9	3,6	+ 3,1
KENYA (1989)**	7,1	4,5	+ 2,6	7,5	6,4	4,8	+ 2,7
OUGANDA (1988/89)**	7,6	5,7	+ 1,9	8,0	7,2	5,2	+ 2,8
SÉNÉGAL (1986)**	7,1	5,4	+ 1,7	6,8	5,2	3,7	+ 3,1
SOUDAN (1989/90)**	5,2	3,9	+ 1,3	5,5	4,7	3,3	+ 2,2
TOGO (1989)**	6,9	4,8	+ 2,1	6,7	5,7	4,4	+ 2,3
ZIMBABWE (1988)**	6,1	3,9	+ 2,2	6,7	5,7	3,7	+ 3,1

* Source : Enquête Démographique et de Santé (EDS/DHS) ; () = année de l'enquête.

** Source : Enquête Mondiale de Fécondité (EMF) ; () = année de l'enquête

L'infécondité : le paradoxe de la reproduction en Afrique sub-saharienne

Malgré sa haute fécondité, l'Afrique sub-saharienne est une région où les proportions de femmes sans enfants durant leur vie féconde à la suite d'une infécondité primaire, sont importantes ; (Evina, 1991). Cette infécondité est cependant inégalement répartie à travers le continent. Les différentes enquêtes montrent que l'Afrique Centrale est la plus touchée car les populations féminines infécondes représentent 32 % au Gabon, 20,5 % au Zaïre, 20,5 % au Congo, 17,3 % en RCA et 17,2 % au Cameroun. Ces proportions sont relativement plus faibles en Afrique Occidentale où les niveaux d'infécondité enregistrés au Burkina, en Côte-d'Ivoire, en Guinée, au Mali, au Niger et au Sénégal n'excèdent pas 10 % dans chacun de ces pays (Nations Unies, 1989). Au Zaïre par exemple, le niveau moyen de l'infécondité était estimé à 20 % dans les années 1960. Dans la région du Bas Uele, l'ampleur de l'infécondité était encore plus prononcée ; elle touchait 50 % des femmes de plus de 45 ans (Romaniuk, 1968).

Les causes invoquées de l'infécondité sont souvent biologiques et sont liées aux pathologies qui sévissaient dans ces régions. Ces pathologies ont semble-t-il été véhiculées par une instabilité matrimoniale croissante et un libertinage sexuel toléré par la société (Bilusa Baila, 1988).

L'Afrique de l'Est est une zone moins exposée : ces poches d'infécondité sont circonscrites au Mozambique, 13,8 % des femmes, en Tanzanie, 11,4 %, et en Zambie 14 %, (Nations Unies, 1989). Ce fléau, qui entrave la fécondité en Afrique, constitue un paradoxe en raison des comportements pro-natalistes des populations.

LES TRANSFORMATIONS DES FACTEURS DE LA FORTE FÉCONDITÉ

Les fondements de la fécondité

Les idéaux de la forte fécondité en Afrique sub-saharienne s'insèrent dans des considérations socio-culturelles. L'évocation de tous les justificatifs qui ont maintenu les idéaux de forte fécondité ne peut être exhaustive eu égard à la diversité des espaces culturels que recèle le continent.

Cependant, des travaux exploratoires qui ont abordé les éléments explicatifs du comportement des populations de la région, on peut dégager ici quelques justifications fondamentales de la procréation.

De façon globale, la procréation est considérée comme liée à la recherche de la survie du groupe de référence. La survie et l'agrandissement de ce groupe, que ce soit la famille, le lignage ou le clan, ont constitué une préoccupation majeure ; ces populations ont été et sont encore confrontées à une mortalité, notamment une mortalité dans l'enfance, d'un niveau élevé se traduisant par une longévité plus courte que dans les autres continents avec une espérance de vie de 35 à 55 ans en moyenne contre 74 à 80 ans pour les régions développées (Nations Unies, 1989).

Au sein des communautés considérées, la reproduction a été mise en relation avec les formes de la solidarité entre les différents membres qui conditionnent le type de socialisation des enfants. Aussi en région Akan de Côte-d'Ivoire par exemple, les lignages sont fondés sur un système de parenté matrilineaire. Dans ce contexte, les oncles et tantes maternels jouent un rôle de grande importance dans l'éducation des enfants à côté des parents biologiques. Ces parents de la lignée maternelle ont des droits et des devoirs envers leurs neveux et nièces, conférés par la société traditionnelle. Le respect de leurs engagements vis à vis des enfants maintient une certaine cohésion au groupe familial et lignager. Cette forme de solidarité a été une motivation supplémentaire à la reproduction.

On ne doit pas, malgré l'intérêt accordé au groupe de référence, négliger les aspects de la reproduction liés à la constitution d'une force de travail en vue de l'accomplissement des différentes activités domestiques et de production. Cette force de travail est d'autant plus nécessaire que les méthodes de culture en Afrique reposent essentiellement sur l'énergie humaine.

En effet, la plupart des civilisations africaines sont agricoles, et la majeure partie des populations du continent dépend de cette force humaine de travail. De la même façon, on peut relever que les sociétés qui ont développé l'artisanat, avec notamment les activités de forge ou de tissage, sont également restées basées sur une main-d'oeuvre importante. Dans cette organisation sociale, ou l'énergie humaine est très présente dans les activités, l'attention doit être moins portée sur la taille de la famille ou du lignage que sur l'entraide et la rigidité des relations qui unissent les membres du groupe. Les modèles de vie communautaire qui régissent ces populations intègrent très tôt les enfants dans leur système de production. Cette insertion précoce dans l'activité est un apprentissage auprès des adultes, doublée d'une formation à la vie orientée le plus souvent sur le maintien des valeurs visant la survivance des rapports de solidarité entre les individus. En Afrique de l'Ouest, une partie de cette formation s'acquiert par le truchement des systèmes d'initiation organisés par les vieux ; (il s'agit, durant des années, de former selon une

périodicité spécifique à chaque population, les jeunes aux valeurs traditionnelles).

Ces systèmes sont également destinés à faire acquérir la conscience et le respect des institutions traditionnelles ; les rapports parents-enfants, et plus généralement les relations entre les aînés et les cadets, ont été forgés et entretenus autour des valeurs communautaires centrées sur l'assistance mutuelle. L'intensification de ces rapports est liée à une absence notoire d'institutions sociales pouvant assurer la prise en charge de chaque individu et particulièrement des personnes âgées dont l'entretien incombe à leurs enfants.

Dans les sociétés africaines, les mères sont particulièrement valorisées en raison de leurs capacités reproductives et de leur rôle dans l'entretien de la famille. En revanche la femme inféconde vit une situation pénible car, sans enfant, elle ne peut acquérir les marques d'affection et d'attachement de la communauté et voit son statut social diminué.

Cette organisation traditionnelle, encourageant les comportements pro-natalistes, a subi, dans un premier temps, les contre coups de la modernisation. Dans un second temps, la crise économique a affecté de façon drastique les systèmes économiques déjà fragilisés par leur dysfonctionnement et leur incapacité à s'adapter au contexte international. La dénonciation des effets pervers de cette crise économique par les populations s'accompagne d'une certaine émergence d'opinions très hétérogènes et contradictoires relatives à la procréation tant en milieu urbain qu'en milieu rural (Guillaume, Vimard, 1991). L'érosion des normes traditionnelles a entamé le bouleversement des pratiques de régulation de la fécondité dont les effets ont consolidé, de façon inconsciente, dans bien des cas, le maintien de la forte fécondité. Une pluralité de facteurs économiques, socio-culturels et démographiques, conjugués avec les pesanteurs politiques, expliquent la situation actuelle de la fécondité en Afrique sub-saharienne marquée le plus souvent par des attitudes favorisant la haute fécondité.

Attitudes nouvelles relatives au maintien de la forte fécondité

Les comportements pro-natalistes de la plupart des populations africaines ont correspondu à des descendance nombreuses. Mais, malgré cette fécondité relativement intense, une régulation importante repose sur des comportements matrimoniaux et d'espacement des naissances.

La nuptialité reste un phénomène de forte intensité dans la partie sub-saharienne du continent africain. La précocité de l'âge à la primo-nuptialité

caractérise de façon globale toutes les populations. Malgré l'allègement des pesanteurs traditionnelles, le recul de l'âge au premier mariage reste peu marqué. Dans certains pays, à l'image du Burundi, 50 % des femmes se marient avant l'âge de 20 ans et 92 % avant 25 ans (Segamba *et al.*, 1988). De même en Mauritanie l'âge moyen au premier mariage est resté inférieur à 16 ans et les variations par rapport aux caractéristiques socio-économiques fournies par l'enquête nationale de fécondité de 1981 (milieu d'habitat, niveau d'instruction, etc.) sont peu sensibles. On peut également remarquer que le Botswana et le Zimbabwe, qui sont deux pays où la fécondité est relativement moindre, présentent des âges au premier mariage plus bas que ceux du Burundi (tableau 5).

D'une manière générale, les résultats des différentes enquêtes révèlent que le recul de cet âge n'est significatif que pour les femmes ayant un niveau de scolarisation très élevé. En revanche, les autres caractéristiques socio-démographiques, en l'occurrence le milieu géographique ou l'ethnie, influent peu sur cet âge : c'est peut-être la preuve d'un héritage culturel qui s'altère difficilement. Dans un contexte de nuptialité précoce, il n'est sans doute pas surprenant de constater que l'âge à la première maternité situé entre 18 et 21 ans reste également bas. Par rapport à ces indications on peut noter que les pays qui ont fait l'effort d'une maîtrise relative de leur fécondité, tels le Botswana et le Zimbabwe, ne se singularisent pas des autres pays du continent.

Pour le moment, l'âge à la première maternité le plus tardif est enregistré au Burundi, 21 ans (tableau 5). Malgré ce caractère tardif de la première maternité, ce pays figure parmi ceux qui ont la plus haute fécondité. Ces cas de précocité ou de retard au premier accouchement (Zimbabwe, Burundi) semblent avoir un impact peu marqué sur l'intensité finale de la fécondité. Les cheminements opposés qui caractérisent ces deux pays mentionnés ci-dessus proviendraient d'un changement de calendrier de cette fécondité : modifications liées à un abandon des comportements traditionnels régulateurs de la fécondité.

Les changements de comportement enregistrés les plus sensibles concernent, d'une part, la stabilité matrimoniale et, d'autre part les fluctuations des durées des variables du post-partum (allaitement, aménorrhée et abstinence). Si l'âge moyen au premier mariage est resté dans l'ensemble faible en Afrique, attitude qui relève du domaine culturel, en revanche, l'instabilité des unions qui s'en suit, est l'expression d'une plus grande liberté par rapport à ces mêmes valeurs traditionnelles. Au Sénégal, 28,7 pour 100 des femmes non-célibataires ont rompu leur première union (N'diaye *et al.*, 1988). En région d'économie de plantation, cette mobilité conjugale semble particu-

lièrement forte. Dans le Sud-Est ivoirien, on a pu noter, sur un échantillon de femmes en union, que 35 % des femmes ont également rompu leur première union (Koffi, 1990).

Tableau 5 : Age au premier mariage et âge à la première maternité dans quelques pays africains

PAYS	ÂGE MÉDIAN (1)		ÂGE MOYEN (2)	
	au 1 ^{er} mariage	A la 1 ^{re} maternité	au 1 ^{er} mariage	A la 1 ^{re} maternité
BOSTWANA	17,3	19,6	–	–
BURUNDI	19,5	21	–	–
CAMEROUN	16,5 (3)	18,7 (3)	16,6	19,4
CÔTE-D'IVOIRE	–	–	17,6	18,8
GHANA	18,3	19,6	–	–
KENYA	18,5	18,8	18,5	18,5
MAURITANIE	–	–	15,1	–
SÉNÉGAL	16,4	19,7	16,4	–
SOUDAN	17,8	20,5	–	–
TOGO	18,4	19,3	–	–
ZIMBABWÉ	18,6	19,5	–	–

(1) Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) menées de 1987 à 1991

(2) Enquêtes Mondiales de Fécondité (EMF) menées de 1977 à 1981

(3) Balepa *et al.*, 1992.

La régulation traditionnelle de la fécondité s'exerce également grâce à un espacement entre les naissances relativement long, qui préserve l'état de santé des mères et des enfants. Les mécanismes de cet espacement reposent principalement sur des facteurs comportementaux : un allaitement maternel régulier et prolongé et le respect d'une abstinence post-partum jusqu'à ce que l'enfant effectue ses premiers pas ou jusqu'à son sevrage (Suthers, 1988).

Ces deux variables, en relation avec l'aménorrhée post-partum influence directement le niveau de la fécondité. Leur position par rapport à cette fécondité justifie leur appellation de "variables intermédiaires". L'allaitement et l'abstinence ont été les variables de contrôle de la fécondité en l'absence d'une contraception efficace et répandue. Les tabous et interdits qui entourent les pratiques d'allaitement et d'abstinence rendent leur observance presque obligatoire en Afrique sub-saharienne. Les enfants sont allaités relativement longtemps quelquefois, plus de 2 ans comme le soulignent les femmes des générations anciennes (Bledsoe, 1987).

Les données récentes recueillies entre 1977 et 1990 sur la durée d'allaitement et sur l'abstinence font état d'une fluctuation relativement importante selon les pays (tableau 6). On a souvent invoqué au plan traditionnel, le rôle néfaste des rapports sexuels précoces sur la santé du nouveau-né pour maintenir l'abstinence *post-partum*, mais cette pratique s'est en partie dégradée au contact de la modernisation. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et le recul de la mortalité infanto-juvénile grâce à la fréquentation des structures sanitaires, a contribué dans une certaine mesure à l'érosion de ces valeurs anciennes liée à l'abstinence et accentuée par la même occasion les changements des comportements.

Tableau 6 : Durées médianes (en mois) des variables du *post-partum* dans quelques pays d'Afrique sub-Saharienne

PAYS (année d'enquête)	ALLAITEMENT	AMÉNORRHÉE	ABSTINENCE
BOTSWANA (1989)*	18,8	11,6	12,7
BURUNDI (1987)*	23,8	19,1	3,5
GHANA (1989)*	20,4	14,0	13,5
KENYA (1989)*	19,4	10,9	5,9
OUGANDA (88/89)*	18,6	12,7	4,1
SÉNÉGAL (1986)*	18,8	16,2	7,9
SOUDAN (89/90)*	19,5	13,9	5,0
TOGO*	22,6	14,4	17,5
ZIMBABWÉ (1988)*	19,3	12,6	4,3
BÉNIN **	19,2	11,9	15,5
CAMEROUN**	17,5	11,8	13,9
GHANA**	17,9	12,4	10,0
CÔTE-D'IVOIRE (1980/81)**	17,5	10,4	13,1
KENYA (1980)**	16,9	9,9	2,9
LÉSOTHO (1987)**	19,1	9,6	15,0
SÉNÉGAL (1978)**	17,7	-	-
MAURITANIE (1981)**	15,6	8,8	-
SOUDAN : NORD **	15,8	10,8	2,6

Source : * Enquêtes Nationales EDS,
 ** Cleland *et al.*, 1987 : 819.

Le raccourcissement de la durée de l'allaitement pourrait être en revanche la conséquence d'une multitude de facteurs économiques et sociaux. Parmi ceux-ci on peut insister sur le rôle de la scolarisation, de l'urbanisation et de l'insertion des mères dans des activités professionnelles. La crise persistante

sur le continent, marquée par le dépérissement des économies et l'accentuation de la pauvreté des ménages, s'accompagne de la présence accrue des femmes dans des circuits commerciaux ou dans d'autres activités rémunératrices pour compenser la baisse des revenus masculins. La bataille pour la survie économique de la famille s'accommode cette fois difficilement d'une présence féminine au foyer ; cette absence accentuera à terme le recul de la durée d'allaitement. En définitive, on assiste à une désorganisation du système traditionnel de régulation de la fécondité sous l'influence des mutations socio-économiques et culturelles qui provoquent l'émergence de nouveaux comportements. Cette évolution de la société due à la modernisation étant irréversible, la logique commanderait une réadaptation des discours officiels en fonction des nouvelles aspirations, car les idéaux qui ont motivé la haute fécondité ne sont plus partagés entièrement par toutes les populations.

En écartant le fait que toutes les femmes souhaitent être mère, opinion exprimée davantage par les femmes de plus de 25 ans et par les femmes infécondes, un nombre croissant de mères ayant une progéniture relativement nombreuse émet le vœu d'arrêter leur procréation comme le rapportent les données des enquêtes EDS/DHS : 62,7 pour 100 des mères de 6 enfants et plus au Botswana, 38,6 pour 100 au Ghana, 61,6 pour 100 au Sénégal. Cette évolution des idées sur la procréation procède d'une multitude de raisons liées aux conditions de vie en dégradation constante dans la région : la cherté de la vie, l'incapacité de nourrir un nombre élevé d'enfants, de les scolariser correctement sont entre autres souvent invoquées quel que soit le milieu d'habitat (Guillaume, Vimard, 1991).

Ces difficultés conjuguées avec les mutations qui interviennent dans le rôle des femmes suscitent chez elles la volonté d'un recours croissant à des méthodes plus efficaces pour une maîtrise de la fécondité. Mais les blocages politiques et institutionnels freinent dans une certaine mesure les demandes potentielles (Kotokou, 1991).

POLITIQUE DE FÉCONDITÉ ET POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE

Situation historique : antagonisme des discours entre pays francophones et anglophones mais similitude des niveaux de fécondité

Jusqu'à une date récente, les gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne dans leur grande majorité avaient relégué les questions démographiques au second plan dans leurs actions pour la maîtrise de leur développement. Les références à ces questions étaient souvent liées à des indicateurs comme la densité de population qui démontrent la faiblesse du peuplement

des pays. Il s'agissait également de dénoncer tous les discours à consonance anti-nataliste. Le rythme de croissance de la population était ignoré et l'absence de données chronologiques sur la taille de la population tout en occultant la réalité, favorisait l'attitude pro-nataliste des pouvoirs publics. Ces pouvoirs publics, constitués par les élites nationales, étaient eux-mêmes influencés dans une certaine mesure par leurs propres cultures, traditionnelles, très favorables à la forte natalité.

Un fait cependant mérite d'être relevé : l'appréciation des questions démographiques dans la région sub-saharienne de l'Afrique a opposé au plan des discours officiels, les gouvernements des pays francophones et ceux des pays anglophones notamment ceux de la mouvance du Commonwealth ; la position de chaque partie étant calquée sur celle de l'ancienne métropole (Caldwell, 1968).

La libéralisation de la distribution des produits contraceptifs en Grande Bretagne a rejailli sur les pays de sa sphère politique. On a pu enregistrer la mise en oeuvre de programme de planning familial dans certain nombre de pays avant leur accession à l'indépendance.

Le Kenya (1957), l'Ile Maurice (1957), l'Ouganda (1956) et le Zimbabwe (ex Rhodésie) (1955) sont des exemples de pays qui ont encouragé très tôt l'assistance aux couples en matière de planification familiale. Pendant longtemps les résultats escomptés ont été mitigés en raison des multiples pesanteurs socio-culturelles mais la somme des actions accomplies constituent un acquis important pour les politiques actuelles.

Les attitudes actuelles des gouvernements africains : des discours plus favorables à la maîtrise de la croissance de la population

La première conférence sur la population organisée à l'échelle mondiale s'est tenue en 1974 à Bucarest en Roumanie.

La deuxième a eu lieu à Mexico en 1984. Les actes importants par rapport à l'Afrique qu'il convient de retenir sont les concertations préliminaires entre pays africains avant ces rencontres inter-continentales : Accra en 1971, Arusha en 1984.

Les analyses faites sur les positions des dirigeants africains à l'occasion de ces réunions internationales relèvent avec insistance les changements intervenus dans le discours : par rapport à 1974, on a enregistré en 1984 l'émergence d'un plus grand nombre de pays souhaitant une certaine maîtrise de leur taux de croissance démographique (Chamie, 1988 ; Locoh, 1991). Ces pays envisagent à cet égard des actions visant à réduire le niveau de

fécondité qui en est l'élément déterminant. Atteindre cet objectif paraît très problématique étant donnée les écueils culturels et religieux. Pour les contourner, l'aspect "limitation des naissances" a été subtilement occulté dans les différents programmes au profit de la santé de la mère et de l'enfant traduit sous le slogan du "bien-être familial".

La crise économique qui sévit dans la région n'est pas étrangère à l'accélération des mutations des idées sur la croissance démographique ; mais force est de reconnaître également que les élites nationales actuelles, issues des générations plus jeunes, semblent être plus favorables à une transition de la fécondité vers des niveaux plus réduits.

Si la diffusion de ces nouvelles idées peut trouver un certain écho auprès de populations confrontées à des difficultés économiques, cette crise pourrait cependant constituer un blocage pour la mise en oeuvre des différentes actions de planification. En effet, sur le continent africain le développement social est freiné depuis quelques années de par la diminution drastique et régulière des ressources financières. Dans un premier temps, il est à craindre un recul significatif de la scolarisation, en particulier celle des filles. Le second aspect est relatif à la restriction du marché du travail accentuée par la fermeture de nombreuses entreprises.

Ces divers facteurs ne vont-ils pas consolider les résistances culturelles qui contribuent au maintien de la haute fécondité ? La montée du travail des enfants et des adolescents n'est-elle pas de nature à contraindre les parents à conserver une fécondité élevée ? De plus, les liens de contrôle social sur les enfants sont de plus en plus relâchés dans la mesure où les parents ont très peu de moyens financiers à consacrer à l'éducation et à élever les enfants. En conséquence, un nombre croissant d'adolescentes en particulier de filles jeunes sont frappées par une maternité précoce.

Les solutions à ces problèmes complexes ne doivent pas inciter les décideurs à faire de la planification une panacée. La diffusion des informations sur les différentes maladies sexuellement transmissibles et le Sida trouve un écho favorable parce que la santé des populations est concernée. Des campagnes similaires intégrant à la fois les aspects de "régulation des naissances", "contraception d'arrêt" et "lutte contre l'infécondité" auraient une connotation moins anti-nataliste, ce qui atténuerait les critiques quelquefois acerbes des personnes favorables au maintien de la haute fécondité dans la région.

CONCLUSION

Les informations sur la population de l'Afrique sub-saharienne et ses caractéristiques se sont considérablement améliorées depuis les années 1970 avec la série des recensements généraux de population et les enquêtes nationales intercensitaires qui ont été effectuées. Ces premières données ont été complétées par la série des enquêtes des réseaux EMF et EDS qui ont produit des données de bonne qualité sur le mouvement naturel de la population et fourni des informations relativement approfondies sur les facteurs de la procréation.

De l'ensemble de ces données il ressort que la fécondité en Afrique sub-saharienne se caractérise par une relative stabilité de son niveau : de 6 à 7 enfants par femme. Les femmes de cette région apparaissent les plus prolifiques actuellement même si, paradoxalement une proportion relativement importante d'entre elles (de 8 à 20 %) dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre sont infécondes.

La persistance de la forte fécondité renvoie à des justificatifs socio-culturels qui relèvent en général d'une organisation sociale basée sur l'entraide et l'assistance mutuelle entre les membres des différentes générations.

Les divers liens qui régissent cette organisation subissent une érosion qui s'accroît sous l'effet de facteurs tels l'urbanisation et l'instruction. Ainsi émergent de nouveaux idéaux de la reproduction qui engendrent une certaine hétérogénéité dans l'évolution de la fécondité en Afrique sub-saharienne. Il est déjà possible d'identifier des sous-régions où les niveaux de fécondité sont plus faibles. De plus les discours officiels actuels favorables à une maîtrise de la fécondité, notamment par l'usage de méthodes contraceptives plus efficaces, constituent un changement important qui pourrait entraîner une baisse significative de la fécondité, comme cela s'est produit dans les autres régions en développement d'Amérique Latine et d'Asie.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOUNKE A., ASSOGBA M., ANIPAH K., 1989, *Enquête Démographique et de Santé au Togo, 1988*, 95 p. + annexes.
- BALEPA M., FOTSO M., BARRERE B., 1992, *Enquête Démographique et de Santé, Cameroun 1991*, direction nationale du 2^e RGPH, Macro international, Columbia, 192 p. + annexes.
- BILUSA BAILA B, 1988, *Déterminants socio-culturels de la faible fécondité de l'UELE, Zaïre a) Etat matrimonial – b) Mobilité conjugale et c) Libertinage sexuel*, Congrès Africain de Population UIESP, Vol. 1, Dakar, 7-12 nov. 1988.
- BLEDSON C.H., 1987, *Side-stepping the post-partum sex taboo : Mende cultural perceptions of tinned milk in Sierra Leone in the cultural roots of african fertility regimes*, Proceedings of the IFE conference, February 25, March 1, pp. 101-124.
- CALDWELL J.C., 1968, *Population policy : a survey of Commonwealth Africa in the population of tropical Africa*, Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 368-375.
- CHAMIE J., 1988, *Les positions et politiques gouvernementales en matière de fécondité et de planification familiale, in Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara sous la direction de D. TABUTIN*, L'Harmattan Paris, pp. 167-190.
- CLELAND J.G., SCOTT C. (eds), WHITELEGGED (collab.), 1987, *The world fertility survey. An assessment*, The International Statistical Institute, Oxford University Press, 1049 p.
- COALE A.J., 1968, *Estimates of fertility and mortality in Tropical Africa* Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 179-186.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984, *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-81 Rapport principal*, Volume 1, Analyse des principaux résultats, 141 p. + annexes.
- ENQUETE NATIONALE SUR LA FECONDITE DU CAMEROUN, 1978, *Rapport principal*, volume 1, Analyse des principaux résultats, Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Avril 1983.
- ENQUETE NATIONALE MAURITANIE NNE SUR LA FECONDITE, 1981, *Rapport principal*, volume 1, Analyse des principaux résultats, Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Mars 1984.
- ENQUETE SENEGALAI SE SUR LA FECONDITE, 1978, *Rapport national d'analyse*, volume 1, Direction de la statistique de Dakar, Juillet 1981. (EMF), 148 p. + annexes.
- EVINA AKAM, 1991, *Effet des maladies sexuellement transmissibles sur la fécondité : l'infécondité en Afrique subsaharienne*, Communication présentée au "Seminar on the course of Fertility Transition in sub-saharan Africa, UIESP, Harare, novembre 1991, 28 p.
- FREEDMAN R., 1987, *Fertility determinants in the world fertility survey ; an assessment*, Edited by J. CLELAND et C. SCOTT OXFORD, University Press, pp. 773-795.

- FREEDMAN R. ET BLANC A.K., 1991, *Fertility transition : an update in Demographic and health surveys*, World Conference, August 5-7, Washington DC, volume 1, pp. 5-24.
- FRIEDLANDER D., 1968, Estimating fertility levels in Ghana in *The population of tropical Africa*, Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 234-237.
- GAISIE S.K., 1968, Some aspects of fertility studies in Ghana in *The population of tropical Africa*, Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 238-246.
- GHANA, 1989, *Démographic and health survey, 1988* ; September 1989, 112 p. + annexes.
- GUILLAUME A., VIMARD P., 1991, *Régulation familiale : traditions, transitions et différences socio-économiques à Sassandra (Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire)*, Communication présentée au Séminaire International ENSEA-ORSTOM, Abidjan, 26-29 Novembre 1989, 18 p. + annexes.
- INED, 1985, *Tous les pays du Monde*, Données issues du World Population Data Sheet établies par C. HAUB, M. KENT et M. YANAGISHITA du Population Reference Bureau (PRB) Washington DC.
- INED, 1989, *Tous les pays du monde*, Données issues du World Population Data Sheet établies par C. HAUB, M. KENT et M. YANAGISHITA du Population Reference Bureau (PRB) Washington DC.
- INED, 1991, *Tous les pays du Monde*, Données issues du World Population Data Sheet établies par C. HAUB, M. KENT et M. YANAGISHITA du Population Reference Bureau (PRB) Washington DC.
- KAIJUKA E. M., KAIJU E. Z. A., CROSS A. R., LOAIZA E., 1989, *Uganda demographic and health survey 1988/1989*, 100 p. + annexes.
- KENYA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY, 1989, October 1989, 110 p. + annexes.
- KENYA FERTILITY SURVEY 1977-1978, *First Report*, volume 1, Central Bureau of Statistics, Nairobi, February 1980.
- KOFFI N., 1990, *Facteurs de Fécondité dans une société en mutation : le cas de Memni-Montézo en milieu rural forestier (Côte d'Ivoire)*, Thèse de Doctorat de 3ème cycle de Démographie, Université de Paris 1, 345 p. + annexes.
- KOTOKOU K, 1991, *Identification des facteurs qui influencent l'acceptation des méthodes contraceptives à Lomé*, Communication présentée au Séminaire International ENSEA-ORSTOM Abidjan 26-29 Novembre, 15 p.
- LESETEDI L. T., MOMPATI G. D., KHULUMANI D., LESETEDI G.N., RUTENBERG N., 1989, *Botswana family health survey*, II, 106 p. + annexes.
- LESOTHO FERTILITY SURVEY, 1977, *First report*, volume 1, Central Bureau of statistics, Ministry of Planning and Statistics, Maseru, 1981, 190 p. + annexes.
- LOCOH Th., 1991, *Une baisse durable de la fécondité est-elle en oeuvre en Afrique sub-saharienne ? Le temps des incertitudes*, Seminar of the course of fertility transition in Sub-Saharan Africa, Harare, Zimbabwe, 19-22 Novembre UIESP, 29 p. + annexes.

NATIONS UNIES, 1989, La population mondiale à la sortie du XX^e siècle, *Etudes démographiques*, ST/ESA/SER A III New York, 143 p.

N'DIAYE S., SARR I., AYAD M., 1988, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal*, 1986, 106 p. + annexes.

NJOGU W. ET CASTRO M., 1991, *Fertility decline in Kenya : the role of timing and spacing of births*, in Demographic and Health surveys, World Conference, August 5-7, Washington DC, volume III, pp. 1883-1895.

PISON G., Van de WALLE E. et SALADIKANDA M., 1989, *Mortalité et Société en Afrique au Sud du Sahara*, direction de l'INED, travaux et documents, cahier n° 124, PUF, Paris, 1989.

RETEL – LAURENTIN A., 1974, *Infécondité en Afrique Noire, Maladies et conséquences sociales*, Masson et Cie, Paris, 188 p.

ROMANIUK A., 1968, Infertility in tropical Africa. In *The Population of Tropical Africa*, Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 214-224.

SEGAMBA L., NDIKUMASABO V., MAKINSON C., AYAD M., 1988, *Enquête démographique et de santé au Burundi*, 113 p. + annexes.

SOM R. K., 1968, Some demographic indicators for Africa. In *The population of tropical Africa*, Edited by CALDWELL and CHUKUKA OKONJO, The Population Council, pp. 187-198.

SUDAN DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY, 1989/1990, May 1991, 132 p. + annexes.

SUTHERS E., 1988, Le développement psycho-social des enfants: Réflexion sur la société Djimini de Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest), in *Enfants et Femmes d'Afrique Occidentale et Centrale*, UNICEF, Documents et Réflexions, Mars 1988, n° 5-6.

VALLIN J., 1989, *La population mondiale*, Repères, La découverte, Paris, 127 p.

ZIMBABWE DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY, 1988, December 1989, 110 p. + annexes.

ÉVOLUTION ET DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ EN AFRIQUE

Eliwo AKOTO

INTRODUCTION

En cette fin du 20^e siècle, l'Afrique est, à n'en pas douter, le continent ayant la mortalité la plus élevée du monde. La durée moyenne de vie des africains est de 53 ans (Population Reference Bureau, 1991), contre environ 75 ans dans les pays développés, 64 ans en Asie et 67 ans en Amérique Latine. Par ailleurs, parmi les 20 pays ayant encore une espérance de vie inférieure à 50 ans, 17 sont africains (Nations Unies, 1991).

Pourtant bien des progrès ont été réalisés depuis la fin des années 50 ⁽¹⁾. *“La mortalité a partout nettement baissé, indépendamment de l'évolution économique et de l'état de la production, et peut-être aussi malgré l'inefficacité des systèmes de santé publique”* (Pison, Van de Walle, Sala-Diakanda, 1989 : 1). Mais ces déclinés sont plus ou moins rapides selon les pays et, à l'intérieur d'un pays, selon les régions.

Au cours de cet exposé, après avoir présenté les principales sources et données disponibles, nous examinerons successivement les tendances de la mortalité en Afrique, dans les grandes zones géographiques et les pays qui la composent, et les déterminants de cette mortalité. Les informations relatives à la mortalité des adultes étant rares et compte tenu de la plus grande sensibilité de la mortalité des moins de cinq ans aux conditions socio-économiques, sanitaires et environnementales, nous centrerons notre propos sur la mortalité des enfants.

(1) Lire par exemple D. R. Gwatkin (1980), Akoto (1985), Akoto, Tabutin (1989).

SOURCES ET DONNÉES

En dehors de quelques pays (l'île Maurice, La Réunion, et à un degré moindre, l'Algérie, l'Égypte et la Tunisie), l'état-civil incomplet ne permet pas de produire des indicateurs fiables de mortalité sur le plan national. La faible fréquence des recensements et leur qualité variable d'un dénombrement à l'autre empêche souvent le calcul d'indicateurs crédibles. Aussi la plupart des données utilisées dans ce texte proviennent-elles d'enquêtes démographiques spécifiques : les Enquêtes Mondiales sur la Fécondité (EMF/WFS) et plus récentes, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS/DHS) (2). Mais en définitive, ce manque de données empêche d'avoir une vision complète de l'évolution de la mortalité dans l'espace et dans le temps.

Par ailleurs, il convient de noter que les statistiques relatives à l'Afrique, produites par les Nations Unies et certaines de ses agences spécialisées (l'UNICEF, l'OMS), ne sont souvent que des estimations qui ne reflètent pas toujours la réalité. Pison, Van de Walle, Sala-Diakanda (1989 : 2) affirment à ce sujet : *“Les Nations Unies et les autres institutions qui ont l'habitude de produire des statistiques mondiales fournissent des estimations démographiques pour chaque pays et pour chaque année, même en l'absence de données de base suffisamment fiables, donnant ainsi l'illusion d'une couverture sans faille”*. En outre, beaucoup de chiffres sont basés sur des interpolations, extrapolations, ou des analogies avec des pays voisins (Hill, Pebley, 1989) sans descriptions précises des hypothèses de calcul. L'ampleur du déclin de la mortalité, mesurée à partir des données issues de ces sources, risque ainsi d'être surestimée ou sous-estimée.

L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ EN AFRIQUE

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, la mortalité a sensiblement baissé en Afrique : l'espérance de vie était estimée à 37 ans en 1950-55, et elle atteint aujourd'hui 53 ans (tableau 1).

Mais cette évolution ne rend pas compte du rythme de déclin de ce phénomène dans le temps : rapide entre 1950-55 et 1960-65, lent entre 1965 et 1975 et de nouveau rapide à partir de 1975. Ce déclin de la mortalité s'observe également à partir de l'espérance de vie à 15 ans (Timaues, 1991).

(2) Cette dernière série d'enquêtes EDS a touché 15 pays africains, 12 d'Afrique au sud du Sahara et 3 d'Afrique du Nord et couvert une population représentant près de 50 % des naissances de l'ensemble du continent.

Tableau 1 : Niveau de l'espérance de vie à la naissance (en années) dans le monde selon la période.

Région	1950 1955	1955 1960	1960 1965	1965 1970	1970 1975	1975 1980	1980 1985	1990
Afrique	37,6	39,8	42,2	44,5	46,5	48,6	50,8	53,0
Amérique Latine	52,0	55,0	57,3	59,4	61,3	62,5	64,1	67,0
Asie	43,4	46,9	50,4	53,4	56,0	58,0	59,0	64,0
Monde	47,0	49,8	52,1	54,1	55,8	57,5	59,2	65,0
Pays dével.	65,2	68,4	69,8	70,5	71,3	71,9	72,4	75,0

Sources : – pour 1950-55 à 1970-75 : D.R. Gwatkin (1980),
– pour 1990 : Population Reference Bureau (1991).

Comment se situe cette évolution dans le contexte mondial de baisse de la mortalité ?

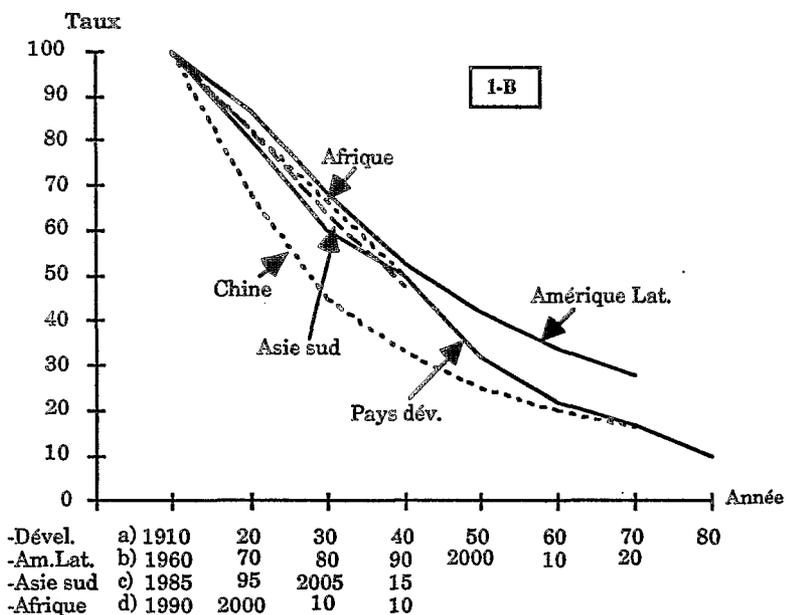
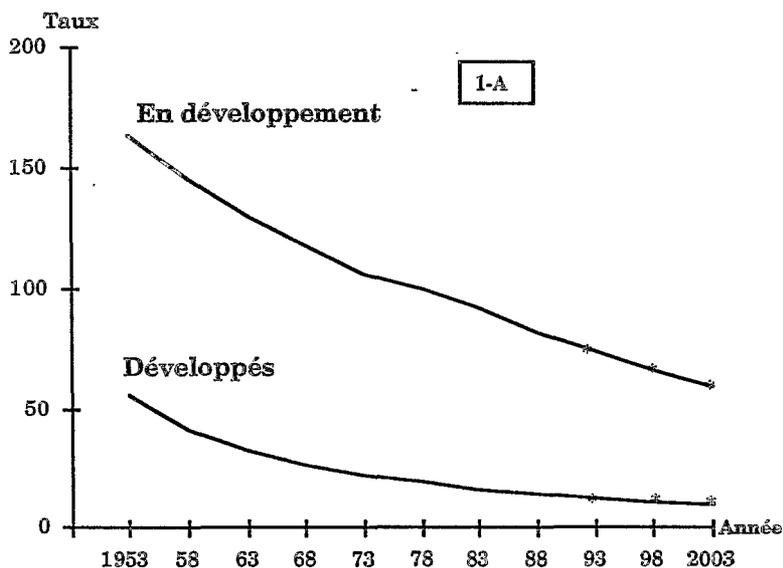
Malgré la diminution de son niveau de mortalité, la position de l'Afrique n'a guère varié au cours des quarante dernières années. Quelle que soit la période considérée, son espérance de vie à la naissance est inférieure à la moyenne mondiale, et elle demeure aujourd'hui le continent le plus défavorisé au regard de la mortalité.

Certes, l'Afrique a gagné, en termes d'espérance de vie, 5 ans sur les pays les plus avancés, réduisant son écart de 27,6 ans en 1950-55 à 22 ans en 1990. Mais comparé à l'Asie, qui se caractérise par un gain de 12 ans en 40 années sur les pays les plus avancés, ce progrès est insuffisant, et le retard par rapport à ce continent n'a pas cessé de s'accroître, passant de 5,8 ans à 11 ans.

De plus, ce gain de 5 années en termes d'espérance de vie, sur les pays les plus avancés, qui peut donner l'illusion d'une amélioration de la survie relative des africains, par rapport aux autres, ne signifie pas une évolution à toutes les phases de la vie. Ainsi, malgré quelques progrès, la mortalité infantile reste à un niveau très élevé et le fossé séparant ce continent des autres reste profond.

Ainsi, partant de l'année où chaque région atteint un taux de mortalité infantile d'environ 100 pour 1000, Behm (1987) a pu quantifier le retard de l'Afrique par rapport au reste du monde. Celle-ci accuse un retard de près de

Graphique 1 : Evolution de la mortalité infantile selon la région



Source : adapté de H. Behm (1987 : 4)

80 ans sur les pays développés ⁽³⁾, de 30 ans sur l'Amérique Latine et la Chine, et de 5 ans sur l'Asie du sud (graphique 1). Autrement dit, sur 1 000 naissances vivantes, il meurt autant d'enfants de moins d'un an en Afrique en 1990 que dans les pays développés en 1910. Par ailleurs, l'Afrique sub-saharienne a connu entre 1975 et 1985 une baisse annuelle moyenne de la mortalité des enfants de seulement 2 % contre 3,1 % en Asie, 3,6 % au Moyen-Orient et 4 % en Amérique Latine.

Une grande hétérogénéité des évolutions dans les différentes régions

Le déclin de la mortalité en Afrique résulte d'évolutions régionales inégales (tableau 2). Au début des années 50, seule l'Afrique du Nord présentait une espérance de vie supérieure à 40 ans et son niveau est, et a toujours été, supérieur à la moyenne du continent. Durant les quarante dernières années, *"elle a su préserver son avance, voire même se démarquer du sous-continent d'Afrique Noire en maintenant un rythme de croissance soutenu, avec un gain annuel de l'espérance de vie supérieure à 0,5 an en moyenne"* (Waltisperger, 1988 : 283). La plupart des pays de cette région connaissent une espérance de vie supérieure à 60 ans, avec un maximum de 67,4 ans et de 67 ans respectivement en Tunisie et en Libye (Tabutin, 1990 : 20 ; Population Reference Bureau, 1991).

Tableau 2 : Espérance de vie à la naissance (en années) en Afrique selon la région.

Région	1950-55	1965-70	1980-85	1990
Afrique du Nord	42,3 (0,76)	49,9 (0,71)	57,0 (0,40)	59,0
Afrique de l'Ouest	33,0 (0,65)	39,5 (0,63)	45,8 (0,32)	49,0
Afrique de l'Est	37,1 (0,79)	45,0 (0,62)	51,2 (0,16)	52,0
Afrique Centrale	33,1 (0,65)	39,6 (0,62)	45,8 (0,42)	50,0
Afrique Australe	35,7 (0,69)	42,6 (0,78)	50,4 (1,26)	63,0

() = gain annuel moyen durant la période concernée

Sources : a) espérances de vie :

- pour la période 1950 - 1985, Waltisperger (1988)

- pour 1990, Population Reference Bureau (1991)

b) gain annuel :

- calculs de l'auteur à partir des espérances de vie

(3) Il s'agit ici d'un groupe composé de l'Angleterre et du pays de Galles, du Danemark, de la France, de la Norvège, des Pays-Bas, de la Suède et des Etats-Unis.

Toutefois l'Afrique du Nord vient de perdre son leadership au profit de l'Afrique Australe, seule région enregistrant une accélération de l'amélioration de son espérance de vie (surtout à partir de 1985). Cette baisse de la mortalité provenant en grande partie de l'Afrique du Sud, dont la population représente près de 90 % des habitants de cette région. En définitive, cette région se caractérise en 1990 par une espérance de vie moyenne proche des régions à mortalité modérée.

Quant à l'Afrique de l'Ouest, sa situation relative n'a guère évolué. Malgré une baisse continue mais lente de sa mortalité, son retard par rapport aux autres régions a augmenté : une différence d'espérance de vie de 10 ans par rapport à l'Afrique du Nord (contre 9,3 ans il y a 40 ans) et de 14 ans par rapport à l'Afrique Australe (contre 2,7 ans). Seul le ralentissement du déclin de la mortalité en Afrique de l'Est durant les 5 dernières années a permis à l'Afrique de l'Ouest de résorber une partie de son retard sur cette région.

En définitive, les progrès relatifs de l'Afrique par rapport à l'Europe résultent essentiellement de l'amélioration de la survie dans deux régions : l'Afrique du Nord et l'Afrique Australe, et la situation de ce continent dans le monde suit une évolution plutôt inquiétante, ne cessant depuis près de 40 ans, d'occuper la position la plus défavorisée.

Mais ceci ne signifie pas que tous les pays africains soient désavantagés au point de vue de la mortalité. Certains pays, petits certes, affichent une espérance de vie supérieure à celle des pays à mortalité modérée. La Réunion, avec une vie moyenne de 72 ans (Population Reference Bureau, 1991) dépasse le niveau de l'Europe de l'Est ; les Seychelles et l'île Maurice (70 ans) se situent également en bonne position sur le plan mondial.

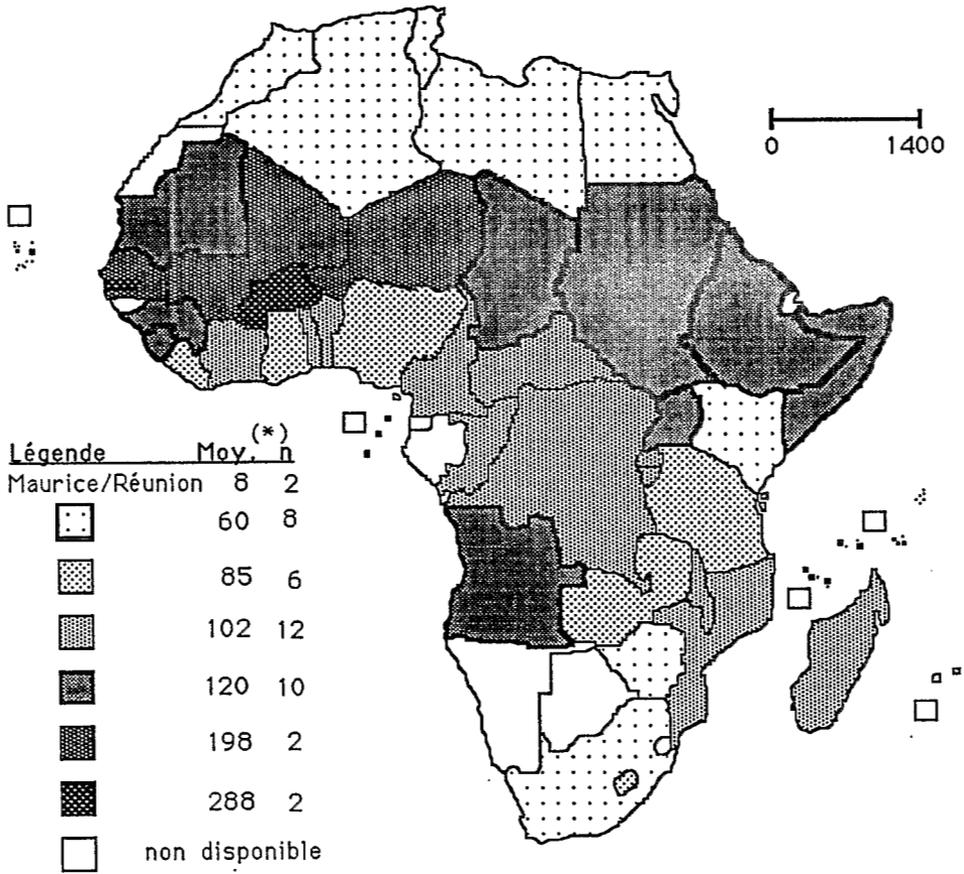
Par ailleurs les régions d'Afrique mentionnées ci-dessus ne sont pas homogènes au point de vue de la mortalité et de son évolution, et à l'intérieur d'un même pays, il existe parfois des variations très importantes (Akoto, Tabutin, 1989).

Pour mettre en évidence ces disparités géographiques de la mortalité, nous nous baserons sur les indicateurs de la mortalité des enfants.

Cartographie de la mortalité des enfants en Afrique

En utilisant la méthode de classification hiérarchique sur les quotients de mortalité juvénile, les pays africains ont été regroupés en six classes (carte 1). En 1975-78, la Réunion et Maurice se démarquent (déjà) du reste de l'Afrique. Viennent en deuxième position les pays du Maghreb (Algérie, Libye, Maroc, Tunisie), l'Afrique du Sud, le Zimbabwe et le Kenya (avec un quotient de

Carte 1 : Mortalité juvénile en Afrique – 1978



note : (*) taux de mortalité moyen en pour mille

Source : tirée de Akoto E., 1985 : 48.

mortalité juvénile moyen de 60 pour 1000). La troisième classe est composée par le Libéria, le Ghana, le Nigéria, la Tanzanie, la Zambie et le Lesotho (avec un quotient de mortalité juvénile moyen de 85 pour 1000). Tous les pays de l'Afrique Centrale (exceptés l'Angola et le Tchad) auxquels s'ajoutent la Côte-d'Ivoire, le Bénin, le Togo, le Rwanda, le Burundi, Madagascar, le Malawi et le Mozambique (avec un quotient de mortalité juvénile moyen de 102 pour 1000) constituent la quatrième classe. Après cette classe, nous enregistrons un groupe de dix pays, ayant un quotient de mortalité juvénile de près de 120 pour 1000, formé en grande partie de pays touchés par le Sahara (Akoto, 1985: 47) ⁽⁴⁾. Avec près d'un enfant sur quatre décédant entre 1 et 5 ans, les pays du Sahel (Sénégal, Mali, Burkina Faso et Gambie) occupent la dernière position.

Cette cartographie de la mortalité juvénile a peu varié entre 1960 et 1978. Environ 60 % des pays n'ont pas changé de classe, 20 % ont vu leur situation relative s'améliorer, et les 20 % restant, s'aggraver (Akoto, 1985). Pour la période actuelle, il est fort probable que la situation des pays de tête n'a pas changé. En revanche, dans certains pays, comme le Mozambique, l'Ethiopie, la Somalie et le Libéria, le niveau de mortalité des enfants s'élève, soit à cause de la guerre qui les ravage, soit à cause de l'hostilité de l'environnement.

Des rythmes de progrès importants, mais diversifiés selon les pays

Le pourcentage annuel moyen de baisse de la mortalité est variable, puisqu'il s'étale de 5,1 au Botswana à + 0,04 % en Ouganda (tableau 3). Le Botswana et la Tunisie, avec un rythme annuel de progrès de l'ordre de 4 à 5 % en moyenne, se démarquent des autres pays d'Afrique ⁽⁵⁾. En revanche, des pays comme le Ghana, le Kenya, le Soudan et le Zimbabwe voient la mortalité de leurs enfants stagner quasiment depuis une dizaine d'années (réduction de 1 à 2 % par an). Par ailleurs il importe de souligner que, malgré des progrès considérables, les pays sahéliens (Mali et Sénégal) occupent toujours les dernières places.

La décomposition de la mortalité des enfants en mortalité infantile et juvénile montre un schéma classique des déclinis de mortalité dans les pays en développement : à quelques exceptions près, la mortalité de 1 à 5 ans baisse plus vite que la mortalité de moins d'un an. C'est durant la période juvénile que "*frappent essentiellement des maladies infectieuses et*

(4) Il s'agit de : Angola, Ethiopie, Guinée, Mauritanie, Niger, Ouganda, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tchad.

(5) Il s'agit ici des pays ayant fait l'objet d'une Enquête Démographique et de Santé.

Tableau 3 : Variation relative de la mortalité infanto-juvénile (en %) dans quelques pays africains.

PAYS	Années	VARIATION		
		Infantile (190)	Juvénile (491)	590 (*)
Algérie	1968-87	- 61	- 86	- 69 (3,6)
Botswana	1975-79 à 1983-88	- 35	- 52	- 41 (5,1)
Burundi	1972-76 à 1982-86	- 25	- 40	- 32 (3,2)
Egypte	1967-87	- 43	- 74	- 53 (2,5)
Ghana	1973-77 à 1983-88	- 22,5	- 14	- 17 (1,7)
Kenya	1973-77 à 1983-88	- 7	- 29	- 15 (1,5)
Libéria	1971-75 à 1981-85	- 25	- 14	- 20 (2,0)
Mali	1972-76 à 1982-86	- 36	- 31	- 31 (3,1)
Maroc	1967-87	- 36	- 68	- 47 (2,4)
Ouganda	1973-77 à 1983-86	+ 10	- 9	+ 0,4 (0,04)
Sénégal	1971-75 à 1981-86	- 28	- 40	- 33 (3,3)
Soudan	1975-79 à 1985-90	- 13	- 16	- 14 (1,4)
Togo	1973-77 à 1983-88	- 24	- 23	- 23 (2,3)
Tunisie	1968-84	- 62	- 79	- 67 (4,2)
Zimbabwe	1973-77 à 1983-88	- 2	- 41	- 18 (1,8)

(*) entre parenthèses = variation annuelle moyenne

Source : d'après Enquête Démographique et de Santé

parasitaires, sans plus guère de protection des enfants par l'allaitement. Les facteurs de prévention, d'éducation, de revenu... jouent alors pleinement" (Tabutin, 1990 : 10). Pour affiner notre analyse de la baisse de la mortalité, nous allons étudier les principaux déterminants de cette mortalité.

LES DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ EN AFRIQUE

Comme l'affirme Waltisperger (1988), "la durée moyenne de vie d'une population dépend de trois grands facteurs : 1) le contexte écologique et climatique dans lequel elle se trouve, 2) ses capacités physiques d'adaptation à cet environnement, 3) sa faculté de maîtriser le milieu naturel de manière à en réduire l'hostilité." Nous distinguerons donc trois catégories de déterminants : les facteurs liés à l'écologie et au climat, les facteurs liés au comportement (en matière d'alimentation, de santé, d'hygiène collective et individuelle) et les facteurs institutionnels (santé publique, infrastructures).

L'importance de l'environnement

Les facteurs écologiques permettent "d'expliquer" une part importante des différences régionales de mortalité en Afrique. L'altitude et, corrélativement, l'hygrométrie et la température constituent des déterminants importants de la mortalité puisqu'elles influent sur la prévalence du paludisme. Sur ce plan, l'Ouest de l'Afrique, en particulier la région côtière, est relativement défavorisée : d'une altitude moyenne inférieure à 500 m et avec une humidité élevée, l'Afrique de l'Ouest et, à un degré moindre, l'Afrique Centrale connaissent une énorme endémicité du paludisme (Blacker, 1991). En revanche, l'altitude élevée de l'Afrique de l'Est (avec une moyenne de 1000 m) atténue quelque peu l'impact de la maladie dans cette région.

Par ailleurs, les habitants des pays du Sahel et de la corne d'Afrique vivent dans des conditions climatiques difficiles : la succession de périodes de sécheresse et la pénurie alimentaire qu'elles provoquent ne sont pas étrangères à la mortalité élevée qu'on y observe.

L'environnement physique joue également à l'intérieur d'un même pays. Au Burundi, par exemple, les régions de haute altitude voient leurs enfants mourir beaucoup moins que ceux des régions situées plus bas. Imbo dont l'altitude est la plus faible du pays (774 m) est aussi la région ayant la mortalité des enfants la plus élevée (250 pour 1000) (Ndikumaso et al., 1990). Les risques de décès y sont respectivement de 49 % et 37 % supérieurs à ceux de Mumwira/Mugamba (situé entre 1000 et 2670 m) et des Plateaux Centraux (situés entre 1500 et 1800 m).

Comme on le constate les différences régionales sont importantes mais elles varient selon les pays (tableau 4). Elles sont les plus faibles en Ouganda et les plus élevées au Kenya : dans ce pays les écarts régionaux se sont même accrus avec la baisse de mortalité.

Toutefois l'impact de l'environnement sur la mortalité ne doit pas occulter celui des déterminants socio-économiques et culturels. Ceux-ci agissent sur le comportement des individus dans différents domaines et par conséquent, sur la qualité des soins accordés aux enfants. Par ailleurs les variations régionales de la mortalité peuvent refléter les inégalités en matière de développement ; la forte concentration des infrastructures en un même endroit favorise ce lieu au détriment des autres.

Déterminants socio-économiques et culturels

La géographie de la mortalité des enfants recoupe globalement celle de la répartition des ressources socio-économiques et sanitaires (Akoto, 1989). Au

Tableau 4 : Quotients extrêmes de mortalité des enfants selon les régions dans quelques pays africains (a)

Pays	Nombre de régions	190 ‰	590 ‰
Bénin (1982) (1)	7	51-179 (3,51)	136-315 (2,32)
Cameroun (1978) (1)	9	80-135 (1,69)	147-238 (1,62)
Burundi (1988) (3)	4	73-116 (1,59)	165-246 (1,49)
C. Ivoire (1980-81) (2)	3	72-108 (1,50)	—
Ghana (1987) (3)	10	65-138 (2,12)	134-222 (2,13)
Kenya (1989) (3)	7	35-107 (3,06)	47-156 (3,32)
Mali (1987) (3)	8	73-172 (2,36)	165-380 (2,30)
Maroc (1987) (3)	7	50- 97 (1,94)	60-150 (2,50)
Ouganda (1988) (3)	6	96-122 (1,27)	172-210 (1,22)
Rwanda (1983) (1)	8	86-151 (1,76)	188-280 (1,49)
Sénégal (1986) (3)	4	73-118 (1,62)	156-262 (1,68)
Soudan (1990) (3)	6	62- 97 (1,56)	108-179 (1,66)
Zaïre Ouest (1975-77) (1)	10	—	102-248 (2,43)

Note : (a) les chiffres entre parenthèses désignent le rapport relatif

Sources : (1) Akoto, Tabutin (1989) ; quotients provenant de l'Enquête fécondité, et pour le Zaïre de l'Enquête EDOZA.

(2) chiffres tirés de Tiapani (1987)

(3) enquêtes EDS

Bénin par exemple, la région de l'Atlantique, où est située Cotonou, mieux équipée en infrastructures, enregistre des niveaux de mortalité des enfants plus faibles que les autres zones. En Côte-d'Ivoire, le désavantage de la région de Savane par rapport à la zone forestière est attribué, entre autres, "au déséquilibre tant au niveau de l'urbanisation que de la répartition des équipements" (Tiapani, 1987 : 127). Il en est de même du Sénégal où la région "Ouest", la plus urbanisée du pays, bénéficie de la mortalité la plus faible. Au Maroc enfin, la région du Sud à forte dominance rurale est aussi celle où les enfants meurent le plus en bas âge. En revanche, le centre, à urbanisation élevée, enregistre la meilleure survie infanto-juvénile (Al-Jem *et al.*, 1990).

Les facteurs culturels occupent également une place de choix dans l'étude des déterminants de la mortalité des enfants (Akoto, 1989 et 1993 ; Akoto, Tabutin, 1989 ; Cantrelle, Loch, 1990). Les traditions, normes et pratiques culturelles agissent sur la mortalité des enfants à travers le comportement, l'attitude et les croyances qu'elles induisent auprès des individus. Les

croyances étiologiques, par exemple, influencent beaucoup la nature du système de soins auquel on va recourir ⁽⁶⁾. Selon la cause attribuée à la maladie, les Lugbara de l'Ouganda utilisent soit le système médical occidental, soit le système traditionnel (Barnes-Dean, 1986). Pour les maladies telles que l'hépatite infectieuse, les gastro-entérites d'origine diverse, la grippe et autres infections virales, qui, selon la tradition, sont provoquées par sorcellerie ou empoisonnement, ils consultent les guérisseurs traditionnels. Pour les autres maladies, on s'adresse indifféremment au médecin ou au guérisseur traditionnel.

L'appartenance ethnique de la mère, en tant qu'indicateur de sa culture d'origine, est une variable explicative non négligeable de la mortalité des enfants (Cantrelle *et al.*, 1986). Au Cameroun, au Kenya et au Sénégal, il existe une forte variation inter-ethnique de la mortalité infanto-juvénile qui s'observe aussi bien en milieu rural qu'urbain (Akoto, 1993).

La perception qu'ont les individus vis à vis de l'enfant agit sur les attitudes et comportements à son égard. Ainsi, un enfant né en dehors de l'union conjugale est soumis à un risque de décès supérieur ou égal à celui né dans le mariage. Chez les Kisii du Kenya, où la paternité sociale prime sur la paternité biologique (un enfant trouve toujours un père), ou chez les Mandara au Cameroun (à dominance "animiste"), les naissances extra-conjugales courent le même risque de décès avant 5 ans que les naissances "légitimes" : les premières ne souffrant pas de discrimination en matière de soins. En revanche, chez les Kikuyu et les Luhya du Kenya et chez les Yaoundés et Bamiléké du Cameroun, les enfants illégitimes, mal acceptés, ont un niveau de mortalité supérieur à celui des enfants nés dans le mariage (Akoto, 1993).

Le comportement des individus est influencé également par leur niveau d'instruction qui a un impact sur la mortalité, des adultes comme des enfants. Cette action se réalise par le canal de toute une série de variables telles la rupture avec certaines pratiques traditionnelles nuisibles à la santé, la facilité de s'adapter au monde "moderne", la sensibilisation aux problèmes d'hygiène et d'alimentation, la modification des soins familiaux à accorder aux enfants. L'instruction reflète également le niveau socio-économique du ménage, que nous considérerons ultérieurement.

Ainsi, partout en Afrique, comme ailleurs dans le monde, le niveau d'instruction des parents "explique" une part non négligeable de la variation

(6) Le revenu est également un autre facteur de différenciation dans le recours à un système de soin.

de la mortalité des enfants et, de manière générale, il existe une relation négative entre cette variable et la mortalité. A une augmentation du niveau d'études correspond en général une baisse de la mortalité des enfants : relation confirmée par les résultats des enquêtes EDS.

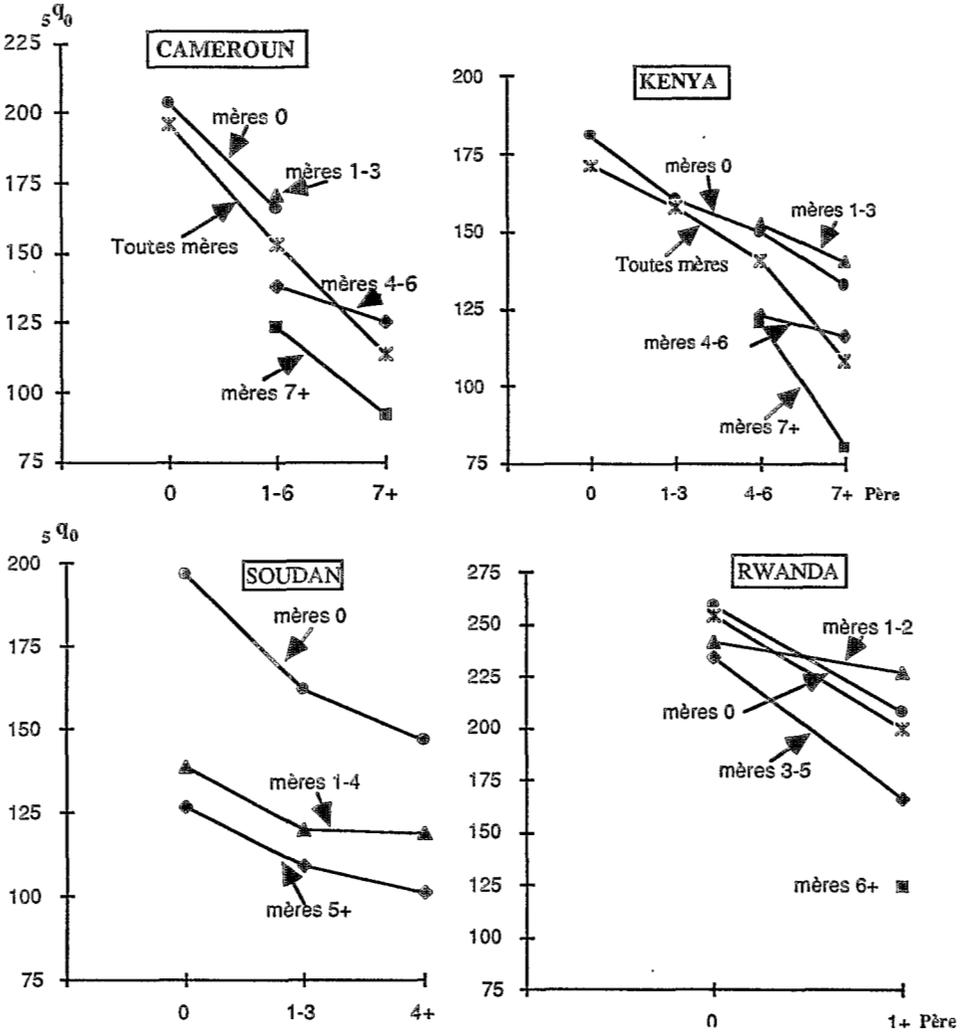
Mais il convient de souligner que cet impact est variable selon le pays, la population et l'âge de l'enfant, et que le seuil à partir duquel on enregistre des baisses sensibles de mortalité varie également (Akoto, Tabutin, 1989). Certaines études ont en effet montré que le seul fait d'avoir été à l'école suffit pour faire fléchir le niveau de mortalité des enfants, par exemple chez les Yoruba du Nigéria rural (Caldwell, 1979). Pour d'autres, par contre, trois à quatre années d'études sont requises pour provoquer une baisse sensible de la mortalité des enfants, c'est le cas notamment au Kenya, au Lesotho et au Rwanda (graphique 2). En revanche au Sénégal, au Soudan et au Bénin, n'avoir fait qu'une à trois années d'études primaires confère déjà un avantage considérable par rapport à l'absence d'instruction (Akoto, Tabutin, 1989 : 38).

Par ailleurs, à quelques exceptions près (Bénin, Kenya, Burundi), les différences de mortalité sont nettement plus importantes entre 1 et 5 ans qu'à moins d'un an ⁽⁷⁾. C'est au-delà d'un an que l'enfant court le plus de risques (sevrage, arrivée d'un autre enfant...) et c'est là que l'instruction de la mère peut jouer pleinement (Akoto, Tabutin, 1989 : 38).

Toutefois l'éducation de la mère "*ne joue véritablement un rôle que là où sont concentrées les ressources et les infrastructures socio-économiques et sanitaires*" (Akoto, 1991 : 129). L'influence de l'instruction sur la survie infanto-juvénile s'exerce par l'intermédiaire de revenus élevés et d'un meilleur accès aux services de soins (Mbacké et Van de Walle, 1989). A Luanda, le degré de surmortalité des enfants nés de mères analphabètes est corrélé à la modernisation du quartier : elle va de 57 % à Ingombota (le centre moderne) à 11 % seulement à Cacuaco (zone périphérique sous-équipée) (Sousa Colaço, 1983). Au Bénin, en contrôlant le secteur d'habitat, la différence de mortalité des enfants selon l'instruction de la mère s'estompe en milieu rural. En revanche, elle est considérable en milieu urbain où sont concentrées la plupart des ressources. Ici un enfant de mère illettrée a deux fois plus de "*risque de mourir avant 5 ans que celui né d'une mère instruite*" (Akoto, 1991 : 183).

(7) Nous comparons ci-après les différences de mortalité infantile et juvénile selon l'instruction : Ghana (1,3 vs 4,3), Soudan (1,4 vs 5,2), Botswana (1,4 vs 2,1), Ouganda (1,6 vs 3,9) Maroc (1,62 vs 10,33), Sénégal (1,5 vs 1,8).

Graphique 2 : Quotients (p. 1000) de mortalité de 0 à 5 ans selon le niveau d'instruction des deux parents (nombre d'années d'école)



Source : Akoto, Tabutin, 1989 : 32

L'instruction du père joue également un rôle dans la baisse de mortalité infanto-juvénile. Plus le niveau d'étude du père est élevé, plus la mortalité des enfants est faible. Mais son impact est en général inférieur à celui de la mère (Akoto, Tabutin, 1989). Par ailleurs, l'instruction combinée des parents produit un effet additif sur les niveaux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : "à tout niveau d'instruction de la mère, plus le niveau d'instruction du père augmente, plus la mortalité baisse" (Akoto, Tabutin, 1989 : 40).

La scolarisation ne peut pas, à elle seule, expliquer la variation totale de la mortalité observée en Afrique. Plusieurs études ont d'ailleurs montré qu'elle n'était pas toujours le déterminant le plus important de la survie des enfants en Afrique. Au Cameroun comme au Kenya, l'influence de l'appartenance ethnique et de la région de résidence est plus importante que celle de l'instruction (Akoto, Tabutin, 1989). Au Sénégal, c'est la résidence urbaine qui joue un rôle prépondérant dans l'explication de la différence de mortalité des enfants (Cantrelle *et al.*, 1986).

Dans la plupart des pays en développement, la mortalité est en général plus faible en ville qu'à la campagne. Les espérances de vie du milieu urbain sont supérieures à celles du milieu rural. Au Ghana, la différence entre ville et campagne atteindrait 13 ans, au Kenya 7 ans, en Côte-d'Ivoire et en Tanzanie environ 6 ans (Waltisperger, 1988 : 291). Quant à la mortalité des enfants, elle est dans l'ensemble plus élevée en milieu rural (tableau 5). Mais les différences de niveau varient beaucoup selon les pays : elles vont de 1 à 1,7 pour la mortalité infantile, de 0,9 à 7,6 pour la mortalité juvénile, les plus faibles étant observées au Botswana et les plus fortes au Maroc, suivi du Zimbabwe. Par ailleurs comme pour la scolarisation, les inégalités entre milieux d'habitat sont plus importantes pour les niveaux de mortalité de 1 à 5 ans qu'à moins d'un an, ce qui confirme la plus grande sensibilité de la mortalité juvénile aux conditions de l'environnement physique, économique, social et culturel.

La répartition inégale des ressources entre les deux secteurs d'habitat n'est pas étrangère à cette situation. En ville, les biens et les services disponibles (éducation, santé, alimentation, revenus) augmentent les probabilités de survie des enfants au détriment du milieu rural.

Ces résultats ne signifient pas nécessairement que l'urbanisation en Afrique va entraîner une baisse continue de la mortalité des enfants. L'augmentation de la population urbaine s'accompagne parfois d'une paupérisation inquiétante due à l'absence d'une politique urbaine et d'aménagement du territoire satisfaisante. La ville africaine est une mosaïque de populations, d'activités, de conditions d'existence, de niveaux de vie et de traditions disparates. Le

Tableau 5 : Variation de la mortalité des enfants selon le milieu d'habitat dans quelques pays africains

PAYS	RAPPORT RURAL/URBAIN		
	année	infantile	juvénile
Botswana	1988	1,0	0,9
Burundi	1987	1,0	1,3
Ghana	1987	1,3	1,2
Kenya	1989	1,0	1,0
Libéria	1986	1,2	1,0
Mali	1987	1,6	1,5
Maroc	1987	1,6	7,6
Ouganda	1988	1,0	1,4
Sénégal	1986	1,5	2,3
Soudan	1990	1,1	1,5
Zimbabwe	1988	1,7	2,0

Source : EDS

confort qu'elle offre n'est pas également partagé, l'accès aux biens et services dépend des capacités individuelles à y recourir.

“A Pikine (banlieue de Dakar) comme à Abidjan, la mortalité de 0 à 5 ans varie de 1 à 2 selon le type de logement, autrement dit selon le groupe social ou la richesse des parents” (Akoto, Tabutin, 1989 : 50). Ces écarts sont nettement plus marqués pour la mortalité juvénile que pour la mortalité infantile. A Abidjan, les extrêmes vont de 26 pour 1000 (dans l'habitat de haut et moyen standing) à 59 pour 1000 (dans celui de type sommaire) pour la mortalité infantile, et de 20 pour 1000 à 115 pour 1000 pour la mortalité juvénile (Antoine, Herry, 1984).

Par ailleurs, l'exode rural vient souvent gonfler l'effectif des “exclus urbains”. Pour tenir compte de ce phénomène, les mères résidant en ville et à la campagne sont souvent distinguées selon leur milieu d'origine. Au Bénin, on observe une surmortalité des enfants des femmes originaires du milieu rural résidant tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Cet avantage des citadines est cependant beaucoup plus marqué en ville qu'à la campagne (avec une surmortalité des enfants des femmes du milieu rural de 43 % contre 26 % en ville). Autrement dit, *“les mères originaires de la campagne établies en villes profitent moins des infrastructures socio-économiques et sanitaires*

urbaines que les autres citadines" (Akoto, 1991 : 177). A Abidjan, la mortalité juvénile des enfants nés de femmes "immigrées" en ville est pratiquement la même que celle des enfants dont la mère a toujours vécu à la campagne (Tiapani, 1987 : 130).

La catégorie socio-professionnelle des parents influence également la mortalité des enfants, en tant qu'indicateur de la classe sociale, des genre et niveau de vie (Akoto, Tabutin, 1989). Son action s'effectue à travers l'alimentation, la qualité des soins de santé accordés à l'enfant, l'accès aux infrastructures économiques et sociales. Les enfants des cadres et techniciens supérieurs meurent en général moins que ceux dont les parents travaillent dans l'agriculture. L'exercice par les parents d'une activité professionnelle relativement favorisée ⁽⁸⁾ est bénéfique à la survie de leurs enfants. Ces derniers courent deux fois moins de risque de décéder avant 5 ans que les enfants nés de parents chômeurs, domestiques et travaillant dans le secteur agricole au Cameroun, ou comme ouvrier au Kenya. Au Sénégal, ce rapport va de 1 à 3.

L'étude de ces différents déterminants de la mortalité illustre bien la complexité des mécanismes qui la régissent et les difficultés pour mettre en oeuvre des stratégies de lutte efficaces.

CONCLUSION

Depuis une quarantaine d'années, la mortalité baisse en Afrique. Mais, comparée à d'autres régions du monde, la situation relative de la mortalité s'est dégradée dans ce continent où la proportion des pays dont l'espérance de vie est inférieure à 50 ans est la plus élevée au monde.

Une forte variation régionale de cette mortalité persiste, le Nord et le Sud progressent plus vite que le reste du continent, l'Afrique de l'Ouest étant la plus désavantagée et la situation de certains pays (l'Ouganda en particulier) se dégradant avec une certaine recrudescence de la mortalité durant la période récente : sont-ce les effets de la guerre ou du sida qui commencent à se faire sentir ? On doit également s'attendre à ce que les pays ravagés par la guerre civile, comme le Libéria et la Somalie, connaissent une hausse (même) conjoncturelle de la mortalité en général et infantile en particulier.

(8) Ceci correspond à une situation a) où les conjoints travaillent tous les deux dans le secteur non agricole : cadre supérieur, profession libérale, employés de bureau et d'autres services, ouvriers qualifiés ou spécialisés ; b) où le mari exerce une profession favorisée et où la femme est paysanne, ouvrière agricole, domestique ou chômeur. L'activité professionnelle défavorisée correspond aux cas où les deux parents travaillent dans le secteur agricole, sont domestiques ou chômeurs.

Quant à l'apparition d'une nouvelle pandémie, le sida, actuellement incurable et pour lequel il n'existe pas de vaccin, elle va bouleverser la situation sanitaire de plusieurs pays africains, en particulier ceux du Centre et de l'Est déjà largement éprouvés. Cette maladie est ou va devenir une des principales causes de décès de la population active et reproductrice. Mais le sida va être également lourd de conséquences pour les enfants qui, d'une part, risquent d'être contaminés par la transmission mère-enfant et donc de développer la maladie et, d'autre part, de subir une dégradation de leurs conditions de vie due aux problèmes familiaux que cela engendre : baisse des revenus des ménages touchés, risque de décès des parents... ; éléments qui auront des répercussions sur leur santé et leur survie.

Malgré ces perspectives pessimistes, nous pensons que la mortalité générale de l'Afrique va continuer à baisser, à un rythme ralenti, jusqu'à atteindre un seuil où un minimum d'infrastructure socio-économique est requis pour descendre en deçà. En terme de croissance démographique, cela signifie que l'Afrique devrait connaître un certain ralentissement de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOUNKE A., ASSOGBA M., ANIPAH K., 1989, *Enquête Démographique et de Santé au Togo 1988*, Unité de Recherche Démographique. Direction de la Statistique et Direction Générale de la Santé (Togo) et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (Maryland, USA), Lomé et Columbia.
- AKOTO E.M., 1985, *Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants*, Louvain-la-neuve, CIACO, 273 p.
- AKOTO E.M., TABUTIN D., 1989, "Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort." in PISON G., VAN de WALLE E. et SALA-DIAKANDA (eds.) *Mortalité et Société en Afrique*, Paris, INED, Travaux et Documents, Cahier n° 124, pp. 35-63.
- AKOTO E.M., 1989, *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication au Cameroun, au Kenya et au Sénégal*, Thèse de Doctorat, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain.
- AKOTO E.M., 1992, Mortalité et morbidité des enfants, in AKOTO E., GUINGNIDO J.G., et TABUTIN D., Ceds, *L'état et le devenir de la population du Bénin*, Porto-Novo, CNPMS, pp. 155-198.
- AKOTO E.M., 1993, *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire, Hypothèses et recherche d'explication*, Louvain la Neuve, Académia.
- AL-JEM M., TIMAEUS I., AOUN S., 1990, La mortalité au Maroc d'après les résultats de l'EPNS, in HILL A.G. (ed), *Determinants of health and mortality in Africa*, Demographic and Health Surveys, Further Analysis Series n° 10, pp. 183-208.
- ANTOINE P., HERRY C., 1984, Mortalité infantile et juvénile à Abidjan, in *La mortalité des enfants dans les pays en développement, Cahier des Sciences Humaines*, Paris, ORSTOM, pp. 141-155.
- BARNES-DEAN V.L., 1986, Lugbara illness beliefs and social change, *Africa*, 56 (3), pp. 334-351
- BEHM-ROSAS H., 1987, General panorama of mortality at young ages in developing countries : levels, trends, problems of measurement, in BEGHIN I., MASUY-STROOBANT, TABUTIN D. et VAN LERBERGHE W. (eds) *Health and Mortality of young children in developing countries*, *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, vol. 67, supp. 1, pp. 3-17.
- BLACKER J.C., 1991, Infant and child mortality: development, environment and custom, in FEACHEM R.G. and D.T. JAMISON (eds), *Disease and mortality in Sub-Saharan Africa*, Oxford, Oxford University Press (World Bank), pp. 75-86.
- CALDWELL J.C., 1979, Education as a factor in mortality decline. An examination of Nigerian data, *Population Studies*, 33(3), pp. 395-413.
- CANTRELLE P., DIOP L., GARENNE M., GUEYE M., SADIO A., 1986, The profile of mortality and its determinants in Senegal, 1966-1980, in Nations Unies (ed), *Determinants of mortality change and differentials in developing countries*, *Population Studies*, n° 94, pp. 86-116.

CANTRELLE P., LOCOH T., 1990, Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest, *Les Dossiers du CEPED* n° 10, Paris, CEPED.

CHIEH-JOHNSON D., CROSS A.R., WAY A.A., SULLIVAN M.J., 1988, *Demographic and Health Survey 1986*, Bureau of Statistics. Ministry of Planning and Economic Affairs (Liberia) et Institute for Resource Development/Westinghouse (Maryland/USA) Monrovia et Columbia.

GWATKIN D.R., 1980, Indications of change in developing country mortality trends : the end of an era ? *Population and Development Review*, 6 (4), pp. 615-644.

HILL K., PEBLEY A.R., 1989, Child mortality in the developing World, *Population and Development Review*, 15 (4), pp. 657-687.

LESETEDI L. T., MOMPATI G.D., KHULUMANI P. LESETEDI G.N., RUTENBERG N., 1989, *Botswana Family Health Survey II 1988*, Central Statistics Office. Ministry of Finance and Development Planning, Family Health Division. Ministry of Health (Botswana) et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (Maryland), Gaberone et Columbia.

MBACKE C. et VAN de WALLE, 1989, Les facteurs socio-économiques et l'influence de la fréquentation des services de santé, in PISON G., VAN de WALLE E., et SALA-DIAKANDA, *Mortalité et Société en Afrique*, Paris, INED, Travaux et Documents, Cahier n° 124, chap. 3, pp. 67-84.

MEDICAL/PREVENTIVE HEALTH DIVISION MINISTRY OF HEALTH (Ondo State, Nigeria), 1989, *Demographic and Health Survey 1986*, Institute for Resource Development/Macro Systems Inc., Akure et Columbia.

NATIONS UNIES, 1991, *La population mondiale à la sortie du XX^e siècle*, Division de la population.

NDIAYE S., SARR I., AYAD M., 1988, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986*. Ministère de l'Economie et des Finances. Division des Enquêtes et de la Démographie (Sénégal) et Institute for Resource Development/Westinghouse (Maryland, USA), Dakar et Columbia.

NDIKUMASABO V., VERNER L.H., MUKIZA-GAPERIE J., 1990, Les tendances récentes de la mortalité de 0 à 4 ans au Burundi à partir de l'Enquête Démographique et de Santé, in A.G. Hill (ed), *Determinants of health and mortality in Africa*, Demographic and Health Surveys, Further Analysis n° 10, pp. 155-181.

PISON G., VAN de WALLE et SALA-DIAKANDA M. (dir.), 1989, *Mortalité et Société en Afrique*, Paris, INED, Travaux et Documents, Cahier n° 124.

POPULATION REFERENCE BUREAU, 1991, *World Population Data Sheet* (Washington D.C., 1991).

REPUBLIC OF GHANA, 1989, *Ghana Demographic and Health Survey 1988*, Ghana Statistical Service (Ghana) et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc (Maryland USA), Accra et Columbia.

REPUBLIC OF KENYA, 1989, *Demographic and Health Survey 1989*. National Council for Population and Development – Ministry of Home Affairs and National Heritage (Kenya) et Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. (Maryland, USA), Nairobi et Columbia.

REPUBLIC OF THE SUDAN, 1991, *Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990*. Department of Statistics. Ministry

of Economic and National Planning (Sudan) et Institute of Resource Development/Macro International, Inc. (Maryland USA), Khartoum et Columbia.

REPUBLIC OF UGANDA, 1989, Ministry of Health, IRD/Macro Systems, *Uganda Demographic and Health Survey 1988-1989*, Entebbe and Columbia.

REPUBLIC OF ZIMBABWE, 1989, Ministry of Finance, Economic Planning and Development, IRD/ Macro Systems, Inc, *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1988*, Harare and Columbia.

SEGAMBA L., NDIKUMASABO V., AYAD M., 1988, *Enquête Démographique et de Santé au Burundi 1987*. Ministère de l'Intérieur. Département de la Population (Burundi) et Institute for Resource Development/Westinghouse (Maryland, USA), Gitega et Columbia.

SOUSA COLACO, L.F., 1986, *La mortalité des enfants à Luanda, étude exploratoire*, Thèse de Maîtrise, Département de Démographie, Université Catholique de Louvain.

TABUTIN D., (dir.), 1988, *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, l'Harmattan.

TABUTIN D., 1990, Evolution comparée de la mortalité en Afrique du Nord. De

1960 à nos jours. *Working Paper*, n° 150, Département de Démographie, Université Catholique de Louvain.

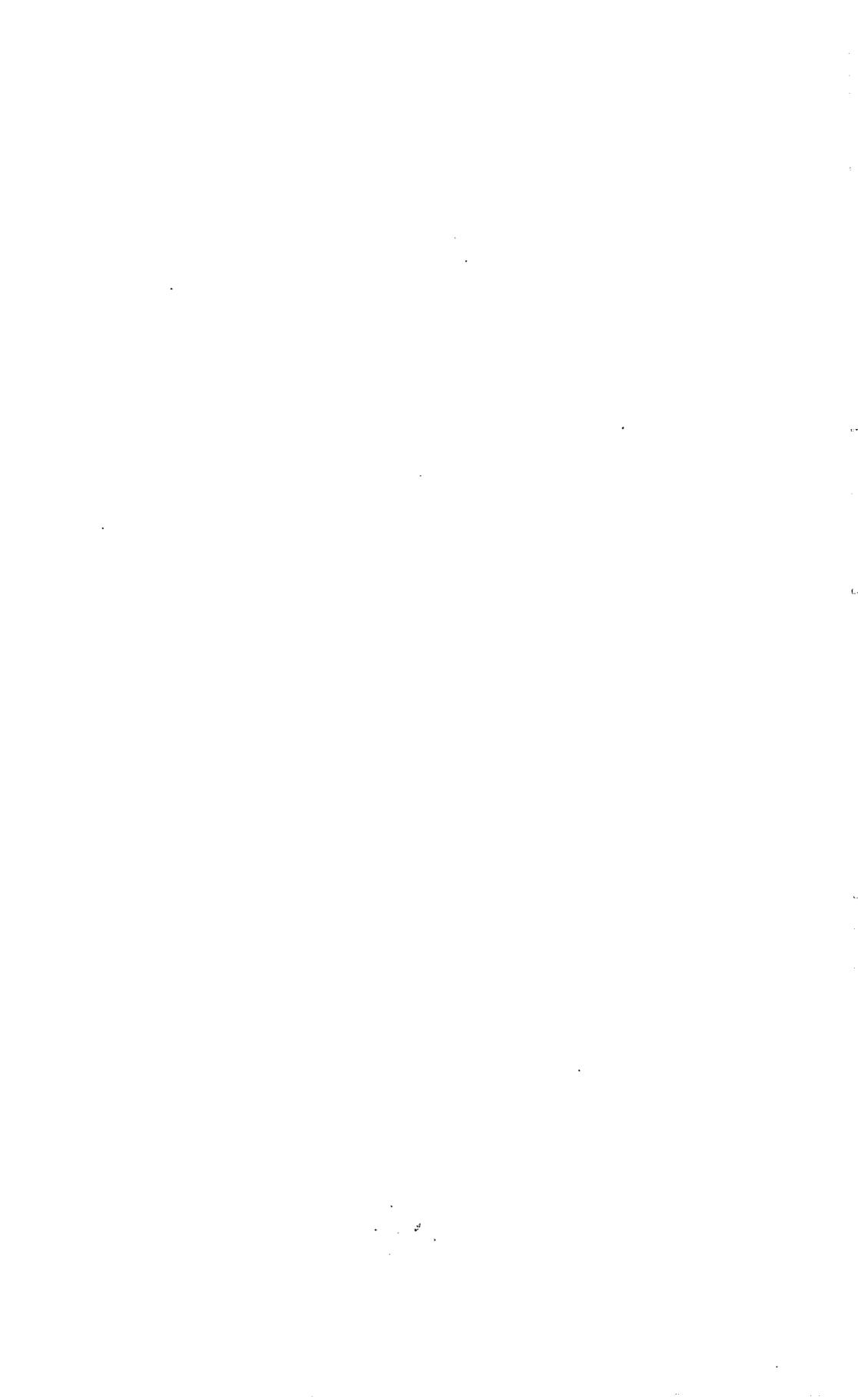
TIAPANI L., 1987, La Mortalité infantile et juvénile en Côte-d'Ivoire. Analyse à partir de l'Enquête Ivoirienne sur la Fécondité, pp. 107-144. in *Mortalité infantile et juvénile et facteurs socio économiques en Afrique*, Addis Abéba, CEA.

TIMAEUS I.M., 1991, Adult mortality : Levels, trends, and data sources, in FEACHEM R.G. and JAMISON D.T.(eds), *Disease and mortality in sub Saharan Africa*, Oxford, Oxford University Press (World Bank), pp. 87-100.

TRAORE B., KONATE M., TANTON C., 1989, *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*. Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement. Institut du Sahel (Mali) et Institute for Resource Development/Westinghouse (Maryland, USA), Bamako et Columbia.

WALTISPERGER D., 1988, Tendances et causes de la mortalité, in D. TABUTIN (dir.), *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, l'Harmattan, pp. 279-307.

**2 - NOUVEAUX MODÈLES
DE REPRODUCTION BIOLOGIQUE
ET STRATÉGIES FAMILIALES**



COMMENTAIRE GÉNÉRAL DE LA SÉANCE « NOUVEAUX MODÈLES DE REPRODUCTION BIOLOGIQUE ET STRATÉGIES FAMILIALES »

André QUESNEL

LES DÉBATS ACTUELS SUR LE THÈME DE LA SÉANCE

Les termes du débat proposé par cette deuxième séance : “Nouveaux modèles de reproduction biologique et stratégies familiales” posent implicitement que les formes de la reproduction sont instruites par des individus insérés dans des unités collectives et familiales. Il est vrai qu’en Afrique l’individu a encore un statut et un rôle définis par une hiérarchie et une imbrication d’unités collectives de filiation, de résidence, de production et de reproduction. Ces organisations pèsent fortement sur la constitution de la descendance. L’exigence d’une fécondité élevée qui en découle le plus souvent, peut être érigée en référent culturel. Dès lors celui-ci justifie le maintien des niveaux élevés de fécondité dans la plupart des sociétés et des classes sociales africaines. A ce paradigme, les démographes en ont longtemps opposé un autre : celui de “la théorie de la transition démographique” selon laquelle la modernisation de la vie économique et sociale amène inéluctablement à la famille nucléaire ; dans ce cadre les décisions et les pratiques en matière de reproduction matérielle, vitale et sociale ne peuvent que conduire à une faible fécondité.

Or d’un côté les anthropologues ont montré la souplesse des arrangements familiaux des sociétés africaines à toutes les époques face à la transformation de leur environnement politique, économique et social ; et d’un autre côté, on connaît la critique faite au dualisme contenu dans la théorie de la transition démographique tant en ce qui concerne les pays en développement que les pays industrialisés. Il n’est donc plus possible d’admettre ni la pérennité des modèles familiaux, ni l’unicité des modèles de reproduction vitale qui leur sont associés. D’ailleurs plusieurs auteurs, dont certains sont présents à ce

séminaire, ont montré que la famille n'avait pas évolué vers une forme nucléaire, mais que les arrangements, les objectifs et les stratégies des familles d'aujourd'hui avaient changé de nature du fait de l'insertion - voire de l'intégration - des sociétés rurales au marché et au monde urbain. Aussi est-ce par rapport à ces contextes en mutation que doivent être considérés les changements familiaux et la position des individus dans la famille. Bien sûr cela exige de poser une série de questions : celle tout d'abord de l'identification de la famille et du groupe domestique, dans et par ces sociétés ; puis amène à s'interroger sur la façon dont ces unités se structurent en fonction de leurs activités productives et sociales ; et enfin quels sont les objectifs, les rôles, le contrôle et les stratégies des individus selon leur statut, et selon leur appartenance à différentes unités collectives. A partir de cette reconnaissance de l'aspect pluridimensionnelle de l'évolution des arrangements familiaux, on est conduit aussi à reconnaître la pluralité des champs de référence des comportements reproductifs.

O. Frank nous rappelle d'ailleurs ici, à la suite de G. Mc. Nicoll, la segmentation du champ où s'inscrivent les comportements reproductifs, et que ces derniers trouvent une rationalité dans chacun de ces champs ainsi circonscrits. Dès lors, et de manière générale, les différentes logiques suivies par les institutions et les acteurs peuvent être imperméables les unes aux autres, ou bien incompatibles ou contradictoires, et dans ce cas elles sont génératrices de dysfonctionnements.

Or, de ce point de vue, on a tendance à ne pas prendre en compte l'influence sur les institutions de la baisse de la mortalité depuis quarante ans. En effet, on pose souvent la question de l'évolution de la fécondité en la reliant directement à la baisse de la mortalité, alors que cette dernière opère d'abord un dysfonctionnement des institutions (familiales, productives, etc.) en remettant en cause la synchronie de leur cycle de renouvellement respectif, et par ce biais la position, le rôle et les rapports sociaux des individus ; ceux-ci sont alors conduits à mettre en oeuvre des stratégies compensatoires les plus diverses qui modèlent de manière tout aussi diverse les unités collectives. C'est par ces médiations qu'émergent de nouveaux idéaux et pratiques de la fécondité. Dès lors pour rendre compte de l'évolution de cette dernière on ne peut être amené qu'à poser la problématique dans les différentes dimensions qui la constitue et à multiplier les modes d'approches.

On en est d'autant plus convaincu si l'on considère les communications qui nous sont présentées ici. En effet, il est difficile de dégager des sous-thèmes permettant de les regrouper, tant elles sont diverses dans leur approche, dans leur tentative de dégager de nouveaux modèles de fécondité, ou de

nouveaux arrangements familiaux qui seraient porteurs ou indicateurs de transformations des comportements reproductifs des individus.

Les auteurs ont cherché en quelque sorte le champ de référence où la fécondité (son niveau et son évolution) aurait sa logique la plus forte. Il y aurait la dimension culturelle, pour D. Yana et S. Ouattara, qui se fige dans la tradition ; la dimension économique considérée à travers la situation économique des groupes sociaux (Guillaume, Vimard), le processus de production agricole (Agouké *et al.*), les modalités de l'insertion urbaine (Antoine) ; la dimension sanitaire où l'on repose implicitement le problème des déterminants de la baisse de la mortalité, à travers le changement d'itinéraires thérapeutiques et d'attention à l'enfant (Guillaume, Vimard ; Agouké *et al.* ; Frank) ; la dimension institutionnelle, à travers la transformation du contrôle des unions (Agouké *et al.*), l'organisation de la famille et surtout les rapports entre les individus (homme-femme, parents-enfants, et plus particulièrement, comme le fait O. Frank, entre la mère et l'enfant).

En conséquence chacune des communications interpelle le lecteur de manière différente. Nous sommes donc enclins dans cette présentation à relever plutôt la façon dont les termes de l'évolution de la fécondité sont abordés dans chacune d'elles que les résultats qu'elles apportent.

COMMENTAIRE SYNTHÉTIQUE DES COMMUNICATIONS

S. Ouattara met en cause une approche occidental-centriste de la fécondité africaine, en posant des questions en termes simplificateurs qui supposent implicitement l'existence d'un référent culturel comme je l'évoquais plus haut. Pourquoi les africains défient-ils toute rationalité, entre autre celle de désirer une nombreuse descendance ? On a dit plus haut qu'il y a des rationalités dans différents champs circonscrits, qui sont peut-être incompatibles. Pourquoi y a-t-il procréation au mépris de la santé des enfants ? Il n'en est rien, bien au contraire, et je renverrai à la communication d'A. Guillaume et P. Vimard où l'on souligne que l'un des objectifs premiers de l'abstinence *post-partum* est de préserver la santé et la survie des nouveau-nés. Enfin une dernière question importante abordée par la communication est celle de la valorisation du statut de la femme par la procréation, et plus loin celle de la valorisation des enfants dans les sociétés africaines. Il convient de dépasser les termes génériques. En premier lieu il faut rappeler que le statut de la femme est défini dans d'autres espaces sociaux : la production par exemple. Il en est de même de la valorisation des enfants :

dans quel espace social, selon quel calendrier (court terme, long terme) et dans quel rapport avec les autres individus de la famille, se réalise cette valorisation (là je renverrai à O. Frank) ? Enfin la valorisation, dans les différents champs de référence, n'est pas cumulative, elle serait plutôt source de contradiction, ou de maximisation sous contraintes pour parler comme les économistes, comme on le relèvera dans la communication de A. Agouké, P. Lévi et M. Pilon.

D. Yana présente une étude fine de l'organisation familiale et migratoire, de deux sociétés : les Bamiléké et les Pahouin du Cameroun.

Il se base sur les caractéristiques culturelles de ces deux populations, pour examiner d'une part au niveau des variables intermédiaires de la fécondité, ce qui semble perdurer de la tradition, et d'autre part à travers ces variables, ce qui est l'expression de la tradition.

On relève que ces sociétés, que l'on nous présente comme ayant un référent culturel relativement proche en ce qui concerne la fécondité, se différencient par le degré d'urbanisation (les Bamiléké sont plus urbanisés) et le degré d'insertion dans le marché (plus fort chez les Pahouin). Il en découle des comportements différenciés entre les deux populations. Cela pose le problème de la permanence de l'identité culturelle. Or on s'appuie sur un contexte culturel figé à un moment donné (autour des années cinquante) et la fécondité n'est abordée que dans le sens du statut des hommes, de la circulation des femmes et des enfants qui définissent ce statut, alors que l'on se réfère très peu à la production, à l'insertion des unités domestiques dans l'économie de marché, et dans le monde urbain. Or ces situations qui pèsent différemment sur les deux sociétés considérées, vont restructurer la famille et redéfinir les rôles des individus à l'intérieur de celle-ci. C'est cela qu'il convient d'appréhender, me semble-t-il, dans l'univers singulier de chaque population, comme l'auteur le dit lui-même, si l'on veut rendre compte des relations famille-fécondité.

Il souligne en conclusion, à propos de la forte fécondité des Bamiléké plus urbanisés, un point essentiel qui mérite d'être approfondi : "les Bamiléké profitent de la modernité pour réaliser des idéaux traditionnels en matière de fécondité". Mais justement quels sont les idéaux de la fécondité de ces Bamiléké ? N'y-a-t-il pas des situations qui confortent les "idéaux dits traditionnels", ou qui favorisent l'émergence de nouveaux idéaux ?

A. Guillaume et P. Vimard s'intéressent justement à la différenciation des niveaux de fécondité, des idéaux et des pratiques reproductives des populations de Sassandra selon leur modalité d'insertion récente dans l'économie de

plantation, puis selon les effets de la crise de cette économie sur ces idéaux et pratiques, selon les différentes catégories économiques ainsi construites.

Les résultats sont très détaillés mais on relèvera pour tous les groupes sociaux : l'augmentation de la fécondité dans chaque groupe d'âge, et le rajeunissement du calendrier ; s'agissant d'un front pionnier, il n'est pas étonnant de voir cela plus marqué pour les groupes d'agriculteurs. Seuls les groupes des salariés agricoles et autres actifs non agricoles ont une pratique contraceptive.

Mais si l'hétérogénéité des niveaux et des idéaux de fécondité entre les groupes sociaux est l'aspect le plus remarquable de cette population, elle l'est tout autant entre les individus. En effet l'approche des idéaux révèle des contradictions entre les hommes et les femmes : ces idéaux sont en mutation dans la mesure où les individus se situent dans un champ plus ou moins ouvert sur l'extérieur, et que différentes et nouvelles contraintes pèsent sur eux.

La manière de percevoir et de traiter la scolarisation des enfants illustre bien comment le "travail" de réorganisation de leurs pratiques matérielles et sociales auquel sont soumis les individus peut affecter leurs idéaux reproductifs. En effet, pour la plupart des chefs de ménages, la scolarisation des enfants est envisagée d'un point de vue collectif : la réussite scolaire d'au moins un enfant est recherchée ; aussi, le nombre d'enfants n'est pas une gêne, bien au contraire, et en ce temps de crise économique seule une partie des enfants connaîtra une scolarité prolongée. A l'inverse seuls les chefs de ménage qui envisagent la scolarisation du point de vue des enfants seront amenés à l'intégrer comme une contrainte dans la constitution de leur descendance.

Dès lors on ne peut être étonné de l'expression paradoxale de la pratique reproductive de tous les groupes sociaux par rapport à leur situation et à leurs idéaux. Et c'est l'un des paradoxes que de constater que même dans les groupes sociaux qui présentent le désir de réduire leur descendance, et dont une partie des familles utilisent une méthode contraceptive, la fécondité est en hausse. Cela tient on le sait à la réduction de l'intervalle génésique du fait d'un moindre respect des durées réglementaires d'abstinence post-partum, et d'allaitement. Ceci viendrait donc confirmer que l'espacement des naissances est bien lié à ces règles ; ces dernières qui répondent à un objectif de santé sont encore largement perçues dans ce sens par la population puisqu'elle n'associe pas l'espacement à un moyen de planification familiale.

Dans le même ordre de problème que pose à l'analyse la dissociation entre les effets d'une pratique et les raisons qui la sous-tendent, on notera la part

importante du manque d'information comme raison déclarée du non recours à une pratique contraceptive, tant parmi l'ensemble des femmes que parmi les femmes qui expriment le désir de limiter leur descendance. Quand on connaît l'importance qui est accordée à cette variable pour construire le concept de "demande de planification non satisfaite" dans les enquêtes DHS, on est amené à poser la question de savoir si il n'y a pas là imposition d'une problématique de planification familiale à ces femmes au moment de l'enquête.

A. Agouké, P. Lévi et M. Pilon, à la différence de D. Yana, se placent ici dans une perspective historique, et non pas seulement ethnographique. Les auteurs s'appuient sur l'analyse des transformations qui affectent l'unité familiale et le mariage chez la population rurale Moba-Gourma du Nord-Togo, et chez cette même population immigrée à Lomé, pour rendre compte de l'évolution de la fécondité. Cette analyse requiert une identification préalable de ces deux institutions : par exemple l'unité familiale retenue sera différente selon qu'elle s'inscrit dans l'organisation de la production, ou le système résidentiel. Cette identification préalable est nécessaire dès l'instant où l'on se pose la question du contrôle démographique : qui le détient ? Y a-t-il passage de ce contrôle du lignage à une unité restreinte, de celle-ci à un individu, la femme ? Comment, par quelles médiations, se réalise ce passage ?

Ils abordent la contradiction soulevée par la forte baisse de la mortalité et le maintien (ou la faible baisse) de la fécondité. Chacun des deux termes présentent d'abord une série de paradoxes. La baisse de la mortalité serait due au développement de la bio-médecine avec la multiplication des dispensaires alors que l'on souligne à la fois que les soins sont encore majoritairement du ressort de la médecine traditionnelle et que l'auto-médication est en augmentation. Au delà du paradoxe, il faut lire dans ces faits la transformation et la diversification des itinéraires thérapeutiques des individus, voire un recours à la bio-médecine différencié selon les groupes sociaux, les générations, le statut de l'individu, et aussi le type de maladie. Aussi la question est-elle : qu'en est-il de l'attention et des soins portés aux enfants ? Quels sont leurs effets sur l'évolution de la mortalité dans l'enfance ? Il s'agit là d'un point important d'autant, comme le font remarquer les auteurs, que cette baisse de la mortalité n'est pas toujours perçue par les femmes et les hommes.

Quant au maintien des niveaux de fécondité, il est associé à la baisse de l'âge de l'entrée en union et de l'âge aux premières relations sexuelles, et à la réduction de la durée d'abstinence *post-partum*. Il est remarquable que cette dernière soit considérée par la population à la fois comme un non respect des règles, et comme responsable du maintien de la fécondité. On notera une différence avec les populations de Sassandra (Guillaume, Vimard),

où cette durée d'abstinence n'est pas perçue comme un mode de limitation de la descendance. Toutefois l'objectif premier de l'abstinence reste lié à la santé des enfants. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que les générations les plus jeunes, se réapproprient l'objectif de santé de l'espacement des naissances, tout en ne respectant pas la règle d'abstinence, à l'aide des méthodes contraceptives.

On assiste donc à une rénovation des pratiques par l'information diffusée de l'extérieur, information qui vient constituer d'autres pratiques en se télescopant aux règles en place tout en maintenant leur objectif. Cet aspect me semble important, il est central dans la communication d'O. Frank.

Cette absence de liaison directe entre la baisse de la mortalité et la baisse de la fécondité débouche sur un autre point important abordé dans cette communication et qui mérite discussion : le problème de la valorisation des enfants. Celle-ci ne peut plus être abordée de manière générique, d'autant qu'elle se différencie, selon que l'on se place sur le long terme ou sur le court terme, dans une perspective sociale ou économique ou sanitaire de la famille, et surtout selon que l'on se place du point de vue de l'homme ou de la femme. Dès lors toute transformation dans une de ces dimensions génère des idéaux différents et une gestion différentielle des enfants entre les hommes et les femmes. Par exemple les auteurs montrent bien que les nouvelles formes d'insertion des femmes dans la production agricole resurgissent au niveau du temps disponible dont elles disposent pour le travail et l'élevage des enfants, et que cette problématique s'exprime par le désir d'un intervalle entre les naissances plus long, plutôt que par celui d'en restreindre le nombre.

On retrouve cette démarche dans le travail d'O. Frank. Il s'agit, comme elle le dit elle-même, d'une spéculation sur la nature et l'origine des changements qui se produisent dans l'information, les règles et comportements qui s'imposent aux individus à partir de leur environnement social, économique et culturel.

Elle montre tout d'abord que l'époux et l'épouse se placent dans des champs de rationalité séparés quant aux comportements reproductifs. En particulier que la relation mère-enfant, qu'elle analyse ici, ne s'inscrit pas dans le domaine où se jouent les décisions de reproduction, domaine qui est celui de l'homme.

Du fait de leurs positions différenciées dans le champ de la reproduction, l'homme et la femme ne recevront pas de la même façon toute information : elle sera traitée, interprétée et utilisée de manière différente et séparée. Cette partition sera d'autant plus accentuée que l'informateur touchera un domaine géré par seulement l'un des deux. Il en est ainsi de la santé des enfants en bas âge.

La relation mère-enfant est abordée en terme de transaction entre les deux partenaires que sont la mère et l'enfant, les coûts qui s'y inscrivent peuvent être repérés de la même façon que dans la transaction entre firmes. On notera qu'il ne s'agit pas de se placer dans la perspective des modèles micro-économiques de la fécondité, où les coûts d'élevage des enfants sont confrontés aux coûts d'autres biens désirés par la famille.

Ici l'information diffusée par les centres de santé en matière d'hygiène et d'attention au nourrisson, les pratiques et la baisse de la mortalité qui en découlent, vont provoquer le changement d'identité du partenaire qu'est l'enfant dans la mesure où il y a une reconceptualisation de la place et du rôle de l'enfant dans la famille. Il s'en suit dès lors un changement des coûts de la transaction.

En effet dans la société africaine prétransitionnelle, à haute fécondité et haute mortalité, l'enfant est substituable, en ce sens qu'il peut être remplacé, et placé à l'extérieur. La baisse de la mortalité dans l'enfance change le temps de vie partagé entre les mères et les enfants, transforme leur relation et leur interaction affectives. Un processus d'individuation de l'enfant se met en place qui accroît tous les coûts de la transaction. Le plus fort investissement de la mère, tant au plan psychique qu'économique, peut l'engager à réduire sa descendance.

On comprend à la lecture de la communication d'O. Frank que, durant la période de transition, la transformation de la relation mère-enfant puisse s'exprimer par des idéaux et des pratiques de manière paradoxale voire contradictoire comme on l'a vu précédemment.

P. Antoine quant à lui s'est attaché aux conséquences de l'évolution de la taille, la structure et le cycle de vie des familles sur la redistribution des rôles à l'intérieur de celles-ci à Dakar entre 1955 et 1989.

Les ménages définis comme la même unité d'habitation peuvent comporter plusieurs noyaux. En 34 ans l'évolution est principalement caractérisée par un quasi-doublement de la taille, la diminution du nombre des chefs de ménages féminins, ce qui est remarquable si l'on compare aux autres capitales africaines ; un vieillissement des chefs de ménage ; un triplement de la proportion de ménages polynucléaire ; et enfin un rajeunissement de la structure par âge.

Il y a une complexité croissante des arrangements familiaux et surtout une plus forte proportion de la population vit à l'intérieur de ces arrangements complexes. En particulier 25 % de la population vit dans des ménages polygames.

La crise est responsable de cette complexité croissante des arrangements familiaux et de la transformation des rapports économiques et familiaux entre les générations. La situation des chefs de plus de 45 ans est significative de ce point de vue. En effet dans ces ménages de taille importante les chefs supportent des générations plus jeunes, celles qui ont des difficultés d'accès à un emploi et/ou à un logement. Il y a en quelque sorte une perversion des flux intergénérationnels dans la mesure où cette génération de chefs de ménage assure encore les besoins de ses aînés quand ils sont vivants, et doit assumer la charge de leurs enfants adultes, même quand ils ont été scolarisés.

La crise sera-t-elle le moteur de la restriction de la descendance des plus jeunes générations ? Il est difficile de le dire aujourd'hui.

ÉLÉMENTS DE DÉBAT

Le débat a porté sur les problèmes de définition de la famille et les possibilités de comparaison entre deux enquêtes. Les intervenants ont surtout insisté sur l'hétérogénéité rencontrée tant au niveau de la composition familiale que des comportements reproductifs. Il a été souligné que le régime démographique d'une population et d'une société, s'inscrit dans un champ multidimensionnel, qui exige la prise en considération des transformations de ces dimensions si l'on veut appréhender l'évolution de la fécondité.

Enfin on a réitéré la nécessité de considérer séparément la situation des hommes et des femmes en ce qui concerne la constitution de la descendance dès lors qu'ils n'assurent pas de la même manière leurs rôles parentaux à tous les stades de leur élevage.

D'une manière générale, à travers ces considérations et les questions soulevées par les communications se dessine la nécessité de prendre en compte l'insertion des individus dans de nouveaux espaces de socialisation dès lors que c'est par le biais de cette insertion que les arrangements familiaux se réalisent et que les rôles des individus à l'intérieur et par rapport à la famille se trouvent redéfinis.

Dans cette perspective, l'étude des arrangements familiaux ne peut plus être abordée du point de vue de la stricte situation résidentielle des unités collectives. En effet, si l'on songe par exemple au fait que nombre de ménages identifiés comme monoparentaux, sont dirigés par une femme mariée, on comprend qu'il sera difficile de mener une analyse des comportements reproductifs de ces femmes sans considérer l'unité plus large et segmentée qu'elles constituent avec leur mari. Bien évidemment, la prise en compte des composants familiaux que nous appellerons d'interaction, exige

de nouvelles méthodologies de collecte et d'analyse dans le cadre d'enquêtes à petites échelles. C'est à cette tâche qu'il faut s'atteler me semble-t-il, tout en exploitant plus finement les données sur la composition des ménages que procurent les recensements et les grandes enquêtes malgré leurs limites dans ce domaine. Enfin si l'on doit plus que jamais accorder attention particulière aux arrangements familiaux, il convient en même temps aujourd'hui de s'intéresser aux fonctions auxquels répondent ces arrangements, si l'on veut aborder les rapports entre les individus (selon le genre, la génération, le statut, etc.), rapports qui déterminent au bout du compte leur comportement reproductif.

ÉCHANGES INTRA-FAMILIAUX ET REcul DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE : QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT

Odile FRANK

Bien que de nombreuses études aient été consacrées particulièrement au cours des deux dernières décennies aux causes institutionnelles et structurelles du recul de la fécondité, on s'est fort peu préoccupé de la manière dont les individus réagissent aux influences contextuelles (information, règles) ainsi qu'aux modalités suivant lesquelles des comportements individuels aboutissent à des régimes démographiques et à la modification de la structure des populations. G. McNicoll affirme, à cet égard, que l'une des grandes composantes qui manque à l'approche structurelle est un modèle adéquat de la prise de décisions individuelles, capable de montrer comment les facteurs d'ordre institutionnel s'allient aux changements conventionnels des revenus et des prix d'un côté et à l'évolution culturelle de l'autre pour influencer sur les décisions en matière de fécondité (McNicoll, 1980 : 449). S'inspirant du concept de la rationalité circonscrite de H. A. Simon (1957), G. McNicoll présente sa propre thèse sur les modalités suivant lesquelles les modifications structurelles aboutissent aux changements individuels. Nous nous appuyerons également sur cette notion, après l'avoir expliquée.

Dans la présente étude, nous nous interrogerons sur la nature et l'origine des changements dans l'information et dans les règles issues du contexte socio-économique et culturel qui influent, à l'échelon individuel, sur le comportement en matière de fécondité dans l'Afrique sub-saharienne. A cet effet, nous nous inspirerons des théories économiques de la rationalité, des échanges et des coûts de transaction, mais en nous intéressant aux facteurs psychologiques plutôt qu'économiques (même dans le cas des coûts) et en axant notre propos sur la famille plutôt que sur l'entreprise ou sur le marché. En outre, nous traiterons uniquement des coûts de transaction apparaissant,

par exemple, entre générations différentes - notamment entre les enfants à charge et leurs mères - plutôt qu'entre conjoints, entre employeurs et employés ou entre l'enfant devenu adulte et ses parents.

En adoptant cette approche des rapports entre la mère et l'enfant nous ne sous-entendons pas qu'il existe entre eux un lien "commercial" pas plus que nous ne cherchons à les réduire à un dénominateur exclusivement économique. Il s'agit plutôt d'emprunter à l'approche économique quelques principes structurels susceptibles de contribuer à la compréhension du phénomène de la baisse de la fécondité.

Cette approche - qu'il convient d'expliquer - comporte trois éléments de base. La première est une hypothèse relative à la transmission de l'information et des règles à l'individu. En deuxième lieu, nous préciserons ce qu'on entend par coûts de transaction, et en troisième lieu nous indiquerons comment nous les appliquons aux relations mère-enfant pour comprendre le recul de la fécondité dans le contexte africain.

Transmission de l'information et des règles

La plus importante des tâches cognitives de l'individu consiste à traiter l'information en provenance de l'environnement, à la classer ou à la "coder" et à formuler des jugements - déductifs et relationnels - à son sujet. A l'issue de ce processus, l'information détermine donc le comportement.

Pour exploiter l'information, l'individu use de certaines stratégies conçues, en fait, pour accélérer la prise en compte de masses importantes de données impossibles à traiter intégralement. Ces stratégies, utiles pour accomplir efficacement cette tâche, limitent cependant l'aptitude de l'individu à porter des jugements exempts d'erreurs puisqu'elles reposent presque toujours sur la prise en considération du minimum indispensable d'informations plutôt que de la totalité des faits pertinents. En outre l'individu, en cherchant à réduire au minimum la masse des données nouvelles à traiter, se rabat largement sur la déduction intuitive, c'est-à-dire sur l'information pertinente antérieure mémorisée ou encore sur l'expérience ou l'observation. Cette "économie" cognitive permet de ramener le flot de l'information entrante à une masse de proportions maniables susceptible de servir utilement à diriger l'action, tout en permettant de modifier sans excès la base des connaissances qui orientent les comportements.

L'une des stratégies favorables à l'économie dans le traitement de l'information - mise en évidence par H. A. Simon (1957, 1967) - consiste à restreindre la tâche à un secteur plus simple et limité présentant une pertinence

immédiate. Le raisonnement - ou la rationalité - se trouvent ainsi circonscrits. Les données ne sont pas toutes traitées - une partie d'entre elles sont écartées pour manque de pertinence - et le nombre des options envisagées en vue de l'action est très sensiblement inférieur au total. Les limites sont définies grâce à l'information antérieure, à l'observation et à l'expérience.

Une manière évidente de simplifier le traitement mental du monde extérieur consiste aussi à segmenter la vie en domaines dotés chacun de limites naturelles qui aident à définir les données pertinentes dans chaque cas particulier. Nous avons déjà fait appel à ce concept pour expliquer pourquoi deux aspects d'un comportement, tels qu'une activité rémunérée et la création d'une famille, peuvent être ressentis de manière distincte à l'intérieur d'une unité conjugale donnée ; en d'autres termes, les responsabilités familiales sont, en un certain sens, scindées en deux secteurs virtuellement imperméables (voir Frank, 1990 : 3-11). La raison en est que chaque conjoint acquiert, du fait de son champ de responsabilités (attribué en vertu de facteurs sociaux, économiques et culturels), des informations pertinentes pour l'un ou l'autre domaine et peut ne pas tenir compte de l'information relative à l'autre, considérée comme hors de propos et superflue. On aboutit ainsi à des économies dans le traitement de l'information grâce à la rationalité circonscrite et à la segmentation des champs d'expérience.

A titre de première étape dans notre raisonnement, nous avancerons l'argument suivant lequel les interactions mère-enfant comportant un domaine segmenté de comportement et un élément de rationalité circonscrite. Au surplus, il nous semble que dans l'Afrique sub-saharienne ce domaine est entièrement distinct de celui à l'intérieur duquel se prennent normalement les décisions concernant la fécondité. Pour être plus précis, on assiste souvent en Afrique à une répartition des responsabilités familiales en vertu de laquelle le père, qui est propriétaire des biens (par exemple des terres, cultivées par les femmes), exerce en dernier ressort l'autorité parentale, fixe les normes de fécondité (nombre et espacement des naissances) mais n'assume qu'une partie minimale, voire nulle, des coûts entraînés par l'enfant (Frank, 1990 : 9-10). Dans ce contexte, le domaine de la mère, en tant que personne qui élève les enfants, englobe la totalité des coûts économiques et psychiques liés à cette activité, alors que le domaine du père est celui des décisions en matière de fécondité. Par suite du clivage entre ces deux domaines, ce type de décision dépend bien davantage de considérations liées au statut social que du coût, ce dernier échappant au champ d'observation du père. En d'autres termes, dans notre schéma les coûts entraînés par l'enfant représentent une information dénuée de pertinence pour le secteur segmenté de la prise de décisions en matière de fécondité.

Coûts de transaction

Les coûts qui nous intéressent ici sont surtout les coûts psychiques liés à l'échange mère-enfant. Pour les caractériser, on peut fort opportunément emprunter la notion des coûts de transaction empruntée à la terminologie économique. Les problèmes liés aux contrats ⁽¹⁾ – négocier, rédiger, suivre et faire appliquer des accords (Pollak, 1985 : 582) et l'approche fondée sur le coût de transaction reposent sur les relations à long terme entre parties contractantes structurées par des institutions - généralement des entreprises.

La notion de coût de transaction est déjà appliquée à l'institution qu'est la famille, mais elle sert à caractériser les relations économiques entre membres de la famille, par exemple dans le cas des transactions concernant le travail, le capital et l'assurance (Ben-Porath, 1980 ; Pollak, 1985). Dans le cas de la famille, l'approche fondée sur le coût de transaction reconnaît l'importance de la structure et de l'organisation interne des institutions et le fait que la famille est une structure "de gouvernance" (Pollak, 1985 : 584).

Il nous semble que les parties contractantes se trouvent à l'intérieur de la dyade mère-enfant comprenant une institution dotée d'une structure interne, et que les coûts pertinents sont parfaitement reconnaissables. En d'autres termes, le contrat entre la mère et l'enfant est similaire à tout autre ⁽²⁾ et comporte des coûts analogues qui représentent collectivement ceux des soins parentaux. Les coûts de négociation restent des coûts de la négociation, les coûts du suivi deviennent des coûts de vigilance, de surveillance et de garde et les coûts liés à l'application du contrat deviennent ceux, psychologiques et consommateurs d'énergie, de l'imposition d'une discipline.

- (1) La conduite des transactions elles-mêmes entraîne une certaine catégorie de coûts qui représentent une partie des avantages auxquels renoncent les parties et qui diffèrent seulement d'autres coûts qu'en ce qu'ils sont associés à un échange (Ben-Porath, 1980 : 5).
- (2) Ainsi que le fait observer Ben-Porath, un contrat suppose généralement une association volontaire, de telle sorte que la faille dans cette analogie serait le caractère involontaire du contrat entre géniteur et enfant. *"On pourrait s'élever, en l'espèce, contre cette analogie du fait que l'entrée d'au moins une des parties dans la relation est involontaire. Cependant, la transformation de l'événement biologique en un lien social susceptible d'embrasser plusieurs décennies suppose un comportement volontaire de la part des deux parties et la possibilité pour chacune d'entre elles de s'en dégager à un stade ultérieur (c'est nous qui soulignons). Les décisions parentales en matière de fécondité et de comportement à l'égard de leurs enfants au cours de leurs premières années d'existence sont unilatérales, mais probablement teintées par les attentes relatives aux relations mutuelles futures"* (Ben-Porath, 1980 : 3 ; texte anglais traduit par O. Frank).

Une autre modification concerne l'utilisation ou l'application des coûts de transaction dans les relations familiales. Dans les textes économiques et la littérature récente sur la sociologie de la famille, on recourt à cette notion pour analyser les activités exercées par les membres de la famille, leur allocation et leur distribution au sein de celle-ci ainsi que l'analyse des avantages et des inconvénients des contrats familiaux (Pollak, 1985 : 584). En l'occurrence, il s'agit moins d'évaluer l'utilité des coûts de transaction pour l'analyse de la famille et de comparer les coût des transaction intra-familiaux et extrafamiliaux que de se servir de l'approche fondée sur les coûts de transaction pour comprendre les changements qui se produisent progressivement dans les relations mère-enfant à la suite des mutations socio-économiques et culturelles.

En résumé, la famille est une institution ⁽³⁾ dont la gouvernance interne détermine des règles structurelles institutionnelles qui régissent les relations entre parents et enfants. Les rapports mère-enfant englobent aussi un domaine de l'activité familiale et les règles qui déterminent celui-ci proviennent de l'information traitée par la mère (et par l'enfant) et provenant de l'environnement socio-économique et culturel. Les relations de ce type comportent des coûts de transaction. Comme tous les autres types de coûts, on s'efforce toujours de les réduire au minimum. De plus, à mesure que le contexte évolue – particulièrement en ce qui concerne le développement socio-économique, la modernisation et/ou l'occidentalisation – ce n'est pas tant l'institution familiale qui se transforme, comme l'ont fait valoir certains auteurs (par exemple J.C. Caldwell, 1976) que les règles qui gouvernent tel ou tel contrat intrafamilial.

Les coûts de transactions liés aux relations mère-enfant dans l'Afrique sub-saharienne

Bien que la présente étude ne vise pas à peser les avantages et les inconvénients relatifs des contrats intrafamiliaux comparés aux contrats liés extrafamiliaux, il n'est pas inutile de se souvenir que l'un des avantages

(3) *“La famille est un groupe d'individus liés par le sang, le mariage ou l'adoption mais elle tire son importance sociale des activités qu'elle regroupe. Cette institution prend la forme d'un ensemble de droits et d'obligations associés aux rôles des membres de la famille qu'elle définit, constituant ainsi une transaction ou un contrat global ou encore une série de contrats interdépendants (mari-femme, parent-enfant...)”* (Ben-Porath, 1980 : 3).

capitaux des premiers est qu'ils reposent sur l'identité des parties (4). Cette prémisses joue évidemment un rôle majeur dans le lien entre la mère et l'enfant dans lequel l'identité de ce dernier assume sa pleine importance. Au surplus, l'identité est aussi forte lorsqu'elle est attribuée que lorsqu'elle survient naturellement ; en effet, les relations mère-enfant ne semblent pas s'affaiblir lorsque l'enfant est adopté, ou pris en nourrice à la mode africaine (Frank, 1984).

Aux stades précoces de la relation mère-enfant, l'identité de ce dernier importe davantage pour le "contrat" que celle de la mère. La survie même du nourrisson est fonction de l'importance critique de son identité depuis le moment de sa naissance. Le rôle de l'enfant est initialement involontaire ; subséquemment, l'identité de la mère acquiert pour lui une importance croissante à mesure que se développe l'attachement filial.

Si l'identité de l'enfant revêt une importance critique pour sa survie dans tous les contextes culturels et depuis les premiers temps de l'histoire de l'humanité (5), ses éléments ont connu d'importantes variations. La conceptualisation de l'enfant, ou ce que l'on pourrait appeler son "rôle", a subi bien des changements dans le passé et varie encore aujourd'hui suivant les milieux culturels. En Europe occidentale, par exemple, ce n'est pas seulement la signification de l'enfance mais aussi les années du cycle de vie de l'être humain considérées comme correspondant à l'immaturation économique et sociale qui se sont profondément modifiées entre le seizième et le vingtième siècles (Ariès, 1973).

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir des liens précis entre les mutations sociales, telles que les modifications de la définition de l'enfance, survenues dans le monde occidental parallèlement à la transition démographique, il apparaît clairement qu'une "reconceptualisation" de l'enfance a été associée, d'une certaine manière, à la diminution de la taille de la famille qui a marqué la phase finale de cette transition. Il est, par ailleurs, probable que la

- (4) *"La principale caractéristique du contrat intrafamilial est qu'il est ancré dans l'identité des partenaires en l'absence de laquelle il perdrait toute signification. Il est donc spécifique, non négociable ou non transférable...un cas extrême dans lequel l'identité joue un rôle est celui des relations affectives...mais...les gens s'intéressent à l'identité de ceux avec lesquels ils commercent pour des raisons pratiques qui ne peuvent se confondre qu'à l'occasion avec des rapports affectifs"* (Ben-Porath, 1980 : 4).
- (5) L'identité de l'enfant a aussi joué un rôle important, à des époques et dans des circonstances diverses, dans la rupture du contrat entre la mère et l'enfant destiné à assurer la non-survie de ce dernier. Tel a pu être le cas en particulier pour les enfants porteurs de difformités, les enfants "excédentaires" (naissances multiples), les enfants illégitimes non désirés, les enfants politiquement indésirables et autres.

“reconceptualisation” de l’enfance ait déjà joué un rôle capital et peut-être déjà apporté sa contribution la plus importante au recul de la mortalité infantile (Seeley, Frank, 1975 : 34 ; Frank, 1985 : 11-12).

Dans la mesure où la “reconceptualisation” de l’enfance a modifié l’identité de l’un des partenaires de la relation mère-enfant, le changement a été intégré dans l’information et les règles transmises à la mère par le contexte social, économique et culturel. En conséquence, les liens entre les deux partenaires se sont modifiés de même que les coûts de transaction liés au nouveau “contrat”.

On peut s’attendre à voir la relation mère-enfant dans l’Afrique subsaharienne se calquer sur son évolution historique dans les sociétés occidentales, d’autant que l’influence de ces dernières sur les normes culturelles africaines s’exerce aujourd’hui suivant des voies multiples. Compte tenu de la difficulté qu’il y a à établir un lien entre des mutations historiques dans la société et les changements au niveau de l’individu, particulièrement dans le domaine du comportement démographique, il se pourrait également que les comportements individuels et familiaux se transforment en Afrique même si les bouleversements sociaux et économiques sont moins profonds que ceux qui ont été associés au changement des comportements en Occident. Dans l’un des scénarios possibles, une large part de l’évolution du contexte requise pour modifier les règles des contrats intrafamiliaux pourrait ressembler davantage, *a posteriori*, à un développement fondé sur la modernisation ou l’occidentalisation à l’image du monde industriel qu’à une forme indigène du développement social et économique.

Quelle serait la nature de l’évolution de l’interaction mère-enfant dans le contexte de l’Afrique subsaharienne ? Pour en décrire les modifications potentielles au rythme des mutations sociales, du développement économique, de la modernisation ou de l’occidentalisation, on peut relever trois phases en étudiant les modalités de l’échange avant la transition économique ou démographique, l’interaction pendant la période de transition et enfin les formes de l’échange lors des mutations économiques et démographiques.

Les échanges mère-enfant dans les sociétés traditionnelles

Les conditions de vie dans les sociétés traditionnelles de l’Afrique subsaharienne sont telles que les évolutions de la mortalité et de la fécondité restent incertaines. La mortalité infantile est élevée, et la survie de l’enfant jusqu’à l’âge de cinq ans est exceptionnellement basse dans le contexte africain si on le compare aux taux observés dans d’autres régions en

développement au cours du vingtième siècle ⁽⁶⁾. La fécondité est incertaine en raison du risque élevé d'infécondité (Frank, 1983). En fait, la prévision de la taille définitive de la famille comporte des sources multiples d'incertitudes concernant les naissances, les décès infantiles et la possibilité d'être obligé de prendre – ou de donner – des enfants en nourrice.

Face à ces incertitudes, il est fort vraisemblable que l'identité de l'enfant joue un rôle capital mais elle est générique plutôt que spécifique. Il ne faudrait pas conclure pour autant que le lien mère-enfant soit, dans une mesure quelconque, moins affectif dans un climat d'insécurité ; mais il est en quelque sorte transmissible. Comme nous l'avons vu, Y. Ben-Porath a suggéré que l'une des caractéristiques principales du contrat familial pourrait être sa non-transmissibilité due au fait que l'identité de l'une des parties est spécifique. Dans le contrat mère-enfant, il nous semble que la relation avec le nourrisson doit être transmissible afin de permettre à la mère d'établir, au moins potentiellement (puisque évidemment les mères ont certaines préférences), la création d'un lien identique avec chaque nouveau-né et que l'affirmation de Y. Ben-Porath n'est pas infirmée pour autant qu'il s'agisse de l'identité de l'enfant. En d'autres termes, l'amour pour le nourrisson est transmissible aussi longtemps qu'il passe d'un nouveau-né à un autre et non à un autre membre de la famille, ce qui supposerait une identité totalement différente et un autre type de contrat.

Il semblerait donc psychologiquement logique que dans un climat de forte incertitude, les enfants soient interchangeables. Dans un autre contexte et en nous fondant sur une étude approfondie, menée au Burkina Faso auprès de 16 femmes dont les antécédents en matière de fécondité et de mortalité infantile ont été examinés en détail et qui avaient perdu un enfant au cours d'une enquête à passages répétés, M. Dakuyo et nous-mêmes avons posé en hypothèse qu'une tolérance à l'égard de l'"interchangeabilité" de l'enfant doit coexister lorsqu'une fécondité élevée est de règle (Frank, Dakuyo, 1985 : 41).

Cette supposition repose sur l'écart entre le nombre des enfants biologiques et celui des enfants effectivement élevés par les femmes étudiées. Celles-ci avaient donné naissance, au total, à 84 enfants. Près de 40 pour cent de leurs enfants nés vivants étaient décédés (32 cas de mortalité infanto-juvénile). Elles avaient donné huit enfants en nourrice et en avaient pris deux ; sur leurs

(6) Les seuls taux de mortalité infantile d'un niveau comparable sont sans doute ceux enregistrés en Europe au début des temps modernes (pour de plus amples détails sur le contexte de la mortalité infantile élevée en Afrique, voir O. Frank et M. Dakuyo, 1985).

50 enfants, biologiques ou non, 16 pour cent ne vivaient pas auprès de leurs mères biologiques. En résumé ces femmes, âgées de 17 à 44 ans, après avoir donné le jour, en moyenne, à cinq enfants vivants (la fourchette étant de 2 à 12 naissances), en élevaient la moitié ou plus au moment de notre enquête : le nombre d'enfants par famille le plus fréquemment rencontré étant de trois, pour une fourchette de un à sept.

La réduction et la convergence de la taille effective des familles résultaient principalement des décès infanto-juvéniles. Cependant, une certaine normalisation de cette taille avait été obtenue grâce au système du placement. Avant la prise en compte de ce dernier, le nombre moyen des enfants élevés par des femmes ayant donné des enfants en nourrice était légèrement plus élevé que celui des femmes qui n'avaient pris aucune disposition de ce genre (respectivement 3,1 et 2,9 enfants). Compte tenu des placements familiaux, le nombre moyen des enfants élevés par des femmes ayant usé de ce système s'est situé au-dessous de celui des femmes qui n'étaient pas dans ce cas (respectivement 2,3 et 2,9). Nous sommes parvenus à la conclusion que ces femmes devaient tolérer l'"interchangeabilité" pour s'accommoder de la perte et de la mobilité des enfants (7).

On peut raisonnablement interpréter le niveau élevé de la mobilité infantile dans la société africaine traditionnelle comme une adaptation aux décès des enfants et à leur "interchangeabilité". On observe également dans les sociétés traditionnelles une série d'autres comportements permettant de s'accommoder de la mortalité et de la mobilité infantiles qui relève des règles sur la manière d'élever les enfants imparties par le contexte social et économique traditionnel. Le faible degré d'interaction en face à face entre la mère et son enfant au cours des deux premières années d'existence de celui-ci mérite d'être relevé. Les nouveau-nés reçoivent chaleur corporelle, contact et nourriture pendant que leurs mères les portent sur leur dos, ce qui leur laisse les deux mains libres pour travailler. Cette manière de transporter l'enfant, outre qu'elle ne permet que peu d'interaction en face à face, réduit aussi

(7) *"Nous estimons que l'écart entre la parité et la composition effective de la famille élevée correspond à une volonté de survie applicable à tous les enfants mais qui ne s'attache pas nécessairement à des enfants spécifiques. Nous formulons l'hypothèse qu'afin de porter au maximum la taille de la famille survivante, cette tolérance de l'"interchangeabilité" des enfants est nécessaire en raison tant de la mortalité que de la mobilité infanto-juvéniles. Dans la pratique, il s'ensuit que les efforts pour traiter les enfants comme des individus, l'aptitude à se souvenir des détails de la dernière maladie à issue fatale d'un enfant et le deuil d'enfants considérés comme des individus peuvent coexister avec une acceptation transcendante de la mort d'un enfant ou une hésitation à lutter contre elle"* (Frank, Dakuyo, 1985 : 42).

l'interaction personnalisée. Il y a peu d'apprentissage de la parole, pendant lequel le jeune enfant pourrait observer et imiter les mimiques faciales et les mouvements labiaux associés à des sons. La parole apparaît naturellement au moment "normal" lorsque l'enfant, sevré, a quitté le dos de sa mère pour acquérir une pleine mobilité. A ce moment, il est plus souvent confié aux soins d'un frère ou d'une soeur aînée ou d'un autre membre de la famille que pris en charge par sa mère, laquelle est généralement occupée à allaiter un nouveau-né ou de nouveau enceinte.

Ce mode traditionnel d'interaction entre la mère et l'enfant réduit au minimum les coûts de transaction dans le contexte des impératifs traditionnels, sociaux, économiques et culturels ⁽⁸⁾. La mère est libre de se livrer pendant de longues heures à des travaux manuels sans être gênée par son enfant. L'interaction a surtout lieu pendant les tétées mais les bébés plus grands réussissent à se nourrir sans quitter le dos de leur mère. Les échanges en face à face ainsi que l'interaction personnalisée occupent peu de temps et le rôle pédagogique des parents n'est guère en évidence au cours des premières années. Accoutumées à voir mourir leurs enfants, les mères s'accommodent de la mobilité infantile et ne mettent pas l'accent sur l'identité individuelle de leurs enfants au cours de leurs transactions avec eux. Au surplus les familles adoptent souvent, lorsqu'il existe des possibilités de scolarisation, des stratégies consistant à choisir l'enfant ou les enfants qui recevront une éducation en fonction des avantages que pourra en retirer la cellule familiale ; l'accès à l'éducation et la possibilité de choix pour chaque enfant ne vont pas de soi.

L'interaction mère-enfant au cours de la période de transition

Pendant la phase du développement et/ou de la modernisation, la culture traditionnelle subit un grand nombre d'influences ; les informations et les règles émanant du contexte social, économique et culturel en mutation changent en conséquence. Nous avancerons que la première chose qui change dans le contrat entre la mère et l'enfant est la suivante. La première adopte de nouvelles règles concernant son aptitude à agir pour éviter la mort d'un enfant et elle est disposée à "payer" des coûts de transaction plus élevés afin d'attacher de la valeur à la survie d'un enfant déterminé plutôt que de

(8) *"Traditionnellement, on n'attend pas des enfants qu'ils amorcent une interaction avec des adultes ; et de fait nos observations montrent qu'ils le font rarement après l'âge de deux ans. On leur permet d'observer en silence la vie sociale des adultes mais pas davantage... ils sont censés rester assis sans parler, écouter la conversation et prendre part aux rires"* (Whiting, 1977 : 223).

chercher à obtenir une famille survivante d'une certaine taille quelle que soit l'identité individuelle des enfants dont elle se compose. Elle reçoit et recherche des informations sur la manière de faire face à la survie plutôt qu'à la mort à partir de règles de fonctionnement nouvelles. Tel est sans doute le cas actuellement dans la grande majorité des sociétés africaines.

Les incidences sur les comportements ordinaires de la mère qui élève son enfant sont multiples. Le nourrisson reste toujours sur le dos de sa mère pour n'être "déplacé" que par le nourrisson suivant, mais la mère déploie des efforts en prêtant attention à ses besoins, particulièrement en ce qui concerne sa santé, sa nutrition et les pratiques d'hygiène familiale (lavage des mains, préparation des aliments). Lorsque des soins médicaux modernes, préventifs et curatifs sont proposés, la mère y fait appel. L'enfant malade bénéficie de soins particulièrement attentifs. L'inévitabilité et l'uniformité de la maladie et de la mort ne sont pas acceptées sans distinction comme allant de soi ; l'enfant considéré comme un individu présentant des syndromes propres reçoit des soins personnalisés, dans la mesure des capacités maternelles.

La modification du contrat entre la mère et l'enfant entraîne des coûts de transition plus élevés pour la mère, puisqu'elle doit s'investir davantage dans le partenariat avec chacun de ses enfants. Si ces efforts accrus se révèlent prometteurs et que la mère obtienne un certain succès, ils sont aussi susceptibles de commencer à influencer sur son contrat avec son enfant survivant, accroissant encore les coûts de transaction. A présent, la mère s'autorise à considérer ses enfants comme des individus et à répondre aux caractéristiques et à la personnalité de chacun ⁽⁹⁾. L'enfant peut négocier pour obtenir la satisfaction de tel ou tel désir, d'où un nouvel accroissement de temps de transaction de la mère. La discipline nécessaire, ainsi que le temps consacré à la faire respecter augmentent, entre autres, en fonction des exigences des établissements d'enseignement et des programmes scolaires.

L'interaction mère-enfant dans les périodes de mutation économique et démographique

Une fois atteint le stade où la mortalité infanto-juvénile baisse rapidement et où les transformations sociales et économiques sont courantes, on observe une tendance croissante à l'augmentation substantielle des coûts de

(9) B. Whiting (1977 : 220) souligne combien il importe, dans les familles comptant de nombreux enfants survivants, d'éviter de distinguer tel ou tel d'entre eux afin de réduire aussi au minimum les coûts de transactions liés à la discipline. Comme il faut contenir autant que possible les rivalités entre unités familiales pour empêcher les conflits, on s'interdit de louer un enfant ou de lui prêter une attention particulière.

transactions au sein de la relation mère-enfant. Cette situation existe aujourd'hui dans des régions disparates de l'Afrique sub-saharienne, mais surtout dans les zones urbaines. La formation de la mère et les besoins éducatifs de l'enfant font que les soins à ces derniers absorbent beaucoup de temps. Pour élever son enfant et le maintenir en bonne santé, la mère doit prendre en compte un grand nombre de possibilités comportementales. Chaque enfant a sa personnalité propre et on recherche pour lui des occasions d'éducation. Une interaction en face à face, intensive et de grande ampleur s'exerce depuis le moment de la naissance.

Des travaux de recherche récemment menés au Kenya ont montré que le coût des transactions entre la mère et l'enfant a effectivement augmenté pour les mères kényannes depuis que le contexte social, économique et culturel s'est modifié. En particulier, le temps consacré par la mère à négocier et à interagir en face à face et seule avec son jeune enfant est très loin de celui qui correspond à la relation à faible coût de transaction des mères traditionnelles (Harkness, Super, 1984)⁽¹⁰⁾. Peu à peu, les coûts de transactions deviennent très lourds et les mères de la période transitionnelle ont davantage de peine à les assumer⁽¹¹⁾.

(10) “[Ces gens] accomplissent des choses pour eux-mêmes et leurs enfants. Il ne leur viendrait pas à l'idée d'empêcher un enfant d'aller en classe pour lui demander d'aider à prendre soin de ses jeunes frères et soeurs ou d'aider aux travaux des champs...Ils considèrent l'éducation comme essentielle; ils inscrivent leurs enfants à l'école maternelle dès qu'ils atteignent l'âge d'admission. Les enfants de sept ou huit ans, jadis considérés comme des “nourous” idéales pour les plus jeunes, ne sont plus disponibles pour jouer ce rôle...[Les enfants] sont formés à moins penser au bien-être des autres mais davantage à la compétitivité et à la recherche du succès individuel caractéristiques de l'enseignement des écoles de type occidental qu'ils fréquentent...Exposés à la psychologie et aux théories pédagogiques de l'Occident, les parents responsables concluent que de bons résultats scolaires conditionnent nécessairement le succès financier et le prestige de l'adulte. Ils se préoccupent de savoir comment former leurs enfants si la curiosité et l'autonomie favorisent les bons résultats scolaires” (Whiting, 1977 : 219, 222).

(11) A propos d'une jeune mère africaine ayant fait des études supérieures aux Etats-Unis, B. Whiting relate, à titre anecdotique, les tenants et les aboutissants du problème des coûts de transaction élevés dans un contexte de forte fécondité dans un cas inhabituel mais exemplaire: “De retour en Afrique et mère de quatre enfants en bas âge, cette jeune femme partage aujourd'hui un grand nombre des problèmes des mères américaines. Elle a eu de la peine à se faire suffisamment aidée en ville, alors qu'elle est loin de chez elle de huit heures du matin à cinq heures du soir. Familière des manuels de psychologie de l'enfant utilisés dans les universités américaines, elle craint aussi de ne pas prêter une attention suffisante au développement de ses enfants” (Whiting, 1977 : 224).

Au bout du compte, le contrat mère-enfant devient fort différent de ce qu'il est dans une société traditionnelle. Les coûts de transaction fortement accrus constituent le changement principal. Alors que le partenariat entre la mère et l'enfant n'entraînait à l'origine que des coûts minimaux liés à la nourriture et aux soins de base, l'enseignement en face à face étant réduit à sa plus simple expression (un grand nombre des tâches adultes que les enfants apprennent très jeunes pour pouvoir participer aux travaux agricoles – par exemple, aller chercher de l'eau et du bois, garder les animaux, ou arracher les mauvaises herbes sont apprises très rapidement, souvent après des années d'observation et d'imitation) et à la suite de la délégation d'une part très importante des soins aux enfants aux frères et soeurs plus âgés et à d'autres personnes, le partenariat mère-enfant devient en fin de compte un processus d'interaction, de stimulation, d'apprentissage, de surveillance constante et d'imposition d'une discipline qui est très absorbant et qui prend beaucoup de temps.

Lorsque les coûts de transactions deviennent aussi élevés, le seul moyen de les abaisser consiste à réduire le nombre des enfants sur lesquels on porte son attention. Nous aurions donc tendance à conclure que c'est par le truchement des coûts des transaction que l'influence du contexte social, économique et culturel s'exerce sur la fécondité, et que lorsque les impératifs des contrats entre la mère et l'enfant axés sur ce dernier entraînent des coûts élevés et incontournables, le principal recours de la mère consiste à réduire la taille définitive de sa famille. Les premières générations de mères se contenteront de limiter le nombre de leurs enfants par réaction aux nouveaux comportements requis par les règles qui régissent nouvellement les contrats mère-enfant. Les générations suivantes et plus jeunes apprendront, grâce à des informations et à des règles inédites, que pour élever des enfants, il faut leur consacrer beaucoup de temps ; elles pourront non seulement limiter la taille définitive de leur famille mais aussi éviter les grossesses précoces et espacer les naissances.

BIBLIOGRAPHIE

- ARIES Ph., 1973, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Seconde Edition (Edition originale, 1960, Paris, Plon). Paris, Editions du Seuil.
- BEN-PORATH Y., 1980, The F-Connection : Families, Friends, and Firms and the Organization of Exchange, *Population and Development Review*, 6, n° 1, pp. 1-30.
- CADWELL J.C., 1976, Toward a restatement of demographic transition theory, *Population and Development Review*, 2, n° 3/4, pp. 321-366.
- FRANK O., 1983, Infertility in Sub-Saharan Africa : Estimates and Implications, *Population and Development Review*, 9, n° 1.
- FRANK O., 1984, Child Fostering in Sub-Saharan Africa. Document présenté à la réunion annuelle de la Population Association of America.
- FRANK O., 1985, *Cultural determinants of receptivity to fertility regulations : a cognitive social learning perspective*, Document présenté au séminaire UIESP/CCAFFP sur "l'influence des facteurs sociaux sur les résultats des programmes de planification familiale", Jamaïque, 10-13 avril.
- FRANK O., DAKUYO M., 1985, *Child Survival in Sub-Saharan Africa : Structural Means and Individual Capacity*, Une étude de cas au Burkina Faso, Center for Policy Studies Working Paper, n° 122, New York : The Population Council.
- FRANK O., 1990, *The Childbearing Family in Sub-Saharan Africa: Structure, Fertility, and the Future*, Policy, Research, and External Affairs, Working Papers, n° 509, Washington : Banque mondiale.
- HARKNESS S., SUPER C.M., 1984, *Fertility change, child survival, and child development: observations on a rural Kenyan community*, Document présenté à la réunion annuelle de l'American Anthropological Association.
- MCNICOLL G., 1980, Institutional determinants of fertility change, *Population and Development Review*, 6, n° 3, pp. 442-462.
- POLLAK R.A., 1985, A transaction cost approach to families and households, *Journal of Economic Literature*, XXIII, pp. 581-608.
- SEELEY, FRANK O., 1975, *Psychological correlates of the implementation of family planning goals*, Thèse doctorale, Cambridge : Harvard University, School of Public Health.
- SIMON H.A., 1957, *Administrative Behavior*, 2nd Edition, New York : Macmillan.
- SIMON H.A., 1967, Motivational and Emotional Controls of Cognition, *Psychological Review*, 74, n° 1, pp. 29-39.
- WHITING B., 1977, Changing Life Styles in Kenya, *Daedalus*, Printemps, pp. 211-225.

ÉVOLUTION CONTEMPORAINE DES SCHÉMAS DE REPRODUCTION EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : LE CAS DES MOBA-GURMA DU TOGO

Akoua AGOUNKÉ, Pierre LÉVI, Marc PILON

Le rythme élevé de la croissance démographique dans la plupart des pays africains n'en finit pas de susciter des interrogations multiples. Pour ceux qui s'en inquiètent, le maintien d'une fécondité élevée est au centre des débats.

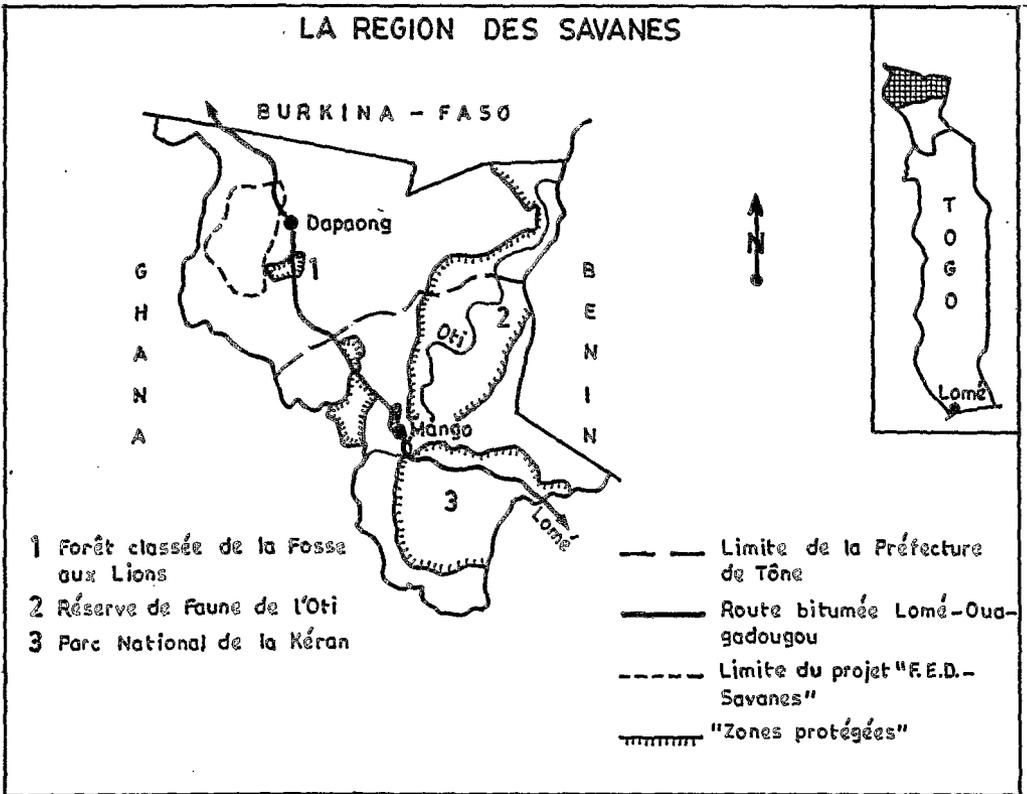
L'ensemble des travaux de recherche consacrés à ces questions révèle la multiplicité des facteurs agissant sur les comportements en matière de reproduction biologique, par le biais des "variables intermédiaires" de la fécondité, ainsi que la diversité et la complexité des mécanismes d'interaction.

En contrepoint du discours si souvent entendu, et encore maintenant, avançant un caractère essentiellement fataliste des attitudes en regard de la fécondité, de plus en plus d'analyses attestent de stratégies, individuelles et collectives, redonnant ainsi aux individus un véritable statut "d'acteur".

A l'instar de toutes les autres sociétés africaines, la société moba-gurma du Togo s'est trouvée confrontée, au cours de ce siècle, à d'importants changements tant politiques qu'économiques, culturels, etc., qui l'ont affectée dans sa globalité; et notamment au niveau de sa dynamique démographique.

Partant d'une présentation des traits essentiels de la société moba-gurma au tournant de ce siècle, et surtout des conditions définissant alors son schéma de reproduction biologique, notre communication s'attachera principalement, dans une mise en perspective historique, à montrer comment en milieu rural ce schéma a évolué, à en déterminer les causes, à en expliquer les mécanismes et à s'interroger sur l'avenir.

Carte n° 1 : Carte de situation géographique du pays moba-gurma



PREFECTURE DE TÔNE
Densités de population en 1981
(Source: M. Beccari, 1985)

Dans une dernière partie, la comparaison avec la situation prévalant au sein de la communauté moba-gurma ayant migré et résidant à Lomé, la capitale togolaise, permettra de mettre en lumière d'autres facteurs, d'autres mécanismes liés aux comportements de reproduction, et d'en tirer quelques enseignements en rapport avec une problématique de la transition démographique ⁽¹⁾.

TRAITS ESSENTIELS DE LA SOCIÉTÉ MOBA-GURMA AU TOURNANT DU XX^e SIÈCLE

Les Moba, souvent considérés comme des autochtones de l'extrême Nord-Togo, mais dont l'origine véritable reste à définir ⁽²⁾, occupent pratiquement la moitié ouest de la préfecture de Tône (voir carte). Les Gurma sont prédominants dans la moitié est, au terme d'un peuplement qui remonte au XVIII^e siècle et s'est fait par vagues successives d'immigration en provenance du pays gourmantché (dans l'actuel Burkina-Faso) ⁽³⁾.

S'il est vrai qu'une personne ne se définira jamais comme étant Moba-Gurma, mais l'un ou l'autre, les deux ethnies présentent suffisamment de points communs (croyances religieuses, organisation sociale, système de production et foncier, système matrimonial) pour que l'on puisse parler de la société moba-gurma ⁽⁴⁾. Les différences observées, aux plans linguistique et cérémoniel, apparaissent plus souvent liées à l'appartenance clanique qu'ethnique.

- (1) Les analyses présentées ici s'appuient essentiellement sur les résultats d'un programme de recherche mené auprès de la population moba-gurma du Togo, visant à une meilleure connaissance de sa dynamique démographique et de la place que celle-ci occupe dans l'évolution globale de la société. Ce programme s'est articulé en deux phases. La première, consacrée au milieu rural d'origine, au Nord-Togo, vit la réalisation d'une première enquête socio-démographique de base, en 1985 (Lévi, Pilon, 1988), suivie en 1986 d'une enquête complémentaire (Rey, 1989) centrée sur les déterminants proches de la fécondité, les comportements des femmes en matière de santé maternelle et infantile et leur situation économique. La seconde phase, menée à Lomé, en milieu urbain, repose sur la réalisation d'une seule enquête, en 1990, reprenant l'ensemble des thèmes abordés en zone rurale (cette phase s'est déroulée dans le cadre d'une convention entre l'ORSTOM et l'URD).
- (2) Selon un processus d'assimilation, une partie des Moba est en fait d'origine Mamprussi (venus du Ghana), voire Mossi, comme en témoigne souvent l'historique du peuplement.
- (3) D'après le dernier recensement de la population, en 1981, les ethnies Moba et Gurma représentent 85 % de la population de la préfecture de Tône (soit 211 069 personnes), et sont à 88 % concentrées dans cette préfecture.
- (4) Pour des premiers éléments d'un débat sur la pertinence d'une distinction entre Moba et Gurma, voir S. Rey, 1989 : 34-40.

Les Moba-Gurma occupent une région de savane, au climat sub-soudanien, et pratiquent traditionnellement une agriculture d'auto-subsistance, basée sur le mil et le sorgho. Celle-ci présente les caractéristiques suivantes : système de culture extensif, pratique de longues jachères pour la régénération des sols, technologie rudimentaire de la houe, utilisation de la force de travail humaine, faible productivité du travail, division sexuelle du travail ; le travail de la terre est principalement le fait des hommes, les femmes assurant les semis et le transport des récoltes.

La naag (la concession), qui est le seul regroupement d'individus directement repérable dans l'espace, constitue l'unité résidentielle de base et correspond dans la plupart des cas à l'exploitation agricole – unité de production et de consommation. Y appartiennent toutes les personnes travaillant sur les mêmes champs collectifs et vivant ensemble sous l'autorité d'un chef d'exploitation (le naagdan) qui est généralement un homme et le plus vieux de la plus ancienne génération. Ce groupe domestique peut être constitué d'une ou plusieurs familles nucléaires, selon qu'il y a ou non présence de dépendants mariés (fils ou frères), avec ou sans enfants.

La société moba-gurma, de type patrilinéaire et patrilocal, repose sur une organisation clanique et lignagère tant au plan social que politique, économique, foncier et religieux. L'accès aux épouses, basé notamment sur le principe de l'échange de femmes, sur la règle de l'exogamie clanique et pouvant passer par la pratique de la polygynie, constitue un enjeu majeur (Pontié, Pilon, 1990). Plus qu'un type de mariage, l'échange de femme est la logique qui sous-tend l'ensemble du système matrimonial. Pour toute femme reçue en mariage, le clan bénéficiaire doit en principe en redonner une autre, en "remplacement", pour éteindre la "dette". Le mariage est avant tout une affaire collective, un arrangement entre groupes (lignages, clans), qui peut créer des obligations aux générations futures (en cas d'échange différé et de "remboursement d'une dette" de femme). Il laisse fort peu de place aux espaces individuels de liberté, particulièrement pour les femmes⁽⁵⁾. Précocité du mariage, intensité du remariage des veuves et divorcées encore fécondes,

(5) A celle qui refuse de rejoindre le mari choisi pour elle et qu'elle ne connaîtra généralement qu'au dernier moment, la société moba-gurma réserve une forme particulière de l'initiation féminine habituelle (Kondi). On la met au "couvent" : *"Séquestrée dans une case sous la responsabilité d'un vieux, au secret pendant plusieurs mois, elle sera suralimentée et abreuvée de drogues destinées à la « rendre docile ». Elle en sortira enceinte souvent, le mari ayant su profiter opportunément de sa « docilité », et parfois mentalement atteinte. Mais ne vaut-il pas mieux une femme abrutie que pas de femme du tout ?"* (Pontié, Pilon, 1990 : 98).

quasi inexistence du célibat féminin définitif, et pratique de la polygynie concourent à la réalisation d'une forte fécondité, féminine et masculine.

Les quelques proverbes et prières cérémonielles suivants illustrent les représentations et l'importance des rôles assignés à la fécondité au sein de la société moba-gurma :

“Le clan qui est nombreux, c'est le clan fort”

“Si je meurs, que mon nom soit prononcé”

“Tu laisses passer le temps de ta descendance”

“Le voleur n'a pas d'enfants”

“Le vieux champ des parents ne reste pas inculte tant qu'il y a des enfants” (6)

A travers le mariage, la fécondité est au centre des rapports de force entre clans qui mesurent leur puissance au nombre de leurs membres. Le système de production, utilisant la seule force de travail humaine, nécessite une forte descendance pour assurer la subsistance du groupe et plus tard celle des parents.

Le statut social de la femme passe par sa fécondité. Pour les hommes, ce sont à la fois le nombre d'épouses et le nombre d'enfants qui déterminent son statut social et économique et lui garantissent pour l'au-delà un statut honorable d'ancêtre dont le nom sera d'autant plus souvent prononcé que les descendants sont nombreux.

Dans un contexte de forte mortalité, mettre au monde beaucoup d'enfants est aussi une nécessité pour s'assurer qu'il en restera suffisamment pour la survie du groupe (“l'effet de remplacement”).

Mais il faut noter que cette recherche d'une fécondité élevée ne doit pas se faire au détriment de la santé des enfants préservée par un allaitement prolongé et le respect de l'abstinence post-partum, induisant des longs intervalles entre naissances. Comme le relève S. Rey, “ce schéma est si fort dans la société qu'il existe une maladie du dernier enfant dont la mère a conçu trop vite : *nielg* [...]” (Rey, 1989 : 178).

L'ÉVOLUTION CONTEMPORAINE DU SCHEMA DE REPRODUCTION DÉMOGRAPHIQUE EN PAYS MOBA-GURMA

L'évolution majeure ayant affecté la population moba-gurma réside dans une accélération du rythme de sa croissance : estimé à environ 1 % au début des années 1920, le taux d'accroissement moyen annuel a dépassé les 2 % au

(6) Repris de M. Pilon (1991 : 121) et tirés de P. Reinhard (1983) et Y.D. Lambon (1980).

moment de l'indépendance en 1960, pour atteindre environ 3,5 % dans les années 1980 (Pilon, 1991) ; et ce, en dépit de mouvements migratoires essentiellement tournés vers l'étranger (Ghana et Côte-d'Ivoire), mais qui demeurent surtout des migrations temporaires de travail de la part des jeunes hommes célibataires. Cette évolution de la croissance démographique est due à l'effet conjugué d'une baisse sensible de la mortalité dans l'enfance et d'un maintien d'une fécondité élevée, voire d'une hausse.

Apports de la bio-médecine et comportements de santé

Entre les années 1940 et 1980, les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont respectivement passés, d'environ 200 p. 1000 à 90 p. 1000 et d'environ 230 p. 1000 à 100 p. 1000.

Cette évolution à la baisse de la mortalité des enfants tient au développement, surtout depuis l'indépendance, des infrastructures sanitaires et des diverses actions de santé de nature préventive (programmes de vaccination, services de PMI...). Il est à noter qu'elle s'est d'abord produite dans la partie ouest de la préfecture ("zone moba"), mieux pourvue en infrastructures médicales.

Cependant, les comportements de santé restent largement conditionnés par les pratiques traditionnelles, notamment durant la grossesse et lors de l'accouchement, périodes très imprégnées des représentations religieuses.

De ce fait, la très grande majorité des accouchements continue à se faire à domicile ou là où les douleurs prennent la femme (au champ, sur la piste...), et donc dans des conditions sanitaires très précaires ⁽⁷⁾ ; ce qui explique une relative stabilité de la mortalité (Rey, 1989). Quant aux consultations prénatales et de suivi des enfants, elles "*ne sont pas réellement perçues comme des moyens pour prévenir la maladie, puisque toute maladie puise sa cause dans un "désordre social" qu'il faudra expliquer à l'aide du devin*" (Rey, 1989 : 72).

Dans l'ensemble, les démarches thérapeutiques restent caractérisées par une prédominance du recours à la médecine traditionnelle et aux thérapies familiales (plantes, automédication ⁽⁸⁾), sans pour autant traduire un rejet *a priori* de la bio-médecine ; la préférence à l'un ou l'autre des deux types de médecine varie selon les maladies et les expériences vécues.

(7) Cette situation devrait s'améliorer sous l'effet de plusieurs programmes en cours, de formation "d'accoucheuses traditionnelles".

(8) Qui se fait à partir des ventes illicites de médicaments, souvent frelatés, sur les marchés.

Au bout du compte, la baisse de la mortalité des enfants apparaît être davantage le fait d'un interventionnisme médical que d'un changement notable des comportements face à la maladie.

Les causes d'une fécondité restée élevée et en hausse

D'après les données de l'enquête réalisée en 1985, l'indice synthétique de fécondité, calculé sur la période 1980-84, est de 7,8 enfants par femme, ce qui le situe à un niveau parmi les plus élevés du Togo ⁽⁹⁾.

En outre, la comparaison de cet indice avec la descendance finale observée à 45-49 ans, qui est de 7,6 enfants par femme, révèle une tendance à la hausse des niveaux de fécondité ; résultat confirmé par la comparaison des taux de fécondité par groupe d'âges selon les générations. Ce constat amène à se poser deux questions : d'une part, pourquoi, dans un contexte de diminution sensible de la mortalité, la fécondité n'a-t-elle pas baissé ? D'autre part, pourquoi a-t-elle même tendance à augmenter ? Non seulement le nombre d'enfants survivants augmente, mais les femmes en mettent davantage au monde.

L'analyse des "*variables intermédiaires*" de la fécondité et de leur évolution permet d'apporter des premiers éléments de réponse.

Permanence et changements du schéma traditionnel de nuptialité féminine

Précocité, intensité, stabilité du mariage et rapidité du remariage continuent de caractériser la nuptialité féminine en pays moba-gurma. D'après les données de l'enquête de 1985 :

- 2 % seulement de femmes déclarent être célibataires à 50 ans ;
- 82,7 % des femmes n'ont contracté qu'une seule union ;
- 0,3 % seulement de femmes sont "divorcées" au moment de l'enquête ;
- l'âge moyen au premier mariage est de 17,2 ans pour la période 1980-85 (contre 17,6 ans pour la période 1968-72).

Sur ce dernier point, cette légère évolution à la baisse de l'entrée en union des femmes est confirmée par les données censitaires de 1970 et 1981, avec des âges moyens respectivement de 16,5 ans et 15,7 ans, pour l'ensemble du

(9) D'après les estimations issues des données du recensement national de la population en 1981, effectuées à partir des naissances des douze derniers mois, l'ensemble de la population moba-gurma (y compris urbaine) présentait alors le niveau de fécondité le plus élevé du pays, avec une valeur de 7,1.

milieu rural de la préfecture. Outre que la diminution apparaisse ici plus accentuée, la précocité de la primo-nuptialité semble aussi plus marquée. Pour expliquer cette différence entre les deux sources, l'hypothèse d'une surestimation de l'âge des jeunes femmes lors de l'enquête de 1985 nous semble devoir être retenue. A noter par ailleurs l'observation faite, d'une fécondité des jeunes femmes de moins de 20 ans plus élevée car plus précoce que celle de leurs mères. Aussi, d'après S. Rey, "*il semble notable que les jeunes filles commencent actuellement leur vie sexuelle très tôt après leurs premières règles*" (Rey, 1989 : 177). Alors qu'auparavant, les parents s'assuraient que leur fille était suffisamment "forte" avant de la donner en mariage et donc de lui faire commencer sa vie féconde.

Au vu des chiffres ci-dessus, il apparaît très clairement que le mariage demeure une préoccupation de premier ordre. Bien que cela se fasse plus rare, il arrive encore que des jeunes filles "récalcitrantes" qui refusent le mari choisi par les familles, connaissent l'expérience traumatisante du "*Kondi*". Par ailleurs, non seulement le trop faible niveau du taux de scolarisation féminine (14,5 % en 1981 au lieu de 39 % pour les garçons, Pilon 1991) n'a pas pu entraîner, comme cela s'observe fréquemment, un premier mariage plus tardif, mais c'est précisément la logique matrimoniale moba-gurma qui explique pour une large part l'importante sous-scolarisation des filles (10).

Cependant, l'accès des jeunes filles au mariage connaît quelques évolutions. Dans les années 80, plus d'une jeune fille moba-gurma sur cinq (22 %) s'est mariée par "enlèvement" (*puotugnu*), c'est-à-dire par consentement mutuel, libre choix des deux conjoints, contre une proportion de 4 % avant 1950 (Pilon, 1990). Le développement de cette forme de mariage traduit une revendication croissante d'une liberté individuelle des futurs conjoints à se choisir (11).

Bien que la différence observée soit très faible, on note que les femmes qui se sont mariées pour la première fois par "enlèvement", l'ont fait légèrement plus tôt que celles mariées dans le cadre coutumier : 17,0 ans contre 17,3 ans (Pilon, 1990).

En résumé, il apparaît très nettement que le schéma actuel de la nuptialité féminine concourt toujours à favoriser la réalisation d'une descendance

(10) La crainte d'une grossesse précoce sur les bancs de l'école est une autre raison d'un moindre accès des filles à l'école ou leur retrait en cours de scolarisation.

(11) Encouragé par le Code togolais des personnes et de la famille promulgué en 1980, ce phénomène n'est pas sans générer de nombreux conflits en rapport avec la logique de l'échange (Pontié, Pilon, 1990).

nombreuse. Cependant, on peut s'attendre à ce que la réduction de l'âge d'entrée en première union, connaisse tôt ou tard, un renversement de tendance.

Mais l'essentiel de l'explication d'une hausse de la fécondité tient à l'évolution des variables intermédiaires du *post-partum*.

Un allaitement moins long et un moindre respect de l'abstinence sexuelle après l'accouchement

Les pratiques traditionnelles que sont l'allaitement et l'abstinence sexuelle continuent certes d'assurer un espacement des naissances assez long : 34,7 mois en moyenne (médiane de 33 mois) pour le dernier intervalle fermé (12).

Mais cet intervalle a tendance à se raccourcir dans les nouvelles générations féminines, avec des durées moyennes de 33,9 mois chez les femmes de 25-34 ans et 31,4 mois chez celles de 15-24 ans. Du reste, cette évolution est fort bien perçue tant par les hommes que par les femmes : tous évoquent le problème des grossesses trop rapprochées.

Cette situation résulte à la fois d'une réduction de la durée d'allaitement maternel et d'un moindre respect de la règle de l'abstinence *post-partum*. Leurs durées moyennes, relatives à l'avant-dernier enfant, sont respectivement de 26,4 mois et de 17,5 mois et de 15,6 mois pour l'aménorrhée *post-partum* (Rey, 1989). Pour toutes ces durées, on observe une tendance au raccourcissement chez les jeunes générations. L'assez longue durée observée de l'abstinence traduit le rôle primordial joué par cette règle dans l'espacement des naissances. Sa réduction, en terme de moindre respect, est d'ailleurs la raison première avancée par jeunes et vieux pour expliquer les grossesses plus rapprochées et un nombre d'enfants mis au monde plus élevé.

Quels sont alors les autres facteurs pouvant expliquer ces changements dans les comportements liés à la reproduction ?

Tout d'abord, "*les progrès de la médecine interviennent dans le moindre respect des règles traditionnelles du post-partum surtout chez les jeunes qui considèrent que les grossesses rapprochées ne comportent plus le même risque pour la santé des jeunes enfants en cours de sevrage car ils pourront être rapidement soignés*" (Rey, 1989 : 276).

(12) Pour lequel l'avant dernière grossesse a eu pour issue un enfant né vivant ou mort-né (Rey, 1989).

Mais, la question fondamentale reste bien celle-ci : pourquoi les hommes et femmes moba-gurma continuent-ils d'accepter ou de rechercher une forte descendance, et qui plus est en accroissement ?

A propos de l'évolution du statut économique des femmes et des enfants

La baisse de la mortalité, pourtant sensible, n'a manifestement pas supprimé "l'effet de remplacement" des enfants. *"Des entretiens menés auprès des familles montrent que ce "recul de la mort" n'est pas toujours perçu, car avec la croissance démographique le nombre de décès augmente lui aussi en valeur absolue ; et quand bien même cette perception existe, les gens le perçoivent rarement comme un acquis définitif - probablement avec raison"* (Pilon, 1991 : 122).

Les autres représentations et rôles traditionnels assignés à une forte fécondité demeurent aussi très prégnants, particulièrement au plan économique. Le besoin en main-d'oeuvre familiale reste prépondérant pour l'exploitation agricole des terres, une descendance nombreuse demeure la principale garantie pour la vieillesse. Cette dimension économique de la fécondité s'est en outre trouvée renforcée par les multiples transformations qui ont affecté tant le milieu physique que la vie sociale et économique du pays moba-gurma :

- Amorcé au début du siècle, le développement à partir des années 1920 et jusqu'à aujourd'hui des mouvements migratoires vers l'étranger (Ghana et Côte-d'Ivoire), concernant surtout les hommes jeunes et célibataires, a pesé inévitablement sur la disponibilité de la force de travail au sein des exploitations agricoles ⁽¹³⁾.

- Le développement des cultures de rente, l'arachide et surtout le coton, constituent les principales sources de revenus monétaires en milieu rural ; la culture du coton, fortement encadrée ⁽¹⁴⁾, est exigeante en temps de travail.

- La culture attelée (charrue à boeufs), introduite au début des années 1960 dans la partie ouest (Moba) par des migrants de retour du Ghana, a connu une large diffusion, les paysans y voyant avant tout le moyen de travailler plus vite et manière moins pénible ⁽¹⁵⁾. Cependant l'extension des superficies cultivées se heurte à un goulot d'étranglement lors des travaux de

(13) Pour une analyse détaillée du phénomène migratoire, voir M. Pilon et G. Pontié (1991).

(14) Pour l'organisation de la culture du coton, voir A. Schwartz (1985).

(15) Pour une évaluation de la culture attelée, voir Sotoco (1987), K. Djagni, G. Faure (1989).

sarclage : la charrue n'étant pas utilisée pour cette opération, le recours à la main-d'oeuvre s'en trouve accru.

- L'effet combiné d'une croissance démographique importante et de l'absence d'une réelle intensification agricole ⁽¹⁶⁾ s'est traduit par un appauvrissement progressif des sols ⁽¹⁷⁾, dont la mise en valeur nécessite un travail accru.

- La monétarisation de l'économie et l'apparition de nouveaux besoins et services (habillement, santé, scolarisation, biens matériels...) ont entraîné une nécessité croissante d'accéder à des revenus monétaires.

Chez les cadets (en position de "dépendant"), ces évolutions ont entraîné un désir croissant d'une indépendance économique plus grande et plus précoce, qui se traduit par, d'une part la mise en culture de champs personnels, d'autre part une pratique accrue de la segmentation des groupes domestiques ⁽¹⁸⁾, un accès plus rapide et plus fréquent au statut de chef d'exploitation ; et si l'un ou l'autre n'est pas possible, par la migration ⁽¹⁹⁾.

Mais, ces divers processus ont affecté particulièrement le statut économique de deux autres catégories sociales : les enfants et les femmes, par un recours accru à leur force de travail et par une intensification des activités productrices pour ces dernières.

La division sexuelle du travail d'hier s'est progressivement modifiée dans le sens d'une participation accrue des femmes aux travaux agricoles sur les champs collectifs, surtout aux sarclages. La houe est devenue un outil tout autant féminin que masculin.

Tous les entretiens le confirment, c'est de cette participation accrue aux travaux sur les champs collectifs que les femmes moba-gurma ont obtenu le droit de cultiver des champs personnels, dont le produit leur appartient ⁽²⁰⁾. Il est clair, au regard de la coutume moba-gurma, qu'il ne s'agit que d'un droit d'usage, pouvant être remis en cause à tout moment, et que les femmes

(16) En ce sens qu'il n'y a pas eu augmentation ni des rendements, ni de la superficie cultivée par actif.

(17) Au terme d'un processus classique : réduction, voire disparition de la jachère, déboisement, surexploitation des terres, érosion...

(18) Au sein de la même naag ou le plus souvent par construction d'une nouvelle ; voir M. Pilon (1989).

(19) C'est notamment ce qui explique la proportion plus forte de migrants observée en pays gurma (zone est).

(20) Remontant à plusieurs décennies en zone moba, ce processus est beaucoup plus récent en zone gurma (ne datant que d'une dizaine d'années), particulièrement dans les parties les plus reculées, les moins peuplées (Rey, 1989).

ne peuvent cultiver leurs propres parcelles qu'après s'être acquittées de leur tâche sur les champs collectifs.

Les cultures sont pratiquées pour d'une part se procurer du numéraire, par la vente du riz, de l'arachide ⁽²¹⁾ et de la bière de mil (Tchakpalo), fabriquée à partir du sorgho ; d'autre part aider à nourrir les enfants, la famille, par la culture du mil, du pois (voandzou), du haricot.

D'autres sources de revenus existent, liées à des activités anciennes et nouvelles : fabrication de poteries, de meules, de charbon de bois ; vente de bois, tiges de mil, de produits de cueillette (karité, néré), l'élevage (Rey, 1989 : 228).

On assiste ainsi à une intensification et à une diversification des activités économiques des femmes, à la fois productives et commerciales, qui recouvrent des réalités très différentes en fonction de critères multiples ⁽²²⁾.

Si, à l'instar de ce qui se passe pour les cadets, cette évolution traduit une revendication croissante des femmes d'une plus grande indépendance économique, *"les hommes reconnaissent en premier que les revenus des femmes leur permettent de les aider sur le plan de la survie familiale"* et, *"que l'augmentation du nombre d'enfants et la charge de leur élevage [...] sont les principales raisons d'une plus grande activité économique des femmes"* (Rey, 1989 : 239).

Comme le note alors le même auteur, *"un plus grand nombre d'enfants à charge implique des activités rémunératrices ; mais, dans un autre sens, le désir de mener à bien travaux agricoles et commerce peut conduire à élever le niveau de fécondité. En effet les femmes reconnaissent qu'elles n'ont plus les mêmes comportements vis-à-vis de l'élevage de leurs enfants. Une femme doit être plus disponible de son temps ; aussi, elle sevrera plus vite son enfant, en particulier pour le sevrage partiel afin de pouvoir le laisser plus vite en garde à d'autres, aînés, vieilles femmes, petite bonne. Mais ce sevrage plus précoce, [...] conduit à une diminution de l'aménorrhée post-partum et donc à une diminution de la période de non exposition s'il n'est pas contrebalancé par une durée d'abstinence longue. Les femmes en sont très nettement conscientes et savent que des enfants trop rapprochés vont les gêner dans leurs activités. Mais elles avouent qu'elles-mêmes ou leur mari ne respectent pas facilement un interdit de longue durée"* (Rey, 1989 : 240).

(21) Alors que la culture du coton est fortement développée dans la région, les femmes sont encore peu nombreuses à pouvoir la pratiquer, faute des moyens de production nécessaires (travail et capital ; accès très difficile au crédit).

Il apparaît donc très clairement, en termes économiques, qu'en dépit de l'accroissement des dépenses devant être consacrées à des enfants de plus en plus nombreux (habillement, nourriture, scolarisation et santé), les avantages liés à une nombreuse descendance demeurent, pour les pères comme pour les mères, assurément supérieurs au coût qu'elle implique. En plus des activités traditionnellement dévolues aux enfants (aide des jeunes filles aux tâches domestiques (eau, bois...), surveillance du bétail par les garçons), la participation des enfants aux travaux agricoles s'est progressivement intensifiée : tant sur les champs collectifs (notamment avec la culture du coton ⁽²³⁾), que sur les champs personnels (dont ceux des femmes).

Ce rôle économique accru des enfants constitue par ailleurs une autre cause de leur (très) faible scolarisation en pays moba-gurma. La scolarisation, en retour, en soustrayant quelques bras de la main-d'oeuvre familiale, et le phénomène migratoire, par la perspective de futurs départs, concourent l'un et l'autre à une stratégie de forte fécondité ; que cela soit ou non explicitement exprimé.

On comprend alors pourquoi le nombre d'enfants souhaités demeure élevé (de 7 à 8). "*Celles «les femmes» qui désirent moins d'enfants (5 à 6) évoquent pour cela le besoin de se libérer des grossesses afin de pouvoir travailler*" (Rey, 1989 : 246). Un désir d'espacement plus long des naissances existe chez certaines femmes : en 1986, 28 % des femmes alors enceintes estiment que leur grossesse est arrivée trop tôt ; mais dans le même temps, 14 % jugent qu'elle est survenue trop tard. Pour l'heure, le recours aux méthodes contraceptives modernes reste très faible ⁽²⁴⁾, encore largement tabou et freiné par la peur persistante d'un effet stérilisant pour la femme ; les utilisatrices potentielles sont les femmes ayant déjà une descendance nombreuse. Quant aux hommes, leur éventuel intérêt pour les contraceptifs masculins tient souvent à la possibilité d'avoir plus facilement des rapports extra-conjugaux, sans conséquence..., comportement dont se plaignent d'ailleurs volontiers les femmes. Mais les maris s'inquiètent aussi qu'un

(22) Interviennent, l'âge et l'état matrimonial de la femme, les caractéristiques de l'exploitation (culture attelée...) et du milieu physique (types de sols, importance du couvert végétal...), le degré de proximité des marchés, de la ville, etc.

(23) Dans une autre région du Togo, la plus forte productrice de coton, M. F. Lange (1986) a bien montré la relation existant entre le développement de cette culture et le travail des enfants.

(24) Des actions sont menées en matière de planification familiale, par le biais de l'Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF), mais elles demeurent très limitées (peu de moyens, et un accès à la contraception restreint dans la pratique aux seules femmes mariées et avec autorisation du mari).

libre accès de leurs épouses à la contraception n'incitent celles-ci à l'infidélité !

Au terme de cette analyse, une autre question se pose celle du devenir du modèle de reproduction actuellement vécu par la société moba-gurma en milieu rural.

Interrogations sur l'avenir du pays moba-gurma

Prévoir les évolutions, possibles ou probables, est un exercice difficile tant les inter-relations entre le démographique, l'économique, le social, le politique et le religieux sont multiples et complexes, agissant à la fois aux niveaux micro et macro, individuel et collectif.

Dans le maintien des conditions actuelles de la production et de la reproduction, et toutes choses égales par ailleurs, l'analyse de la relation entre population et ressources au niveau de l'ensemble du pays moba-gurma conduit au constat d'un déséquilibre, vrai et croissant : une sécurité alimentaire très précaire quand elle est atteinte, une population qui actuellement double tous les 20 ans, un milieu physique de plus en plus dégradé (Pilon, 1991).

La mortalité va-t-elle poursuivre sa baisse ou au contraire connaître une reprise à la hausse, sous l'effet d'une dégradation possible des conditions économiques et sanitaires ?

De nouvelles politiques de développement rural vont-elles entraîner une modification sensible du système de production permettant une réelle intensification agricole, une "révolution verte" ?

Conséquence des divers phénomènes qui affectent le pays moba-gurma, les unités de production semblent confrontées à des forces centrifuges : le principe de l'exploitation collective des terres et de la jouissance de ses produits se heurte à la revendication des dépendants, cadets et femmes, d'une autonomie économique croissante, laquelle passe par la mise en culture de champs personnels et le contrôle individuel des revenus correspondants, par une pratique plus accentuée de la séparation des dépendants masculins, ou encore par leur départ en migration.

Mais, ne convient-il pas de s'interroger sur les limites de la solution migratoire, tant interne à la région qu'externe (Pilon, 1990 : 134) ?

Dans la situation actuelle d'une pression croissante sur la terre, laquelle se fait de plus en plus rare (par disparition des jachères et des réserves foncières), se "séparer" pour créer sa propre exploitation s'avère de plus en plus difficile,

surtout si l'on appartient à un clan "non propriétaire". Les conflits fonciers sont du reste de plus en plus fréquents.

Au sein des exploitations, les femmes sont les premières à faire les frais de cette situation, voyant leurs terres retirées par les prêteurs, et en premier lieu par le chef d'exploitation (qui est souvent le mari).

Par ailleurs, les maris s'inquiètent rapidement d'une croissance "trop" importante des revenus d'une épouse. Si un certain degré de solidarité existe, la notion de budget familial n'existe pas : à chacun ses intérêts. Au fond d'elle-même, une femme mariée se considère toujours comme une "étrangère". Ce n'est pas au mari qu'elle confiera une quelconque épargne, mais plutôt à sa famille d'origine. Comportement renforcé ou, d'autant plus justifié, en cas de polygynie : à la mort du mari, l'héritage se faisant à part égale entre tous les fils, chaque épouse entend travailler pour ses propres enfants. Au plan économique, les rapports entre mari et femme peuvent ainsi devenir rapidement conflictuels ; ajouté à cela, la crainte d'un homme de voir son autorité malmenée par une épouse trop indépendante.

L'évolution de ces situations, quelle qu'elle soit, ne sera pas sans influence sur les comportements de fécondité. Pour l'heure, le contrôle social et masculin de la fécondité continue de prévaloir et n'est pas remis en cause par un intérêt des femmes pour une descendance plus nombreuse, car chacun y trouve son compte. Mais, si pour des raisons diverses, le statut économique des femmes vient à se dégrader, on pourrait s'attendre à ce qu'elles souhaitent alors réduire leur fécondité, la charge de l'entretien des enfants devenant pour elles plus lourde que les avantages retirés. Ce souhait est aussi exprimé par certains hommes, conscients et inquiets du déséquilibre entre la croissance de la population et les ressources. Mis à part l'importance d'une meilleure information, un recours à la contraception moderne (d'espacement et d'arrêt) pose avant tout le problème des relations entre hommes et femmes, et surtout entre maris et épouses, dans leur rapport à la sexualité, lesquelles sont encore fortement contrôlées par la société, et au sein du couple par les hommes.

LE SCHÉMA DE REPRODUCTION CHEZ LES MOBA-GURMA DE LOMÉ (25)

Le profil migratoire et socio-économique

D'après les résultats du dernier recensement de 1981, la capitale togolaise draine près de la moitié (49 %) des migrations internes, qui restent faibles au demeurant : à cette même date, 11,5 % des Moba-Gurma résidaient hors de la préfecture de Tône, et seulement 4,2 % hors de la Région des Savanes (incluant aussi la préfecture voisine de l'Oti). La situation actuelle doit être à peu près identique à celle de 1981.

Les migrations vers Lomé sont assez récentes, ayant pris leur essor au cours des années 1960 (Pontié, 1979). D'environ 1500 personnes en 1970, la communauté moba-gurma originaire de Tône compte aujourd'hui environ 7000 personnes.

Jusqu'à maintenant, le séjour dans la capitale se traduit rarement par une installation définitive : la proportion des migrants (définis comme nés hors de Lomé) dépasse les trois quarts (78 %) chez les 20-24 ans et les 90 % pour les individus de 25-49 ans ; et seulement 2 % des Moba-Gurma sont âgés de 50 ans et plus (et la proportion est deux fois moindre pour les femmes).

Avec un rapport global de masculinité de 158, la migration vers Lomé demeure majoritairement masculine. Elle se produit surtout aux âges adultes, à l'exception des jeunes filles de 10-14 ans, deux fois plus nombreuses à migrer à cause du déplacement comme aides familiales. La prédominance masculine chez les adultes, très nette à partir de 30 ans, tient pour partie aux pratiques matrimoniales des hommes moba-gurma de Lomé : le célibat prolongé (plus d'un sur quatre est encore célibataire au-delà 30 ans), mariages inter-ethniques (un tiers des épouses sont d'une autre ethnie, surtout du sud, ce qui limite d'autant le nombre de femmes moba-gurma migrantes vers Lomé), et le phénomène de non co-résidence des conjoints (9 % des épouses moba-gurma sont restées ou plutôt reparties vivre au village ou à Dapaong).

Alors que les garçons migrent surtout pour poursuivre leurs études après le lycée ou chercher du travail (en passant par l'apprentissage), les jeunes filles viennent à Lomé avant tout pour des raisons matrimoniales (se marier,

(25) Les analyses présentées ici, étant issues d'une toute première exploitation des données de l'enquête réalisée en 1990, s'en tiennent à une vue d'ensemble de la situation prévalant à Lomé, mais qui permet cependant de mettre en lumière ses spécificités par rapport au milieu rural d'origine.

accompagner ou rejoindre le mari) ou en tant qu'aides familiales au sein de familles parentes (souvent de frère ou soeur aînés).

Comme en milieu rural d'origine (Pilon, 1989), très peu de femmes moba-gurma (moins de 5 %) sont en position de "chef de ménage" ; situation qui tranche avec celle observée, en 1981, pour l'ensemble de Lomé, où 25,6 % des femmes sont chefs de ménage (Direction de la Statistique, 1986). Les femmes moba-gurma sont surtout des épouses (plus des trois quarts le sont à partir de 20 ans).

Conséquence de leur sous-scolarisation ou de leur faible niveau de scolarisation, les femmes dans le Nord-Togo sont peu et nettement moins instruites que les hommes : chez les individus de 15 ans et plus, non scolarisés actuellement, 51 % des femmes ne sont jamais allées à l'école (contre 11 % pour les hommes), et seulement 18 % ont atteint au moins le niveau secondaire (contre 52 % pour le sexe masculin) ⁽²⁶⁾.

Le profil professionnel est fort différent selon le sexe. Conséquence à la fois d'un niveau d'instruction plus élevé mais aussi d'un recrutement ethnique préférentiel de la part des "grands" Moba occupant des postes élevés dans les secteurs public et para-public, la moitié des hommes actifs (49 %) travaillent dans ces deux secteurs ⁽²⁷⁾. L'artisanat occupe environ un homme sur cinq (surtout la mécanique et la menuiserie). Quant aux femmes, elles se trouvent largement exclues du secteur "moderne" de l'économie ; elles font avant tout du petit commerce, fabriquent et vendent de la bière de mil, et travaillent aussi dans la couture. Alors que près des trois quarts des hommes actifs ont un statut de salarié, les femmes sont indépendantes, travaillant à leur propre compte dans la même proportion.

Un large recours à la bio-médecine et une plus faible mortalité des enfants

Avec un quotient d'environ 35 p. 1000 (sur la période 1984-88), le niveau de mortalité infantile est nettement plus faible à Lomé. Et, bien que ne disposant pas encore de chiffres précis pour l'ensemble de la population de la capitale, il nous semble très probable que ce niveau est également moins élevé que la moyenne loméenne. Cette situation résulte de comportements de

(26) Ces deux derniers chiffres sont respectivement de 24 % et 55 % pour les filles et garçons actuellement scolarisés.

(27) On y trouve la plupart des emplois qualifiés, mais surtout une forte proportion (36 %) de militaires, gendarmes et policiers.

santé largement tournés vers la bio-médecine : par exemple, 85 % des femmes actuellement enceintes vont à la consultation prénatale, la vaccination anti-tétanique a été effectuée par 84 % des femmes lors de leur dernière grossesse et auprès de 92 % des derniers enfants. Outre la meilleure infrastructure médicale de la capitale, deux autres facteurs concourent à expliquer cette situation.

D'une part, l'éloignement à plus de 600 km du milieu d'origine rend très difficile le recours à la médecine traditionnelle pour la communauté moba-gurma de Lomé ; les tradipraticiens résidant à Lomé sont très rares, retourner au village pour se soigner demande du temps et coûte cher. Les Moba-Gurma ne sont pas non plus prêts à recourir à la médecine traditionnelle pratiquée dans le Sud-Togo.

D'autre part, le statut de salarié de très nombreux hommes moba-gurma, notamment dans la fonction publique, donne aux familles la possibilité de bénéficier de la gratuité de certains services médicaux (surtout pour les femmes et les enfants) dans les centres de santé de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Alors que dans les grandes villes, les populations migrantes sont souvent confrontées à des conditions de vie, et notamment sanitaires, plus difficiles liées aux problèmes de l'insertion urbaine ⁽²⁸⁾, il est intéressant de noter que tel n'est pas le cas pour la communauté moba-gurma de Lomé et ce, en raison de son insertion professionnelle et du maintien en son sein d'une assez forte cohésion familiale et sociale.

Une fécondité en baisse, intermédiaire entre le niveau du milieu rural d'origine et celui de l'ensemble de la ville de Lomé

Les femmes moba-gurma de Lomé présentent une fécondité plus faible que celle observée dans le Nord-Togo : pour la période 1980-84, les descendance finales sont de 6,8 et 7,5 enfants. Elle apparaît par contre plus élevée que celle observée pour l'ensemble de la ville de Lomé : d'après les résultats de l'enquête nationale démographique et de santé (Agouké *et al.*, 1989), l'indice synthétique de fécondité calculé sur la période 1983-87 est de 4,1 contre 5,5 enfants pour les femmes moba-gurma d'après notre enquête (période 1985-89) ; quant aux descendance finales, elles sont respectivement de 5,5 et 6,8 enfants.

(28) Difficultés d'accès à l'emploi, au logement... Voir, entre autre E. Akoto et A.G. Hill (1988).

Parmi ces différents résultats, ceux relatifs aux femmes moba-gurma de Lomé montrent par ailleurs une tendance à la baisse de leur fécondité.

Quels sont les causes et les mécanismes en oeuvre expliquant cette amorce d'une "transition" de la fécondité au sein de la communauté moba-gurma de Lomé ?

Une entrée en union et une entrée dans la vie féconde plus tardives, un mariage qui reste la règle et demeure très stable

Une primo-nuptialité et une entrée dans la vie féconde plus tardives à Lomé constituent le premier élément d'explication d'une fécondité plus faible chez les femmes moba-gurma de la capitale, comme le révèle la comparaison des taux de fécondité chez les 15-19 ans : 136 p. 1000 à Lomé contre 205 p. 1000 dans le Nord-Togo (sur la période 1980-84) ; et 95 p. 1000 à Lomé en 1985-89.

En effet, sur la période 1985-89, l'âge moyen au premier mariage des filles moba-gurma de Lomé est de 19,6 ans (19 ans pour l'âge médian), alors qu'il était encore de 17,9 ans en 1975-79. Dans le même temps, l'âge moyen à la première grossesse est passé de 18,7 à 20,2 ans. Si, entre 15 et 20 ans, les filles moba-gurma sont loin d'être toutes scolarisées, elles sont par contre nombreuses à faire un apprentissage (surtout dans la couture et la coiffure) : elles n'entendent pas compromettre leur avenir professionnel par des maternités trop précoces et une situation de "fille-mère", et préfèrent aussi ne pas se marier trop tôt.

Par ailleurs, la fécondité continue à se réaliser essentiellement dans le cadre du mariage. 90 % des femmes non célibataires n'ont contracté qu'une seule union et seulement 1,5 % des femmes de 15 ans et plus se sont déclarées "divorcées".

Un allaitement et une abstinence plus courts, mais un recours plus marqué à la contraception

Pour les femmes moba-gurma de Lomé, les durées moyennes d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence post-partum sont de 20 mois, 13,7 mois et 11,6 mois, alors qu'elles sont de 26,4 mois, 15,6 mois et 17,5 mois au Nord-Togo, et de 17,5 mois, 10,6 mois et 10,9 mois pour l'ensemble des femmes de Lomé (Agouké *et al.*, 1988).

En dépit de l'effet réducteur que devraient avoir ces déterminants proches de la fécondité sur la durée des intervalles entre naissances chez les femmes moba-gurma de Lomé, on note, pour le dernier intervalle fermé, une durée

moyenne supérieure à ce qui a été observé dans le milieu rural d'origine (37,4 mois contre 34,7 mois). Cette situation tient à une pratique plus développée, à Lomé, de la contraception. En effet, 16 % de l'ensemble des femmes moba-gurma de 15-49 ans ont déclaré avoir déjà utilisé au moins une méthode contraceptive moderne, et 75 % une méthode traditionnelle (y compris l'abstinence). La méthode Ogino est de loin la plus utilisée par 40 % des femmes.

Il s'agit essentiellement d'une contraception d'espacement des naissances. A la question posée aux femmes actuellement enceintes, de savoir si la grossesse était arrivée ou non au moment souhaité, un tiers d'entre elles (34 %) ont estimé qu'elle était venue trop vite, seulement 2 % n'en voulait pas.

Ce profil d'ensemble cache assurément des situations très diverses, que des analyses ultérieures s'attacheront à préciser et expliquer, notamment au sujet de l'effet du niveau d'éducation (de la femme et du mari), du phénomène de non co-résidence des conjoints, du caractère d'endogamie ou d'exogamie ethnique des unions, des structures familiales, etc.

La place de l'enfant dans les familles moba-gurma de Lomé et en milieu rural est manifestement très différente. 85 % des enfants âgés de 6-14 ans sont scolarisés (93 % pour ceux nés à Lomé). Compte tenu du profil professionnel des parents, et surtout des hommes, l'activité productive des enfants est beaucoup moins importante à Lomé ⁽²⁹⁾ ; le lieu de la production s'est déplacé hors du cadre familial. En terme économique, le rapport coût/avantage des enfants n'est pas, à Lomé, en faveur de la recherche d'une descendance nombreuse.

CONCLUSION

L'analyse de l'évolution contemporaine des comportements de reproduction en pays moba-gurma, au Nord-Togo, a permis de mettre en lumière la diversité des facteurs en action, leur évolution dans le temps, la nature complexe et interactive des processus qui les impliquent. En contrepoint d'une baisse assez sensible de la mortalité des enfants, la fécondité est demeurée à un niveau élevé et a même connu une légère augmentation. L'analyse montre bien que l'encore forte demande pour une descendance nombreuse ne résulte pas d'une sorte de fatalisme religieux ou culturel, mais

(29) Pour les tâches domestiques comme pour les activités productives des femmes (commerce, fabrication-vente de la bière de mil), celles-ci font avant tout appel à ces jeunes parentes venant à Lomé comme "aides familiales" (Agounké, Pilon, 1991).

de stratégies, individuelles et/ou collectives, quand bien même elles ne sont pas clairement exprimées, voire ressenties. L'évolution de la relation entre les comportements de fécondité et le statut économique des femmes est à ce propos très instructive.

Le regard porté sur l'avenir suscite de nombreuses interrogations.

Comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, peu d'indices laissent penser à des changements socio-économiques sensibles et capables de modifier la forte demande d'enfants toujours existante (Frank, 1987).

Un certain désir de planification familiale existe, au moins en terme d'espace, mais rencontre souvent des difficultés à s'exprimer ouvertement et plus encore à se réaliser. L'une d'entre elles, et non des moindres, réside dans la nature du rapport homme-femme au sein du couple.

Bien que marquée par son statut de population migrante, la communauté moba-gurma de Lomé apparaît assez bien insérée dans la capitale togolaise. L'insertion professionnelle de ses adultes masculins, avec un accès important au secteur public et à un statut de salarié, a conféré aux familles une certaine stabilité, leur a évité un état de marginalisation économique souvent caractéristique des populations citadines migrantes. Cette situation, conjuguée à l'éloignement géographique du milieu d'origine, se traduit dans le domaine de la santé par un recours massif à la bio-médecine et un niveau de mortalité des enfants assez faible. Un recul de l'âge au premier mariage et à la première naissance, et une démarche contraceptive plus marquée conduisent par ailleurs à une fécondité plus faible qu'en milieu rural, mais cependant plus élevée que la moyenne de la capitale. Face à cette situation intermédiaire, la question reste de savoir si elle correspond une étape du processus de la transition de la fécondité (vers un "schéma urbain standard") ou bien, si elle reflète des comportements spécifiques à la société moba-gurma.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOUNKE E., PILON M., 1991, *Quelques aspects de l'insertion urbaine des femmes moba-gurma migrantes à Lomé*. Communication au séminaire IFAN/ORSTOM "Processus d'insertion urbaine et itinéraires résidentiels, professionnels et familiaux", Sally Portudal, 27-30 mai 1991, 13 p.
- AGOUNKE *et al.*, 1989, *Enquête démographique et de santé au Togo, 1988*, Unité de Recherche Démographique/Direction de la Statistique/Direction Générale de la Santé/Demographic Health Surveys/Institute for Resource Development-Macro System, Inc., Lomé, 169 p.
- AKOTO E., HILL A.G., 1988, *Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants*, in *Populations et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Ed. Tabutin D., L'Harmattan, Paris, pp. 309-334.
- ASSOGBA L.N.M., 1989, *Statut de la femme et fécondité dans le golfe du Bénin : la décision de la fécondité pour le la statut ou par le statut ?* Thèse de doctorat, Université de Paris I-Sorbonne, 387 p.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1986, *Résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1981*, volume V, MENAGES, Ministère du Plan, Lomé.
- DJAGNI K., FAURE G., 1989, *L'expansion de la culture attelée dans la Région des Savanes au Togo : facteur de progrès social sans progrès économique marqué*, Les Cahiers de la recherche Développement, n° 21, mars 1989, pp. 60-72.
- FRANK O., 1987, *The demand for fertility control in sub-saharan Africa*, in *Studies in Family Planning*, vol. 18, n° 4, July/August 1987, pp. 181-201.
- LAMBONY D., 1980, *La fonction sociale de la prière en pays mwaba (région de Dapaong)*, Mémoire de l'EPHE, Paris, 339 p.
- LANGE M.F., 1986, *Dynamisme économique et reviviscence sociale et culturelle chez les Adja-Ehoué du Moyen-Mono (Togo). Quel projet de société ?*, communication au colloque Terrains et perspectives, 27-29 nov. 1986, Paris ; Lomé, 24 p.
- LEVI P., PILON M., 1998, *Enquête socio-démographique chez les Moba Gurma du Nord-Togo, vol 1, Méthodologie, caractéristiques générales, migrations*. Lomé, centre ORSTOM, 129 p.
- PILON M., 1989, *Enquête socio-démographique chez les Moba-Gurma du Nord-Togo - vol 2. Caractéristiques et évolution des ménages*, ORSTOM, Lomé, 125 p.
- PILON M., 1990, *Nuptialité et système matrimonial chez les Moba Gurma (Nord-Togo)*. Etudes togolaises de population. Lomé, Unité de Recherche démographique (URD) de l'Université du Bénin, n° 15, pp. 34-53.
- PILON M., 1991, *Genèse du déséquilibre entre population et ressources en pays moba-gurma (Nord-Togo)*, in *Les spectres de Malthus. Déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques*, colloque, Paris, 14-16 mars 1990, Ed. EDI-ORSTOM-CEPED, Paris, pp. 117-136.

PILON M., PONTIE G., 1991, *Développement inégal et mobilité : le cas des Moba-Gurma du Nord-Togo*, in Troisièmes Journées Démographiques de l'ORSTOM, Paris, 20-22 septembre 1988, Ed. ORSTOM, coll. Colloques et Séminaires, Paris, pp. 103-125.

PONTIE G., 1979, *Les Moba de Lomé*. Thèse de troisième cycle. EHESS, Paris, 232 p.

PONTIE G., PILON M., 1990, *Un exemple de justice au quotidien : les conflits matrimoniaux au Nord-Togo*, Afrique Contemporaine, n° 156, 4/90, numéro spécial "la justice en Afrique", Paris, pp. 93-105.

REIHARD P., 1983, *Proverbes moba*, Dapaong, multigr., 46 p.

REY S., 1989, *Entre avec la fraîcheur dans la maison*". Schémas de reproduction et de santé, évolution du statut des femmes et transformations des milieux en pays moba-gurma (Nord-Togo), Thèse de doctorat, Université de Provence, 300 p. + annexes.

SCHWARTZ A., 1985, *Le paysan et la culture du coton au Togo*, Ed. ORSTOM, Coll. Travaux et Documents, n° 286, Paris, 106 p.

SOTOCO, 1987, *La culture attelée dans la Région des Savanes*, Unité de Suivi Evaluation (USE), Atakpamé, 89 p.

FÉCONDITÉ ET FAMILLE AU CAMEROUN : LES BAMILÉKÉ ET LES PAHOUIN (FANG-BÉTI-BULU)

Simon David YANA

Dans les recherches sur la transition démographique dans les pays du Tiers-Monde, la mutation des structures familiales est souvent présentée comme un facteur important dans le processus qui devra conduire à la baisse de la fécondité ⁽¹⁾. Or la relation entre les structures familiales et le comportement procréateur n'a pas encore été suffisamment explicitée, si l'on excepte quelques formulations, dans certains travaux, d'hypothèses partielles et trop générales pour être vérifiables ⁽²⁾.

Il apparaît donc utile, pour analyser valablement le rapport entre fécondité et famille, de l'envisager dans l'univers social et culturel spécifique à chaque population. Telle est la démarche qui sera envisagée dans cet article, en comparant deux ethnies du Cameroun, aux modes d'organisation sociale différents : les Bamiléké, société à chefferie, et les Pahouin, société acéphale ⁽³⁾.

- (1) L'illustration la plus éloquente en est donnée par les travaux de J.C. Caldwell (1976, 1978, 1981). Ces thèses ont aussi été critiquées, par exemple par M. Cain (1982).
- (2) Pour N.B. Ryder (1984) ces limites des travaux sont dues au fait que les recherches se sont essentiellement limitées au niveau individuel, en considérant le contexte socio-culturel comme une variable environnementale résiduelle.
- (3) En l'absence d'une notion plus appropriée, nous retenons le concept d'ethnie pour ces deux groupes, parce qu'ils présentent la plupart des caractéristiques par lesquelles l'ethnie est souvent définie : une langue (surtout pour les Pahouin), un espace, des coutumes, des valeurs, un nom, une même descendance, et la conscience qu'ont les acteurs sociaux d'appartenir à un même groupe.

Nous essayerons ici de mettre en évidence quelques mécanismes par lesquels le mode d'organisation sociale et les structures familiales peuvent s'articuler avec l'activité procréatrice des individus. Cette analyse combinera des informations anthropologiques et historiques et quelques résultats de l'enquête nationale sur la fécondité réalisée en 1978 (dans le cadre des enquêtes mondiales sur la fécondité). Malgré le décalage temporel entre les deux sources, notre démarche est néanmoins pertinente tant est important le poids de l'histoire dans la vie des sociétés. Nous envisagerons enfin la question de l'urbanisation, qui nous permettra d'aborder la problématique du changement social chez les Bamiléké et les Pahouin. Mais tout d'abord, qui sont ces deux groupes ?

ÉLÉMENTS D'ORGANISATION SOCIALE BAMILÉKÉ ET PAHOUIN

Sans nous étendre sur les origines des ethnonymes, signalons que les appellations actuelles de ces deux groupes sont le résultat de déformations de la part des colonisateurs et n'ont plus aujourd'hui de signification dans les langues locales, même si l'usage en est généralisé (4).

Les Bamiléké

Les Bamiléké occupent un territoire d'une superficie d'environ 5 536 km², actuelle province de l'Ouest du Cameroun (5). Ils forment un ensemble de chefferies jouissant, à quelques variantes près, d'une civilisation commune. En effet, les études de terrain qui nous servent de référence ici couvrent toutes les chefferies de la région (6). Bien que le peuplement de la région se soit fait par différents courants convergents, et à des époques différentes, il se serait agit d'une superposition de populations apparentées ou semblables. L'on retrouve donc partout pratiquement la même organisation sociale et

(4) Ce phénomène a été par ailleurs mis en évidence par F. Iroko (1989). Les détails sur l'origine du nom des Bamiléké sont dus au R.P. Stoll, spécialiste des langues bamiléké (Dugast, 1949 : 115 ; Delarozière, 1950 : 5-6). Pour l'appellation des Pahouin, on cite le Révérend Père Trilles (Alexandre, Binet, 1958 : 4).

(5) Comme d'autres Etats d'Afrique, le découpage administratif colonial et post-colonial a largement suivi les limites des territoires des différentes ethnies.

(6) I. Dugast (1949) présente une synthèse des observations de voyageurs et d'administrateurs coloniaux sur les chefferies de la circonscription de Bafoussam, Dschang, Bafang, Bangangté et des Bamboutos ; J. Hurault et R. Delarozière décrivent les chefferies de la subdivision de Bafoussam et C. Tardits a visité principalement les chefferies de la subdivision de Dschang.

politique, la même culture matérielle et les mêmes croyances (Dugast, 1949 : 116 ; Barbier, 1981), les différences essentielles entre les chefferies se situant au niveau de la langue.

Il existe dans la société bamiléké, au-delà des structures familiales et lignagères, une instance politique suprême, la chefferie, qui est dirigée par le chef, personnage hautement vénéré et exerçant les pouvoirs économique, magico-religieux, politico-administratif, judiciaire et militaire. Il est en effet le pivot unique de cette société détribalisée (dans laquelle les habitants d'une chefferie ne se réclament pas d'une lointaine ascendance commune) et constituée, non pas de clans ayant un nom, mais seulement de lignages, la plupart ne remontant pas au-delà de quatre ou cinq générations (Hurault, 1962 : 21-22 ; Dongmo, 1981 : 48-49).

Le chef exerce son autorité avec le concours d'un ensemble de dignitaires, dont certains le sont de père en fils et les autres sont choisis dans la parenté du chef, dans la descendance des serviteurs et même, pour service rendu, dans la population ordinaire ⁽⁷⁾. En dehors de la chefferie, la communauté bamiléké est divisée en sociétés traditionnelles fortement hiérarchisées, et dont l'accès aux plus prestigieuses est conditionné par la preuve d'une grande aisance matérielle (Hurault, 1962, 1970 ; Tardits, 1960 ; Delarozière, 1950 ; Lecoq, 1953). En effet, "pour entrer dans une société et y monter en grade, la condition essentielle est de payer : payer à la société qu'on doit régaler à grands frais ; payer au chef, à l'entrée d'abord, puis à chaque distinction accordée" (Hurault, 1962 : 82).

Les Pahouin

Les Pahouin occupent depuis un siècle une immense zone de forêt s'étendant en latitude de la moyenne Sanaga à l'embouchure de l'Ogooué et en longitude de l'Atlantique à la moyenne Sangha, et à cheval sur le Cameroun, la Guinée Equatoriale, le Gabon et le Congo actuels ⁽⁸⁾.

A partir de la position géographique des différents groupes, des différences dialectales et des éléments conciliables des traditions et généalogies, on distingue les sous-groupes Beti (au nord, peut-être plus "pahouinisé" que

- (7) Pour plus de détails voir : J. Hurault (1962) ; C. Tardits (1960) ; R. Delarozière (1950) et R. Lecoq (1953). Certaines appellations de dignitaires peuvent varier d'une chefferie à une autre, mais cela n'est dû qu'à la langue, car les niveaux hiérarchiques sont les mêmes partout.
- (8) Voir à ce sujet P. Alexandre et J. Binet (1958 : 1). La Sanaga est un fleuve du centre du Cameroun, la Sangha est un fleuve à la frontière entre le Cameroun et le Congo, l'Ogooué est un fleuve du Gabon.

Pahouin), Fang (au sud) et Bulu (entre les deux), (Alexandre, Binet, 1958). L'identité des Pahouin est ainsi fondée sur une langue et un mode d'organisation sociale communs, les trois sous-groupes ne se distinguant que par certains rites (9). D'ailleurs, les populations pahouin ne tolèrent pas qu'on établisse une distinction entre les Fang, Beti et Bulu ; c'est le signe de la reconnaissance et de la valorisation mutuelle entre des peuples appartenant à une même aire culturelle.

Les Pahouin forment une société lignagère segmentaire, car leurs communautés sont inclusivement organisées en familles, lignages et clans, sans aucune juridiction supérieure. Les chefs de famille, tous indépendants et sur un même pied d'égalité, doivent l'essentiel de leur prestige social au nombre de dépendants qu'ils ont à leur charge ou sous leur autorité, laquelle est fonction de leur charisme personnel.

Le pouvoir traditionnel repose fondamentalement sur les femmes : pouvoir de les acquérir et pouvoir de les féconder. Plus le chef de famille dispose de femmes, plus il peut acquérir de dépendants masculins, car les femmes sont la monnaie avec laquelle il achète le travail et l'appui des individus. Cependant, l'homme riche (10) doit se faire pardonner sa richesse en la redistribuant aux autres. Il doit donc se montrer généreux, ce qui constitue un frein à l'accumulation individuelle des richesses.

La fécondité apparaît donc comme un élément important dans ces deux sociétés patrilineaires, dont le mode d'organisation sociale est néanmoins différent. Voyons à présent comment se concrétise cet intérêt social pour la fécondité, à travers le système de parenté, et plus particulièrement dans la famille.

PARENTÉ ET FAMILLE

Nous analyserons ici le système de parenté des deux ethnies, afin d'identifier les limites de ce "*groupe de personnes entre lesquelles existent des liens de consanguinité ou d'affinité*" (Foulquié, 1978), et qui constitue le cadre social de l'activité procréatrice des individus.

(9) Cette identité du groupe Pahouin est démontrée par P. Alexandre et J. Binet qui ont effectué plusieurs missions parmi les sous-groupes Fang (au Gabon et en Guinée Equatoriale), Beti et Bulu (au Cameroun). Elle est aussi attestée par Ph. Laburthe-Tolra (1981), qui a résidé de façon continue en pays Beti, et dont l'ouvrage constitue une des meilleures synthèses à ce jour sur les Pahouin.

(10) L'homme riche est appelé "Nkukuma", terme qui, avec le temps, est devenu synonyme de "chef" chez les Pahouin.

Chez les Bamiléké

Les Bamiléké pratiquent un système de parenté bilatérale, c'est-à-dire que chaque individu peut être rattaché à un patrilignage et à un matrilignage, avec néanmoins une primauté du patrilignage. La segmentation des lignages est liée à l'héritage et au culte des ancêtres ; la seule ligne de descendance directe observable est celle des héritiers, dépositaires des crânes des aïeux et maîtres du culte des ancêtres. En dehors de la ligne des héritiers, il y a coupure après la deuxième génération, tous les fils non-héritiers devenant à leur tour fondateurs de lignages (Foulquié, 1978).

Pratiqué indifféremment dans le patrilignage comme dans le matrilignage, le culte des ancêtres est le principal élément structurant du système de parenté des Bamiléké. Il traduit un "droit de regard" des ancêtres sur la vie de leurs descendants, qu'ils peuvent ainsi punir pour des actes qu'ils désapprouvent (en les rendant malades) ou protéger contre leurs ennemis (Hurault, 1962 : 23).

En principe, un homme doit sacrifier :

- à sa mère, à sa grand-mère et à toute aïeule en ligne maternelle, autant qu'il peut s'en souvenir ;
- à son grand père maternel, parfois au père de chaque aïeule féminine ;
- à son père et à son grand-père paternel. S'il n'est pas héritier de son arrière grand-père, il s'arrête là. Sinon il sacrifie à son grand-père paternel, et à tous les autres aïeux dont il était l'héritier.

L'héritier (ou l'héritière) est le substitut du père (ou de la mère), dont il reçoit les biens, le titre et l'autorité, qu'il doit maintenir et même accroître par ses qualités personnelles. Par contre, il (ou elle) doit assistance à toutes les personnes qui sont sous sa responsabilité. Ainsi, quel que soit son âge (il n'y a pas de droit de primogéniture en matière d'héritage), tous les membres du lignage l'appellent "père" (ou "mère"), et lui doivent obéissance et respect. L'héritier est le maître du sacrifice aux ancêtres dont il conserve les crânes, et peut organiser le culte à la demande de n'importe quel membre du lignage qui en ressentirait la nécessité.

J. Hurault relève que "*pour les villageois (bamiléké), remplir ses devoirs de famille, c'est conserver la possibilité de sacrifier à ses ancêtres paternels*". La famille est donc constituée de toutes les personnes liées par le culte des ancêtres. C'est en tous cas à ces personnes que s'appliquent avec le plus de rigueur les règles de solidarité familiale et d'exogamie. Cette dernière est observée en ligne paternelle, jusqu'à la quatrième génération, alors qu'elle est totale en ligne maternelle, aussi longtemps que l'on peut se souvenir des liens de parenté.

Le groupe résidentiel bamiléké est constitué de l'homme, sa femme (ou ses femmes s'il est polygame), de ses enfants et petits-enfants. C'est ce que certains observateurs ont appelé "famille individuelle", faute d'un terme plus approprié (11). D'ailleurs à cause du système d'héritage et du mode de résidence qui imposent aux fils non-héritiers d'aller s'installer ailleurs que dans le domaine paternel, la structure du ménage ci-dessus décrite ne peut pas comprendre l'ensemble des enfants et des petits-enfants d'un chef de famille. Plus vraisemblablement, il s'agira des enfants non encore mariés, et des petits-enfants du futur héritier.

La structure familiale bamiléké ainsi définie (Hurault, 1962) donne des lignages de taille relativement modeste (environ 20 personnes), ce qui est un peu différent chez les Pahouin.

Chez les Pahouin

Le système segmentaire pahouin présente une très grande complexité, dont les subtilités échappent parfois même à ceux qui le vivent. Ici en effet, toutes les personnes sont parentes, bien qu'à des degrés divers.

Le système de parenté des Pahouin est bilatéral ou indifférencié à dominance patrilinéaire et de type classificatoire, comme celui des Bamiléké. Les termes de parenté y sont les mêmes du côté paternel que du côté maternel, et un individu ne peut pas se marier avec un membre du clan de l'un de ses quatre grands parents. L'on ne peut cependant se situer par rapport aux autres groupes de même importance que par son patriclan (Laburthe-Tolra, 1981 : 211 ; Ngoa, 1968 : 41), au sein duquel les Pahouin distinguent deux types de références :

- le côté "même père" qui se rapporte aux groupes d'appartenance que sont le clan ("ayon"), les sous-unités lignagères du clan ("mvog") et les unités domestiques ("ndabot") ;
- le côté "même mère", qui se rapporte à des catégories d'origine appelées "ayom" et, sur le plan domestique, à des maisons ("nda") matricentrées.

L'unité maximale de parenté est le clan ("ayon"), parfois exogame. Il renferme jusqu'à quatre ou cinq échelons de sous-unités lignagères ("mvog" suivi du nom d'ancêtre). Les plus petits éléments de la hiérarchie sont les "mvog" minimaux, profonds d'environ quatre générations, et qui regroupent

(11) On pourra à ce sujet se reporter à P. Rolland, "*Quelques aspects sociologiques de la vie des Bamiléké de la subdivision de Bangangté*", cité par C. Tardits, 1960 : 104.

chacun les membres de plusieurs unités domestiques (“ndabot”) (Houseman, 1990 : 153). La combinaison des unités utérines en unités consanguines est rendue possible par la pratique de la polygamie.

Le sens premier de “mvog” est l’unité résidentielle formée à l’origine tantôt par des frères utérins groupés autour de leur mère, tantôt par des fils autour de leur père. Son acception sociale est donc l’ensemble des descendants de l’homme fondateur ou de la femme fondatrice. Le mot “mvog” pourra ainsi se traduire par “lignage de”, même si l’éponyme est une femme. Il résulte de ce système que tout segment lignager est le point de départ d’un nouveau “mvog” qui s’emboîte dans le précédent. Ainsi, chaque enfant appartient à la fois au “mvog” de son père, à celui de son grand-père paternel, à celui de son arrière grand-père, et ainsi de suite, en ligne agnatique. Les “mvog” subsistent ainsi “englobés les uns dans les autres comme des poupées gigognes”, tant que l’ancêtre commun n’est pas oublié (Laburthe-Tolra, 1981 : 141, 201, 202).

La famille chez les Pahouin est représentée par le “mvog”, et son étendue en niveaux généalogiques varie en fonction de la croissance démographique au sein du groupe et de la mémoire de ses membres.

Le “ndabot” est l’unité domestique de base, avec à sa tête un chef qui est l’aîné des hommes adultes et actifs, mais pas forcément le doyen. Un fils aîné succède à l’autorité du père. Chaque frère a ensuite droit à sa juste part d’héritage définie selon les règles d’une justice distributive complexe appliquée par un “trancheur de palabres” assisté des notables, ses pairs (Laburthe-Tolra, 1981 : 224). Dans cette répartition de l’héritage, interviennent des considérations liées à l’importance relative des différentes unités matrifocales au sein du “ndabot”. En fait, chaque fils aîné de segment utérin reçoit en héritage l’ensemble de la richesse issue de l’activité de sa mère (ou de la fondatrice du segment utérin) dans le “ndabot”. Ce sera principalement les dots rapportées par les filles issues de cette fondatrice, et les femmes qu’elles auront permis d’épouser (Houseman, 1990 : 55).

Le contexte social traditionnel des Bamiléké et des Pahouin qui vient d’être présenté constitue une image du passé. Il est possible que certains des éléments évoqués ici ne soient pas vécus aujourd’hui avec la même intensité que dans les années cinquante, période à laquelle la plupart des informations avaient été collectées. Il serait donc utile, pour actualiser ces données, d’effectuer une observation sur le terrain parmi les populations des deux ethnies. Nous pouvons néanmoins identifier quelques points potentiels d’articulation entre la fécondité et la famille dans le contexte traditionnel.

FECONDITÉ ET FAMILLE EN MILIEU TRADITIONNEL

D'un point de vue strictement démographique, la fécondité contribue à assurer la continuité du groupe en fournissant de nouveaux membres qui prennent la relève des anciens. Aussi bien chez les Bamiléké que chez les Pahouin, l'importance des enfants pour les vieux jours des parents est très grande, comme dans la plupart des sociétés où il n'existe pas de sécurité sociale et où les personnes âgées restent des membres importants de leur groupe. La procréation peut aussi être pourvoyeuse de statut pour l'homme comme pour la femme.

Chez les Bamiléké

Il est essentiel pour un Bamiléké d'accroître la population de son village, c'est-à-dire d'engendrer de nombreux enfants et de former un lignage qui se perpétuera de génération en génération (Hurault, 1962 : 41). La fécondité est ainsi l'un des signes marquant la réussite personnelle, car pour entrer et progresser dans les sociétés traditionnelles, "il faut avoir beaucoup de femmes, beaucoup d'enfants, beaucoup de biens" (Dongmo, 1981 : 53). De plus, puisqu'il est important de faire durer le plus possible le lignage créé, tout adulte fondateur de lignage aura intérêt à avoir de nombreux enfants mâles, afin d'augmenter la probabilité d'en avoir un qui ait suffisamment de qualités pour lui succéder valablement à sa mort.

Le mariage sous le régime "ta nkap" ⁽¹²⁾ leur permet de se prémunir contre les risques de rupture du lignage par l'absence d'un héritier de sexe masculin.

Pour l'homme bamiléké, la fécondité apparaît donc comme un moyen d'affirmation de soi au sein de la société et une voie d'entrée dans la "cosmogonie", puisqu'il est important pour lui d'avoir des descendants qui lui feront des sacrifices après sa mort. Seulement, une descendance nombreuse ne représente pas un objectif absolu, mais plutôt un moyen d'accroître la probabilité d'avoir un héritier valable de sexe masculin. Il ne faut cependant pas oublier l'importance économique d'une famille nombreuse.

La relation entre fécondité et statut de la femme en pays Bamiléké est essentiellement liée au culte des ancêtres et à l'héritage. Ainsi, en cas de stérilité définitive, la femme n'aura pas droit au sacrifice après sa mort ; son

(12) Dans le mariage sous le régime du "Ta Nkap", la femme est donnée en mariage sans qu'il y ait paiement de la compensation matrimoniale (ou dot). Les enfants qu'elle met au monde appartiennent alors à son lignage d'origine, et peuvent sacrifier à leur grand-père maternel (Hurault, 1962 : 39).

crâne ne sera pas recueilli, parce qu'on considère qu'elle aura vécu pour rien. Dans une famille polygamique, la femme est d'autant plus valorisée aux yeux de son mari qu'elle est féconde, puisque les enfants sont indispensables à la visibilité, au prestige social du mari. Ce sont donc les femmes qui sont responsables de la qualité de la succession de leur mari. La femme dont le fils est désigné comme successeur du mari acquiert ainsi une position supérieure par rapport aux autres, puisqu'elle aura donné naissance au "meilleur" d'entre les enfants du chef de famille. Ce statut particulier des mères de successeurs est illustré par la position des mères de chef ("mafo"), qui reçoivent du chef une portion de terre, un champ de bambous et quelques filles de serviteurs à marier sous le régime "ta nkap", et président dans leurs quartiers les sociétés de femmes (Hurault, 1962 : 29).

La procréation permet ainsi à la femme bamiléké d'entrer dans la cosmogonie ou d'avoir un statut privilégié lorsqu'un de ses fils devient héritier, dans une famille polygamique.

Chez les Pahouin

Nous avons vu que le pouvoir de l'homme chez les Pahouin passe par les femmes, puisqu'il s'agit du pouvoir de les acquérir et de les féconder. Le chef ("nkukuma") est celui qui possède la richesse ("akuma"), c'est-à-dire le nombre d'individus dont il peut disposer, et particulièrement les femmes, porteuses de ses espoirs d'accroissement, puisque productrices d'autres êtres humains (Laburthe-Tolra, 1981 : 372). Cette richesse en hommes se convertit rapidement en richesse matérielle par le travail des différentes personnes sur les terres du chef de famille. Ainsi, chez les Pahouin, la fécondité est pourvoyeuse de statut pour l'homme, parce qu'elle est un moyen d'accroissement du nombre de dépendants d'un homme adulte chef de famille, et donc de la main-d'œuvre dont il peut disposer pour conquérir de nouvelles terres et les mettre en valeur. Les hommes peuvent ainsi atteindre une descendance maximale en pratiquant la polygamie.

La femme pahouin contribue à faire de son mari un homme riche ("nkukuma") en mettant au monde de nombreux enfants, et en veillant à leur entretien et à leur éducation jusqu'à l'adolescence. Suivant l'importance de sa descendance, elle pourra même devenir l'éponyme d'un lignage ou d'un clan. En effet, au sein d'une famille polygamique, la femme qui sera la plus en vue sera celle qui aura donné naissance au plus grand nombre d'enfants, en particulier les filles, car ce sont elles qui rapportent des dots, permettent de conclure des alliances avec d'autres groupes et procurent de la clientèle au chef du lignage quand elles sont données en mariage.

Enfin, le statut des différents héritiers aînés des unités matrifocales au sein de la famille dépend de la fécondité de leur mère, car chacun reçoit en héritage les dots rapportées par les mariages des filles mises au monde par leur mère, ainsi que les femmes épousées par le père grâce à ces dots. Les fils des femmes les plus prolifiques recevront donc, "*ceteris paribus*", une part d'héritage plus grande.

La première épouse d'un chef de famille polygame, et dont le fils succède au père deviendra "maîtresse de la cour" ("mot nsen"), ce qui lui donne un rôle de direction de l'ensemble du village ou du hameau ("dzal") habité par la famille ("ndabot") (Houseman, 1988 : 51-69).

Si dans ces deux sociétés, la fécondité masculine comporte des avantages importants pour les hommes, ceux que les femmes retirent de leur activité procréatrice ne sont pas directs. En effet, à l'exception des espoirs de sécurité dans les vieux jours et du culte des ancêtres célébré chez les Bamiléké par une héritière désignée par la femme défunte, le statut social de la femme féconde passe principalement par l'homme : que ce soit la distinction que pourra lui conférer le mari en désignant un de ses enfants comme successeur chez les Bamiléké, ou l'importance qu'elle acquiert dans la famille proche une fois que son fils aîné en devient le chef à la mort du père chez les Pahouin. Or dans les deux groupes, c'est la femme qui est chargée de l'éducation de l'enfant de la naissance jusqu'à l'adolescence. Et si l'on ajoute à ces considérations le fait que l'infécondité féminine est une cause de rupture d'union, il y a lieu de penser que la femme n'a pas le réel contrôle de son activité procréatrice, dans ces sociétés à dominante patrilinéaire.

Voyons à présent dans quelle mesure ces dispositions socio-culturelles favorables à une forte fécondité se traduisent dans les comportements des femmes bamiléké et pahouin en matière de fécondité.

DE LA FÉCONDITÉ DES FEMMES BAMILÉKÉ ET PAHOUI

Les premières informations sur la fécondité des Bamiléké et des femmes pahouin nous sont rapportées par d'anciens observateurs qui citaient dans les années 50 une "capacité génitale" de 4,3 grossesses par femme chez les Bamiléké, et 4,2 pour les femmes pahouin (Dugast, 1949 : 117 ; Alexandre et Binet, 1958 : 8-12.). Si cette "capacité génitale", ne peut pas être considérée comme équivalent au nombre de naissances vivantes (puisque l'on ne sait pas si toutes les grossesses étaient menées à terme), l'on peut tout de même dire que dans les années avant l'indépendance, la fécondabilité était la même chez les Bamiléké et chez les Pahouin.

Des différences apparaissent lors des enquêtes démographiques menées dans le pays de 1960 à 1965 (tableau 1 en annexe). Lors de la première opération de collecte démographique, en 1960-65, le pays Bamiléké présentait une moyenne de 5,9 enfants par femme, alors que le Centre-Sud et Est n'en atteignait que 4,3 (Byll Cataria *et al.*, 1979). Or ces deux régions étaient à environ 80 % respectivement peuplées de populations bamiléké ou pahouin.

L'écart entre les deux ethnies persiste en 1978, malgré une augmentation générale de la fécondité, puisque les femmes bamiléké ont en moyenne 7,4 enfants chacune et les femmes pahouin 6,1 (13).

Il y a donc lieu de s'interroger sur l'évolution de la fécondité dans les deux groupes depuis l'indépendance. Une réponse valable ne peut être fournie que par l'examen de quelques déterminants proches, par lesquels les structures sociales des deux ethnies peuvent influencer le comportement des individus, à travers le mode de vie qu'elles leur permettent d'adopter.

QUELQUES ÉLÉMENTS D'EXPLICATION

L'écart de fécondité que l'on observe entre les femmes pahouin et bamiléké peut être expliqué par les différences de structures en ce qui concerne les caractéristiques d'identification, mais aussi par les variables individuelles spécifiques (14). En attendant de mener dans une phase ultérieure, une analyse multivariée qui nous permettra d'évaluer l'intensité des éventuels effets des différentes variables, et d'appréhender les interactions entre variables explicatives, nous examinerons ici une à une les caractéristiques des deux groupes de femmes. Nous nous limiterons ici aux résultats issus des données brutes de l'enquête nationale sur la fécondité menée en 1978.

Des différences de structure entre les deux ethnies

La première démarche pour l'explication des différences sera d'examiner la structure du sous-échantillon des femmes bamiléké et pahouin suivant le milieu de résidence, l'âge, l'instruction, et l'état matrimonial. Ces caractéristiques sont, en dehors de l'appartenance à l'ethnie, les plus couramment utilisées dans les études de fécondité différentielle, les plus facilement disponibles, et apparaissent les plus susceptibles d'influencer le comportement

(13) Somme des naissances réduites (indicateur conjoncturel calculé en faisant l'hypothèse de la cohorte fictive) obtenue par l'application de la méthode de Brass (Brass *et al.*, 1968 ; Wunsch, 1984 ; Nations Unies, 1984).

(14) La terminologie et les classifications ici utilisées se réfèrent au cadre conceptuel proposé par H. Gérard (1983).

individuel en matière de fécondité, puisqu'elles relient les femmes à des entités sociales pouvant avoir un modèle culturel particulier en ce domaine (Gérard, 1983 : 36) ⁽¹⁵⁾.

Des études ont montré l'effet de l'urbanisation sur la fécondité en tant que facteur contribuant à son déclin : les femmes bamiléké de l'échantillon de l'enquête fécondité sont proportionnellement plus urbanisées (51,2 % vivent en milieu urbain) que les femmes pahouin (28,3 %). Cette plus grande exposition à l'influence du milieu urbain est compréhensible, lorsqu'on connaît l'importance de l'émigration bamiléké vers les villes ⁽¹⁶⁾. Or malgré cette forte proportion de femmes urbaines le niveau de la fécondité générale des femmes bamiléké ne semble pas s'être orienté à la baisse. Il convient de s'interroger sur la réceptivité des individus aux influences du milieu urbain.

Si l'on étudie les différences d'âge entre les deux populations on constate une plus grande jeunesse des femmes bamiléké, avec 61,2 % âgées de moins de trente ans contre 50,6 % pour les femmes pahouin, signe d'un plus fort potentiel de fécondité pour les Bamiléké.

Le niveau d'instruction est également une variable qui a un effet négatif sur la fécondité. Quand on considère le degré d'enseignement atteint ou achevé, les femmes pahouin apparaissent dans l'ensemble plus instruites que les Bamiléké. On peut donc mettre en évidence l'effet de cette relation.

Il y a, d'une manière générale, plus de femmes bamiléké mariées (74,9 %) que de femmes pahouin (68,4 %) donc soumises au risque de procréer, puisque le mariage est le cadre socialement privilégié de la procréation dans les deux groupes, ainsi qu'en témoigne le statut traditionnellement inférieur ou précaire des enfants "naturels". Les ruptures d'union sont plus fréquentes chez les femmes pahouin que chez les Bamiléké, comme le montrent les proportions de femmes divorcées ou séparées, très nettement supérieures dans le premier groupe. C'est peut-être là l'expression d'une plus grande liberté des femmes pahouin, dont on a pu dire naguère qu'elles "prenaient la tête" ⁽¹⁷⁾.

(15) La profession n'a pas été retenue, à cause des trop faibles proportions de femmes ayant un emploi salarié dans l'échantillon (en moyenne 15 % pour les deux ethnies) qui rendent cette variable peu pertinente comme déterminant de la fécondité générale des ethnies.

(16) Aujourd'hui une question d'actualité, l'émigration bamiléké avait déjà été relevée par divers observateurs dans les années cinquante, à cause du surpeuplement des chefferies de la région (Dugast, 1949 : 118).

(17) C'est ainsi que H. Ngoa (1968) résume en quelque sorte l'esprit de contestation manifesté par l'acharnement d'une femme Beti de Yaoundé à demander le divorce, dans les années cinquante.

L'examen des caractéristiques d'identification révèle une plus grande émancipation chez les femmes pahouin, les femmes bamiléké malgré leur insertion massive en ville bénéficient encore certainement d'un encadrement social plus important. Il serait intéressant de voir s'il y a une continuité entre les caractéristiques d'identification et les variables individuelles spécifiques et la fécondité.

Les variables individuelles spécifiques

Les variables individuelles spécifiques contribuent à la réalisation d'un niveau de fécondité déterminé. A partir des données de l'enquête de fécondité, nous avons analysé les données sur l'âge des femmes aux premiers rapports sexuels, la connaissance et la pratique de la contraception, les durées d'abstinence post-partum, d'allaitement maternel, d'aménorrhée post-partum, mesurées durant le dernier intervalle entre naissance, et l'infécondité .

L'âge auquel la femme a déclaré avoir eu pour la première fois des rapports sexuels influence le niveau de sa fécondité. Dans l'ensemble, les femmes pahouin ont une sexualité un peu plus précoce que les Bamiléké, puisqu'elles commencent leur vie sexuelle une année plus tôt (16 ans contre 17 ans). Cette précocité des relations sexuelles peut être mise en rapport avec la précocité du mariage, en tant que déterminant significatif de la stérilité (Egina Akam, 1990 : 221). Dans ces deux ethnies, le mariage est traditionnellement précoce et chez les Pahouin, une liberté sexuelle était selon la coutume accordée aux adolescents.

La contraception intervient comme régulateur de la fécondité, mais sa connaissance est en général un préalable de sa pratique. La connaissance de la contraception est plus répandue chez les femmes pahouin (67,7 %) que chez les Bamiléké (32,4 %) ⁽¹⁸⁾. Ce phénomène pourrait être lié à la différence d'intensité du contrôle de la sexualité féminine dans les deux ethnies, qui créerait chez les Pahouin un contexte social propice à la recherche d'informations sur la contraception, du fait d'une plus grande tolérance de la sexualité extra-conjugale, mais avec la dévalorisation des naissances qui peut en découler ⁽¹⁹⁾. Il est aussi à mettre en rapport avec l'instruction plus élevée des femmes pahouin et leur célibat plus important qui ont été précédemment mis en évidence.

(18) L'enquête de fécondité avait distingué les méthodes "efficaces" : méthodes contraceptives modernes telles que la pilule, le stérilet, le préservatif masculin et autres méthodes scientifiques, des méthodes secondaires (ou "inefficaces"?) : méthodes contraceptives traditionnelles, telles que la nivaquine, le bleu à linge, l'aspirine, le crésyl, les procédés mécaniques, les feuilles, les écorces, racines, prières, la continence périodique, le retrait, la douche. (Ministère de l'Economie et du Plan, 1983 : 110).

La pratique de la contraception apparaît plus répandue chez les femmes pahouin (5,8 %) que chez les Bamiléké (3,4 %) comme on pouvait s'y attendre, même si cette pratique reste en général faible, à l'image des résultats obtenus pour l'ensemble du pays. Effectivement, 36 % de l'ensemble des femmes enquêtées déclaraient connaître une méthode contraceptive (29 % pour les méthodes efficaces) et 10,5 % en avoir pratiqué une au moins une fois dans leur vie (dont 10 % avaient utilisé des méthodes efficaces) (Ministère de l'Economie et du Plan, 1983 : 531).

La durée d'abstinence post-partum est dans l'ensemble est plus courte chez les femmes pahouin (11,3 mois) que chez les Bamiléké (16,2 mois), et les femmes pahouin allaitent en moyenne moins longtemps (16,1 mois) que les Bamiléké (20,2 mois). La durée de l'aménorrhée post-partum est presque deux fois plus longue en 1978 pour les femmes bamiléké (11,5 mois) que pour les pahouin (7,6 mois). Ces durées d'aménorrhée sont en relation positive avec les durées d'allaitement.

L'incidence de la stérilité était la même dans les deux ethnies, dans les années 1950, si l'on en croit le taux de stérilité de 17 % cité par I. Dugast, P. Alexandre et J. Binet. La situation est différente à partir des années soixante, où l'on enregistre un taux de stérilité de 29 % dans le Centre et Est (région à majorité pahouin) contre seulement 7 % en pays Bamiléké⁽²⁰⁾. Cet écart en matière de stérilité persiste en 1978, avec 26,3 % de femmes pahouin sans naissance vivante à la fin de leur vie féconde, contre seulement 3,8 % chez les Bamiléké. Ainsi, si l'on distingue l'infécondité (ou stérilité) primaire et secondaire, leur incidence totale (infécondité combinée) est de 54,1 % chez les femmes pahouin et de 28,5 % chez les Bamiléké⁽²¹⁾.

Quelle que soit la forme considérée, l'infécondité, plus prévalente chez les femmes pahouin que chez les Bamiléké apparaît ainsi comme la cause la plus importante de la différence des niveaux de fécondité entre les deux ethnies, conclusion qui reste néanmoins à confirmer par une analyse plus approfondie.

(19) Cela peut être aussi un indicateur de la grande ouverture de ce groupe à la modernité, naguère relevée par plusieurs observateurs (Alexandre, Binet, 1958 : 135).

(20) Ce sont les proportions de femmes sans enfant à la fin de leur vie féconde soit des femmes âgées de 45 à 49 ans (Bongaarts, Frank, Lesthaeghe, 1984 : 531).

(21) Sont considérées comme atteintes de stérilité primaire les femmes n'ayant jamais conçu malgré leur exposition au risque de grossesse, et de stérilité secondaire les femmes ayant déjà conçu au moins une fois, mais qui sont incapables de concevoir à nouveau, malgré leur exposition au risque de grossesse pendant au moins quatre ans (Evina Akam, 1990 : 60).

Cette plus grande incidence de la stérilité chez les pahouin est compréhensible, si l'on tient compte des traditions culturelles des deux ethnies en matière de sexualité. Il s'agit en particulier ici de la grande liberté sexuelle dont jouissaient les femmes pahouin, avant leur mariage ou même une fois mariées, chaque fois qu'elles revenaient chez leurs parents ; celle-ci s'accompagne d'une grande plus incidence des maladies sexuellement transmissibles, causes principales de la stérilité. Ainsi dit-on chez les Pahouin que *"la fille n'est pas l'épouse de son père"*, pour signifier que le père n'a pas à contrôler de près la vie sexuelle de sa fille (Alexandre, Binet, 1958 : 81 ; Laburthe-Tolra, 1981 : 135). Chez les Bamiléké par contre, la sexualité extraconjugale était fortement évitée ou réprimée : le scandale d'une grossesse pré-nuptiale était évité par un mariage précipité, et les personnes coupables d'adultère étaient bannies de la communauté (Hurault, 1962 : 29).

Les moeurs sexuelles peuvent bien avoir évolué dans les deux ethnies, mais on constate toujours de nos jours une plus grande liberté chez les Pahouin.

CONCLUSION

L'analyse des tendances de la fécondité des femmes pahouin et bamiléké jusqu'à l'enquête fécondité de 1978 montre des différences plus importantes que celles qui ont été mises en évidence dans les structures familiales des deux ethnies. Le fait marquant, et peut-être le déterminant de ces écarts de fécondité est la plus grande incidence de la stérilité chez les femmes pahouin, qui est clairement établie depuis les enquêtes démographiques des années 1960 à 1965. Néanmoins, avec une plus grande pratique de la contraception, un début précoce des relations sexuelles, des durées plus courtes d'allaitement, d'aménorrhée et d'abstinence sexuelle, les femmes pahouin interrogées à l'enquête fécondité semblent avoir adopté des comportements plus "modernes" que les Bamiléké, quel que soit le milieu de résidence considéré (tableau 2 en annexe) Il est probable qu'au-delà des facteurs de modernisation tels que l'urbanisation et la scolarisation, la société pahouin vivrait un processus de mutation plus important que la société bamiléké.

Même si de part et d'autre la procréation est socialement valorisée, la société bamiléké semble fournir un encadrement qui entraîne un plus grand conformisme des individus par rapport aux normes traditionnelles. Il y a notamment des nuances importantes en ce qui concerne le statut de la femme. Ainsi, *"en tant qu'épouse, la femme (bamiléké) est soumise par son mari à une stricte discipline ; fille, elle est cédée, échangée ou donnée sans autre considération que l'intérêt de son père"* ; la femme pahouin était aussi cédée

et échangée, qu'elle soit épouse ou fille, mais elle pouvait s'échapper d'un mariage qu'elle désapprouvait, et ses escapades sexuelles étaient tolérées par son mari et par son père, chaque fois qu'elle revenait dans sa famille. De plus, tant qu'elle n'était pas mariée, la femme pahouin bénéficiait d'une grande liberté sexuelle (Alexandre, Binet, 1958 : 84 ; Laburthe-Tolra, 1981 : 233-261).

Par contre chez les Bamiléké les structures sociales restent fortes et ce conservatisme se manifeste même en milieu urbain, où les Bamiléké, malgré la modernisation de leur mode de vie, continuent de suivre des comportements traditionnels. Cette situation paraît paradoxale, car la société bamiléké présente des caractéristiques incitant résolument à l'individualisme : système d'héritage lié à un culte des ancêtres individualisé, promotion sociale individuelle encouragée à travers des sociétés traditionnelles hiérarchisées, alors que ses membres présentent les comportements les plus traditionnels sur le plan démographique. Cela fait penser à une plus grande stabilité des structures sociales et de la culture bamiléké et une plus grande mutation de la société pahouin, où le rapport entre l'individu et le groupe s'établit d'une manière différente, car chez les Pahouin, l'individu est aussi poussé à se distinguer, même si les bénéfices qu'il tire de ses qualités doivent être réinvestis, au moins en partie, au profit du groupe. C'est ainsi que l'homme riche acquiert d'autant plus de prestige dans la société pahouin qu'il aura fait profiter sa parentèle de sa prospérité personnelle. On peut donc penser que l'intégration dans une société moderne marquée par le libéralisme d'inspiration capitaliste s'accomplit avec peu de heurts pour les Bamiléké, dont la société traditionnelle cultivait les mêmes valeurs, alors que les Pahouin sont sujets à une plus grande déstabilisation. On peut aussi considérer cette évolution comme normale, si l'on pense que le défaut de structure ancienne laisse les Pahouin libres d'adopter les structures modernes (Alexandre, Binet, 1958 : 135).

Au sein de chaque groupe, les situations sont distinctes. Chez les Bamiléké, il n'y a guère de différence entre le nombre de naissances des femmes urbaines et celui des femmes rurales, alors que les femmes pahouin urbaines ont environ deux enfants de moins que les femmes rurales. L'effet de l'urbanisation sur la descendance féminine ne semble donc s'amorcer que pour les femmes pahouin, parce qu'elles sont les seules à présenter une descendance moyenne sensiblement plus faible en milieu urbain.

Dans ces deux sociétés patrilineaires, la procréation est un enjeu important pour les individus. Il serait donc utile de rechercher plus intensivement les causes d'un comportement plus moderne des femmes pahouin en matière de fécondité. En effet, mise à part la stérilité, elles se rapprochent le plus de

l'évolution attendue dans la perspective de la modernisation liée à l'urbanisation ⁽²²⁾, alors que les individus des deux groupes sont tous soumis aux influences liées à l'urbanisation et l'occidentalisation qui lui est associée. Cela revient à s'interroger sur la réceptivité et la résistance des cultures africaines au changement, ou sur le processus de modernisation en Afrique. C'est cette dernière question qui nous semble finalement essentielle pour comprendre le processus de transition de la fécondité en Afrique.

Malgré la pertinence de cette approche, le recours aux données historiques apparaît insuffisant en soi à l'étape actuelle de la recherche pour expliquer les tendances des comportements récents en matière de fécondité. En effet, il faudrait d'abord savoir dans quelle mesure le vécu des populations aujourd'hui peut être rapproché des modes traditionnels ou anciens d'organisation sociale et aux formes de vie familiale rapportés par les monographies, puisque les coutumes, normes et valeurs sont elles-mêmes sujettes au changement. Il serait donc utile de partir de données nouvelles, surtout en ce qui concerne l'effet de l'urbanisation, phénomène qui est largement contemporain de la colonisation. Dans cette perspective, il est important de saisir les perceptions des individus, ce qui suppose une analyse des discours, des attitudes quotidiennes des individus, et donc une collecte de données basée sur l'observation des ethnies dans leur vécu quotidien.

(22) Les effets attendus de l'urbanisation et de l'instruction des femmes en Afrique sont justement entre autres une plus grande pratique de la contraception et de plus courtes durées d'allaitement et d'abstinence *post-partum* (Bongaarts, Frank, Lesthaeghe, 1984).

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE P. ET BINET J., 1958, *Le groupe dit Pahouin*, PUF, Paris.
- AMSELLE J. L. ET MBOKOLO E., 1985, dir, *Au cœur de l'ethnie. Ethnies, tribalisme et Etat en Afrique*, La découverte, Paris.
- BARBIER, J. C., 1981, Le peuplement de la partie méridionale du plateau Bamiléké, in *Contribution de la recherche ethnologique à l'histoire des civilisations du Cameroun*, CNRS, Paris, 1981, pp. 331-353.
- BONGAARTS J., FRANK O. et LESTHAEGHE R., 1984, The proximate Determinants of Fertility in sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, vol. 10, n° 3, pp. 511-537.
- BONTE PP. et IZARD M., 1991, *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'Anthropologie*, Paris, PUF.
- BRASS W. et al., 1968, *The demography of tropical Africa*, Princeton, Princeton University Press.
- BYLL CATARIA J., RAZAFIMANDIMBY C., SIDIBE H., 1979, Synthèse des enquêtes démographiques du Cameroun. vol. 2 Résultats, *Les annales de l'IFORD*, vol. 2, n° 5.
- CALDWELL J.C., 1976, Toward a restatement of demographic transition theory, *Population and Development Review*, vol. 2, n° 2-3, pp. 321-366.
- CALDWELL J.C., 1978, A theory of fertility : from high plateau to destabilization, *Population and Development Review*, vol. 4, n° 4, pp. 553-577.
- CALDWELL J.C., 1981, The mechanisms of demographic change in historical perspective, *Population Studies*, vol. 35, n° 1, pp. 1-27.
- CAIN M., 1982, *Perspectives on family and fertility in developing countries*, the Population Council, Center for Population Studies Working Papers, n° 81, March 1982.
- CHRETIEN J. P. ET PRUNIER G., 1989, dir, *Les ethnies ont une histoire*, Karthala/ACCT, Paris.
- CLIGNET R., 1983, Influence du concept de cohorte sur la démographie des pays en voie de développement; le cas du Cameroun de l'Ouest, *Population*, n° 4-5, pp. 707-732.
- DELAROZIERE R., 1950, *Les institutions politiques et sociales des populations dites bamiléké*, Mémoire III du centre IFAN Cameroun.
- DONGMO J. L., 1981, *Le dynamisme bamiléké*, CEPER, Yaoundé, (2 vol.).
- DUGAST I., 1949, *Inventaire ethnique du Sud-Cameroun*, Mémoires de l'IFAN, Série populations, n° 1.
- EASTERLIN R., 1975, An Economic Framework for Fertility Analysis, *Studies in Family Planning*, vol. 6, n° 3, pp. 54-63.
- EVINA AKAM, 1990, *Infécondité et sous-fécondité. Evaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, Iford, Yaoundé.
- FOULQUIE P., 1978, *Vocabulaire des sciences sociales*, Paris, PUF.
- GERARD H., 1983, Types d'intervention d'une politique démographique. Approche théorique, *Politiques de popu-*

lation. Etudes et documents, vol. 1, n° 1, pp. 29-62.

GREENHALGH S., 1989, New Directions in Fertility Research : Anthropological Perspectives, in *I.U.E.S.P., Congrès International de la Population*, New Dehli, vol. 3, pp. 437-449.

HOUSEMAN M., 1988, Social structure is where the hearth is : a woman's place in Beti society, *Africa*, vol. 58, n° 1.

HOUSEMAN M., 1990, Les structures de l'alliance chez les Beti, in Héritier-Augé, F. et Coupet-Rougier, E., eds., *Les complexités de l'alliance. Les systèmes semi-complexes*, Editions Archives Contemporaines, Paris.

HURAUULT J., 1962, *La structure sociale des Bamiléké*, Mouton & Co., La Haye.

HURAUULT J., 1970, Essai de synthèse du système social des Bamiléké, *Africa*, vol. XL, n° 1, pp. 1-23.

IROKO F., 1989, Regard extérieur et saisie interne des ethnonymes, République Populaire du Bénin, in Chretien J.P., Prunier G., dir, *Les ethnies ont une histoire*, Paris, Karthala/ACCT, 1989, pp. 213-222.

LABURTHE-TOLRA Ph., 1981, *Les seigneurs de la forêt*, Publications de la Sorbonne, Paris.

LARSEN U., 1989, A comparative study of the levels and the differentials of sterility in Cameroon, Kenya and Sudan, in Lesthaeghe, R. J., Ed., *Reproduction and social organization in sub-saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, pp. 167-211.

LECOQ R., 1953, *Les Bamiléké*, Présence Africaine, Paris.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU PLAN, 1983, *Enquête Nationale sur la*

Fécondité du Cameroun 1978. Rapport Principal, Yaoundé, (2 vol.).

NATIONS UNIES, 1984, *Manuel X. Techniques indirectes d'estimation démographique*, ST/ESA/SER.A/81, New York.

NGOA H., 1968, *Le mariage chez les Ewondo*, Thèse de Doctorat de troisième cycle en Sociologie, Université de Paris-Sorbonne.

REPUBLIQUE FEDERALE DU CAMEROUN, Direction de la statistique, 1966, *La population du pays Bamiléké et des départements limitrophes, Principaux résultats de l'enquête démographique de 1965*, SEDES, Paris.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN, Service de la statistique, 1968, *Résultats définitifs pour la région Sud-Est, 1962-1964*, SEAE, INSEE-coopération, Paris.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN, Service de la statistique, 1970, *La population de Yaoundé, Résultats définitifs du recensement de 1962*, INSEE-Coopération, Paris.

RYDER N.B., 1984, *Fertility and family Structure*, in United Nations, *Fertility and Family, Proceedings of expert group on Fertility and Family*, New Delhi, 5-11 January 1983, pp. 279-319.

TARDITS C., 1960, *Les Bamiléké de l'Ouest du Cameroun*, Berger-Levrault, Paris.

WUNSCH G., 1984, *Techniques d'analyse des données démographiques déficientes*, Ordina, Liège.

YANA S. D., 1988, *Migration et fécondité. Essai de synthèse théorique et analyse de données camerounaises*, Thèse de Maîtrise, Institut de Démographie, UCL, 137 p.

ANNEXE

Tableau 1 : Taux de fécondité (pour 1000) par groupes d'âges quinquennaux des femmes bamiléké et pahouin en 1960-1965 et en 1978

AGE	1960-1965		1978	
	Pays Bamiléké	Centre-Sud et Est	Bamiléké	Pahouin
15-19	241	164	51	53
20-24	294	216	245	267
24-29	279	181	310	292
30-34	219	151	319	274
35-39	115	87	253	133
40-44	35	49	184	129
45-49	2	8	112	64
Somme des naissances réduites	5,9	4,3	7,4	6,1

Sources : 1960-1965 : Enquêtes démographiques du Cameroun.

1978 : Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun.

Tableau 2 : Quelques variables individuelles spécifiques des femmes bamiléké et pahouin

Caractéristiques	Bamiléké			Pahouin		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Age de début des relations sexuelles (2)	16,75	16,64	16,70	16,16	15,84	15,80
% connaissant une méthode contraceptive efficace	46,34	17,81	32,38	70,26	66,71	67,73
% pratiquant une méthode contraceptive efficace	5,30	1,32	3,36	12,36	3,28	5,85
Durée d'abstinence <i>post-partum</i> (1)	13,37	18,61	16,18	9,39	11,92	11,30
Durée moyenne d'allaitement maternel (1)	17,91	22,46	20,23	14,88	16,42	16,07
Durée d'aménorrhée <i>post-partum</i> (1)	9,48	13,20	11,48	5,81	8,16	7,59
Intervalle intergénésiq ue (1)	33,11	36,81	35,08	30,67	35,96	34,57
Age moyen à la maternité (2)	33,04	32,04	32,55	30,66	30,67	30,67
Taux de stérilité (%)	8,69	1,82	3,85	6,66	29,29	26,31
Somme des naissances réduites	7,54	7,41	7,37	4,74	6,69	6,06

Source : Enquête Nationale sur la fécondité du Cameroun, 1978.

(1) En mois ; (2) En années

FÉCONDITÉ, CRISE ÉCONOMIQUE ET DIFFÉRENCIATIONS SOCIALES À SASSANDRA (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)

Agnès GUILLAUME, Patrice VIMARD

INTRODUCTION

La région de Sassandra, dans le sud-ouest de la Côte-d'Ivoire, se caractérise par son insertion récente dans le système d'économie de plantation et par la jeunesse et l'extrême diversité de son peuplement. Seulement 25 % des résidents appartiennent aux ethnies autochtones de la sous-préfecture de Sassandra et 50 % sont originaires de pays étrangers. Nous sommes ici en présence de l'un des derniers fronts pionniers de l'économie de plantation ouest-africaine où se mêlent des populations venues de l'ensemble de la sous-région, attirées par les espaces forestiers encore libres, les possibilités de diversification agricole (café, cacao, palmier à huile, agrume) et les implantations agro-industrielles (Andriamampahéry *et al.*, 1989).

Mais, depuis quelques années, cette région se trouve atteinte de plein fouet par la crise qui découle en grande partie de la mévente des produits agricoles d'exportation (café et cacao essentiellement) qui avaient assuré depuis fort longtemps la richesse des pays côtiers.

Avec cette crise, les communautés rurales ne sont plus en mesure de satisfaire l'ensemble de leurs besoins monétaires : aux difficultés d'écoulement de leur produit se conjugue la baisse drastique des prix d'achat qui peuvent atteindre moins de la moitié des prix antérieurement pratiqués. Faute de ressources, les conditions de vie des familles sont atteintes (possibilités d'alimentation, de soin et de scolarisation des enfants) et l'on peut faire l'hypothèse que c'est la dynamique même des mouvements de population, et notamment de la reproduction démographique, qui s'en trouve affectée (Guillaume, Vimard 1990).

Dans un tel contexte, il est apparu important de saisir au printemps de 1991, dans un moment de crise aiguë, les comportements actuels de fécondité et d'appréhender les attitudes qui président à la formation des choix en matière de reproduction des différents groupes socio-économiques en présence (1).

Afin de mettre en évidence des comportements différentiels selon le groupe socio-économique, une typologie a été élaborée pour regrouper les individus en cinq sous-populations. Cette typologie est basée, d'une part, sur l'activité économique du chef de ménage et son statut dans cette activité et, d'autre part, sur sa nationalité : ivoirienne ou étrangère (en majorité burkinabe, mais aussi malienne, sénégalaise, guinéenne, ghanéenne...). En ce qui concerne l'activité, nous avons distingué l'activité agricole de l'activité non agricole et, dans le secteur de la production agricole, les actifs indépendants ont été différenciés des travailleurs non-indépendants. En conséquence, les groupes retenus se présentent ainsi : les "ivoiriens agriculteurs" (I.A.) et les "étrangers agriculteurs" (E.A.) qui sont des travailleurs indépendants, les "ivoiriens-autres actifs" (I.A.A.) et les "étrangers-autres actifs" (E.A.A.) qui regroupent les artisans, commerçants et salariés à l'exception des salariés de l'agriculture. Ce groupe des salariés agricoles (S.A.) se compose essentiellement des employés, en majorité burkinabés, du complexe de la Palmindustrie situé à Bolo. Cette typologie a été utilisée pour analyser l'enquête de 1991 effectuée auprès de 894 chefs de ménages âgés de moins de 70 ans dont 745 mariés et 149 non mariés et à leurs épouses (730 parmi les 1 440 femmes de 15 à 49 ans interrogées).

VERS UNE FÉCONDITÉ PLUS ÉLEVÉE ET INÉGALE SELON LES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Une augmentation de la fécondité

Le suivi des taux du moment révèle une augmentation régulière et nette de la fécondité des populations résidentes à Sassandra ; hausse résultant d'un accroissement de l'intensité de la fécondité dans chaque groupe d'âge et d'un rajeunissement du calendrier de constitution de la descendance (tableau 1).

1. Cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches menées au sein du Laboratoire de Population de Sassandra, développé conjointement par l'ENSEA d'Abidjan et l'ORSTOM. Ce laboratoire a reçu, depuis sa création en 1988, le soutien financier du FNUAP et de l'UNICEF et il bénéficie aujourd'hui de l'appui du Ministère français de la Coopération et du Développement. Que ces Institutions, qui permettent le déroulement du projet, se voient ici remerciées.

**Tableau 1 : Taux de fécondité du moment (pour 1000)
par groupe d'âge à différentes périodes**

Année	AGE						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
vers 1956	139						
vers 1961	184	208					
vers 1966	162	262	265				
vers 1971	152	269	295	212			
vers 1976	168	269	278	282	155		
vers 1981	189	319	300	253	233	131	
vers 1986	169*	298*	315*	296*	172*	105*	57*

(*) Estimation

Ainsi, quel que soit l'âge des femmes, la descendance dans les années 1980 est supérieure à celle des années antérieures, qu'il s'agisse de fécondité cumulée du moment ou de descendance atteinte par les différents groupes de générations de femme (cf. les tableaux A.1 et A.2 en annexe). Par exemple à 35 ans, la fécondité cumulée du moment est de 5,31 enfants en 1981, contre 4,64 dix ans plus tôt. Quant à la descendance atteinte, toujours à 35 ans, elle est de 4,12 pour les générations 1939-1943 et de 4,81 pour les générations 1949-1953 : soit une augmentation de 0,7 enfant en une décennie (2).

L'augmentation de la descendance qui atteint en 1986 un niveau élevé (autour de 7 enfants en descendance du moment à 50 ans), distingue les populations de Sassandra d'autres groupes insérés eux aussi dans l'économie de plantation et qui sont affectés d'une baisse de leur fécondité (Vimard *et al.*, 1991). Cette caractéristique est le fait de populations encore en majorité orientées vers la sphère de la production agricole, au contraire d'autres régions où les communautés visent à une insertion dans le monde urbain et les activités secondaire et tertiaire. Le relatif faible taux de scolarisation des enfants est un bon indice de cette orientation. Si l'on considère les enfants de 5 à 19 ans, un sur deux seulement est scolarisé alors qu'un sur trois a une

2. La fécondité cumulée est obtenue à partir de la somme des taux de fécondité par groupe d'âge pondérés par le nombre d'années vécues dans chaque groupe, elle est calculée à partir de l'ensemble des naissances des femmes d'une génération. La descendance atteinte est obtenue en rapportant l'ensemble des naissances des femmes d'un groupe d'âge à l'effectif des femmes de ce groupe, elle correspond au nombre moyen d'enfant par femmes de chaque groupe d'âge.

activité productive. Dès 15-19 ans, 57 % des garçons sont engagés dans la production (agricole essentiellement) ; il en est de même pour 45 % des filles mais celles-ci sont davantage orientées vers le commerce. Cette insertion marquée des enfants dans la production est d'ailleurs plus fréquente chez les descendants directs des chefs de ménage (45 % sont actifs contre 37 % pour l'ensemble) qui sont bien contrôlés par le chef de famille et peuvent être plus facilement dirigés vers des activités productives.

Différence de fécondité selon les groupes socio-économiques

Si la fécondité est globalement d'un niveau élevé et en augmentation, les fortes différences de fécondité du moment entre les groupes socio-économiques représentent la seconde caractéristique remarquable de la reproduction démographique à Sassandra (tableau 2). Par exemple, l'indice synthétique de fécondité ⁽³⁾ des hommes chefs de ménage mariés de moins de 70 ans est deux fois plus intense chez les "étrangers-agriculteurs" (14,4 enfants) que chez les "ivoiriens-autres actifs" (7,04 enfants). Les autres groupes se situent à des niveaux intermédiaires : relativement élevé chez les "étrangers-autres actifs" et les "ivoiriens-agriculteurs" (un peu plus de 12 enfants) et plus faible chez les "salariés agricoles" avec 8,26 enfants. Si l'on considère l'ensemble des hommes chefs de ménage de moins de 70 ans, quel que soit leur état matrimonial, l'écart varie également de 1 à 2 et la hiérarchie des groupes est la même, à l'exception des "salariés agricoles" qui ont l'indice de fécondité le plus faible dans la mesure où ils sont plus fréquemment célibataires que les hommes des autres groupes. D'une façon générale, il faut souligner que le partage chez les hommes mariés, entre forte fécondité et fécondité plus faible, est autant lié à la nature de l'activité : les agriculteurs sont plus féconds que les autres actifs (13,3 contre 9,7 enfants) qu'à la nationalité : les étrangers sont plus féconds que les ivoiriens (13,4 contre 9,6 enfants).

L'écart de fécondité entre les différents groupes socio-économiques est également important chez les femmes, avec une hiérarchie entre les groupes quelque peu différente de celle des hommes. L'indice synthétique de fécondité varie de 10,20 chez les "étrangers-autres actifs" à 6,25 chez les "salariés agricoles". Parmi les groupes de fécondité intermédiaire, celle des "étrangers-agriculteurs" (9,23) est plus élevée que celle des "ivoiriens-agriculteurs" (7,89) et des "ivoiriens-autres actifs" (7,35). On peut noter ainsi chez les

3. L'indice synthétique de fécondité est un indicateur du moment qui représente la fécondité cumulée d'un individu ayant, durant sa vie féconde, les taux de fécondité en vigueur durant l'année d'observation.

Tableau 2 : Indice synthétique de fécondité pour les hommes chefs de ménage de 30 à 69 ans, et pour les femmes de 15 à 49 ans selon le groupe socio-économique à Sassandra (1991)

GROUPE SOCIO-ÉCONOMIQUE	HOMMES		FEMMES
	mariés	ensemble	
Ivoirien agriculteur	12,12	10,86	7,89
Ivoirien autre actif	7,04	6,46	7,35
Etranger agriculteur	14,40	12,21	9,23
Etranger autre actif	12,39	9,63	10,20
Salarié agricole	8,26	6,05	6,25
Ensemble	11,26	9,49	8,39

femmes la relation directe entre la nationalité et le niveau de la fécondité, puisque les femmes étrangères sont nettement plus fécondes que les femmes ivoiriennes, quel que soit le secteur d'activité (+ 1,34 enfants dans le secteur agricole et + 2,85 enfants dans les secteurs secondaire et tertiaire).

L'examen de l'ensemble des indices de fécondité de la dernière année des hommes et des femmes met en évidence la faible fécondité des "ivoiriens-autres actifs" et des "salariés agricoles" relativement aux autres communautés considérées. Nous sommes ici en présence de deux groupes, par ailleurs sociologiquement et économiquement très dissemblables, qui ont une moindre fécondité.

Ainsi la tendance à l'augmentation de la fécondité, constatée au niveau global, n'est pas homogène dans les différents groupes socio-économiques considérés. Sur quelles divergences en matière de comportements de régulation familiale et d'idéaux démographiques ces écarts de fécondité du moment reposent-ils ?

LES COMPORTEMENTS RELATIFS À LA RÉGULATION FAMILIALE

Une pratique contraceptive faible et inégale

L'interrogation des couples (hommes et femmes enquêtés séparément) sur leurs pratiques de fécondité et sur leurs désirs éventuels d'information sur les méthodes de contraception nous apporte une connaissance des attitudes et des comportements de planification familiale en vigueur dans les différents groupes socio-économiques.

Le maintien de niveaux élevés de fécondité s'explique par une faible utilisation des méthodes contraceptives mais également un moindre recours aux pratiques traditionnelles d'espacement des naissances : allaitement (avec la durée d'aménorrhée qui en découle) et abstinence. Si ces pratiques perdurent, puisque la durée moyenne d'allaitement total est de 15,5 mois (avec une aménorrhée de 7,9 mois) et d'abstinence de 9,0 mois (tableau A.3), elles sont d'une moindre intensité chez les jeunes femmes, âgées de moins de 30 ans, avec des durées respectives de 14,9 mois, 7,6 mois, et 8,8 mois. Selon les différents groupes socio-économiques, ces durées sont variables. La durée d'abstinence est toujours supérieure à celle de l'aménorrhée excepté dans le groupe des "ivoiriens-autres actifs", qui enregistré les plus courtes durées d'abstinence (8,0 mois). L'abstinence la plus longue est pratiquée par les "ivoiriens agriculteurs" (9,6 mois) ; les étrangers, "agriculteurs" ou "autres actifs", ont des comportements très proches, puisque l'abstinence est supérieure d'un peu plus d'un mois à l'aménorrhée dans ces deux groupes. L'effet régulateur de l'abstinence devrait s'affaiblir puisque sa durée diminue dans les jeunes générations, contribuant ainsi au maintien d'une forte fécondité si des mesures de planification familiale ne sont pas adoptées pour prendre le relais des pratiques traditionnelles.

Or, actuellement, l'utilisation des méthodes contraceptives reste limitée puisqu'au moment de l'enquête seulement 11 % des hommes chefs de ménage et 8 % des femmes utilisent de telles méthodes (tableau A.4). Les hommes ayant recours à celles-ci se rencontrent surtout chez les hommes jeunes (14 % d'utilisateurs chez les moins de 30 ans), les célibataires ou les hommes en union monogame (respectivement 15 % et 12 % d'utilisateurs). La taille de la descendance actuelle fait peu varier le taux d'utilisation mais, par contre, entraîne une modification du type de méthode utilisée : ceux qui ont déjà une descendance importante recourant davantage aux méthodes modernes. En revanche, le taux d'utilisation diffère selon le groupe socio-économique : il est plus important chez les "ivoiriens-autres actifs" et les "salariés agricoles" (groupes ayant les niveaux de fécondité les plus faibles) dont une proportion importante recourt aux méthodes modernes. Les chefs de ménages des "étrangers-autres actifs" occupent une position intermédiaire avec 13 % d'utilisateurs dont plus de la moitié avec des méthodes modernes. Par contre, les agriculteurs, et en particulier les étrangers (1 % contre 6 % aux ivoiriens), recourent peu aux moyens contraceptifs.

Le profil des femmes utilisatrices présente des points communs avec celui des hommes. Il s'agit en majorité des femmes jeunes et qui ont une descendance peu élevée. Le groupe socio-économique où les utilisatrices sont les plus nombreuses est également celui des "ivoiriens-autres actifs" (11 %), au

contraire dans les autres groupes la fréquence des utilisatrices est inférieure à 6 %.

Quelles que soient les caractéristiques des utilisateurs, les méthodes modernes restent les plus utilisées. Les méthodes jugées efficaces, la pilule et le préservatif, représentent respectivement 46 % et 9 % des méthodes modernes utilisées par les femmes contre 45 % pour les méthodes des cycles et du retrait. En revanche, l'abstinence n'est pas considérée par les femmes comme un moyen de contraception, au contraire de ce qui ressort des déclarations masculines. Les femmes semblent pratiquer l'abstinence, et en particulier l'abstinence *post-partum*, par respect des normes traditionnelles et dans un souci de préserver la santé des nouveaux-nés. Cette différence dans la perception de la nature de l'abstinence explique en grande partie l'écart entre les sexes dans les proportions totales d'utilisateurs de méthodes contraceptives.

Les raisons de la faible pratique contraceptive

La faible utilisation des méthodes de planification familiale dans la Sous-Préfecture de Sassandra s'explique par une absence d'information et de disponibilité. L'absence d'information se situe en réalité à plusieurs niveaux : tout d'abord celui de la non-connaissance même de la possibilité de réguler sa fécondité puisque, pour beaucoup de femmes, le nombre de naissance qu'elles vont avoir dépend de "la volonté de Dieu", puis celui de l'absence d'informations précises sur les méthodes de planification. Enfin, la faible accessibilité à ces méthodes est également un frein à leur utilisation car elles ne sont pas disponibles dans la plupart des centres de santé de la région.

Les femmes déclarent ne pas utiliser de méthodes contraceptives car elles souhaitent avoir des enfants (37 % des réponses) et manquent d'informations (1/4 des réponses) (tableau 3). Ce dernier motif apparaît comme l'obstacle principal à l'utilisation de ce type de méthodes chez les "autres actifs" et, surtout, chez les salariés de l'agriculture pour lesquels il représente le motif majoritaire. Par contre, chez les indépendants du secteur agricole, le désir d'une descendance importante prime sur les autres motifs, car ces groupes veulent bénéficier d'une main d'oeuvre familiale nombreuse dans les travaux agricoles. Si, pour les hommes, le désir d'avoir des enfants est également la principale justification de non-utilisation des méthodes contraceptives (22 %), cette raison a un moindre poids que dans les réponses des femmes (37 %). En revanche, l'opposition de la religion (20 %) et des raisons de santé (18 %) sont fréquemment citées. Ces raisons principales de non-utilisation varient selon les groupes socio-économiques : la religion est un facteur particulièrement déterminant chez les étrangers, agriculteurs ou exerçant une

autre activité, essentiellement musulmans, alors que pour les ivoiriens le désir d'avoir des enfants conditionne le rejet de telles méthodes. Pour les salariés agricoles la raison dominante, pour les hommes comme pour les femmes, demeure le manque d'information.

Tableau 3 : Raison de non utilisation des méthodes contraceptives pour les hommes chefs de ménage et les femmes selon le groupe socio-économique*

	I.A.	I.A.A.	E.A.	E.A.A.	S.A.	Ens.
Hommes						
– Souhaite des enfants	27	26	22	14	5	22
– Manque information	11	17	10	18	43	14
– Mauvais pour la santé	21	20	13	22	27	18
– Opposition de la religion	12	24	14	14	24	20
– Opposition de l'homme	15	14	18	3	0	14
– Opposition de la femme	6	2	10	0	8	6
– Autres raisons	8	9	3	5	3	6
Femmes (1)						
– Souhaite des enfants	37	33	42	13	21	37
– Manque information	12	37	19	34	52	25
– Mauvais pour la santé	23	12	15	16	3	15
– Opposition de la religion	6	10	12	12	10	8
– Opposition de l'homme	6	6	3	9	12	5
– Opposition de la femme	6	1	6	1	0	4
– Autres raisons	6	5	5	14	0	6

* en pourcentage des réponses exprimées

(1) la colonne ensemble est calculée sur l'effectif total des femmes (soit les 1 440 femmes interrogées), la typologie ne concerne que les 730 épouses des chefs de ménage.

Ainsi, d'une façon générale, peut-on constater le manque réel d'information en matière de méthodes contraceptives : par exemple, parmi les femmes qui n'utilisent pas de méthodes au moment de l'enquête, 13 % seulement connaissent l'existence de celles-ci. Cependant la demande d'information n'est pas pour autant systématique. En effet, environ un quart des femmes seulement (26 %) souhaitent bénéficier de ce type d'information, par contre 40 % des hommes aimeraient en disposer (tableau A.5). Chez ceux-ci, la plus forte demande émane des individus jeunes (moins de 30 ans), célibataires, et du groupe des ivoiriens exerçant une activité non agricole. D'une manière générale, les utilisateurs de méthodes contraceptives, et en particulier

ceux qui utilisent des moyens modernes, sont nombreux à désirer des informations supplémentaires concernant ces méthodes.

Le corps médical est la source d'information souhaitée, particulièrement par les femmes (82 % des réponses contre 72 % pour les hommes). En revanche, les hommes espèrent obtenir également ce type de renseignement des médias (11 % des réponses), source mentionnée par moins de 1 % des femmes qui ont un moindre accès à ces sources d'informations.

Ces données relatives aux méthodes contraceptives : faible connaissance et utilisation des méthodes, manque de diffusion de l'information, vont dans le sens du maintien d'une forte fécondité. Les idéaux favorables à une fécondité élevée sont encore très prégnants chez les femmes : ainsi sont-elles plus nombreuses à utiliser des méthodes pour favoriser la grossesse (10 %) qu'à pratiquer une contraception. Ces méthodes, essentiellement basées sur l'indigénat, sont particulièrement utilisées par les femmes de faible descendance. Le désir de connaître de telles méthodes est important : exprimé par 22 % des femmes, il l'est davantage par les femmes qui n'ont pas ou peu d'enfant (29 % chez les femmes sans enfants et 27 % chez celles ayant 1 à 2 enfants). Les femmes des groupes socio-économiques des "autres actifs" sont les plus nombreuses à exprimer le désir de réguler leur fécondité aussi bien pour l'augmenter que pour la diminuer. Si pour ce type de méthode, le corps médical reste mentionné comme moyen privilégié d'information, la famille est également largement citée (16 %). Ce rôle de la famille s'explique par deux raisons : a) c'est au sein de la famille, et par les femmes plus âgées, que se transmet le savoir concernant la pharmacopée traditionnelle particulièrement utilisée pour la lutte contre la stérilité ; b) les problèmes relatifs à la stérilité ne concernent pas uniquement la femme mais l'ensemble de sa famille.

La situation qui prévaut à Sassandra est celle de bien des régions de Côte-d'Ivoire où la diffusion des méthodes reste très limitée. L'Association pour le Bien-Etre Familial (AIBEF) diffuse quelques informations mais son intervention reste actuellement circonscrite à certains centres urbains. Cependant on peut s'attendre dans les années à venir à une utilisation plus massive des méthodes de planification car les femmes des jeunes générations les pratiquent déjà plus fréquemment que leurs aînées et elles sont plus nombreuses à exprimer le désir de connaître ce type de méthodes, surtout celles concernant la contraception ⁽⁴⁾.

4. De plus, la Côte-d'Ivoire ayant adopté en 1991 une politique de population, visant à une maîtrise de sa croissance démographique, des programmes de planification familiale, plus nombreux et plus ambitieux, devraient y être à l'avenir développés.

Cette volonté croissante d'une maîtrise de la fécondité repose sur une évolution, différente selon les groupes socio-économiques, des idéaux relatifs à la reproduction démographique.

LES IDÉAUX DE REPRODUCTION DÉMOGRAPHIQUE

En relevant à un moment donné les opinions des femmes et des hommes quant à leur fécondité, nous ne prétendons pas saisir les attitudes qui ont présidé à l'ensemble des décisions qu'ils ont été amenés à prendre durant toute leur vie génésique. D'une part, les idéaux familiaux des individus se modifient au cours du temps et il n'existe pas de position unique et figée mais une séquence de choix successifs, variables selon les moments du cycle de vie familiale. D'autre part, nombre de décisions en matière de fécondité résultent d'une synthèse conflictuelle entre les opinions des conjoints que nous avons pu également saisir, mais aussi entre les attitudes des parents et celles de leur milieu familial et social (Kellerhals, 1982) : les contradictions étant plus fréquentes et plus intenses en période de mutation des idéaux familiaux. Cette approche par les opinions des acteurs, hommes et femmes, ne rend pas compte d'une dynamique dans le temps, ni de l'ensemble des relations inter-individuelles entre le couple et son ensemble familial. Mais elle permet de cerner, dans chaque population, le modèle présent à un moment donné "*qui, de manière consciente ou inconsciente, retentit sur les conduites effectives*" (Bastide *et al.*, 1982 : 873) et de repérer, pour chacun des groupes considérés, la pérennité ou l'affaiblissement des idéaux traditionnels de procréation ; ceci dans une période où les populations se trouvaient particulièrement touchées par les difficultés économiques.

Hétérogénéité des attitudes relatives à la descendance souhaitée

On relève tout d'abord une grande hétérogénéité des attitudes relatives à la taille de la famille. La volonté de disposer d'une forte descendance est le fait d'une minorité de notre échantillon : 12 % des femmes désirent avoir 10 enfants ou plus et 18 % des hommes veulent 13 enfants ou plus (tableau 4). En revanche l'aspiration à une descendance réduite est plus répandue : 46 % des femmes souhaitent avoir moins de 6 enfants et 35 % des hommes moins de 7.

La descendance souhaitée dépend bien évidemment de celle déjà atteinte et de l'âge des individus : le souhait d'avoir un nombre d'enfant important croît ici fortement avec l'âge et le niveau de la descendance actuelle. De même, les individus mariés veulent une descendance plus élevée que ceux qui ne le sont pas. Les hommes mariés polygames désirent un nombre

Tableau 4 : Nombre total d'enfant souhaité par les hommes chefs de ménage de moins de 70 ans et les femmes de 15 à 49 ans selon leurs caractéristiques socio-démographiques

Chefs de ménage	0-6	7-13	14 et +	NP
20-29 ans	65	23	9	3
30-69 ans	28	47	20	5
0 enfant	65	23	8	4
1-2 enfants	51	33	11	4
3-4 enfants	40	44	13	3
5 enfants et +	9	55	29	7
Célibataire	72	17	7	14
Monogame	33	47	16	4
Polygame	11	44	35	10
Divorcé, veuf	57	43	0	0
Ivoirien agriculteur	21	49	26	4
Ivoirien autre actif	52	32	10	6
Etranger agriculteur	21	54	22	3
Etranger autre actif	48	29	14	9
Salarié agricole	58	28	6	8
Ne désire pas d'info. contraceptive	29	43	22	6
Désire des info. contraceptives.	44	41	12	3
Ensemble	35	42	18	5
Femmes	0-5	6-9	10 et +	NP
15-29 ans	55	30	10	5
30-49 ans	31	44	17	7
0 enfant	73	17	4	6
1-2 enfants	59	26	8	7
3-4 enfants	45	35	15	5
5 enfants et +	15	59	21	5
Célibataire	72	18	7	3
Mariée à monogame	41	40	14	5
Mariée à polygame	37	40	13	10
Divorcée, veuve	53	32	10	5
Ivoirien-agriculteur	32	40	21	7
Ivoirien-autre actif	52	34	11	4
Etranger-agriculteur	28	47	13	12
Etranger-autre actif	37	40	14	8
Salarié agricole	42	47	8	3
Ne désire pas d'info. contraceptive	42	37	14	7
désire des info. contraceptives	58	31	9	2
Ensemble	46	36	12	6

d'enfant plus important que les monogames, mais, en revanche, les attitudes des femmes varient extrêmement peu selon la nature de l'union dans laquelle elles se situent.

Si l'on considère les différences d'attitude selon le groupe socio-économique, on constate que chez les "ivoiriens-autres actifs" les deux sexes sont favorables en majorité à une famille restreinte (moins de 7 enfants pour les hommes et moins de 6 enfants pour les femmes). Ceci distingue les femmes de ce groupe de celles des autres communautés qui préfèrent prioritairement une descendance plus élevée (de 6 à 9 enfants). Par contre, pour le sexe masculin, cette majorité en faveur d'une descendance restreinte se retrouve chez les "salariés agricoles" et, de manière relative, chez les "étrangers-autres actifs". En revanche, on remarque chez les groupes engagés dans l'agriculture en tant qu'actif indépendant, ivoiriens ou étrangers, une attitude très largement favorable à une forte fécondité : pratiquement la moitié des hommes souhaitent une descendance comprise entre 7 et 13 enfants et ils sont plus nombreux à vouloir une descendance de 14 enfants et plus qu'une descendance de moins de 7 enfants. Cette attitude vigoureusement pro-nataliste rend particulièrement remarquable les aspirations des "salariés agricoles" qui, à 58 %, souhaitent avoir moins de 7 enfants alors que seulement 6 % d'entre eux désirent 14 enfants ou plus. Cette différence, à l'intérieur d'un même secteur d'activité, qui apparaît liée au passage d'un état d'actif indépendant et propriétaire de la terre à un statut de salarié (dans des entreprises agro-industrielles), nous semble particulièrement révélatrice des possibilités de transformation profonde des idéaux de la reproduction démographique avec le changement de la position des individus et des couples dans la structure de production.

Le nombre d'enfant supplémentaire souhaité est également un bon indice des attitudes de fécondité. La volonté de certains des hommes de moins de 70 ans de restreindre leur descendance est manifeste : 13 % ne désirent plus avoir d'enfant et 24 % souhaitent avoir de 1 à 3 enfants supplémentaires (tableau A.6). Par contre un tiers (32 % exactement) désirent avoir au moins 10 enfants en plus de leur descendance actuelle, attitude fréquente même chez les pères ayant de 7 à 12 enfants (29 %).

Les différences entre les groupes socio-économiques sont révélatrices d'une forte opposition entre ceux-ci : ainsi 62 % des "ivoiriens-autres actifs" souhaitent avoir moins de 4 enfants supplémentaires, alors que ce pourcentage atteint 40 % chez les "étrangers-autres actifs", 37 % chez les "salariés agricoles, 31 % chez les "ivoiriens-agriculteurs" et 22 % chez les "étrangers-agriculteurs", soit un écart de près de 1 à 3.

Si l'on retrouve des distinctions sensiblement comparables dans les opinions émises par les femmes, les différences sont cependant moins accusées : ainsi, dans les groupes "ivoiriens-agriculteurs" et "ivoiriens-autres actifs", 22 % des femmes ne veulent plus d'enfant et cette proportion n'atteint que 11 % chez les "étrangers-autres actifs", soit un écart de 1 à 2.

Le désir d'enfants : pour la famille, le travail agricole et la vieillesse

Quels sont les motifs des hommes et des femmes de la région de Sassandra d'avoir un nombre important d'autres enfants ? Ces motivations sont-elles différentes selon le groupe socio-économique ? L'analyse des réponses relevées permet une première approche des justificatifs de la forte fécondité.

Tout d'abord, on doit noter une première différence significative entre les groupes socio-économiques : il s'agit de la proportion des hommes chefs de ménage de moins de 70 ans qui déclarent souhaiter avoir un nombre important d'enfants supplémentaires, sachant que globalement plus de 3 hommes sur 4 (78 % exactement) se situent dans cette perspective. Aux deux extrêmes nous avons, d'une part, les "étrangers-agriculteurs" et les "ivoiriens-agriculteurs", avec respectivement 90 % et 87 % de réponses favorables, et, d'autre part, les "ivoiriens-autres actifs" avec seulement 57 % de réponses favorables. Les deux autres groupes "étrangers-autres actifs" et "salariés agricoles" sont à un niveau de réponses favorables intermédiaire (74 %).

Globalement, trois motivations principales à ce désir d'enfants, sont avancées par les chefs de ménage de 20 à 69 ans : agrandir la famille (26 %), être aidé dans les activités agricoles (23 %), ou durant la vieillesse (22 %) ; un seul autre motif représente plus de 10 % des réponses : "pour que l'un réussisse dans ses études" (12 %). Toutes les autres raisons concernent 5 % ou moins des réponses (tableau 5).

On peut constater des écarts et des similitudes entre les groupes socio-économiques particulièrement significatifs. Tout d'abord on relève une grande ressemblance entre la fréquence des différentes réponses dans les deux groupes d'agriculteurs indépendants : le motif d'aide dans les activités agricoles y représente le quart des réponses, les motifs d'agrandissement de la famille et d'aide durant la vieillesse sont souvent cités (entre 20 et 24 % des réponses), la réussite de l'un des enfants dans les études représente une part significative des motifs (10 % chez les étrangers et 13 % chez les ivoiriens).

Les groupes "ivoiriens-autres actifs" et "étrangers-autres actifs" se distinguent des groupes engagés dans l'agriculture mais de manière un peu

différente. Le motif "pour agrandir la famille" est dominant dans les deux groupes (29 et 25 % respectivement), celui d'aide dans les activités agricoles est évidemment peu cité (6 et 8 %), ce qui réunit ces communautés et les différencie des agriculteurs. Par contre la divergence est nette pour les autres motifs : les "ivoiriens-autres actifs" se caractérisent par l'importance qu'ils accordent aux motifs de "réussite dans les études" (14 % contre 6 % chez les "étrangers-autres actifs") et d'obtention d'un enfant d'un sexe plutôt que d'un autre (14 % contre 7 %). En revanche, les "étrangers-autres actifs" mettent davantage l'accent sur "l'aide durant la vieillesse" (24 % contre 13 % chez les "ivoiriens-autres actifs") et sur "la volonté de Dieu" (13 % contre 3 %) se révélant ainsi plus proche que les ivoiriens d'une conception traditionnelle de la fécondité.

Tableau 5 : Motif du souhait d'avoir d'autres enfants pour les hommes chefs de ménage de moins de 70 ans selon le groupe socio-économique (en % des réponses, éventuellement multiples, citées)

Motif	Groupe socio-économique					
	I.A.	I.A.A.	E.A.	E.A.A.	S.A.	Ens
Pour le renom	3	5	5	5	3	5
Pour agrandir la famille	24	29	21	25	20	26
N'a pas encore d'enfant	2	6	3	6	4	4
Pour avoir des garçons	2	9	4	5	6	5
Pour avoir des filles	2	5	3	2	7	3
Pour que l'un réussisse dans les études	13	14	10	6	9	12
Pour être aidé dans les activités agricoles	26	6	26	8	17	23
Pour être aidé dans la vieillesse	20	13	20	24	22	22
Il y a beaucoup d'enfants qui décèdent	3	4	3	2	4	3
C'est la volonté de Dieu	3	3	4	13	7	5
Autres raisons	1	6	1	4	3	2
Total	100	100	100	100	100	100
% de répondants	87	57	90	74	74	78

Restreindre sa descendance ou les effets de la crise

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, le désir d'une descendance nombreuse est inégalement réparti entre les groupes socio-économiques ; corrélativement, le souhait de ne plus avoir d'enfants (ou d'avoir peu d'enfants supplémentaires), partagé par 22 % des hommes, est lui-même variable. La même opposition subsiste entre d'une part les "ivoiriens-autres actifs" où 43 % expriment ce souhait et d'autre part les "étrangers-agriculteurs" et les "ivoiriens-agriculteurs" avec seulement 10 % et 13 % de réponses du même ordre ; les "étrangers-autres actifs" et les "salariés agricoles" sont là aussi à un niveau intermédiaire (26 %) (tableau 6).

Tableau 6 : Motif du souhait de ne pas avoir d'autres enfants, ou d'en avoir peu d'autres, pour les hommes chefs de ménage de moins de 70 ans selon le groupe socio-économique (en % des réponses citées)

Motif	Groupe socio-économique					
	I.A.	I.A.A.	E.A.	E.A.A.	S.A.	Ens
La vie est chère	58	59	54	61	71	60
Il faut les nourrir tous	18	13	7	20	21	16
Seul un petit nombre peut faire des études	4	8	0	2	8	5
A beaucoup ou a trop d'enfants	10	9	4	0	0	6
On n'a pas (ou plus besoin) d'enfant	4	4	7	4	0	4
Autres raisons	6	7	28	13	0	9
Total	100	100	100	100	100	100
% de répondants	13	43	10	26	26	22

Le motif nettement dominant (60 %) fait référence à la crise économique de manière directe "la vie est chère, la vie est dure". Un autre motif, fréquemment évoqué lui aussi (16 %), renvoie également aux difficultés économiques, mais de manière moins générale car il concerne le problème précis de l'alimentation des enfants : "il faut les nourrir tous". Les autres réponses représentent moins de 10 % des motifs cités.

Les différences de motivation entre les groupes socio-économiques sont moins sensibles que pour les motifs de forte fécondité dans la mesure où les réponses liées aux contraintes économiques sont dominantes dans chacun des groupes. On remarquera cependant que le motif exprimant "l'impossibilité de scolariser un nombre important d'enfant" est notablement représenté seulement chez les "ivoiriens-autres actifs" et les "salariés agricoles" (8 %).

Le rôle de cette volonté de scolarisation des enfants dans les attitudes en matière de fécondité est d'ailleurs intéressant à observer dans la mesure où il intervient encore actuellement, et malgré la crise, davantage pour justifier la volonté d'avoir une descendance importante, c'est-à-dire "avoir beaucoup d'enfants pour que l'un au moins réussisse dans les études" (12 % des motifs de forte fécondité sont de ce type, ceci représentant 133 répondants), que pour motiver l'obtention d'une moindre descendance (5 % des motifs de faible fécondité représentant 14 répondants).

Les motivations féminines d'une forte fécondité

Les déclarations des femmes enceintes au moment de l'enquête, vis à vis de leur grossesse en cours, révèle les motifs de leurs attitudes en faveur du maintien d'une fécondité élevée. Ces femmes (représentant 12 % de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans interrogées) ont dans l'ensemble une attitude positive par rapport à cette grossesse puisque 85 % déclarent leur satisfaction d'être enceinte, 9 % en sont mécontentes et 6 % demeurent sans opinion ; 93 % des femmes satisfaites pensent que cette grossesse est venue au moment idéal, 4 % qu'elle est survenue trop tardivement.

Leurs motifs de satisfaction d'avoir cette grossesse montre que leur souhait d'une fécondité élevée repose sur des motivations quelque peu différentes de celles des hommes (tableau 7). Elles souhaitent, comme eux, avoir des enfants pour agrandir la taille de leur famille (37 % des réponses) ou pour bénéficier d'aide dans les travaux agricoles ou domestiques (17 %). En revanche, elles mettent en avant, davantage que les hommes, le fait qu'elles n'ont pas encore d'enfants (8 % des réponses contre 4 %), car faire la preuve de sa fécondité demeure pour elles une préoccupation importante. Cette grossesse est cependant vécue comme une fatalité par certaines qui pensent que "c'est Dieu qui donne les enfants" (15 % des réponses), et ceci plus souvent que les hommes (5 %) ; cette réponse est par ailleurs plus fréquente chez les femmes les plus âgées : 25 % des femmes de 30 ans et plus contre seulement 12 % des femmes de moins de 30 ans. D'une manière générale les raisons divergent légèrement selon l'âge des femmes : les femmes jeunes qui n'ont pas encore d'enfants expriment plus fréquemment le besoin

de constituer leur descendance (10 % des réponses), par contre les femmes plus âgées voient à travers cet enfant à venir la possibilité de recevoir de l'aide pendant la vieillesse (9 %).

Tableau 7 : Raison de satisfaction exprimée par les femmes enceintes pour leur grossesse en cours (en pourcentage des réponses exprimées)

	moins de 30 ans	30 ans et plus	Ensemble
Agrandir la famille	42	23	37
Aide dans les travaux agricoles, domestiques	16	21	17
Dieu décide	12	25	15
N'a pas encore d'enfants	10	4	8
Avoir des filles / des garçons	10	10	10
Aide dans la vieillesse	1	9	4
Autres raisons	9	8	9
% de réponses exprimant la satisfaction	85	86	85

Les femmes se distinguent également des hommes par le fait qu'elles accordent moins d'importance aux motifs "d'aide durant la vieillesse" (4 % contre 22 %) et de "réussite d'un enfant dans les études" (3% contre 12 %).

Relevons enfin que ces femmes enceintes ont peu pratiqué la contraception avant cette grossesse puisque seulement 4 % ont eu recours à de telles méthodes ; en revanche, 12 % d'entre elles ont utilisé des méthodes pour favoriser cette grossesse.

Si globalement les femmes sont favorables à une forte fécondité, interrogées d'un point de vue général sur les raisons que l'on peut avoir de limiter sa descendance elles pensent que ces raisons sont essentiellement de nature économique : cherté de la vie (50 %) et difficulté pour l'alimentation (22 %) ; les problèmes de scolarisation ne constituent pas une raison importante (4% des réponses). Pour 20 % d'entre elles, cette décision de maîtrise de la fécondité n'est pas de leur ressort puisqu'elles restent soumises à la volonté divine pour décider de la taille de leur descendance (tableau A.7) .

Ces attitudes et comportements des hommes et femmes par rapport à la fécondité font apparaître les divergences quant à une possible régulation de

cette fécondité et révèlent bien la complexité des mécanismes qui président aux décisions en ce domaine.

CONCLUSION : DE QUELQUES PARADOXES

Malgré la crise économique et les difficultés auxquelles se trouvent confrontées les populations de la zone de Sassandra, la fécondité se maintient globalement à un niveau élevé et enregistre même une tendance à la hausse. Cette évolution n'est cependant pas homogène dans les différents groupes socio-économiques considérés et les idéaux qui président aux décisions de fécondité sont soumis, eux-aussi, à des transformations variables d'une sous-population à l'autre comme d'un sexe à l'autre, comme le montrent les inégales minorités d'individus favorables à une limitation de leur fécondité.

Les groupes les plus directement impliqués dans la sphère de production agricole, agriculteurs ivoiriens et étrangers, pour lesquels la disposition d'une force de travail familiale nombreuse est une nécessité économique, sont ceux qui ont la fécondité la plus élevée et qui conservent une attitude pronataliste : ils recourent très peu aux méthodes contraceptives et expriment le désir de maintenir une descendance importante, en le justifiant par le besoin de main-d'oeuvre. Par contre, dans ce même secteur d'activité, dès que le statut économique change et que l'on devient salarié, émergent des idéaux et des comportements orientés vers une limitation de la fécondité. Pour cette population de salariés agricoles, la principale raison de l'absence d'utilisation des méthodes contraceptives est liée au manque d'information. Les groupes impliqués dans les secteurs d'activité secondaire et tertiaire adoptent également des attitudes et des pratiques davantage tournées vers une maîtrise de la fécondité de type moderne : plus forte utilisation des méthodes contraceptives et moindre pratique des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances.

Ainsi, malgré les niveaux élevés de la fécondité dans la zone de Sassandra, des idéaux favorables à une fécondité plus faible commencent à émerger chez certains et l'on peut s'interroger sur le fondement de ces changements, mais également sur la généralisation de ce phénomène et les modifications réelles de comportements qu'ils induiront sur le long terme. La crise qui affecte la Côte-d'Ivoire, et en particulier les régions d'économie de plantation, est certainement un révélateur de problèmes importants et particulièrement des difficultés à élever de nombreux enfants : c'est d'ailleurs un motif cité comme justificatif d'une limitation de la fécondité. La redistribution des enfants au sein de la famille, qui permettait de se dégager des coûts induits par cette descendance nombreuse, en particulier des charges d'éducation, ne

peut plus être une solution aussi largement adoptée que par le passé, car la crise affecte également d'autres secteurs de la production et atteint actuellement les familles résidentes en ville.

Cependant, ces idéaux de moindre fécondité ne sont pas liés exclusivement aux aspects conjoncturels d'une crise (qui dans sa réalité profonde est d'ordre structurel), mais correspondent aussi à une transformation de mentalités, comme l'indiquent les comportements et les attitudes des jeunes générations et des groupes socio-économiques impliqués dans des activités ou disposant de statut "moderne", davantage en faveur d'une limitation de la fécondité. Leur désir d'une maîtrise de la fécondité s'exprime concrètement puisqu'ils sont plus nombreux à recourir à de telles méthodes. Cependant la moindre pratique des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances risque de jouer en sens opposé, s'ils ne peuvent utiliser des méthodes efficaces de contraception, le recours à ces méthodes restant conditionné par leur accessibilité réelle. Or, les difficultés économiques et la réalisation des "programmes d'ajustement structurel" accroissent les problèmes de fonctionnement du système sanitaire ivoirien et rendent plus difficile l'accès aux méthodes de planification familiale.

Et ce d'autant plus que les conceptions des hommes et des femmes face à la régulation familiale ne sont pas toujours convergentes. Les femmes ont des attitudes et des comportements beaucoup plus traditionnels que les hommes, bien que des changements se dessinent chez les jeunes femmes. Ces divergences sont en partie dues à la nécessité qu'ont ces femmes de prouver leur fécondité pour être socialement reconnues. Ainsi, dans leur ensemble, utilisent-elles davantage des méthodes pour favoriser une grossesse que pour la retarder, cette utilisation de moyens de planification des naissances, dans un sens ou dans l'autre, restant cependant le fait d'une minorité. Et l'on peut constater chez ces femmes, comme dans une moindre mesure chez leurs conjoints, la faible connaissance des possibilités de régulation efficace de la fécondité : la réponse assez fréquemment citée selon laquelle la taille de la famille est déterminée par la "volonté divine" exprime bien ce manque de prise de conscience et cette soumission à des idéaux traditionnels.

D'une manière générale, le contexte de l'évolution de la fécondité et de la régulation familiale à Sassandra se caractérise par certains paradoxes. La fécondité est en augmentation sensible mais une forte minorité de la population se révèle favorable à une moindre descendance. La demande d'information sur les méthodes modernes de contraception est exprimée par nombre d'individus mais les pratiques anciennes de régulation de l'espacement des naissances, qui dans les faits en tenaient lieu, tendent à

s'affaiblir. Les agriculteurs indépendants sont les plus atteints par la crise économique actuelle mais ce sont les communautés engagées dans des activités secondaire et tertiaire ou protégées en partie par un statut de salarié qui s'orientent vers des attitudes et des pratiques de diminution de leur descendance... En effet, au delà d'une permanence d'idéaux traditionnels de forte fécondité, de la conjoncture de crise qui modifie la perception qu'ont les parents des coûts réels d'élevage des enfants, on peut discerner l'émergence d'une volonté de maîtrise et d'une réduction de la fécondité. Si cette émergence atteint des individus appartenant à tous les groupes socio-économiques considérés, elle est, il est vrai, plus perceptible chez certains d'entre eux. Ceci révèle en définitive une différenciation croissante des pratiques et des idéaux, entre les groupes sociaux comme entre les individus, dans le cadre de dynamiques de la reproduction démographique nouvelles et moins figées.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIAMAMPAHERY D., DAKONO A., KOFFI A., MULAMBA A., 1989, *Dynamique de population et mutation socio-économique dans le sud-ouest ivoirien : la Sous-Préfecture de Sassandra (avril 1988)*, Etudes et recherches n° 16, ENSEA, Abidjan, janvier 1989, 143 p.
- BASTIDE H., GIRARD A., ROUSSEL L., 1982, Une enquête d'opinion sur la conjoncture démographique (janvier 1982), *Population*, 4-5, 1982, pp. 867-904.
- GUILLAUME A., VIMARD P., 1990, *Santé de la mère et de l'enfant et dynamique familiale à Sassandra*, Etudes et recherches n° 20, ENSEA, Abidjan, 1990, 97 p.
- KELLERHALS J., 1982, Structures sociales, "stratégies familiales" et fécondité. Quelques remarques méthodologiques, *Population et structures sociales*, Chaire Quetelet 1981, Cabay, Louvain la Neuve, 1982, pp. 53-81.
- VIMARD P., GUILLAUME A., QUESNEL A., 1991, *Modifications des coûts et bénéfiques supportés par les parents : différenciation socio-économique et son impact sur la fécondité*, Communication au séminaire "La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara" (Harare, Zimbabwe, 19-22 novembre 1991), 25 p.

ANNEXE

Tableau A.1 : Fécondité cumulée du moment selon l'année

Année	Age atteint						
	20	25	30	35	40	45	50
vers 1956	0.70						
vers 1961	0.92	1.96					
vers 1966	0.81	2.12	3.45				
vers 1971	0.76	2.11	3.58	4.64			
vers 1976	0.84	2.19	3.58	4.99	5.76		
vers 1981	0.95	2.54	4.04	5.31	6.47	7.13	
vers 1986	0.85*	2.34*	3.91*	5.39*	6.25*	6.78*	7.06*

* fécondité cumulée estimée

Tableau A.2 : Descendance atteinte à différents âges par les groupes de génération

Génération	Age atteint						
	20	25	30	35	40	45	50
1968-1972	0.85*						
1963-1967	0.95	2.44*					
1958-1962	0.84	2.44	4.01*				
1953-1957	0.76	2.11	3.61	5.09*			
1948-1952	0.81	2.16	3.55	4.81	5.67*		
1943-1947	0.92	2.23	3.71	5.12	6.28	6.81*	
1938-1942	0.70	1.74	3.06	4.12	4.90	5.55	5.84*

* descendance estimée

Tableau A.3 : Durée moyenne d'allaitement intégral, d'allaitement total, d'aménorrhée et d'abstinence selon l'âge des femmes et les groupes socio-économiques (concerne les enfants nés entre 1983 et 1988)

	Allaitement intégral	Allaitement total	Aménorrhée	Abstinence
15-29 ans	6.6	14.9	7.6	8.8
30-49 ans	7.0	16.5	8.6	9.5
Ivoirien agriculteur	6.1	14.7	7.5	9.6
Ivoirien autre actif	5.4	15.3	8.5	8.0
Etranger agriculteur	7.7	15.0	7.9	9.2
Etranger autre actif	7.8	16.6	7.8	9.0
Salarié agricole (*)	5.5	20.4	6.7	10.8
Ensemble	6.8	15.5	7.9	9.0

(*) effectifs non significatifs

Tableau A.4 : Utilisation de méthode contraceptive selon les caractéristiques socio-démographiques des hommes et des femmes interrogées (en %)

	Aucune	Indigénat	Abstinence	Moderne*	Méthode N.P.
Chefs de ménage					
15 - 29 ans	86	2	3	7	3
30 - 49 ans	90	1(+1)	2(+1)	6(+1)	1
Célibataire	85	1(+1)	0	6(+1)	7
Monogame	88	1(+1)	3	7(+1)	1
Polygame	95	0	2(+1)	2(+1)	1
Divorcé, veuf	96	0	0	4	0
Enfants survivants					
0	90	0	0	4	6
1-6	89	1(+1)	3(+1)	6(+1)	1
7-12	90	1	1	8	1
13 et +	88	0	4	8	0
Ivoirien agriculteur	94	1(+1)	1	3(+1)	2
Ivoirien autre actif	78	1(+1)	3(+1)	17	1
Etranger agriculteur	98	1
Etranger autre actif	87	1(+1)	3	6(+1)	2
Salarié agricole	78	1	8	7	6
Souhaite des informations					
non	96	1	1	2	0
oui	79	1(+1)	3(+1)	12(+1)	4
Ensemble	89	1	2	6	2
Femmes					
15 - 29 ans	91	1(+1)	1	5(+1)	1
30 - 49 ans	94	1(+1)	...	4(+1)	1
Enfants survivants					
0	88	1	...	10	1
1-5	93	1(+1)	1	4(+1)	1
6 et +	93	2(+1)	1	3(+1)	1
Ivoirien agriculteur	98	2	0	0	1
Ivoirien autre actif	89	1	1	5	3
Etranger agriculteur	98	1	0	0	1
Etranger autre actif	95	1	3	1	0
Salarié agricole	97	0	0	3	0
Souhaite des informations					
non	97	2	1
oui	78	4(+2)	2	14(+2)	1
Ensemble	92	1	1	5	1

Les données entre parenthèses correspondent à une association avec une autre méthode, les ... signifient moins de 0,5 %.

* moderne = méthode des cycles, préservatif, retrait, pilule, stérilet

Tableau A.5 : Désir et source d'information souhaitée concernant les méthodes contraceptives selon les caractéristiques socio-démographiques des hommes chefs de ménage et des femmes

	Souhaite information*	famille**	corps médical**	médias**	autre**
Chefs de ménage					
- de 30 ans	47	2	65	8	25
+ de 30 ans	40	5	74	12	9
Célibataire	44	2	57	4	37
Mariée monogame	43	5	74	13	8
Mariée polygame	32	4	76	11	9
Divorcé, veuf	30	0	72	14	14
Ivoirien agriculteur	33	5	77	7	11
Ivoirien autre actif	61	4	71	10	15
Etranger agriculteur	29	7	79	11	3
Etranger autre actif	45	3	59	20	17
Salarié agricole	51	3	68	5	24
Ensemble	41	4	72	11	13
	Souhaite information*	famille**	corps médical**	autre** y compris médias	
Femmes					
- de 30 ans	28	7	82	11	
+ de 30 ans	21	5	84	11	
Célibataire	43	9	83	8	
Mariée à monogame	25	6	83	11	
Mariée à polygame	15	9	79	12	
Divorcée, veuve	32	0	77	23	
Ivoirien agriculteur	12	11	75	14	
Ivoirien autre actif	43	3	92	5	
Etranger agriculteur	12	18	68	14	
Etranger autre actif	29	4	82	14	
Salarié agricole	24	11	67	22	
Ensemble	26	7	82	11	

* En pourcentage de l'ensemble des réponses

** En pourcentage des réponses de ceux qui souhaitent une information

Tableau A.6 : Nombre d'enfants supplémentaires souhaité par les chefs de ménage mariés de moins de 70 ans et les femmes de 15 à 49 ans selon le groupe socio-économique

Chefs de ménage	0	1-3	4-9	10 et +	"Dieu"	NP
Ivoirien agriculteur	10	21	25	39	4	1
Ivoirien autre actif	30	32	11	20	6	1
Etranger agriculteur	5	17	39	31	7	...
Etranger autre actif	12	28	15	32	12	1
Salarié agricole	5	32	17	46	0	0
Ensemble	13	24	24	32	6	1
Femmes	0	1-3	4-9	10 et+	NP	
Ivoirien agriculteur	24	34	31	3	8	
Ivoirien autre actif	24	53	17	2	4	
Etranger agriculteur	11	37	37	3	12	
Etranger autre actif	19	44	29	2	6	
Salarié agricole	13	50	34	0	3	
Ensemble	18	41	30	3	8	

Tableau A.7 : Motif général du souhait d'avoir moins d'enfants, exprimé par les femmes * (en % des réponses citées)

La vie est chère	50
Il faut les nourrir tous	22
Seul un petit nombre peut faire des études	4
Problème de santé de la femme	2
Dieu décide	20
Autres raisons	2
Total	100
% de répondantes	98

* d'après la réponse à la question "Si les gens ont moins d'enfant, à votre avis pour quelle raison ?"

STRUCTURES FAMILIALES, CYCLE DE VIE ET CRISE ÉCONOMIQUE À DAKAR

Philippe ANTOINE

INTRODUCTION

Contrairement aux prévisions des années 60, le modèle de la famille restreinte ne s'est pas répandu en Afrique. Au contraire, en ville diverses formes de composition familiale coexistent. Dakar, vieille capitale africaine, sur un continent où l'urbanisation est récente, constitue un champ d'observation particulièrement intéressant. Les données recueillies au cours de l'enquête biographique sur l'insertion urbaine à Dakar menée par l'IFAN et l'ORSTOM ⁽¹⁾, permettent en partie d'appréhender les dynamiques en cours dans les familles, et de voir comment ces dernières réagissent à la crise que traverse le continent. L'enquête quantitative comprend deux phases : une enquête ménage classique et une enquête biographique portant en particulier sur les itinéraires résidentiels, professionnels et familiaux. A partir de quelques résultats issus de cette enquête, et de comparaison avec la situation en 1955, nous essayerons de voir les conséquences de l'augmentation de la taille des ménages et de l'éventuelle redistribution des rôles au sein du ménage et nous nous interrogerons sur les modifications possibles de régime démographique.

(1) Cette recherche est menée conjointement par l'IFAN et l'ORSTOM. La composition de l'équipe est la suivante : P. Antoine, démographe ; P. Bocquier, démographe-statisticien ; A. B. Diop, sociologue ; A. S. Fall, sociologue ; Y.M. Guisse, anthropologue ; J. Nanitelamio, psycho-sociologue.

L'ÉVOLUTION DE LA TAILLE DES MÉNAGES ENTRE 1955 ET 1989

T. Locoh (1988), dans sa synthèse sur la taille et la structure des ménages en Afrique, insistait sur les difficultés pour procéder à des comparaisons dans le temps. Les chiffres sont-ils des indicateurs de l'évolution de la taille des ménages ou rendent-ils seulement compte de l'évolution du concept (en particulier du passage de la concession au ménage) ?

Le cas de Dakar est un bon révélateur des difficultés rencontrées. Sans vouloir rentrer dans le détail de la méthodologie de collecte et des concepts retenus, on constate qu'un ménage tel que défini en 1955, n'est pas un ménage de 1989. Les définitions retenues en 1955 (Ministère du Plan, 1962 : 73) sont les suivantes : « *on considère comme constituant un "foyer" toute personne ou tout groupe de personnes habitant normalement le même logement ou la même unité d'habitation* ». « *Un même "foyer" peut englober un ou plusieurs "ménages". Il peut n'en comporter aucun. Dans ce dernier cas il s'agit soit d'une personne isolée, soit d'un groupement de camarades* ». « *Il y a "ménages" lorsque au moins deux personnes vivent ensemble unies soit par le mariage, soit dans le cas de l'absence d'un des époux par un lien d'ascendance ou de descendance* ».

En 1989, les définitions de l'enquête IFAN-ORSTOM (Antoine *et al.*, 1991 : 19) sont différentes : « *le ménage est constitué par l'ensemble des personnes vivant dans la même unité d'habitation (logement) et qui se reconnaissent sous l'autorité d'un même chef de ménage* ». Un ménage est composé de un ou plusieurs noyaux familiaux. « *Le noyau familial comprend les époux (ou l'un d'eux) et leurs enfants non mariés, ainsi que les parents consanguins ou par alliance à condition que ceux-ci soient à la charge du chef du noyau familial* » (2).

Dans la suite du texte, les termes de ménage et de noyau renvoient au concept retenu en 1989, même pour les résultats issus de l'enquête de 1955.

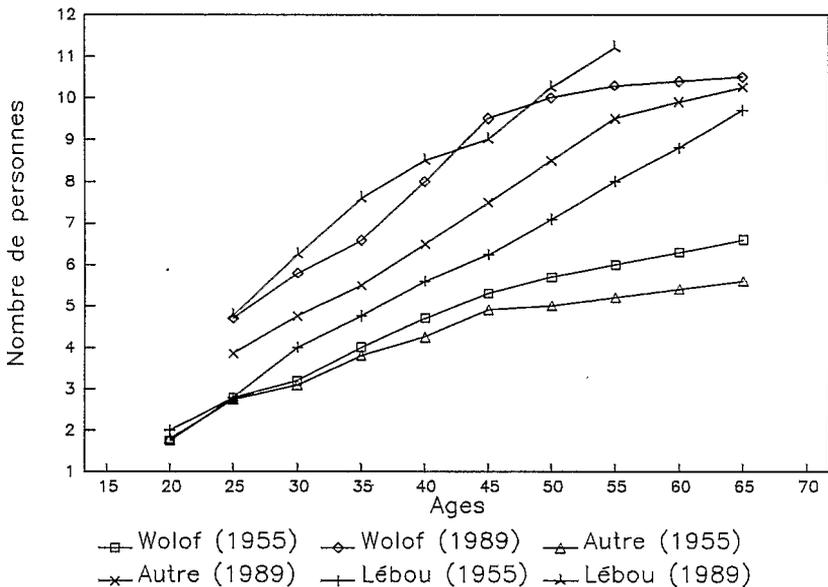
En effet, nous avons assimilé le foyer de 1955 au ménage de 1989, c'est-à-dire, toutes les personnes qui résident dans la même unité d'habitation constituent un ménage, et le ménage de 1955 au noyau défini en 1989. On peut penser à priori que le concept de ménage de 1955 est plus restrictif que celui du noyau en 1989 ; cependant en moyenne on trouve que les ménages ont 1,1 noyau en 1955 et 1,6 noyau en 1989.

(2) Nos définitions s'inspirent de celles utilisées par le Bureau National du Recensement de la Direction de la Statistique du Sénégal.

Une autre difficulté rend la comparaison difficile ; la plupart des résultats publiés en 1955 mêle la population africaine et la population européenne. A la fin de la période coloniale, cette dernière est nombreuse. On dénombre 47 300 ménages africains (comprenant 200 780 personnes) et 7 700 ménages non africains (réunissant 30 107 personnes) possédant une structure des ménages différente. Dans la suite des travaux nous n'avons comparé que les données concernant la population africaine.

Ces réserves faites, on constate tout de même une très nette évolution ; la taille moyenne de l'ensemble des ménages africains passe de 4,2 personnes en 1955 à 8,3 personnes en 1989. Cette évolution concerne les différentes ethnies mais selon des proportions différentes (figure I). Chez les Wolof, groupe ethnique le plus important au Sénégal, la taille moyenne lorsque le chef de ménage à 60 ans et plus, passe de 6,5 à 10,5 personnes ; chez les Lébou (sous-groupe de culture wolof, mais dont les terres villageoises sont à Dakar) cette taille passe, au même âge, de 9,7 en 1955 à 11,3 personnes en 1989. Ces différents indicateurs mettent bien en évidence l'augmentation de la taille moyenne des ménages, qui a doublé en l'espace de 34 ans, c'est-à-dire en un peu plus d'une génération.

Figure 1 : Taille moyenne des ménages selon le groupe ethnique et l'âge du chef de ménage



La répartition des types de ménage a également profondément changé. Plusieurs constats peuvent être faits à partir de l'évolution de la situation entre 1955 et 1989 (tableau 1). Si l'on considère trois grands types de ménages :

- les ménages non familiaux composés d'individus (non apparentés directement) vivant seul ou en groupe (groupe de jeunes bonnes par exemple, ou de jeunes gens partageant une même chambre) ⁽³⁾.
- les ménages mononucléaires, composés d'un seul noyau familial ; (le père, la mère, les enfants par exemple, mais aussi les noyaux de polygames c'est-à-dire le père, les épouses et les enfants ; à cette composante peut s'adjoindre des parents isolés)
- les ménages polynucléaires qui comprennent plusieurs noyaux (comme par exemple le noyau conjugal d'un homme, le noyau de son frère dépendant et de son épouse,...).

Tableau 1 : Répartition de 1 000 ménages en 1955 et 1989 suivant le sexe et le groupe d'âges du chef de ménage

Sexe du C.M. Groupe d'âges Type de ménage		Masculin		Féminin	
		1955	1989	1955	1989
Moins 30 ans	Ménage non familial	90	45	20	9
	Ménage mononucléaire	80	18	10	8
	Ménage polynucléaire	-	5	-	-
30 à 49 ans	Ménage non familial	90	91	20	41
	Ménage mononucléaire	360	281	40	35
	Ménage polynucléaire	30	93	-	-
50 ans et +	Ménage non familial	20	25	20	40
	Ménage mononucléaire	120	150	50	19
	Ménage polynucléaire	30	140	10	-
TOTAL		820	848	180	152

Le premier constat concerne la diminution du nombre de chef de ménage féminin. Paradoxalement, la proportion de chef de ménage féminin a diminué (15 % des chefs de ménage en 1989, 18 % en 1955), alors que la tendance est inverse dans d'autres capitales africaines comme Abidjan par exemple.

(3) La proportion des ménages de cette catégorie baisse entre 1955 et 1989, tant chez les hommes que chez les femmes aux jeunes âges.

Deux autres évolutions marquantes concernent le vieillissement des chefs de ménage masculin et la polynucléarisation du ménage. En 1955, 21 % des chefs de ménage masculin ont 50 ans et plus, et en 1989 cette proportion atteint 37,2 %. D'autre part la proportion de ménage polynucléaire s'accroît passant de 7 % à 23,8 % de l'ensemble des ménages.

Si l'on analyse pour ces deux dates la répartition selon le groupe d'âge du chef de ménage et la taille du ménage, on constate que la proportion de ménage de plus de 7 personnes augmente largement à tous les groupes d'âge et ce pour chacun des deux sexes (tableau 2). L'augmentation de l'âge des chefs de ménage n'explique pas tout. A âge égal, la composition des ménages a évolué.

Les données publiées pour 1955 permettent juste une comparaison de la composition du ménage en distinguant trois catégories : les enfants de moins de 15 ans, les actifs de 15 ans et plus, les inactifs du même groupe d'âge. La part des enfants a légèrement augmenté dans la structure du ménage passant de 35 à 41 % (tableau 3). Plusieurs facteurs se conjuguent pour expliquer ce phénomène :

- le déclin de la mortalité infanto-juvénile ;
- l'augmentation du nombre de familles de souche dakaroise ;
- la plus grande propension à des migrations familiales.

Ceci se lit dans la pyramide des âges de Dakar qui présente, en 1989, un profil relativement régulier par âge et équilibré par sexe, contrairement à l'allure de celle de 1955 où l'on constatait un rétrécissement à 10-15 ans et un net élargissement à 25-30 ans, avec une sur représentation des hommes au delà de 30 ans. C'est-à-dire un profil type de pyramide d'une ville en expansion accueillant des migrants.

Cette structure de la population, autrefois marquée par la prééminence d'individus d'âges actifs, et aujourd'hui, comprenant une forte proportion de jeunes, se traduit au niveau des ménages par une variation de la charge par actif (tableaux 3 et 4). En 1955 on relève 2,3 personnes à charge par actif et, en 1989 2,7 personnes. Pour certaines catégories socio-économiques, comme les chefs de ménage ouvriers de l'industrie, la charge par actif est passée de 1,7 personne à 3,5 personnes.

Il faut cependant relativiser ces écarts, qui ne mesurent que les rapports apparents au sein du ménage ; c'est-à-dire de l'ensemble des personnes résidant dans le même logement. Il est fort possible que l'ouvrier de 1955 soit d'une part plus jeune, que d'autre part il prenne en charge une part

Tableau 2 : Répartition de 1 000 ménages dont les chefs ont le même groupe d'âges suivant la taille du ménage

SEXE FÉMININ							
Groupe d'âges	Année d'observation	1 Pers.	2-3 Pers.	4 à 6 Pers.	7 à 10 Pers.	11 Pers. et +	Total
- 30 ans	1955	437	406	157	-	-	1000
	1989	139	306	333	194	28	1000
30-39 ans	1955	386	381	186	47	-	1000
	1989	171	237	276	237	79	1000
40-49 ans	1955	251	421	245	83	-	1000
	1989	60	119	333	321	167	1000
50-59 ans	1955	313	358	238	76	15	1000
	1989	-	125	306	361	208	1000
60 ans et +	1955	335	342	197	92	34	1000
	1989	93	167	259	278	204	1000
Ensemble	1955	352	389	198	53	13	1000
	1989	87	177	301	289	146	1000
SEXE MASCULIN							
Groupe d'âges	Année d'observation	1 Pers.	2-3 Pers.	4 à 6 Pers.	7 à 10 Pers.	11 Pers. et +	Total
- 30 ans	1955	375	444	167	11	3	1000
	1989	278	333	194	104	91	1000
30-39 ans	1955	174	411	313	81	21	1000
	1989	91	239	298	243	130	1000
40-49 ans	1955	116	321	352	138	73	1000
	1989	39	96	254	319	291	1000
50-59 ans	1955	109	297	317	144	133	1000
	1989	39	44	199	287	431	1000
60 ans et +	1955	111	261	261	188	179	1000
	1989	26	66	161	237	509	1000
Ensemble	1955	187	370	290	97	56	1000
	1989	71	142	235	259	293	1000

importante de sa famille ailleurs qu'à Dakar. Les stratégies résidentielles ont dû évoluer, et il est probable qu'en 1989 la proportion de ménage pluri-résidentiel a diminué.

Tableau 3 : Comparaison des compositions du ménage entre 1955 et 1989 par catégories socio-professionnelles du chef de ménage

		Moyenne	RÉPARTITIONS EN %			Total
			15 ans et + Actif	Inactif	Enfants 0-14 ans	
Ensemble	1955	4,0	30	35	35	100
	1989	8,2	27	32	41	100
Commerce	1955	3,9	37	31	32	100
	1989	7,1	32	25	43	100
Ouvrier	1955	3,6	37	30	33	100
	1989	10,5	22	33	45	100

Tableau 4 : Taille moyenne du ménage et composition en 1989 par catégories socio-professionnelles du chef de ménage

	Taille moyenne ménage	Nombre moyen		
		Enfants 0-14 ans	Actifs 15 ans et +	Non actifs 15 ans et +
Ensemble	8,2	3,4	2,2	2,6
Cadre	7,7	2,7	2,4	2,5
Employé	8,3	3,4	2,1	2,8
Commerçant	7,1	3,0	2,3	1,8
Artisan	8,1	3,4	2,5	2,2
Ouvrier	10,5	4,7	2,3	3,5
Manoeuvre	7,8	3,3	2,1	2,3

LA COMPOSITION DES MÉNAGES EN 1989

On peut avoir un aperçu de la composition des ménages à travers la taille moyenne de chacune de ses composantes. Nous avons considéré les seuls ménages familiaux en excluant de l'analyse les ménages composés de personne isolée ou les individus non apparentés vivant en groupe (tableau 5).

**Tableau 5 : Composition des ménages en 1989
(ménages non familiaux exclus)**

	Chef ménage	Conjoint	Enfant du couple	Autre enfant	Autre parent	Taille noyau 1	Autre noyau	Taille moyenne
SEXE MASCULIN								
Ensemble	1	1,2	4,5	0,3	0,94	7,94	1,69	9,63
- 30 ans	1	0,95	1,5	0,5	1,33	5,28	0,60	5,88
30-39 ans	1	1,05	2,6	0,3	1,02	5,97	1,05	7,02
40-49 ans	1	1,16	4,8	0,2	0,98	8,14	1,11	9,25
50-59 ans	1	1,30	6,3	0,3	0,80	9,7	1,84	11,54
60 ans et +	1	1,38	4,8	0,5	0,85	8,53	3,66	12,19
SEXE FEMININ								
Ensemble	1	-	3,1	0,36	0,99	5,45	0,03	5,48
- 30 ans	1	-	1,8	0,50	1,12	4,42	-	4,42
30-39 ans	1	-	2,9	0,25	1,06	5,22	-	5,22
40-49 ans	1	-	4,3	0,24	0,60	6,14	-	6,14
50-59 ans	1	-	2,9	0,53	1,14	5,57	-	5,57
60 ans et +	1	-	2,5	0,54	1,53	5,57	0,30	5,87

Quel que soit le groupe d'âge chez les hommes, le noyau conjugal (père-mère-enfant) est majoritaire. Mais les autres composantes du ménage ne sont jamais négligeables : une faible proportion de jeunes enfants sont accueillis, et un peu plus de deux personnes extérieures au noyau conjugal complètent le ménage. La présentation selon les types du ménage permet de mieux affiner l'analyse.

A partir du recueil des liens de parenté, il s'avère possible, par sommation des individus ayant les mêmes codes de parenté, de constituer une typologie des ménages (Antoine, Bocquier, 1991). Le recueil précis de la parenté permet de prendre en considération divers critères de classifications, tels que la présence de plusieurs générations, ou la présence des collatéraux (Locoh, 1988 ; Vimard, 1987). Nous avons retenu une typologie qui combine la situation vécue par le chef de ménage sur le plan matrimonial (non marié, en union monogamique ou en union polygamique), et le nombre de noyaux familiaux au sein du ménage (mononucléaire ou polynucléaire), en prenant seulement en considération la situation matrimoniale vécue au sein du ménage. En particulier, certains hommes mariés sont venus sans leur épouse en ville, et vivent comme des célibataires. De même, certains polygames ne demeurent qu'avec une seule de leurs épouses, et sont donc considérés comme résidant dans un ménage monogamique (tableau 6).

Tableau 6 : Type de ménage selon la taille du ménage et le sexe du chef de ménage

Typologie du ménage	1 pers.	2-3 pers.	4-6 pers.	7-10 pers.	11-14 pers.	15 pers. et +	Total	Nbre de ménages*	Nbre d'individus*	Taille moyenne ménages
CHEF DE MÉNAGE DE SEXE MASCULIN										
Groupes individus apparentés	126 59,7	65 30,8	11 5,2	7 3,3	2 0,9		211 100,0	211 10,3	402 2,4	1,9
Groupes individus non apparentés		36 30,8	30 25,6	24 20,5	16 13,7	11 9,4	117 100,0	117 5,7	831 4,9	7,1
Ménage monoparental		10 27,8	11 30,6	11 30,6	4 11,1		36 100,0	36 1,8	210 1,2	5,8
Mononucl. monogamique sans enfants présents		50 92,6	4 7,4				54 100,0	54 2,6	129 0,8	2,4
Mononucl. monogamique avec enfants présents		75 17,4	198 45,8	133 30,8	23 5,3	3 0,7	432 100,0	432 21,1	2 610 15,4	6,0
Mononucl. monogamique avec enf. prés. avec aut. par.		4 1,5	93 34,3	132 48,7	34 12,5	8 3,0	271 100,0	271 13,2	2 124 12,5	7,8
Mononucléaire polygamique			6 5,0	31 25,8	42 35,0	41 34,2	120 100,0	120 5,9	1 573 9,3	13,1
Polynucléaire monogamique			46 13,3	99 28,5	101 29,1	101 29,1	347 100,0	347 17,0	4 269 25,2	12,3
Polynucléaire polygamique				9 6,6	20 14,6	108 78,8	137 100,0	137 6,7	2 733 16,1	19,9
Sous-total sexe masculin	126	240	399	446	242	272	1 725	1 725 84,3	14 881 87,9	8,6

Tableau 6 : Type de ménage selon la taille du ménage et le sexe du chef de ménage (suite)

Typologie du ménage	1 pers.	2-3 pers.	4-6 pers.	7-10 pers.	11-14 pers.	15 pers. et +	Total	Nbre de ménages*	Nbre d'individus*	Taille moyenne ménages
CHEF DE MÉNAGE DE SEXE FÉMININ										
Ménage monoparental		39 32,0	54 44,3	26 21,3	3 2,5		122 100,0	122 6,0	614 3,6	5,0
Groupé individus		4 2,8	33 23,2	64 45,1	26 18,3	15 10,6	142 100,0	142 6,9	1 277 7,5	9,0
Autres types	28 49,1	14 24,6	9 15,8	3 5,3	3 5,3		57 100,0	57 2,8	162 1,0	2,8
Sous-total sexe féminin	28	57	96	93	32	15	321	321 15,7	2 053 12,1	6,4

* Pourcentage en colonnes

Il est significatif que 27 % des ménages compte plus de 10 personnes avec un nombre important de collatéraux. La famille conjugale classique, à savoir le père, la mère et les enfants ne concerne que 21 % des ménages et 15 % de la population dakaroise. Si le ménage polynucléaire monogamique ne représente que 17 % des ménages, par contre 25 % de la population vit dans un ménage de ce genre. Les ménages polygamiques sont peu nombreux (12,6 % des ménages), mais accueillent 25,4 % de la population. C'est dans les ménages de ce type que la taille moyenne est la plus élevée : 13,1 personnes lorsque le ménage est mononucléaire, et près de 20 personnes lorsqu'il est polynucléaire.

Les individus vivant seul, sont en général des hommes, et constituent une minorité, moins de 1 % de la population totale. Par ailleurs, 15 % des ménages ont à leur tête une femme. La moitié de ces ménages est constituée par le groupement de plusieurs individus non directement apparentés, comme on l'a déjà noté, et 6 % sont des ménages monoparentaux de fait (une mère et ses enfants), mais dans certains cas il s'agit d'une co-épouse qui réside de façon indépendante de son mari.

Les ménages monoparentaux sont peu fréquents. Ils ont plus souvent une femme pour chef (dans 77 % des cas), et ils ne regroupent que 4,8 % de la population.

Il est intéressant de savoir s'il y a ou non cohabitation des conjoints et des enfants, pour apprécier les formes de résidence de la famille conjugale (Segalen, 1981) ou du noyau conjugal (la triade père, mère, enfants). A cet effet, au cours de l'enquête biographique, nous avons demandé à chaque homme où résidaient son (ou ses) différente(s) épouse(s) et aux femmes où résidait leur mari. La cohabitation des conjoints s'accroît avec l'âge. Pour les hommes âgés de 35 à 44 ans le pourcentage d'enfants résidant avec leur deux parents est de 70,7 %, et de 82,6 % pour ceux âgés de 45 à 59 ans. Parallèlement, la non cohabitation des conjoints s'estompe avec l'âge (13,3 % à 35-44 ans ; 8,2 % à 45-59 ans), et dans la plupart des cas, l'enfant ne réside pas avec le père. La proportion d'enfants de divorcés est moins importante pour la génération 45-59 ans, mais pour les deux dernières générations, les enfants résident dans un cas sur deux avec le père. Lorsque l'enfant est né hors union, le rapport n'est plus que de un sur trois.

Chez les plus jeunes hommes de notre échantillon (les 25-34 ans), dans un peu plus de la moitié des cas (54 %), son épouse réside avec lui et leurs enfants. Mais dans 18,8 % des cas les enfants et la mère résident ailleurs. Signalons que 19,5 % des enfants issus de cette génération sont nés hors union : dans la plupart des cas, ils ne résident plus avec leur père (15,7 %).

En cas de divorce également, les enfants résident rarement avec leur père (0,9 %). A Dakar, la plupart des individus résident dans une famille élargie ; le noyau familial conjugal demeure souvent dans le même logement, à l'exception des générations les plus jeunes où l'épouse et les enfants logent ailleurs, et en général dans la famille du mari.

Dans l'ensemble ces résultats confirment l'hypothèse émise plus haut d'une certaine préférence pour un regroupement de l'unité conjugale au sein d'un même ménage et non d'une pluri-résidence des membres de la même unité conjugale. Ce schéma relevé à Dakar, ne se retrouve pas dans d'autres villes africaines, comme par exemple Abidjan, où Dubresson note plutôt un "délestage" démographique. La situation varie en fait selon les opportunités de chaque pays, et en particulier les moyens qu'offre encore le milieu rural.

LE CYCLE DE VIE AU SEIN DU MÉNAGE

Comme le rappelle H. Le Bras (1988), on peut adopter deux points de vue pour appréhender la famille : une approche transversale qui nous permet de mettre en évidence les structures familiales, et une approche longitudinale mettant en évidence le cycle de vie des individus au sein des différents ménages auxquels ils ont appartenu. Seulement, bien souvent on ne possède pas de données longitudinales sur la place occupée par les individus, à chaque âge de leur vie, au sein des ménages. Toutefois on peut essayer d'esquisser cette dynamique des cycles de vie, à partir de la situation du moment au sein des ménages (Le Bras, 1988), en rapportant à chaque individu les caractéristiques du ménage où il vit. Les graphiques présentés par la suite ne sont donc le reflet que d'une situation du moment (celle de l'enquête en 1989), mais ils permettent de mettre en évidence certaines tendances fortes du cycle de vie. Par contre ils ne nous donnent pas l'évolution de ces cycles de vie.

Commençons par les enfants, pour lesquels quatre statuts sont distingués :

- enfant dans un ménage mononucléaire avec ses deux parents,
- enfant dans un ménage polynucléaire avec ses deux parents,
- enfant résidant avec un seul de ses parents,
- autre situation, où l'enfant n'est pas avec ses parents.

Tant pour les garçons (Figure II.1 et 2) que pour les filles les enfants résidant dans des ménages mononucléaires restent plus longtemps auprès de leurs parents. Les filles qui vivent avec un seul des parents, changent plus rapidement de statut (départ du logement, changement de statut au sein du ménage, si elles sont à leur tour mère de famille).

Le rythme de changement de statut est fort différent entre les garçons et les filles. A 20 ans 50 % des femmes ont un autre statut familial au sein du ménage, ou bien ont déjà quitté ce ménage. Les hommes ne sont que 28 %, à cet âge, dans cette situation. Il est évident que c'est le mariage et/ou la maternité plus précoce chez les femmes qui explique, pour elles, en grande partie ce changement plus rapide de statut, comme le confirment les figures III.1 et III.2. Entre 27 et 55 ans les femmes sont en majorité dans la situation d'épouse. Peu de femmes accèdent au statut de chef de ménage (figure III.1). Ce fait est dû certainement au remariage des jeunes veuves ou divorcées avant 40 ans et, par la suite, aux âges plus élevés, par la prise en charge de ces femmes par d'autres personnes (frère, soeur ou enfants). Nous avons dénommé, sur le graphique, cette catégorie "dépendant". Cette catégorie apparaît aussi entre 15 et 30 ans, où rentrent dans ce groupe les femmes résidant dans un autre ménage que celui des parents, ou encore les femmes considérées chef de noyau, car mère de famille et ne résidant pas avec le père de leur enfant. Cet état intermédiaire de "chef de noyau" est dû en particulier au fait que les femmes ne rejoignent pas toujours le mari immédiatement après le mariage.

Nous avons essayé de détailler davantage les diverses situations que pouvaient connaître les femmes à partir de 15-20 ans (figure III.2). Trois cas sont distingués : épouse de monogame, épouse de polygame, chef de noyau.

On vient de considérer ce groupe des femmes chef de noyau, déjà mère, qui ne résident pas avec leur mari ou avec le père de leur enfant ⁽⁴⁾, et nous n'y revenons pas. Dans l'ensemble plus les femmes vieillissent, plus leur "risque" (en terme probabiliste) de devenir épouse de polygame est grand. Enfin, passé 65 ans, du fait de l'écart d'âge important entre conjoints, la proportion de femmes encore mariées est faible.

En schématisant, on peut retenir trois grandes étapes dans le cycle de vie des femmes à Dakar ; elles résident auprès de leurs parents jusqu'à 15-25 ans, elles sont épouses entre 20 et 60 ans, et accueillies dans un autre ménage à partir de 60 ans.

Le schéma pour les hommes est fort différent. Nous avons retenu trois statuts chez les hommes (Figure IV.1) :

- chef de ménage (C.M.),
- "enfant" du C.M., quel que soit son âge et son activité, à condition que cet enfant reste dans le noyau familial du C.M.,

(4) Jusqu'à présent marginal à Dakar, le phénomène des mères célibataires concerne de plus en plus les jeunes générations.

FIGURE II.1 et II.2 : Statut du ménage auquel appartiennent les enfants selon l'âge de l'enfant et le sexe de l'enfant (Dakar 1989)

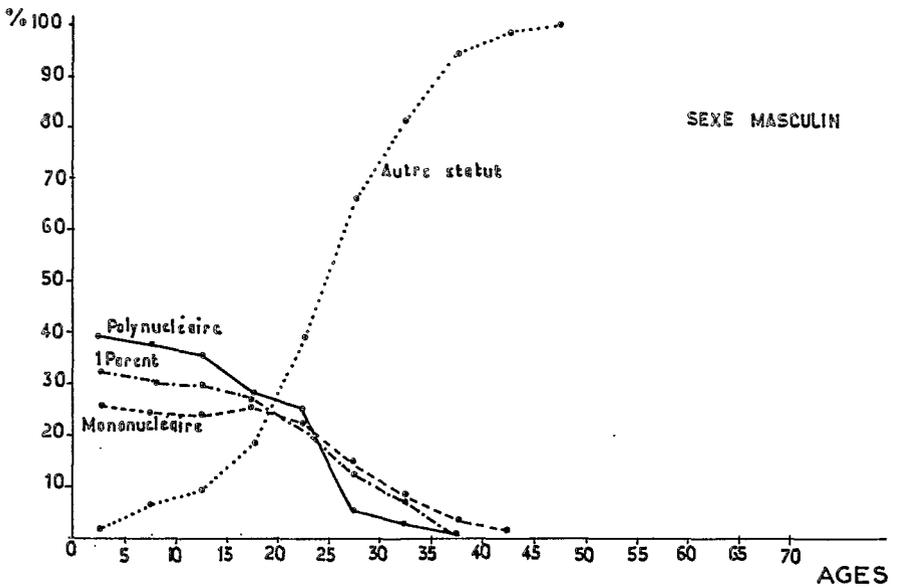
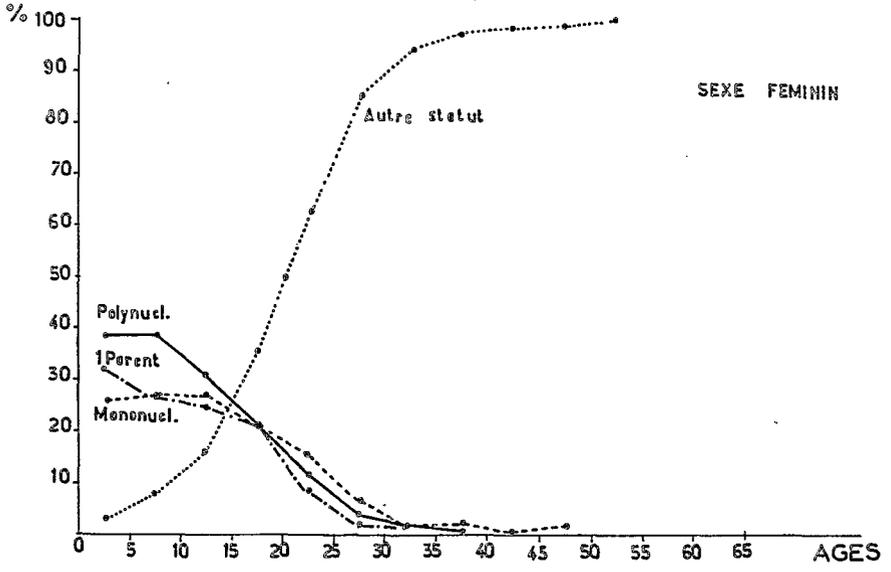


Figure III : Statut de la personne (sexe féminin) au sein du ménage
 (Dakar 1989) III.1 – Selon l'âge
 III.2 – Epouse ou chef de noyau

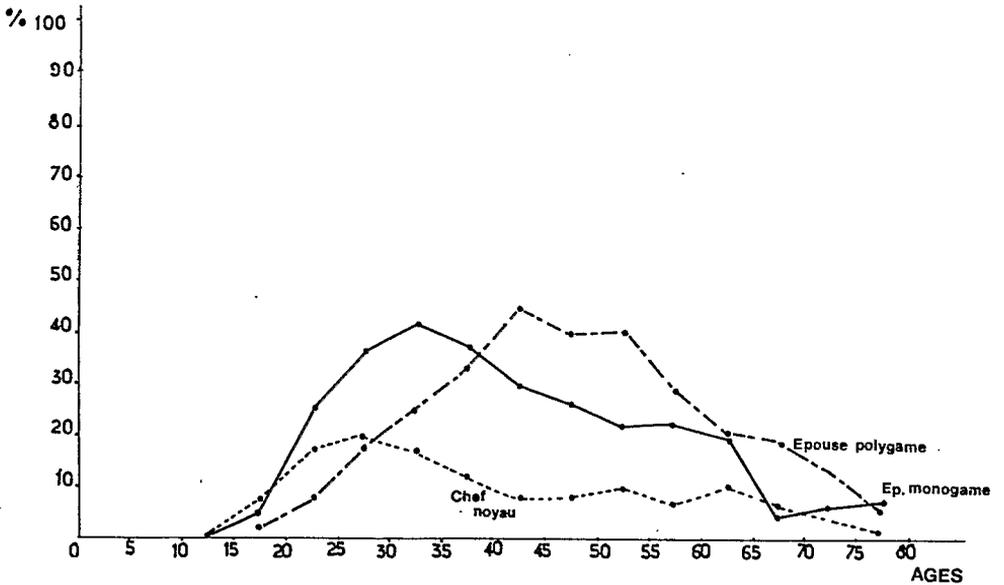
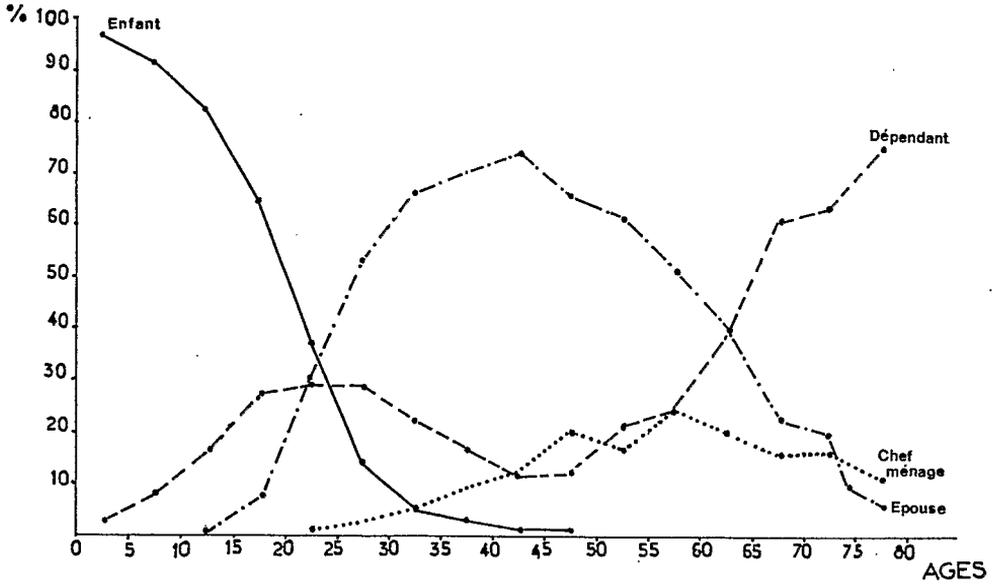


FIGURE IV.1 : Statut de la personne (sexe masculin) au sein du ménage selon l'âge (Dakar 1989)

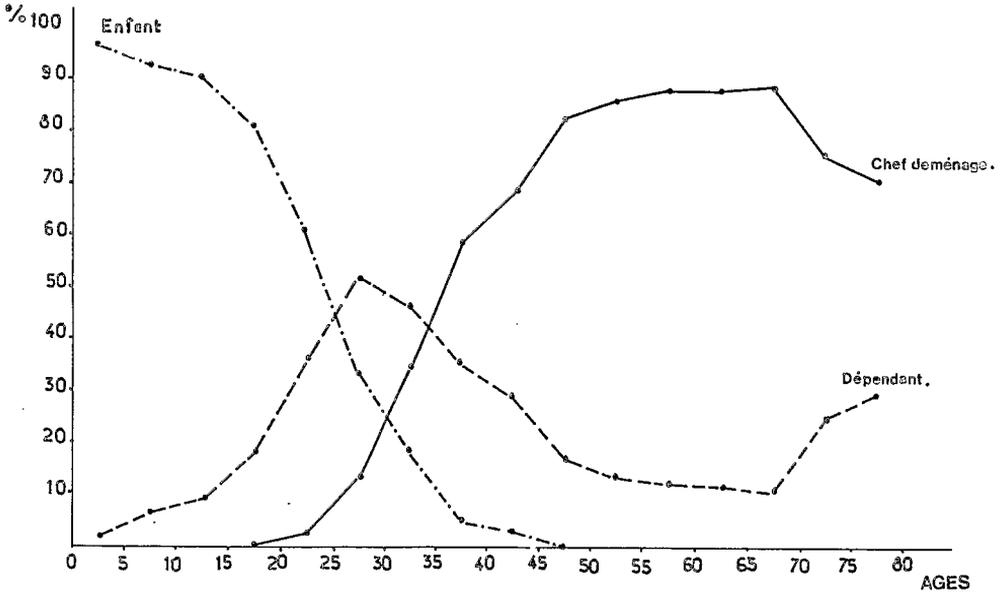
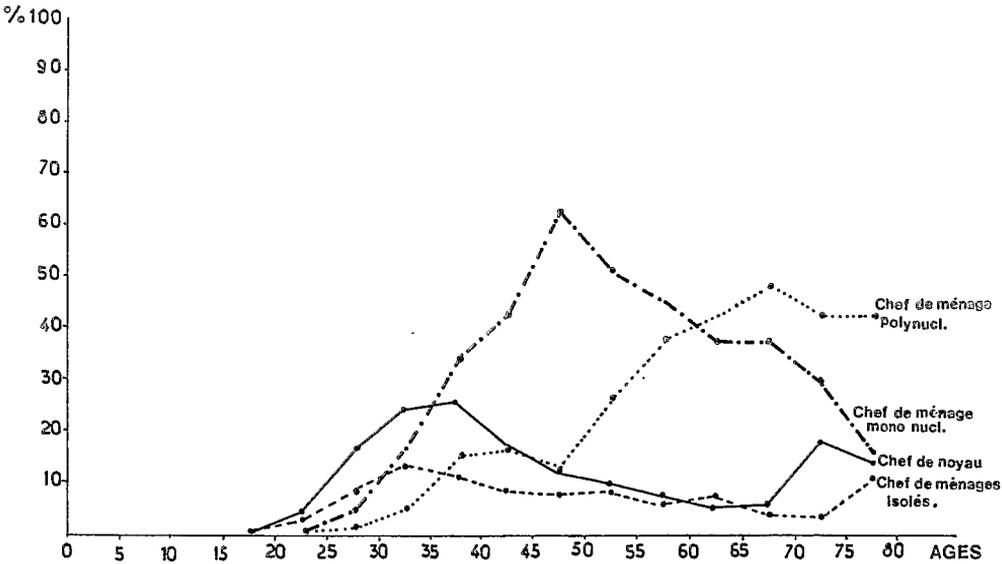


FIGURE IV.2 : Accès aux différents statuts de chef de ménage selon l'âge (personne de sexe masculin) (Dakar 1989)



- "dépendant" c'est-à-dire, toutes les autres personnes de sexe masculin qui logent avec le chef de ménage, que cette personne soit active ou non.

Deux ou trois périodes peuvent être retenues dans le schéma du cycle de vie des hommes. Plus longtemps "enfant" dans le ménage que les femmes, jusque vers 20-30 ans les hommes restent chez leurs parents ; ensuite "dépendant" dans un autre ménage pendant une courte période (entre 20 et 35 ans) ; chef de ménage à partir de 35 ans jusqu'à la fin de leur vie. Peu d'hommes vivent à la fin de leur vie dans le ménage d'une autre personne.

Comment évoluent les différents statuts de chef de ménage avec l'âge (Figure IV. 2) ? On peut distinguer les chefs de ménage non familiaux, les chefs de ménage mononucléaire, et les chefs de ménage polynucléaire. Le schéma est alors le suivant : tout d'abord chef de noyau, les hommes sont à la tête d'un ménage mononucléaire une grande partie de leur vie (entre 35 et 55 ans), et après cet âge à la tête d'un ménage polynucléaire. Etre à la tête d'un ménage d'isolés ne concerne qu'une minorité de personnes.

L'ACCÈS AU PREMIER LOGEMENT

Les figures précédentes donnent une illusion de cycle de vie, puisque nous ne prenons en considération que des données du moment. Toutefois, l'enquête biographique réalisée à Dakar permet de reconstituer le cycle de vie de l'individu. Nous pouvons prendre comme indicateur du passage à une certaine autonomie, le passage du statut d'hébergé à celui d'occupant en titre du logement (en tant que locataire ou propriétaire), c'est-à-dire l'accès au premier logement. Nous avons pris en considération trois générations : les personnes nées entre 1955 et 1964 (âgées de 25-34 ans en 1989), celles de la génération 1945-54, et celles de la génération 1930-44, et nous avons calculé pour chacune la probabilité de survie à l'état d'hébergé. L'avantage de ce calcul, c'est qu'il permet de prendre en considération l'ensemble des individus, durant toute la période où ils sont soumis au risque de connaître l'événement, c'est-à-dire, dans notre cas, accéder en propre à un logement. Au vu des résultats présentés auparavant, on peut émettre l'hypothèse d'un accès plus tardif au premier logement, pour les jeunes générations.

Pour les originaires de la ville (figure V) l'accès au premier logement est plus tardif, puisqu'à 32 ans pour la génération la plus jeune (1955-64), la probabilité d'être toujours hébergé est de 770 pour mille, alors que pour la génération 1930-44 cette probabilité était de 540 pour mille au même âge.

Pour les migrants on doit aborder différemment la question, on tient plus compte de l'âge d'accès au logement, mais du temps écoulé depuis la première arrivée à Dakar. Dans ce cas les jeunes générations (1955-64)

Figure V : Probabilité d'être toujours hébergé selon la génération (hommes nés à Dakar)

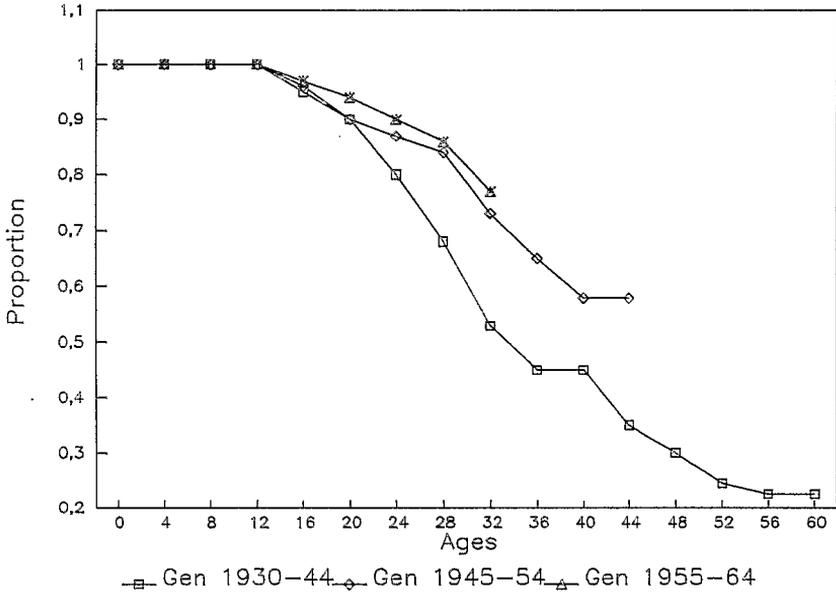
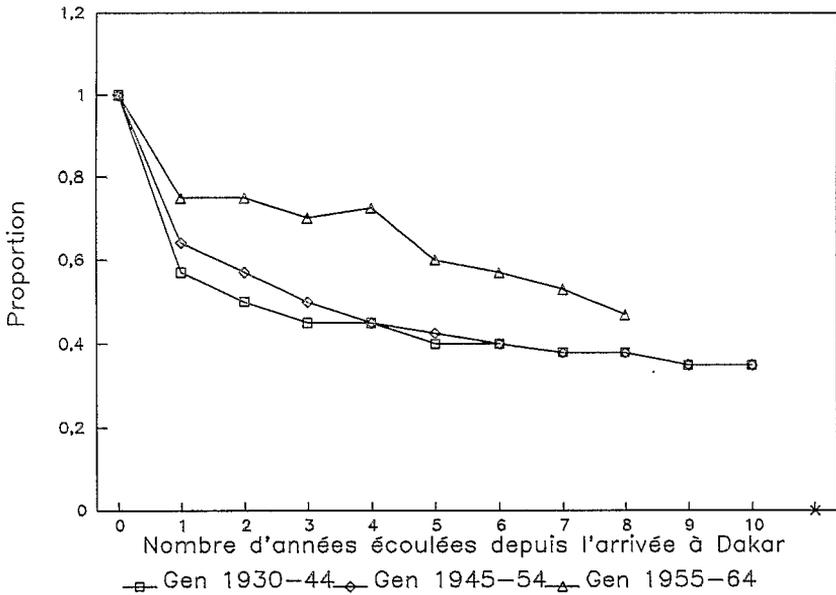


Figure VI : Probabilité d'être toujours hébergé selon la durée de séjour et la génération (hommes arrivés à Dakar après 18 ans)



mettent également plus de temps à obtenir leur propre logement, en particulier, la probabilité d'accéder plus rapidement à un logement était plus forte pour les générations précédentes (figure VI).

Les jeunes à Dakar accèdent plus tard au logement que leurs aînés, des analyses ultérieures nous permettront d'en approfondir les causes.

LES JEUNES À LA CHARGE DES AÎNÉS ?

Il faut rester prudent pour tirer les conséquences de ces schémas et des premières analyses de nos données. Nous n'en sommes encore qu'au stade des hypothèses. Le statut de chef de ménage demeure un artifice statistique, il ne correspond pas toujours aux réalités sociales (de plus en plus, dans différents pays on le dénomme personne de référence, c'est-à-dire la personne à partir de laquelle on positionne les différents individus du ménage). Nos schémas posent plus de questions qu'ils n'aident à en résoudre.

Le "titre" de chef de ménage est associé au titulaire du logement qu'il soit propriétaire ou locataire. C'est cette situation qui explique en partie la prééminence des chefs de ménage âgés, d'autant que ces derniers sont, à partir de 55 ans, plutôt propriétaires de leur logement. Ainsi à 25-29 ans 76 % des chefs de ménage sont locataires et seulement 20 % propriétaires (le reste étant hébergé) ; à 45-49 ans la situation est équilibrée, respectivement 48 % de locataires et 44 % de propriétaires et à 65-69 ans on compte 82 % de propriétaires. Même si le chef de ménage ne prend pas en charge l'ensemble du ménage, il assure le logement et c'est déjà beaucoup dans une ville comme Dakar où le coût du logement est relativement important. Ce coût du logement est d'ailleurs un des éléments d'explication de la taille élevée des ménages.

L'autre critique que l'on peut faire au schéma, c'est de laisser l'impression que le chef de ménage avec l'âge prend de plus en plus de personnes en charge, et de passer sous silence tant l'activité du chef de ménage, que celle des autres membres du ménage. Un chef de ménage âgé peut très bien héberger ses enfants dans sa concession, mais vivre grâce à leurs revenus. La présence de nombreux enfants ne signifie pas forcément une charge financière accrue.

Cependant lorsque l'on regarde, suivant le même principe du cycle de vie, la proportion d'"enfants" (de sexe masculin) actifs à 20-24 ans, celle-ci est de 41 % et celle de non actifs de 59 %. De plus parmi ces actifs, 17 % sont salariés, 25 % travaillent pour leur compte et 58 % sont apprentis. Ces derniers, on le sait, ne perçoivent, en général, pas de rémunération et ne peuvent donc subvenir aux besoins du ménage. C'est donc, à 20-24 ans,

83 % des “enfants du C.M.” présents dans le ménage qui ne perçoivent pas de revenus, (et, suivant le même raisonnement, encore 60 % des “enfants” âgés de 25-29 ans).

De leur côté, les “dépendants” masculins accueillis dans le ménage, sont plus actifs que les “enfants” (57 % des 20-24 ans), ils exercent surtout dans le secteur informel, mais également une part d’entre eux sont des apprentis, c’est donc 36 % seulement qui perçoivent des revenus.

A l’inverse, les chefs de ménage âgés même s’ils cessent toute activité, reçoivent des revenus formels. La plupart perçoivent donc une retraite, résultat d’une activité exercée bien souvent comme fonctionnaire ou dans un emploi permanent salarié. Ainsi à 55-59 ans : 53 % des C.M. sont actifs et 41 % retraités (les 6 % restent soit chômeurs ou inactifs). A 65-69 ans ces proportions passent respectivement à 25 % et 69 % (et seulement 5,6 % de sans revenus liés à un travail). A ces revenus de la retraite s’ajoutent parfois les revenus tirés de la propriété foncière : la parcelle a été divisée et une partie des bâtiments loués à d’autres familles. Lors de l’enquête, 40 % des chefs de ménages étaient propriétaires et 54 % de ces chefs de ménage propriétaires avaient plus de 50 ans.

Une autre piste à explorer concerne les envois de fonds pour aider d’autres membres de la famille qui ne résident pas dans le ménage. En regroupant par génération, sexe et statut de migrant ou non, la proportion de personnes qui aident régulièrement une autre personne ⁽⁵⁾ on remarque que les hommes de la génération 25-34 ans nés à Dakar, donnent peu ; alors que ceux de la génération 45-59 ans, qui ont en général un ménage de taille déjà élevée, aident en plus d’autres membres de la parenté (tableau 7). Là encore il faut affiner l’analyse, mais il y a là des éléments qui suggèrent que les générations de l’indépendance (les 45-59 ans) seraient une génération charnière qui supporterait le plus le poids de la crise. Les jeunes vivent la crise, les aînés la supportent.

Les divers éléments rassemblés permettent d’avancer que le chef de ménage, même âgé, contribue à l’entretien de l’ensemble du ménage, et les premiers résultats de cette enquête suggèrent que la crise conforte la dépendance des plus jeunes envers les aînés. La génération des 45-59 ans est peut-être celle qui déjà faisait vivre ses parents dans les années 60, aujourd’hui elle a encore des personnes à charge. La crise ne permet plus le transfert intergénérationnel des plus jeunes vers les aînés décrit par J. Caldwell et P. Caldwell (1987).

(5) La question exacte était : “Avez-vous des personnes à charge ou que vous assistez et qui ne logent pas avec vous ?”.

Tableau 7 : Don à d'autres personnes selon l'âge du donateur et le bénéficiaire (1)

SEXE FÉMININ (EN POURCENTAGE)							
Groupe d'âges	Statut	Aucun don	Don au noyau conjugal	Don père ou mère	Don parenté	Don autre personne	Association
25-34 ans	Né à Dakar	63,0	–	18,5	5,0	1,2	17,2
	Migrant	52,8	1,1	31,5	9,9	1,1	11,2
35-44 ans	Né à Dakar	52,0	4,0	10,0	22,0	2,0	22,0
	Migrant	56,6	3,6	26,6	14,2	1,8	15,1
45-59 ans	Né à Dakar	59,3	–	14,8	14,8	–	14,8
	Migrant	57,9	6,1	12,0	21,8	3,1	7,5
SEXE MASCULIN (EN POURCENTAGE)							
25-34 ans	Né à Dakar	59,0	9,6	10,3	19,3	6,6	10,3
	Migrant	32,1	13,6	43,0	18,6	2,4	6,4
35-44 ans	Né à Dakar	27,5	15,5	2,3	33,1	1,8	19,3
	Migrant	14,5	20,6	43,8	30,2	2,2	16,6
45-59 ans	Né à Dakar	28,1	7,8	32,8	53,0	4,8	15,6
	Migrant	32,3	15,0	23,5	32,7	3,1	13,9

(1) Le total peut être supérieur à 100 car les dons peuvent être adressés à différentes catégories de personne.

Dans les années 50 et 60, les opportunités d'emploi sont encore nombreuses, la fonction publique, un des principaux employeurs de diplômés, accroît ses effectifs chaque année. Après un ralentissement des offres d'emplois, les tendances s'inversent, l'Etat se désengage, les industries productives périclitent. Comme le montrent les analyses de P. Bocquier (1992) les conséquences sur l'emploi sont graves : le secteur moderne a cessé de devenir un débouché pour les jeunes, alors que dans le même temps le secteur informel n'a pas les capacités suffisantes pour accueillir les chômeurs, et le Sénégal n'offre guère d'opportunités de reconversion dans l'agriculture, malgré les espoirs placés dans l'après barrage au Nord du pays.

A terme, quels peuvent être les effets sur les comportements reproductifs ? L'urbanisation est relativement récente en Afrique, nous sommes maintenant en présence des générations véritablement urbaines. Les générations actuellement âgées de 45 ans et plus supportent une grande part des conséquences de la crise. L'accroissement des difficultés économiques, particulièrement ressenties en ville, montre que les enfants sont de plus en plus une charge, et ce pour une longue période. La crise ne risque-t-elle pas d'être la meilleure incitation à avoir moins d'enfants, d'autant que les espoirs mis par les familles dans l'investissement scolaire n'ont guère été couronnés de succès. Nous avons porté notre attention plus particulièrement sur les hommes, qui semblent, à l'avenir, devoir moins compter sur l'aide de leurs enfants. Les mères, à Dakar, du fait de veuvage sont par contre plus souvent accueillies par les enfants, et elles doivent, tant que l'écart d'âge reste important entre les conjoints, maximiser leur chance de mettre au monde un enfant qui pourra les prendre en charge à leurs vieux jours. Les contraintes économiques, vont aussi bouleverser les calendriers matrimoniaux, et le mariage plus tardif des femmes, peut avoir des conséquences sur les pratiques polygamiques, et donc sur la concurrence à la maternité entre les épouses. Nous ne présentons ici qu'un jeu d'hypothèses suggéré par l'analyse de données purement démographique ou quantitative, des investigations d'une autre nature pourront permettre d'affiner ces hypothèses, voire les confirmer.

BIBLIOGRAPHIE

ANTOINE Ph., BOCQUIER Ph., 1991, Un compromis réalisable : la saisie de la parenté dans les enquêtes démographiques. Actes du Colloque "Femmes, Famille, Population", Vol I, Communications sollicitées, Ouagadougou, avril 1991, pp. 24-41.

ANTOINE Ph., BOCQUIER Ph., FALL A.S., GUISSÉ Y.Mb., NANITELAMIO J., 1991, L'insertion urbaine des migrants dans l'agglomération dakaraise, vol I, Méthodologie des enquêtes, ORSTOM, Dakar, 138 p. multigr + annexes.

BOCQUIER Ph., 1992, *Les mutations du marché de l'emploi dans les pays en développement : le cas d'une ville ouest-africaine*, Dakar. Cahiers "Villes et développement", Groupe interuniversitaire de Montréal, 26 p.

CALDWELL J., CALDWELL P., 1987, The cultural context of high fertility in Sub Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, n° 3, pp. 409-437.

DIOP M., DIOP I.L., 1991, Structure et évolution des familles en milieu urbain au Sénégal : le cas de la ville de Saint-Louis. *Etude de la population africaine*, n° 6, UEPA, Dakar, pp. 7-24.

LE BRAS H., 1988, Structures de la famille dans la France actuelle pp. 17-29

in Transformation de la famille et habitat, C. Bonvalet et P. Merlin, eds INED.DREIF.IDEF, 371 p.

LE BRIS E., MARIE A., OSMONT A., SINOÛ A., 1987, *Famille et résidence dans les villes africaines. Dakar, Bamako, Saint-Louis, Lomé*, Paris, L'Harmattan, 268 p.

LOCOH T., 1988, L'analyse comparative de la taille et de la structure des ménages. *in Congrès africain de population*, UIESP, Dakar, tome 2, pp. 5.2.17-42.

MINISTÈRE DU PLAN, Service de la Statistique, 1962, *Recensement démographique de Dakar (1955) Résultats définitifs*. 143 p. + annexe.

SALA DIAKANDA M., 1988, Problèmes conceptuels et pratiques liés aux informations disponibles sur la structure des ménages en Afrique ainsi qu'à son analyse. *in Congrès africain de population*, UIESP, Dakar, t. 2, pp. 5.2.1-16.

SEGALEN M., 1981, *Sociologie de la famille*. A. Colin, Paris, 334 p.

VIMARD P., 1987, *Structures des ménages en pays Baoulé. Compositions et typologies familiales*. Etudes et recherches de l'ENSEA. n° 14, Abidjan, 39 p.

**3 – IMPACT
DES PROGRAMMES DE SANTÉ
ET DE PLANIFICATION FAMILIALE**

COMMENTAIRE GÉNÉRAL DE LA SÉANCE “IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE PLANIFICATION FAMILIALE”

Toyidi BELLO

LE POINT DES DÉBATS ACTUELS

Depuis l'échec de la première décennie du développement, un ambitieux programme de planification familiale a été initié dans quelques pays africains sous l'égide des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales. L'objectif, implicite ou explicite, de ces vastes programmes est de promouvoir la parenté responsable, d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et, à terme, d'assurer une adéquation entre le rythme de la croissance démographique et celui des ressources disponibles, de manière à accroître le mieux-être des populations concernées. L'amélioration est mesurée le plus souvent soit par un indicateur synthétique comme le revenu par habitant ou l'espérance de vie à la naissance, soit par des indicateurs socio-sanitaires et éducatifs.

Le problème qui se pose aujourd'hui est de savoir quel est l'impact réel de ces programmes de planification familiale sur la croissance et les comportements démographiques des populations visées. Cette préoccupation n'est d'ailleurs pas nouvelle. Elle était déjà présente dans la plupart des écrits des mercantilistes qui, partant du postulat selon lequel *“l'un ne perd que ce que l'autre gagne”* (Montchrestien, 1615) et assimilant les relations économiques internationales à un jeu à deux personnes et à somme nulle, faisaient de la population une variable stratégique dans le processus de la croissance et du développement.

Cette préoccupation a ressurgi avec une vigueur nouvelle au XVIII^e siècle sous la forme d'un débat autour de la loi sur la population et de la “loi d'airain” des salaires énoncées par Malthus et au XIX^e siècle avec la théorie ricardienne de la rente différentielle.

Au XX^e siècle, la réflexion en matière de population s'est polarisée sur la théorie de la transition démographique, théorie qui s'apparente à celle de W. Rostow sur les étapes de la croissance économique.

Ce qui est véritablement nouveau, c'est la prise de conscience de plus en plus aiguë aussi bien des chercheurs, des gouvernants que des organisations internationales de la nécessité d'une politique démographique.

Aujourd'hui l'identification des relations stables et mesurables entre les comportements démographiques et les stratégies de développement est devenue l'une des priorités de la trilogie chercheurs-décideurs politiques-bailleurs de fonds, tous ayant compris, à des degrés différents, qu'une analyse des problèmes posés par le développement des pays africains exige que soient cernés les comportements et les motivations profondes des acteurs et des bénéficiaires de ce développement, en l'occurrence l'homme qui est "au début et à la fin du processus du développement".

Ce séminaire international revêt donc une importance dans la mesure où il permettra d'apporter un éclairage nouveau sur la relation entre croissance démographique et stratégie de développement en Afrique et plus particulièrement sur l'impact des programmes de santé et de planification familiale, objet de cette séance.

Les neuf communications qui sont présentées à cette occasion sont d'une densité, d'une diversité et d'une richesse telles qu'il est difficile dans un compte rendu aussi bref de ne pas omettre un certain nombre d'idées importantes. Quatre éléments majeurs se dégagent de ces communications :

- La nécessité d'une politique démographique à plusieurs volets.
- L'impact limité des programmes de planification familiale en Afrique.
- Les difficultés de mesure de l'impact des programmes de santé et de planification familiale.
- Les conditions d'une meilleure efficacité des programmes en matière de santé et de planification familiale.

LA POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE : UNE NÉCESSITÉ INCONTOURNABLE POUR L'AFRIQUE ?

La communication de S. Diarra, T. Coulibaly et M. Kone, qui situe le problème de la planification familiale dans sa globalité, pose d'emblée le problème. Que ce soit en matière de performance économique ou en matière démographique, l'Afrique apparaît aujourd'hui comme le continent des "tristes records". Non contente d'être le continent le moins avancé du monde : sur les 42 pays classés par la Banque mondiale en 1988 comme pays à faible

revenu, l'Afrique en compte 27 soit 64 %, a la fécondité la plus intense du monde et les indices de mortalité maternelle et infantile les plus élevés. Selon cette communication, la mortalité infantile en Afrique sub-saharienne serait de 106 p. 1000 contre 73 p. 1000 en Asie, 56 p. 1000 en Amérique Latine et 13 p. 1000 dans les pays développés.

Enfin 80 % des décès annuels se produisent dans la population des moins de 5 ans qui représentent environ 14 % de la population totale. Dans les pays développés, cette tranche d'âge constitue seulement 8 % de la population totale et ne contribue à la mortalité générale annuelle que dans une proportion de 3 %.

De tels records, qui sont suffisamment éloquentes, sont globalement confirmés par les études de cas menées au Burkina par F. Tankoano, en R.C.A. par D. Bm'Niyat Bangamboulou, au Togo par K. Kotokou, au Zaïre et au Libéria par S. Becker et A. Chahnazarian, au Congo par J.P. Toto et au Sénégal par P. Cantrelle.

La conséquence la plus directe et la plus criante de cette croissance démographique rapide est, qu'en Afrique sub-saharienne, une bonne partie de la population vit en deçà du seuil de pauvreté.

La deuxième conséquence est la pression sur les ressources indispensables non renouvelables, non substituables, notamment la terre et l'environnement naturel. Selon certains experts, l'Afrique sub-saharienne serait en voie de déforestation et de désertification rapides.

La troisième conséquence est l'augmentation du taux de dépendance qui entraîne un accroissement de la consommation des services collectifs et une réduction du taux d'investissement préjudiciable à la croissance économique. Ces conséquences illustrent la nécessité d'une inversion de tendance par la mise en oeuvre d'une politique démographique appropriée à plusieurs volets :

- mise en place d'infrastructures socio-sanitaires performantes,
- implantation de programmes de planning familial intégrés au contexte socio-culturel des populations concernées.

La planification familiale ouvre à l'humanité plusieurs perspectives :

- a) la disjonction entre la sexualité et la procréation ; disjonction qui, en libérant l'homme vis-à-vis de la fécondité, accroît sa responsabilité parentale ;
- b) la modification de la condition de la femme qui, ainsi affranchie du destin hasardeux imposé par la biologie, accède à une disponibilité et une liberté égales à celles de l'homme ;

- c) la possibilité d'une réduction de la croissance démographique par une baisse de la natalité ;
- d) la promotion de la santé maternelle et infantile.

Aussi, S. Diarra, T. Coulibaly et M. Kone démontrent que la planification familiale constitue un élément stratégique privilégié de promotion de la santé de la mère et de l'enfant :

- d'abord par la possibilité qu'elle offre d'assurer une prévention contre les risques liés aux facteurs primaires de mortalité maternelle et infantile ;
- ensuite comme médiateur d'information, de sensibilisation d'éducation en vue de l'adoption des méthodes modernes de soins de santé maternelle et infantile.

Les programmes de planification familiale implantés dans certains pays connaissent une certaine efficacité. Ainsi l'expérience du Burkina analysée par F. Tankoano et celle du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe confirment cette thèse, puisque les taux de prévalence contraceptive semblent avoir progressé dans ces pays. Selon F. Tankoano, le jeune programme de planification familiale, malgré quelques difficultés dues aux pesanteurs économiques et socio-culturelles, a permis de relever le taux de prévalence contraceptive de 0,3 % à 6,6 %, et selon T. Locoh les taux de pratique actuelle de la contraception sont de 18 % pour le Kenya et 36 % pour le Zimbabwe pour l'ensemble des femmes et de 29 % pour celles en union au Botswana.

Mais la mise en place d'un programme de planning familial suppose l'existence d'infrastructures socio-sanitaires qui, selon J.P. Toto et T. Locoh, ont une incidence plus directe sur les comportements démographiques des populations africaines et favorisent l'émergence d'une demande de contraception. Ce concept de demande de contraception est un concept clé, mais pour devenir réelle cette demande doit rencontrer une offre de services de contraception. Ceci nous amène à nous interroger sur l'impact des programmes de planification familiale, second élément majeur qui se dégage de ces travaux.

LES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE : UN IMPACT LIMITÉ SUR LES COMPORTEMENTS DÉMOGRAPHIQUES EN AFRIQUE

Tout en reconnaissant la nécessité des programmes de planification familiale appuyés par des infrastructures socio-sanitaires performantes, la plupart des intervenants admettent que leur impact sur la croissance et les comportements démographiques demeure limité. Même le succès relatif

enregistré par certains pays tels que le Zimbabwe, le Kenya, le Botswana doit être considéré avec prudence selon T. Locooh ; il serait prématuré d'y voir dans le cas de ces trois pays la marque d'un impact du programme de planning familial.

Les facteurs d'inhibition les plus souvent évoqués dans les communications s'articulent autour de cinq idées essentielles :

- 1) les pesanteurs économiques,
- 2) les pesanteurs socio-culturelles,
- 3) l'adhésion réservée des décideurs politiques au programme de planification familiale,
- 4) l'inadéquation des moyens de communication et de sensibilisation utilisés,
- 5) l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires.

S'agissant des pesanteurs économiques, le faible niveau de vie et la politique sociale de l'Etat apparaissent comme les facteurs de réduction de l'impact du programme de planification familiale sur les comportements de la population. A ces deux facteurs, il faut ajouter dans certains cas, le Congo par exemple, les coûts relativement élevés de l'accès aux contraceptifs.

Quant aux pesanteurs socio-culturelles, elles sont de plusieurs ordres. Tour à tour, ont été évoqués :

- La non intégration dans les programmes de planification familiale, des causes et des motivations profondes de la fécondité intense en Afrique : T. Locooh parle de façon imagée de programmes "martiens", "programmes venus d'ailleurs".
- La méconnaissance complète des centres de décision en matière de procréation. En Afrique, le centre de décision en matière de procréation n'est pas la famille nucléaire de type occidental mais le village, le clan, la tribu comme le signale D. Bm'Niyat Bangamboulou et J.P. Toto.
- Une mauvaise appréciation du rôle et du statut de l'enfant et de la mère. L'enfant est le "*garant de l'avenir et la femme, malgré la reconnaissance officielle de l'égalité des sexes, ne peut délibérément maîtriser sa fécondité*".
- Le niveau d'instruction, qui influence l'acceptation ou le rejet des méthodes "artificielles" de régulation des naissances comme l'a mis en évidence K. Kotokou pour la ville de Lomé.
- Les croyances religieuses qui estiment que "nos enfants ne sont pas nos enfants". Pour ces croyances, les parents ne sont que des canaux par lesquels s'exprime la vie qui est un don de Dieu ; en fonction de celles-ci, ont-ils le droit d'interrompre la vie ou d'empêcher sa manifestation ?

S'agissant des décideurs politiques, T. Locoh note un certain hiatus entre le discours politique et leurs convictions profondes. Leur adhésion réservée aux programmes de planification familiale s'explique par ce "conflit" larvé intérieur entre des traditions encore vivaces qui considèrent l'enfant comme une source de richesse et des programmes venus d'ailleurs pour lesquels l'enfant est d'abord générateur de coût.

Le quatrième facteur inhibant est constitué de la trilogie Information – Education – Communication (I.E.C). A ce propos, J. Gbenyon relate l'expérience originale du DU N'KU testée dans 7 villages du département de Yotto, dans le sud-est du Togo et qui a fait l'objet d'une évaluation récente. Cette expérience part de l'hypothèse selon laquelle chaque groupe social possède ses moyens de communication qui sont d'une étonnante efficacité pour véhiculer un message. *"Les ressources matérielles et humaines de la communication, de l'information et de l'éducation d'un milieu donné, lorsqu'elles sont bien identifiées et correctement sollicitées, persuadent avec plus d'efficacité les populations concernées d'adopter de nouvelles opinions, attitudes et de nouveaux comportements exigés par les progrès des temps modernes"*. Les résultats de cette expérience sont assez éloquents puisque selon J. Gbenyon, la plupart des objectifs spécifiques assignés au projet du DU N'KU (ou Persuadeurs de villages) ont été réalisés.

Cette stratégie alternative de communication d'information et d'éducation initiée par le centre d'études de la famille africaine (CEFA/CAFS) de Naïrobi dont l'objectif est d'identifier dans un milieu donné, les hommes et les femmes aptes à faire passer le message de la régulation des naissances suivant les règles adaptées au milieu considéré, doit être intégrée dans les programmes de planification familiale car elle répond mieux au contexte socio-culturel dans lequel évoluent 75 à 80 % des populations africaines.

Néanmoins la généralisation d'une telle expérience à d'autres contextes socio-culturels doit être faite avec prudence.

C'est d'ailleurs ce que confirme la communication de K. Kotokou sur l'adoption des méthodes contraceptives "non naturelles" au Togo. Alors que des études menées sur les méthodes contraceptives en Afrique révèlent une préférence marquée pour la pilule au détriment des autres méthodes notamment le DIU et l'injectable, la situation togolaise apparaît singulière. La plupart des femmes enquêtées ont opté en priorité pour le DIU et l'injectable, la pilule arrivant en troisième position sur la liste des méthodes contraceptives.

Cette singularité s'expliquerait à la fois par des facteurs "endogènes" et des facteurs "exogènes". Le niveau d'instruction, le manque d'information,

le niveau et le cadre de vie et la préférence du "prestataire de service" apparaissent comme les facteurs exogènes déterminants.

S'agissant des facteurs endogènes, la durabilité de l'effet stérilisant de la méthode, sa réversibilité, le manque d'effets secondaires réels ou supposés et le caractère discret expliquent en grande partie le choix des femmes togolaises enquêtées.

L'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires constitue aux yeux de bon nombre d'intervenants le facteur le plus inhibant. L'exemple cité en guise d'introduction par T. Locoh est assez révélateur. Quel type de "sensibilisation" est possible dans un milieu où les infrastructures sanitaires sont réduites à leur plus simple expression ? Quel type d'impact peut avoir un programme de planning familial sur une population qui n'a pas accès aux soins de santé primaire ?

Tout environnement socio-sanitaire qui rend aléatoire la survie de l'enfant à la naissance renforce les réflexes pronatalistes des procréateurs et fait échec à toute politique de planification familiale.

Ceci est vrai non seulement pour le Congo, comme le mentionne J.P. Toto, mais aussi pour toute l'Afrique sub-saharienne qui souffre non seulement d'une insuffisance d'infrastructures sanitaires mais également d'une détérioration des infrastructures existantes sous l'effet des programmes d'ajustement structurel. Selon J.P. Toto, c'est dans la trilogie "Éducation – Amélioration du cadre et du niveau de vie des ménages – Investissements dans les programmes socio-sanitaires" que réside la clé de succès de toute politique de modification des comportements démographiques. Mais si l'impact des programmes de planification demeure limité ou controversé, il n'en est pas de même des (actions) programmes élargis de vaccination qui selon P. Cantrelle et S. Becker et A. Chahnazarian ont un impact assez fort sur la mortalité infanto-juvénile.

Au Libéria, on observe un déclin important de la mortalité due au tétanos néonatal, lié à l'augmentation de la vaccination antitétanique des femmes enceintes. On assiste également à un déclin de la mortalité associée à la fièvre tandis que l'utilisation d'anti-paludéens disponibles à domicile augmente. On observe le même phénomène de déclin de la mortalité infanto-juvénile au Zaïre avec l'augmentation du taux d'utilisation des services offerts par le programme C.C.C.D. Ce programme, implanté dans 13 pays d'Afrique depuis 1981, a pour objectif de parvenir à une réduction de 25 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans par la promotion de trois services de santé primaires : la vaccination, l'utilisation de la réhydratation par voie orale

comme traitement de la diarrhée et l'utilisation d'anti-paludéens comme traitement de la fièvre.

La communication de P. Cantrelle confirme ce fort impact des actions de santé primaire sur la mortalité dans la région du Sine-Saloum au Sénégal. L'effet des premières campagnes de vaccination a été spectaculaire, arrêtant le cours des épidémies de rougeole et faisant chuter la mortalité apparente par rougeole, qui serait passée de 22 % à 1 % en 1968. Malheureusement cette couverture vaccinale n'a pas pu être maintenue dans les nouvelles générations de telle sorte qu'en 1974, le taux de mortalité apparente par rougeole est revenu à 15 %, soit au niveau de 1966. En 1982, une enquête de santé portant sur un échantillon de l'ensemble de la région de Sine-Saloum montre que, pour le groupe des enfants de 1 à 4 ans, la proportion de décès par rougeole était toujours de 15 %.

Mais, le Programme élargi de Vaccination, associé à d'autres actions de santé, a permis de réduire la mortalité générale de 1/3 à partir de l'année 1986. Cette baisse de la mortalité générale est due principalement à la baisse de la mortalité, infantile et surtout de la mortalité juvénile (de 1 à 4 ans) qui a diminué de moitié.

Pour clore ce chapitre sur l'impact limité des différents programmes, un problème méthodologique mérite d'être posé : c'est celui de la mesure de cet impact.

LES DIFFICULTÉS DE MESURE DE L'IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE PLANIFICATION FAMILIALE

D'une manière générale, deux types d'approches sont souvent utilisés dans la littérature économique pour évaluer les effets des programmes d'ajustement structurel : l'approche théorique et l'approche empirique. C'est cette dernière qui a été utilisée dans le cas du Zaïre et du Libéria par S. Becker et A. Chahnazarian. Cette approche dénommée approche des zones cas-témoins consiste à estimer un certain nombre d'indicateurs dans deux zones : une zone cas, dans laquelle le programme de santé est implanté et une zone-témoin qui est une zone similaire sur tous les plans (climatologique, économique, culturel, etc.) mais qui ne dispose ni du programme de santé ni de son équivalent. Une nouvelle estimation des indicateurs est effectuée dans les deux zones après une durée de fonctionnement satisfaisant du programme. La comparaison de ces indicateurs permet de mesurer l'impact net du programme, elle combine l'approche avec programme/sans programme et l'approche ex-ante/ex-post.

Bien qu'intéressante, une telle approche n'en présente pas moins des difficultés dont la plus importante est la délimitation de la zone-témoin et les difficultés d'établir un lien de cause à effet entre le programme implanté et les modifications de comportements démographiques observées.

Ainsi dans le cas du Libéria, l'étendue de la zone programme était telle qu'il était difficile de trouver une zone-témoin similaire sur tous les plans.

Dans le cas du Zaïre une fusion imprévue, au moment de la mise en place du programme, a été réalisée entre la zone programme et la zone sélectionnée comme zone-témoin. Toutes ces difficultés n'ont pas permis de mesurer l'impact net du programme selon cette méthodologie appropriée. Les auteurs se sont contentés d'une mesure des indicateurs dans les zones programmes.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'UNE AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE ?

Pour réussir, les programmes de planification familiale doivent être appuyés par des actions énergiques en matière de santé, une infrastructure socio-sanitaire performante, l'accès de tous aux soins de santé primaire, des actions de sensibilisation des décideurs politiques, des actions de communication, d'information et d'éducation adaptées au contexte socio-culturel des populations, des actions portant sur une élévation du niveau de vie de la grande majorité des populations et des recherches de plus en plus poussées sur les déterminants de la croissance et des comportements démographiques.

De façon concrète, si l'on exclut la contrainte qui, selon T. Loco, suppose une infrastructure policière impressionnante et un "*quadrillage systématique de la population*", les conditions d'une efficacité accrue passent par quatre éléments fondamentaux.

La sensibilisation à trois niveaux

Cette sensibilisation doit s'adresser aux décideurs politiques, aux élites nationales, qui doivent prendre le relais du discours politique, ainsi qu'aux populations concernées.

La formation et l'éducation

La formation du personnel sanitaire et des agents de santé est indispensable à la mise en oeuvre de toute politique de planification familiale. La définition et l'introduction dans les établissements scolaires et dans les universités et

écoles supérieures d'un programme d'éducation en matière de population et de planification familiale apparaissent également indispensables.

La transformation du statut de la femme

La transformation du statut de la femme s'effectue grâce à des mesures législatives, des actions économiques, sanitaires et de promotion de la femme. Cette transformation serait, selon T. Locoh, un préalable à l'émergence d'un intérêt pour la planification familiale.

L'insertion des programmes de planification familiale

Cette insertion doit se réaliser dans le cadre général du développement économique et social, ou dans les projets de développement, notamment par l'intermédiaire des O.N.G.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'en matière de comportements démographiques, les populations africaines cherchent à maximiser une fonction de préférence radicalement différente de celle des occidentaux. Dans cette fonction de préférence le profit individuel tel qu'il est conçu par la théorie néo-classique à très peu de place.

Seuls le profit communautaire, le prestige, la sécurité, l'aversion pour le risque, la pérennité du clan et la perpétuation du nom apparaissent comme les véritables variables-arguments de cette fonction d'utilité.

Toute politique ou stratégie de développement et tout programme de planification familiale devrait peut-être commencer par l'étude de la fonction de préférence des populations africaines. C'est à cette condition que ces programmes, pour reprendre l'expression imagée de T. Locoh, cesseront d'être "*des programmes venus d'ailleurs*".

BIBLIOGRAPHIE

MONTCHRESTIEN (de) A., 1615, *Traité d'Economie Politique dédié au Roi et à la Reine*, éditions de la Rivière.

IMPACT DES ACTIONS DE SANTÉ SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ AU SÉNÉGAL

Pierre CANTRELLE

Mesurer l'impact d'une action de santé sur la mortalité au niveau global est loin d'être simple, contrairement à ce que l'on pourrait penser, puisque de multiples facteurs, autres que sanitaires, contribuent à déterminer ce niveau de mortalité. Cette mesure est plus facile si elle est circonscrite à une maladie cible.

A ce titre, l'étude de l'impact des vaccinations est intéressant puisqu'il ne s'agit pas simplement par ce type d'intervention d'atténuer la gravité et la létalité d'une maladie, mais bien d'en éviter l'apparition.

La première vaccination dans l'histoire de la médecine a eu pour cible la variole. Cette action médicale a été décisive pour supprimer ce facteur important de mortalité avant le début du 19^e siècle en Europe. Ces interventions furent déterminantes puisqu'elle a été éradiquée dans le monde, le dernier cas connu remonte à 1979 en Somalie.

L'IMPACT DES INTERVENTIONS DE SANTÉ EN FRANCE AU DÉBUT DU SIÈCLE

Quels enseignements peut-on tirer concernant l'efficacité des interventions de santé sur certaines pathologies en France au début du siècle. Nous disposons de séries statistiques sur l'évolution des causes de mortalité depuis 1925 (Vallin, Mesle, 1988 ; Vallin, 1990).

Si l'on considère l'exemple de deux maladies bactériennes, la tuberculose et la diphtérie, il est difficile de mesurer l'impact réel des vaccinations sur l'évolution de la mortalité pour ces causes. En effet, les deux vaccinations, le BCG contre la tuberculose et le vaccin anti-diphtérique ont débuté progressivement à partir de 1922 et 1924. Or les données statistiques disponibles pour mesurer cet impact sont postérieures à cette intervention.

Pour la tuberculose, une baisse sensible s'est amorcée cinq ans avant l'apparition d'un antibiotique spécifique, la streptomycine, et s'est prolongée selon la même tendance avec l'emploi de ce médicament, associé cinq ans plus tard à l'usage de l'isoniazide, un autre antibiotique.

Quant à la diphtérie, il est clair que l'apparition des antibiotiques à partir de 1945-47 a eu un effet radical sur la quasi-disparition de cette maladie. Les taux de mortalité pour cette maladie étaient de l'ordre de 50 à 100 pour un million pour la période 1925-1945 pour atteindre 0 pour un million en 1960, pour la tuberculose ces taux s'élevaient à environ 2000 pour un million en 1940 pour atteindre 5 à 10 pour un million en 1980.

Si la mortalité par poliomyélite était beaucoup moins importante que celle par tuberculose ou diphtérie (5 à 10 pour un million en 1925-1956 et 0 pour un million en 1970), l'impact de la vaccination a cependant été spectaculaire, alors que la mortalité par hépatite virale, en l'absence de toute vaccination continuait sa progression : un taux de mortalité de 5 pour un million en 1956 et deux fois plus élevé 10 pour un million en 1970 (Vallin, 1990).

En ce qui concerne la rougeole, la question de l'impact de la vaccination ne s'est pas posée dans la mesure où la mortalité par rougeole avait atteint des taux très faibles au moment où le vaccin a commencé à être utilisé en France, vers 1969 (Vallin, 1990). Ces taux de mortalité étaient de l'ordre de 50 pour un million en 1925 et de 0 pour un million en 1975-1980.

L'IMPACT DES INTERVENTIONS DE SANTÉ EN AFRIQUE TROPICALE : LE CAS DE LA ROUGEOLE AU SÉNÉGAL

L'étude de l'impact des interventions de santé en Afrique tropicale est délicate vue l'insuffisance de données représentatives sur les causes de décès. Cependant un certain nombre de mesures fiables de la mortalité est disponible en Afrique, en particulier au Sénégal, mais rares sont celles qui permettent d'établir une relation de causalité avec une action de santé. En effet, pour mettre en évidence une telle relation, il faut que la maladie soit identifiable sans trop de risque d'erreur lors d'une enquête épidémiologique auprès de la population ; c'est le cas de maladie telles la rougeole et le tétanos, moins pour la coqueluche qui peut revêtir des formes cliniques peu évidentes.

Nous prendrons ici l'exemple de la rougeole dont la fréquence est plus élevée que celle du tétanos puisqu'elle atteint pratiquement tous les individus.

La rougeole, une maladie grave

La rougeole est une maladie cosmopolite, qui touche une bonne majorité de la population avant l'âge de sept ans. Sa gravité est variable, mais elle est particulièrement sévère en Afrique tropicale. La mortalité par rougeole y était très élevée jusqu'à ces dernières années, plus qu'elle ne l'était autrefois en Europe durant la seconde moitié du 19^e siècle, surtout pour les enfants de 1 à 4 ans (tableau 1).

En Afrique de l'Ouest, de même que dans toutes les régions du monde, un nom précis est donné à cette maladie, habituellement bien distinguée des autres maladies éruptives, comme autrefois de la variole. Dans la même langue, elle peut avoir plusieurs appellations sans confusion. La mesure de la morbidité et de la mortalité attribuée à la rougeole a donc été possible grâce à des enquêtes représentatives, recueillant les déclarations des familles.

Tableau 1 : Taux de mortalité p. 1000, toutes causes et rougeole.

	0 an			1-4 ans		
	Ens.	Roug.	Proportion	Ens.	Roug.	Proportion
Angleterre-Galles						
1853-1855	156	2,2	1,4 %			
1896-1900	156	3,3	2,1 %	21	2.2	10,5 %
Sénégal						
Niakhar 1963-65	170	4,1	2,4 %	109	15.1	13,9 %
Paos-Koto 1963-65	129	8,6	6,6 %	81	20.9	25,9 %

Source : Angleterre : registrar general (non publié), Sénégal : Cantrelle, 1965

Impact de la vaccination contre la rougeole en zone rurale sénégalaise

L'enquête démographique de la Vallée du Sénégal, en 1957-58 (Cantrelle, Ndoye, 1958), a permis d'estimer pour la première fois un taux de mortalité par rougeole en milieu rural africain, niveau qui a été confirmé lors de l'enquête menée au Burkina en 1960 (Cantrelle, 1965). A cette époque le vaccin, nouvellement mis au point par Enders et Katz en 1958, était disponible. Après des essais, puis la campagne de masse de vaccination contre la rougeole au Burkina en 1962 avec le vaccin Edmonston B, une autre souche

de vaccin, la souche Schwartz, moins agressive a été utilisée. Ce vaccin administré à partir de l'âge de 9 mois assure une protection durable (1).

Au Sénégal, une campagne de vaccination limitée à la zone pilote de Khombole a été réalisée dès 1965 ; puis, en 1966, la zone d'enquête démographique du Sine-Saloum en bénéficia, précédant la première campagne de masse au Sénégal de 1968. L'effet de ces premières campagnes a été spectaculaire, arrêtant le cours des épidémies et entraînant une baisse importante de l'incidence de la maladie qui s'est traduite par la diminution de la proportion des consultations pour rougeole dans les dispensaires. L'action a été également efficace sur la mortalité apparente par rougeole : lors de l'enquête du Sine-Saloum, dans la zone de Ngayokhème, qui compte 5 000 habitants répartis en 8 villages, la proportion de décès par rougeole pour les enfants de 1 à 4 ans est passée de 14 % pour la période de quatre années 1963-1966 à 1 % pour la période suivante de cinq années 1967-1971 (tableau 2).

Mais après cette première campagne de vaccination, le système de santé ne s'est pas donné les moyens de maintenir une couverture vaccinale suffisante pour les nouvelles générations d'enfants. Cette insuffisance de la couverture vaccinale a eu pour conséquence, après une période de quatre ans environ, une augmentation de la mortalité qui est revenue à son niveau antérieur. Cette évolution a été à peu près identique dans les autres pays d'Afrique Occidentale.

Une enquête sur la santé, réalisée en 1982 auprès d'un échantillon de l'ensemble de la région du Sine-Saloum, a confirmé les faits établis précédemment soit, pour le groupe des enfants de 1-4 ans, une proportion de décès par rougeole de 15 % environ et un taux de mortalité de 18 pour mille (Goldberg *et al.*, 1984).

A partir de 1983, la zone d'enquête de Ngayokhème a été élargie aux aires voisines formant un ensemble de 25 000 habitants environ, répartis dans 30 villages, désignée sous le nom de "zone d'étude de Niakhar". Des informations sur la maladie sont collectées lors de visites périodiques à intervalle d'une durée maximum d'une année, mais souvent plus courte. Les causes de décès sont obtenues par la méthode d'autopsie verbale, sous contrôle de l'équipe médicale (Garenne *et al.*, 1989).

- (1) L'âge de 9 mois a été retenu pour la vaccination car on avait constaté que, dans une population, la courbe moyenne des anticorps maternels diminuait progressivement à partir de la naissance pour ne laisser que des traces vers l'âge de 9 mois. Tandis que celle des anticorps acquis commençait vers l'âge de 5 mois et en progressant croisait la courbe décroissante des anticorps maternels. Lorsqu'un vaccin a été mis au point, le moment choisi pour la vaccination a été celui où la probabilité de ne plus être protégé par les anticorps maternels est forte, et où le vaccin n'entrerait pas en concurrence avec les anticorps transmis par la mère, c'est-à-dire vers l'âge de 9 mois.

Tableau 2 : La mortalité à Ngayokhème 1963-1977
(Sénégal, Région du Sine)

Année	Quotient de mortalité p. 1000		Nombre de décès 1-4 ans	
	0q1	4q1	Toutes causes	Rougeole
1963	143	426	75	14
1964	217	484	88	6
1965	157	389	60	5
1966	266	408	65	15
1967	170	257	37	0
1968	167	187	28	1
1969	233	528	99	0
1970	207	301	42	0
1971	226	469	73	2
1972	168	292	39	6
1973	192	254	42	10
1974	188	303	51	15
1975	130	435	71	12
1976	176	292	41	4
1977	172	210	30	8

Source : Cantrelle, 1980.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été développé dans cette zone à partir du deuxième semestre 1986. Les résultats relatifs à l'implantation de ce programme sont également très éloquentes : parmi les sept principales causes de décès (si l'on met à part l'épidémie exceptionnelle de choléra), la rougeole, qui arrivait en troisième position des causes de décès après les diarrhées et la broncho-pneumonie, devient après cette intervention la dernière cause de décès (tableau 3).

Impact de la vaccination contre la rougeole en zone urbaine sénégalaise

En milieu urbain, la mesure de la mortalité à partir du système d'état civil est possible dans quelques centres qui disposent de bonnes données. En effet, dès 1916, avec la création des quatre communes de Gorée, Dakar, Rufisque et Saint Louis, la loi française concernant l'état civil y a été appliquée de façon stricte, imposant des permis d'inhumer et la création de cimetières gardés. Ainsi, depuis cette époque, l'enregistrement des naissances et décès

Tableau 3 : Nombre de décès selon les 7 causes principales, par semestre, Niakhar 1983-1988 (Sénégal)

Semestre	Diarrhée	Choléra	Broncho-pneumonie	Paludisme	Tétanos néo-natal	Rougeole	Coque-luche
1983 1*	12	0	2	4	2	15	2
2*	41	0	15	7	8	3	2
1984 1	23	0	20	2	6	8	5
2	65	0	28	32	11	14	10
1985 1	40	92	8	2	8	30	5
2	81	6	27	23	10	18	18
1986 1	22	1	12	2	11	10	8
Total	284	99	112	72	56	98	50
1986 2	23	5	13	8	12	0	15
1987 1	16	86	12	3	11	3	4
2	40	4	18	38	29	0	4
1988 1	8	0	12	1	10	0	0
2	14	2	3	6	3	0	0
Total	101	97	58	56	65	3	23

* En 1983, l'enquête a commencé le 21 mars, et est basée seulement sur 25 villages puis ensuite sur 30 villages.

Source : Garenne *et al.*, 1989.

dans les bureaux d'état civil de la ville de Saint-Louis est réputé complet. Une exploitation des registres d'état civil durant la période de 1930 à 1988 a été effectuée pour étudier les tendances et déterminants de la mortalité (Diop, 1990).

La couverture du PEV a, dans cette zone, été bonne à partir de 1986. Elle a été associée à d'autres actions de santé, en particulier la lutte contre les diarrhées et la surveillance nutritionnelle.

L'étude de la mortalité sur la période 1980-1988 révèle une baisse importante de la mortalité générale d'un tiers à partir de l'année 1986, qui s'est maintenue durant les trois dernières années. Elle est due principalement à la réduction de la mortalité dans l'enfance, et plus particulièrement de la mortalité juvénile, de 1 à 4 ans qui a diminué de moitié. Cette baisse sensible de la mortalité porte surtout sur les maladies qui ont fait l'objet de programmes d'action : rougeole, coqueluche, paludisme, malnutrition (tableau 4).

Tableau 4 : Etat civil de Saint Louis, Sénégal. 1980-88,
Nombre de naissances, de décès selon divers âges et causes

Année	Nais.	Décès	Décès 0 an	Décès 1-4 ans	Rou- geole	Coq	Téta nos	Diar- rhée	Palu- disme	Mal. nutr.
1980	4499	1334	252	169	65	2	15	34	94	75
1981	4499	1442	303	213	46	4	23	39	69	78
1982	4757	1393	271	208	27	2	25	48	53	101
1983	4650	1516	270	139	44	6	17	54	59	88
1984	4300	1650	252	294	95	2	16	42	42	134
1985	4424	1428	255	259	62	5	18	64	55	95
1986	4110	1006	182	107	8	0	14	22	36	48
1987	4374	1090	196	90	11	0	13	47	36	37
1988	3887	1000	163	93	0	0	14	21	26	43

Source : Diop, 1990

Impact de la vaccination sur la survie des enfants

L'effet de la vaccination est sensible sur le niveau de la mortalité du moment, mais se traduit-il aussi sur la survie de l'enfant ? Sur ce point, certains auteurs ont mis en doute l'efficacité de la vaccination avançant l'idée que l'on ne s'attaque pas aux causes sous-jacentes (Jones *et al.*, 1985). Ainsi ils mentionnent que *"les programmes de vaccinations ont des effets limités. En effet au lieu de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la maladie qu'ils cherchent à prévenir, les vaccins ne fournissent qu'un soulagement symptomatique. Faute de s'attaquer à la cause première, la prévention des maladies telles que la rougeole ou le tétanos néonatal ne suffit généralement pas à réduire de manière substantielle la mortalité"*. Poussant cet argument à l'extrême, d'autres ont même affirmé un effet nul sur la survie à cinq ans.

Lors d'enquêtes démographiques, des observations suivies d'enfants vaccinés et non vaccinés ont apporté la réponse à cette question posée et invalidé les hypothèses précédentes. L'analyse des résultats de cette étude révèle que l'impact de la rougeole sur le niveau de la mortalité ne se limitait pas aux décès survenus immédiatement après la maladie (c'est-à-dire dans les un à deux mois suivants la maladie). Dans la zone de Khombole au Sénégal, une étude de suivi menée pendant trois ans, a permis de montrer que la réduction de la mortalité dans l'âge de 6 mois à 3 ans, après une campagne

de vaccination, a été de 30,9 % soit une baisse de 2,5 fois supérieure à celle attendue d'après le calcul théorique de la suppression de la rougeole comme cause de décès dans ce groupe d'âge (Garenne, Cantrelle, 1986).

Ces résultats montrent bien l'efficacité de la vaccination contre la rougeole qui a une action décisive sur le niveau de la mortalité : une vaccination unique, à partir de l'âge de 9 mois, assure une protection en principe toute la vie.

La vaccination contre la rougeole a donc changé la nature des déterminants de la maladie et de sa gravité. Auparavant les déterminants étaient ceux qui faisaient contracter la maladie, et ceux qui conditionnaient sa gravité. Depuis ce nouvel acquis de la médecine, quels que soient les facteurs de risque liés à la rougeole, la vaccination dès l'âge de 9 mois est devenue le déterminant essentiel de la baisse de la mortalité pour cette cause, et un facteur important de baisse de la mortalité générale.

La question n'est donc plus actuellement de connaître les déterminants de la gravité de la rougeole, mais ceux du maintien de cet acquis de la vaccination.

Un autre problème reste en suspens concernant la rougeole, le risque de mortalité non négligeable des enfants âgés de 5-9 mois dont une proportion est réceptive à la maladie. Il convient donc d'avancer l'âge de la vaccination fixé à 9 mois. Des vaccins à titre plus élevé que le précédent ont été préparés et administrés à partir de l'âge de 5 mois. Mais, contrairement à toute attente, on a découvert que ces vaccins n'étaient pas sans risque (Garenne *et al.*, 1991 a et b), ces vaccinations ont donc été abandonnées. Les recherches des laboratoires s'orientent maintenant vers des vaccins de nature différente, les vaccins recombinant génétiques, dont on peut penser que l'innocuité serait assurée.

L'éradication de la rougeole est-elle une utopie ? L'incidence de la maladie devrait être considérablement réduite avec les vaccins actuels, à condition de maintenir un taux de couverture élevé. Mais il reste un certain nombre de personnes de tous âges réceptifs à la maladie : celles âgées de 5 à 9 mois et, à partir de 9 mois celles qui n'ont pas été vaccinées et n'ont pas contracté la maladie. Cette population de réceptifs rend problématique un programme pour l'éradication de la rougeole. Avant d'envisager la perspective de l'éradication à l'échelle mondiale, comme cela s'est produit pour la variole, il faut donc attendre encore la mise au point de nouveaux vaccins.

BIBLIOGRAPHIE

- CANTRELLE P., 1965, Mortalité et morbidité par rougeole dans les pays francophones de l'Ouest africain. *Archi. Wirusforschung*, XVI, pp. 35-45.
- CANTRELLE P., 1980, Mortalité infanto-juvénile d'hivernage dans le Sine-Saloum. *Environnement Africain*, vol. IV, n° 14-16, 1980, pp. 413-428.
- CANTRELLE P., NDOYE T., 1958, *L'état de santé de la population*. Document de travail de la mission socio-économique du fleuve Sénégal (MISOES) Service de statistique, Dakar, 42 p. multigr.
- DIOP I.L., 1990, *Etude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'état civil*, Thèse de démographie, Université Paris I, 295 p. + annexes.
- GARENNE M., CANTRELLE P., 1986, Rougeole et mortalité au Sénégal. Etude de l'impact de la vaccination effectuée à Khombole 1965-1968 sur la survie des enfants, In *Estimation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement*, Séminaire INSERM, Paris, vol. 145, pp. 515-532.
- GARENNE M., LEROY O., BEAU J.P., FONTAINE O., SAMB B., YAM A., 1989, *Verbal autopsy in Senegal : a 6 years experience*, The Johns Hopkins University, Baltimore, March 1989.
- GARENNE M., LEROY O., BEAU J.P., SENE I., 1991 a, Child mortality after high titer measles vaccines : prospective study in Senegal, *The Lancet*, 338, Oct. 12 1991, pp. 903-907.
- GARENNE M., LEROY O., BEAU J.P., SENE I., WHITTLE H., SOW A., 1991 b, *Efficacy, safety and immunogenicity of two high titer measles vaccines. A study in Niakhar, Senegal*, ORSTOM, Dakar. June 1991, 229 p., multigr.
- GOLDBERG H., FRIEDMAN J., MBODJ F., SOW A., 1984, *Sine-Saloum Family Health Survey 1982*, Final report, Projet de santé rurale, Kaolack et US/AID Dakar.
- JONES T.S., WALDMAN R.J., FOEGE W.H., 1985, Le rôle des programmes de vaccination, In *La lutte contre la mort*, Ed. VALLIN J., LOPEZ A., PUF, Paris, pp. 41-51.
- VALLIN J., 1990, *Impact démographique de la vaccination dans les pays en développement*, Colloque sur "Innovations, technologiques et décisions en santé publique", INSERM, Marseille.
- VALLIN J., MESLE F., 1988, *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, Paris, INED, PUF, Travaux et Documents, Cahier n° 115.

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE : BILAN ET RECOMMANDATIONS

Dieudonné BM' NIYAT BANGAMBOULOU

INTRODUCTION

De nombreuses analyses ont été réalisées pour appréhender les causes de la crise économique qui sévit dans le monde actuellement. En République Centrafricaine, comme dans beaucoup de pays du Tiers Monde, la croissance démographique rapide est considérée comme l'une des principales causes de cette crise économique : on constate dans ce pays un décalage entre le rythme annuel de croissance démographique, environ 2 à 2,5 %, et celui de la croissance économique qui n'atteint pas 2 % par an en termes réels depuis plusieurs années.

Face à ce constat, un programme de planification familiale basé sur l'esacement des naissances, en vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et de promouvoir la parenté responsable, a été mis sur pied dans les années 1980. Après une présentation des objectifs de ce programme, nous tenterons d'analyser ici son impact, et tout particulièrement son influence sur les comportements des différentes populations face à la fécondité.

Notre étude reposera sur une analyse des résultats d'une enquête C.A.P. (Connaissance, Attitude, Pratique) sur le programme de planification familiale réalisée en 1989, et au vu de cette analyse, nous proposerons de nouvelles actions et orientations susceptibles d'accroître l'efficacité de ce programme.

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

En République Centrafricaine, l'état de santé des populations est préoccupant : le taux de mortalité générale est d'environ 15 pour 1000 et celui de mortalité infantile supérieur à 115 pour 1000. Le taux de morbidité, dû aux maladies infectieuses et parasitaires, est important. Le régime alimentaire des populations souffre d'une carence en protéine préjudiciable à la santé des enfants (Ministère du Plan, 1991).

Cette situation sanitaire risque de s'aggraver avec la crise économique et son corollaire la dégradation du fonctionnement du système sanitaire dont les ressources vont diminuer.

Face à ce constat, a été mis en place un programme de planification familiale, qui vise à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant par un espacement des naissances et une éducation pour la santé (Ministère de la Santé Publique, 1987).

Quatre objectifs spécifiques sont définis dans ce programme :

- 1) La sensibilisation, entre 1989 et 1993, de 60 % de la population urbaine et 30 % de la population rurale à la planification familiale pour que ces populations s'acheminent vers une parenté responsable. Actuellement, seulement 10 % de la population urbaine et 5 % de la population rurale sont sensibilisés à ce problème.
- 2) La formation ou le recyclage, entre 1989 et 1993, d'environ 70 % du personnel sanitaire aux méthodes de planification familiale, à la gestion d'un programme de planification familiale et à la collecte des données relatives à cette planification.
- 3) La réalisation, entre 1989 et 1993, de cinq types de recherches opérationnelles utilisables en Santé Publique sur le thème de la stérilité.
- 4) Le développement et la mise en service d'une nouvelle fiche de collecte des données sur la planification familiale pour permettre un suivi et une estimation plus fiable des femmes utilisant la contraception.

Pour l'exécution de ce programme, une Direction de la Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale (DSMI) a été créée en 1982. Cette direction a défini cinq sous-programmes dans son programme national, en vue de diminuer les mortalité et morbidité maternelles, périnatales et infantiles, comprenant :

- l'amélioration de la surveillance des femmes enceintes,
- l'amélioration des conditions d'accouchement et de la surveillance post-natale,

- l'amélioration de la surveillance des enfants de 0 à 5 ans,
- la mise en oeuvre de stratégies standards de lutte contre les principales causes de mortalité infantile,
- l'amélioration de l'accessibilité des populations aux méthodes de planification familiale.

Il importe de mesurer l'impact de ce programme pour définir les objectifs qui ont été atteints et les actions à réorienter pour l'avenir : tel est l'objet de l'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques relatives à la planification familiale réalisée en 1989 (Ministère de la Santé Publique, 1990).

L'ENQUÊTE C.A.P. SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE : PRÉSENTATION ET RÉSULTATS

Présentation

La pratique de la contraception n'était en RCA connue qu'à travers les bulletins périodiques de la DDMI dont le degré de fiabilité laissait à désirer. Les données de l'enquête C.A.P. permettent de dresser un bilan plus précis de l'état de la situation.

Cette étude est une enquête par sondage réalisée dans des zones facilement accessibles, essentiellement en milieu urbain (bien que cette zone ne représente que 35 % de la population totale du pays), auprès d'un échantillon de 1365 personnes : 69 % de femmes et 31 % d'hommes. La population enquêtée est une population jeune : 57 % ont moins de 30 ans et 14,2 % seulement sont âgés de 40 ans et plus, répartie de façon assez homogène selon le niveau d'instruction, 33,1 % sont sans instruction, 33,0 % ont le niveau primaire, 32,1 % le niveau secondaire, excepté le niveau supérieur 1,8 %. Il s'agit d'une population en majorité mariée (59,2 %) ou ayant déjà contracté une union (5,8 % de divorcés et 3 % de veufs), avec environ 1/3 de célibataires.

Résultats

Cette enquête est centrée sur l'étude de la connaissance de la planification familiale, de sa pratique, des attitudes générales par rapport à cette planification, des obstacles à son utilisation et des solutions pour résoudre ces problèmes.

Avoir une information sur les méthodes contraceptives est une condition préalable à leur utilisation : ainsi 86 % des personnes interrogées ont reçu une information sur la contraception et, parmi elles, 37 % l'ont eue du

personnel de santé ; les médias jouent également un rôle positif : 27,6 % des personnes tirent leur information de la radio et de la télévision et 4 % des journaux (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des personnes interrogées selon la première source d'information sur la planification familiale citée

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Personnel de santé	509	37,3
Enseignant	32	2,3
Journaux	88	6,4
Causerie	139	14,2
Radio-TV	375	27,6
Autre animateur/éducateur	29	2,1
Non informé	183	13,4
Pas de réponse	9	0,7
TOTAL	1365	100,0

Le degré de connaissance de la contraception varie selon le type de méthode. Interrogés sur la connaissance des méthodes traditionnelles, 55 % des enquêtés déclarent connaître ce type de méthodes, particulièrement l'abstinence et la séparation du couple. Pour les méthodes modernes, 53 % connaissent au moins une de ces méthodes : les plus connues étant la pilule et la méthode d'auto-observation MAO (tableau 2).

Les objectifs de la planification familiale ne sont pas perçus correctement par l'ensemble de la population puisque seulement 57,2 % des personnes interrogées disent que l'objectif est un espacement des naissances, 4,3 % une limitation des naissances mais 10,7 % pensent que le but de la planification est de favoriser la natalité (tableau 3). L'incompréhension de ces objectifs explique certainement la proportion limitée (50 %) d'utilisateurs de ces méthodes.

Les utilisateurs de moyens contraceptifs sont plus nombreux à recourir aux méthodes modernes (49,5 % d'utilisateurs) que traditionnelles (44,6 % d'utilisateurs). Il est surprenant de constater que le principal avantage cité par les utilisateurs est "l'amélioration de la santé", 66 % des réponses, le deuxième étant "l'absence de risque dans les relations sexuelles" : 22 % des

Tableau 2 : Répartition des personnes interrogées selon le type de méthode contraceptive connue (en % d'utilisateurs d'un type de méthode, moderne ou traditionnelle)

Méthode traditionnelle connue	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel	16	2,1
Ficelles	51	6,8
Racines et feuilles	48	6,4
Séparation du couple	252	33,4
Coït interrompu	–	–
Abstinence	213	28,2
Autres méthodes	22	2,9
Pas de réponse	153	20,3
TOTAL	755	100,0
Méthode moderne connue		
Contraceptifs oraux (pilule)	230	31,6
Injection	44	6,0
Stérilet	46	6,3
Spermicide	4	0,6
Condoms	60	8,2
Diaphragme	4	0,6
Stérilisation	13	1,8
Méthode d'auto-observation MAO	209	28,7
Pas de réponse	118	16,2
TOTAL	728	100,0

réponses (tableau 4). Cette manière de considérer les méthodes contraceptives est très certainement conditionnée par le discours officiel qui présente la planification comme un moyen d'espacer les naissances pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Les personnes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête justifient leur conduite par le manque d'information concernant ces méthodes et leur coût ; l'absence relative de centre de planification familiale et de personnels qualifiés en planification familiale constitue également une des causes de non utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 3 : Répartition (en %) des personnes interrogées selon l'objectif de la planification familiale

Objectifs de la planification familiale	Effectif	Pourcentage
Limiter les naissances	58	4,3
Espacer les naissances	781	57,2
Favoriser la natalité	146	10,7
Eduquer les jeunes à la maîtrise de la sexualité	104	7,6
Eviter les grossesses non désirées	100	7,3
Ne sait pas	132	9,7
Pas de réponse	44	3,2
TOTAL	1365	100,0

Tableau 4 : Proportion d'individu pratiquant la contraception selon la méthode utilisée et les avantages de la planification familiale déclarés

Méthodes utilisées	Avantages déclarés					Total
	Rapport sexuel sans risque	Santé	Economie	Autres (fertilité)	ND	
Méthode traditionnelle	9,8	83,7	1,3	1	4,2	100
Contraceptifs oraux	39,4	52,9	1	1	5,7	100
Injection	37,5	62,5	-	-	-	100
Stérilet	20	80	-	-	-	100
Spermicides	42,9	57,1	-	-	-	100
Condoms	41,2	52,9	5,9	-	-	100
Diaphragme	25	25	25	25	-	100
Stérilisation	-	33,4	33,3	33,3	-	100
M.A.O.	31,6	52,9	2,3	3,4	9,8	100
Non déclarés	7,5	40	22,5	10	20	100
TOTAL	22,0	66,0	3,2	2,3	6,5	100

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le programme de planification familiale élaboré en RCA pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant et promouvoir une parenté responsable n'a pas atteint ses objectifs. En effet, d'après les résultats de l'enquête C.A.P., les taux de connaissance et d'utilisation de la planification familiale restent faibles et les objectifs assignés à ce programme mal perçus.

Ces résultats nous amènent donc à constater un certain échec de ce programme, d'autant plus que l'enquête C.A.P. a été réalisée dans des zones privilégiées, urbaines et faciles d'accès.

Pour améliorer l'impact d'un tel programme, il convient au préalable d'analyser les perceptions de la fécondité dans les différents groupes socio-économiques : la valeur que l'on attache aux enfants, la perception du risque de mortalité qu'ils encourent, la place de l'enfant dans la famille, le lignage... sont autant d'éléments qui vont conditionner la demande d'enfants.

Une baisse de la mortalité infantile, donc une survie plus grande, peut restreindre le nombre d'enfants à mettre au monde, mais ces évolution et prise de conscience ne se feront que sur le long terme.

Il convient également d'analyser qui dans la société détient le pouvoir de décision par rapport à la fécondité : le groupe social, l'homme et/ou la femme. Cette connaissance est primordiale car elle permettra d'identifier les individus à cibler pour améliorer les impacts de ces messages.

Ce programme ne trouvera d'écho que si les moyens contraceptifs sont disponibles (approvisionnement réguliers des stocks) et accessibles (disponibilité même en zone rurale, coût acceptable), conditions qui nécessitent une amélioration dans le fonctionnement du système sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE,
1987, *Programme SMI/PF* République
Centrafricaine, Octobre 1987.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE,
1990, *Enquête C.A.P. en planification*

familiale (PF) RCA 1989, République
Centrafricaine, avril 1990.

MINISTERE DU PLAN, 1991, *Bilan
Diagnostique social de 1986 à 1990*,
République Centrafricaine, février 1991.

IMPACT DU PLANNING FAMILIAL ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ SUR LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE AU CONGO

Jean-Paul TOTO

INTRODUCTION

Les conséquences supposées ou réelles de l'évolution démographique en Afrique ont été l'une des raisons majeures ayant motivé la mise en oeuvre des politiques de planification familiale dans ce continent ; de la même façon les niveaux élevés de mortalité ont suscité le développement des systèmes et programmes sanitaires.

Les actions de planification familiale mises en place au Congo se heurtent à des contraintes socio-culturelles qui rendent hypothétiques leur impact. Dans cette communication, nous étudierons l'importance de ces facteurs et tenterons d'évaluer les chances réelles de réussite de l'expérience de planification actuellement en cours. Nous nous interrogerons également sur l'impact direct et indirect des programmes socio-sanitaires, sur les niveaux de la fécondité, en comparaison avec les actions spécifiques entreprises dans le cadre de la planification familiale.

PLANIFICATION FAMILIALE ET PESANTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIO-CULTURELLES

La prégnance des idéaux de forte fécondité

La planification familiale, pour être acceptée et devenir efficace, ne doit pas aller à l'encontre des normes socio-culturelles et économiques qui régissent les conditions de la reproduction. Les actions de planification entreprises au Congo se heurtent à ces contraintes qui rendent hypothétiques leur impact direct et indirect tant au niveau de la fécondité que de la santé de la mère et de l'enfant.

En effet, les idéaux de forte fécondité restent encore très prégnants dans la société congolaise. La place et le rôle de l'enfant dans la société traditionnelle déterminent, dans une large mesure, les comportements procréateurs des individus. L'enfant représente l'avenir de la famille et s'inscrit dans une logique communautaire fortement ancrée dans les mentalités, surtout en zone rurale. En ville, par contre, l'introduction précoce des valeurs marchandes et celle, plus accentuée, de l'école concourent à rendre les coûts sociaux et économiques de l'enfant plus onéreux. *"Le père de famille ne veut plus autant d'enfants du jour où ceux-ci lui coûtent ou dès qu'il n'a plus la pleine autorité sur eux"* (Sauvy, cité par F. Bezy, 1974).

Le statut des femmes, qui ne peuvent décider seules de leur fécondité, et leur faible niveau d'instruction constituent également un frein à l'acceptation de la contraception. En effet, étudiant la relation entre l'instruction et l'acceptation de la contraception, T. Locoh (1985) a noté *"des effets indirects et directs de l'instruction sur l'accès aux services de planification familiale"*, constatant, à partir des résultats de l'enquête fécondité du Bénin (1981), que les proportions des femmes pratiquant la contraception augmentent avec le niveau d'instruction.

Cependant, les idéaux en faveur d'une fécondité élevée peuvent persister chez les femmes éduquées. Ainsi même à Brazzaville, parmi l'élite féminine, avoir de nombreux enfants constitue toujours un élément de valorisation.

Planification familiale et normes sociales

L'étude sur la contraception et les comportements sexuels menée auprès des femmes de Brazzaville (1990) révèle qu'une descendance nombreuse constitue pour elles une forme de sécurité, une assurance pendant la vieillesse et une garantie contre la mortalité infanto-juvénile. Ce réflexe du désespoir, longtemps caractéristique des générations anciennes et analphabètes, perdue malgré les progrès enregistrés dans le domaine médical et le niveau d'instruction des femmes. L'impact des messages de régulation familiale et de parenté responsable n'est pas encore assez fort pour changer les mentalités et amener à une réduction de la fécondité.

De plus, la diffusion de l'information sur la contraception est insuffisante : le motif le plus fréquemment cité par les femmes pour justifier leur niveau de fécondité élevé est l'ignorance des méthodes contraceptives (tableau 1). Ce résultat dénote l'existence d'une demande potentielle de contraception et même de planification familiale.

Tableau 1 : Motifs cités par les femmes pour justifier une descendance élevée (% de réponses)

Motifs	% de réponses
Ignorance des méthodes contraceptives	55,1
Relève assurée par les enfants pendant la vieillesse	32,6
Garantie contre la mortalité infanto-juvénile	25,8
Estime dans la famille du conjoint	22,5
Autres	5,6
N.D	13,5

Source : Enquête sur "Contraception et comportement sexuel au Congo : le cas des femmes salariées à Brazzaville", Toto, 1990 c.

Enfin, malgré les actions de planification familiale entreprises, la disponibilité et l'accessibilité aux contraceptifs restent limitées : l'accès aux contraceptifs fut longtemps soumis à une prescription médicale, et la tentative de libéralisation observée ces derniers temps en milieu urbain ne touche qu'une faible proportion des femmes en âge de procréer.

D'une façon générale, ces programmes recueillent difficilement l'adhésion des populations car ils vont à l'encontre de certaines normes de la société. Ainsi, comme le souligne Samman (1991), *"comment dans ce contexte, peut-on s'attendre à ce que l'enseignant, dont le conservatisme traditionnel est connu dans certains pays du Tiers-Monde, puisse véhiculer des informations ou un message qu'il ne comprend pas, ou auquel il n'adhère pas, du fait justement qu'il va à l'encontre de ses propres croyances et de celles de la communauté dans laquelle il vit, mais aussi parce que cette communauté ne manquera pas d'exercer sur lui de fortes pressions pour l'en empêcher"*.

Des facteurs économiques interviennent également comme entrave à la planification familiale chez certains salariés. L'octroi d'avantages financiers : allocations familiales, congés de maternité, indemnités d'accouchement, indexation du taux d'imposition sur le nombre d'enfants, bien qu'ils n'interviennent pas de façon déterminante dans le choix de la taille de la famille, contribue certainement à maintenir une attitude favorable à une famille nombreuse.

Face à ces contraintes socio-culturelles et économiques, l'expérience en matière de planification familiale au Congo n'a eu qu'une portée très limitée. Le contrôle de la fécondité n'exerce qu'un effet encore timide sur les

stratégies individuelles et familiales en matière de reproduction. Aussi convient-il d'étudier ici l'impact des programmes sanitaires pour juger de leur efficacité et de leurs conséquences sur la reproduction démographique.

LES PROGRAMMES SOCIO-SANITAIRES ET LEUR IMPACT SUR LA REPRODUCTION DÉMOGRAPHIQUE

L'efficacité relative des programmes socio-sanitaires

Les programmes socio-sanitaires, mis en oeuvre pour augmenter de manière soutenue l'espérance de vie à la naissance, assurer une meilleure accessibilité aux soins médicaux ainsi qu'un environnement économique favorable aux ménages urbains et ruraux, ont un impact direct sur les conditions de survie des familles. Ainsi peuvent-ils contribuer à modifier les perceptions de la valeur de l'enfant et donc favoriser l'adhésion effective des populations au discours de la planification familiale.

Au Congo, depuis l'époque coloniale, les différents plans et programmes de développement ont comporté un volet sanitaire dont les principaux objectifs visaient la lutte contre la pauvreté, la morbidité et la mortalité pour améliorer le bien-être de l'ensemble de la population et plus particulièrement des enfants.

Cependant, les prévisions en matière de santé publique n'ont pas été atteintes au cours de ces différents plans (Toto, 1990 a). La situation sanitaire était préoccupante au démarrage du plan quinquennal de développement économique et social de 1982-1986. Ainsi le FNUAP (1985) dans un rapport sur les besoins d'aide en matière de population en 1984 soulignait que : *“l'état de santé du peuple congolais n'est pas des meilleurs. En effet, la précarité des conditions d'habitat, d'assainissement, d'approvisionnement en eau potable, d'alimentation est à l'origine des maux qui frappent l'ensemble du peuple”* et il ajoutait *“la morbidité et la mortalité sont élevées, particulièrement chez les enfants, les mères et les femmes en âge de procréer, la couverture socio-sanitaire du pays est insuffisante, notamment en zone rurale, tant en ce qui concerne les structures que les ressources matérielles, financières et humaines ; les valeurs sociales et familiales traditionnelles se dégradent et l'on constate une fréquence plus grande des maladies sexuellement transmissibles et des avortements provoqués”*.

Tableau 2 : Répartition du personnel médical et para-médical par catégorie et nombre d'habitants par agent en 1984 au Congo (population : 1 909 248 habitants en 1984)

Catégories de personnel	Effectifs disponibles et en activité	Nombre d'habitants		Effectifs nécessaires selon normes OMS	Déficit observé par rapport aux normes OMS
		sit. actuelle	Normes OMS		
Médecins	302	6 322	5 000	382	- 80
Pharmaciens	49	38 964	5 000	382	- 333
Assistants sanitaires	336	5 682	300	6 364	- 6 028
Infirmiers diplômés d'Etat	795	2 402	300	6 364	- 5 569
Sages femmes principales	54	35 356	3 000	636	- 582
Agents techniques et infirmiers brevetés	879	2 172	300	6 364	- 5 485
Techniciens supérieurs	33	57 826	25 000	76	- 43

Source : Population, Santé et planification du développement économique et social en Afrique Centrale : le cas du Congo, Toto, 1990 a.

Ainsi, en 1983, le niveau de la mortalité générale au Congo a été estimé à 15 pour 1000, la mortalité infantile se maintenant à un niveau élevé : 108 pour 1000.

En milieu urbain, l'espérance de vie à la naissance a connu une légère augmentation entre 1974 et 1984, elle est passée de 53,7 à 58,0 ans, soit un gain annuel de 0,43 an. Mais les deux principales villes du pays, Brazzaville et Pointe-Noire (regroupant à elles seules 46 % de la population totale du Congo), se caractérisent par une mortalité infantile encore importante, ainsi qu'une mortalité néonatale élevée avec la prématurité comme cause principale.

Tableau 3 : Taux de mortalité infantile de 1960 à 1974 à Brazzaville (en pour 1 000)

Années	Taux de mortalité infantile
1960	78,5
1961	91,7
1962	76,2
1963	70,9
1964	70,6
1965	74,3
1966	80,3
1967	74,0
1968	64,8
1969	69,4
1970	75,4
1971	74,9
1972	86,3
1973	58,4
1974	68,9

Source : Dépouillement volets état civil, CNSEE, 1975.

La rougeole et les diarrhées sont responsables de nombreux décès infanto-juvéniles. La couverture vaccinale contre la rougeole est faible : elle évolue en dents de scie et reste inférieure à 14 % chez les enfants de moins de 10 ans (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution du nombre de vaccinations antirougeoleuses pratiquées au Congo de 1975 à 1984 chez les enfants de moins de 10 ans

Années	Nombre de vaccinations	Population de référence	Taux de couverture (%)
1975	55 146	457 925	12,0
1978	59 899	471 205*	12,7
1979	54 634	484 870*	11,3
1980	70 068	503 637	13,9
1981	53 079	541 528	9,8
1982	42 538	548 357	7,8
1983	75 698	567 815	13,3
1984	64 277	587 517	10,9

* estimations.

source : CNSEE, annuaires statistiques 1982 et 1986.

Ce bilan succinct de l'état de santé de la population congolaise, en particulier des enfants, fait apparaître une situation préoccupante. Ce constat est d'autant plus alarmant que la crise économique actuelle et les programmes d'ajustement structurel risquent de contribuer à une dégradation du fonctionnement des services de santé. Cette dégradation aura pour conséquence une aggravation des risques de mortalité infantile et de la hantise de la population de perdre un enfant, phénomènes qui ne peuvent que renforcer des réflexes pro-natalistes.

A Brazzaville, 25 % des femmes interviewées justifient la taille élevée de leur descendance comme une sécurité et une garantie contre la mortalité des enfants en bas âge. On peut penser que si les conditions nécessaires étaient remplies pour assurer un état de santé correct pour la mère et l'enfant, le désir d'avoir une descendance nombreuse, pour espérer qu'au moins un enfant atteigne l'âge adulte, s'estomperait. De même, en zone rurale, on peut supposer que la diffusion des techniques médicales comme la vaccination, le traitement de l'eau, la réhydratation orale, la lutte contre les maladies parasitaires feraient reculer la mortalité infantile et ainsi rendrait perceptible cette survie du plus grand nombre d'enfants et la nécessité de limiter la fécondité.

Le poids des contraintes sociales et économiques face à l'avenir

En milieu urbain, quelques ménages pratiquent un espacement des naissances. Mais rares sont les cas où, bien qu'un désir de limiter les naissances et une taille idéale de la famille soient énoncés, des stratégies d'arrêt définitif de la fécondité sont adoptées. Ainsi T. Locoh (1988) souligne que les mécanismes de résistance sont omniprésents et *"la fécondité des femmes reste pratiquement stable depuis que l'on a les moyens statistiques de la mesurer ; les grandes familles, même dans les villes, sont toujours là, à côté des rares familles nucléaires que l'on peut y observer"*.

La satisfaction de la demande potentielle de contraception observée à Brazzaville pourrait apporter quelques prémices de solution aux déperditions scolaires liées aux grossesses précoces des filles. En effet, à Brazzaville, où la plupart des jeunes filles ont leur premier enfant avant l'âge de vingt ans, une étude menée dès 1985 (Lallemant, Jourdain, 1985) a permis de constater un net déséquilibre numérique des sexes dans les différents cycles d'enseignement, dû au nombre important de jeunes filles ayant des grossesses en cours de scolarité.

Face aux difficultés d'implantation du planning familial et aux modifications des comportements matrimoniaux (avec l'augmentation du célibat)

l'on assiste à l'amplification du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville. Le sort des enfants nés hors union et/ou non désirés s'apparente à celui des enfants orphelins, abandonnés ou adultérins. A Talangaï, un arrondissement de Brazzaville, parmi les 4 947 naissances survenues puis déclarées à l'état civil, 68,6 % des enfants sont nés hors cohabitation parentale. En outre, lors de l'enquête menée depuis 1988 à Brazzaville, on a constaté que la moitié des enfants de la rue sont issus de familles monoparentales (Toto, 1990 b).

Parallèlement aux programmes socio-sanitaires, la multiplication de ces marginalités et les difficultés socio-économiques risquent d'amener les populations à prendre conscience de la nécessité d'un meilleur contrôle de la procréation. Mais l'utilisation de méthodes contraceptives modernes pour accentuer la baisse de la fécondité ne pourra intervenir que lorsque la scolarité prolongée des filles, le recul de l'âge au mariage, la mécanisation de l'agriculture, auront créé un environnement favorable à l'acceptation de ces méthodes (Bahri, 1988).

CONCLUSION

Au Congo, comme dans plusieurs autres pays africains, les idéaux d'une forte fécondité s'imposent à la société pour des raisons d'ordre culturel et économique. Dans ce contexte caractérisé par une mortalité infantile élevée, ces idéaux se trouvent confortés et rendent difficile l'adoption des programmes de planification familiale.

L'amélioration de l'état de santé des populations et, de manière plus spécifique, la lutte pour la survie des enfants en bas âge, sont certainement au Congo des éléments qui agiront davantage en faveur d'une limitation de la fécondité que les actions du programme de planification. Les conditions socio-économiques prévalant dans le pays risquent d'induire des changements dans les mentalités et les comportements mais ceux-ci ne produiront des effets que dans le long terme. Cependant, qu'ils s'agissent des politiques sanitaires ou de planification familiale, leur chance de réussite est conditionnée par leur adaptation au contexte socio-culturel.

BIBLIOGRAPHIE

- BAHRI A., 1988, L'Afrique du 21^e siècle, in *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Editions l'Harmattan, Paris, 1988.
- BEZY F., 1974, *Démographie et sous-développement. Propositions anti-malthusiennes*, Louvain, Belgique, 1974.
- CNSEE, 1975, *Dépouillement des volets d'état-civil, Mouvement naturel de la population à Brazzaville de 1960 à 1974*, Brazzaville.
- FNUAP, 1985, *Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population*, rapport n°75, FNUAP, New York, 1985.
- LALLEMANT M., JOURDAIN G., 1985, La grossesse impossible chez les filles scolarisées à Brazzaville, rapport d'enquête, *Cahiers des Sciences Humaines*, ORSTOM, Paris.
- LOCOH T., 1985, *Les obstacles à l'acceptation de la planification familiale en Afrique de l'Ouest*. Communication au séminaire "Societal influences on family planning program performance", OCHO RIOS Jamaïca, 10-13 avril 1985.
- LOCOH T., 1988, Structures familiales et changements sociaux, in *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*. Ed. l'Harmattan, Paris, 1988, pp. 441-478.
- REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO, 1981, *Le plan quinquennal de développement économique et social 1982-1986. Document de présentation générale*. Brazzaville, 1981.
- SAMMAN M.L., 1991, *L'action éducative en matière de population : facteurs et conditions de l'impact* - Communication aux IV^e Journées Démographiques ORSTOM, Paris, 11-13 septembre 1991.
- TOTO J.P., 1990 a, *Population, santé et planification du développement économique et social en Afrique Centrale : le cas du Congo*, Communication à la Chaire QUETELET, Louvain-la-Neuve, Belgique, Octobre 1990.
- TOTO J.P., 1990 b, *Les enfants de la rue à Brazzaville : Education, famille et stratégie de survie*, Communication aux IV^e Journées démographiques de l'ORSTOM, Paris, 11-13 Septembre 1990.
- TOTO J.P., 1990 c, *Contraception et comportement sexuel au Congo : le cas des femmes salariées à Brazzaville*, Rapport d'Enquête, CNSEE, Brazzaville.

L'EXPÉRIENCE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU BURKINA FASO

Frank. A. TANKOANO

INTRODUCTION

Beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne affichent des indices de fécondité et des taux de croissance démographique parmi les plus élevés du monde (Bouzidi, 1990). Cela a eu pour conséquence une inadéquation entre les ressources disponibles et la population, conduisant à des cas de famine dans ces pays en proie à la crise économique mondiale. Une politique de contrôle de la fécondité s'avère donc nécessaire. C'est dans ce contexte que le Burkina Faso, l'un de ces pays sub-sahariens, s'est prononcé clairement en 1985 en faveur de la planification familiale.

LE CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU BURKINA FASO EN 1985

Pays sahélien agricole, enclavé en plein centre de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina a une superficie de 274 000 km².

Données démographiques

En 1985, au dernier recensement général de la population, le Burkina comptait 7 976 705 habitants. Les femmes représentaient 51,3 % et les jeunes de moins de 15 ans 48,3 % de la population. Le taux brut de natalité était de 49,6 pour 1000 et l'indice synthétique de fécondité était en hausse : 7,2 en 1985, contre 6,7 dix ans plus tôt ⁽¹⁾.

(1) On observera dans la figure 1, en annexe, les indices caractéristiques de la vie génésique des femmes en milieu gourmantche.

Le taux de mortalité générale était de 17,5 pour 1000, celui de mortalité infantile s'élevait à 134 pour 1000 et l'espérance de vie était de 42 ans (Ministère du Plan et de la Coopération, 1988).

Le taux d'accroissement naturel de 3,2 % est en augmentation très sensible de 1 % en dix ans, puisqu'il s'élevait à 2,2 % en 1975, augmentation liée aux composantes du mouvement naturel.

Bilan sanitaire, environnemental et socio-économique

Les forts taux de mortalité (générale, infantile et maternelle) sont dus à un contexte sanitaire des plus précaires caractérisé par :

- un environnement insalubre,
- des problèmes d'alimentation de la population : 25 % des enfants de 0 à 5 ans et 14 % des mères souffrant de malnutrition,
- une insuffisance de la couverture sanitaire sur le plan quantitatif et qualitatif. On remarque notamment une grande pénurie des services de santé maternelle et infantile, y compris bien entendu dans le domaine de la planification familiale, qui explique la faible prévalence contraceptive nationale de 0,3 %. Cette insuffisance était due en grande partie à la faiblesse des ressources allouées au secteur santé représentant 7 % du budget national.

Ces difficultés sanitaires intervenaient dans un contexte environnemental et socio-économique lui aussi défavorable, les ressources forestières ne couvrent que 13 % du pays. Quant aux milieux urbains, circonscrits aux villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, ils se caractérisaient par de nombreuses difficultés d'habitat.

La situation de l'éducation et de l'emploi n'était guère plus favorable. Le taux de scolarisation était de 22 % mais certaines zones rurales (le Seno par exemple) avaient un taux de seulement 1,8 %. Le taux d'analphabétisme était de 88 %, parfois 95 % en zone rurale. En matière d'emploi, 90 % de la population active était employée en 1985 en zone rurale et le secteur moderne n'employait que 3 % de la population active totale (1 % dans la fonction publique, 0,7 % dans le para-public, et 1,3 % dans le secteur privé). Quant au chômage des jeunes, il était très élevé : 29,1 % des jeunes de 15 à 19 ans et 26,4 % des 20-24 ans étaient chômeurs.

LA POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

Nécessité de la planification familiale au Burkina faso

Selon l'OMS, la planification familiale est une *“manière de penser et de vivre, que les individus et les couples adoptent de leur libre volonté en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies, afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social d'un pays”*.

Le gouvernement burkinabé, conscient qu'il ne saurait y avoir une politique de développement socio-économique sans une politique de planification familiale visant le bien-être de la famille, s'est prononcé clairement en sa faveur. Car les avantages qu'elle présente peuvent contribuer à résoudre les problèmes socio-démographiques du peuple burkinabé.

Historique de la planification familiale

En 1978, le Burkina Faso a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaires, dont la composante “Santé Maternelle et Infantile” comprend un volet consacré à la planification familiale. Mais c'est seulement en 1984 que, de façon officielle, un séminaire de réflexion sur les aspects socio-sanitaires, démographiques et économiques de la planification familiale s'est tenu à Ouagadougou.

Différents éléments graves indiquaient la nécessité d'une planification familiale : les grossesses non désirées source de drames sociaux, les avortements provoqués clandestins ⁽²⁾, les abandons d'enfants et infanticides, les stérilités conjugales ⁽³⁾, les complications de grossesses et d'accouchements source d'une mortalité maternelle élevée (61 p. 1000) ⁽⁴⁾, la malnutrition et autres carences chez les enfants précocement sevrés et chez les mères à

- (2) 18 % des décès maternels en 1984 à l'hôpital Yalgado étaient la conséquence d'avortements clandestins.
- (3) La stérilité atteint 8 à 10 % des couples dans certaines provinces et constitue 6 % des consultations de gynécologie en 1984 à la maternité Yalgado.
- (4) Ces complications sont favorisées par des grossesses trop nombreuses et/ou trop rapprochées, trop précoces ou survenant à un âge avancé (Sore, 1985).

grossesses nombreuses et rapprochées, la demande de prestation de planification familiale ⁽⁵⁾ constituant 6 % des consultations à la maternité Yalgado (en pays gourmantche) en 1984.

Le séminaire de réflexion se déclara en faveur de l'adoption d'un plan d'action en matière de planification familiale, assorti de la promulgation des textes législatifs nécessaires et de la mise en place d'une Direction pour coordonner les activités en la matière. Et la mise en place des activités de la planification familiale à Ouagadougou et Bobo fut recommandée, compte tenu de l'ampleur des problèmes socio-économiques et de santé prévalant dans ces villes.

Ainsi, les activités de planification familiale démarrèrent en 1985 à Ouagadougou, dans 4 centres, et à Bobo, dans 3 centres, pour s'étendre progressivement à l'ensemble du pays avec la participation de l'ABBEF et de l'ABSF ⁽⁶⁾.

La mise en place de la planification familiale au Burkina faso

La politique de planification familiale a donc été définie par le plan d'action de 1985 puis révisée en 1986. La mise en oeuvre de ce plan a nécessité différentes mesures législatives concernant essentiellement : l'abrogation de la loi de 1920 dans sa partie interdisant toute publicité sur les contraceptifs, la réglementation de la prescription et de la vente des contraceptifs, la censure des articles de presse portant une information erronée sur les contraceptifs, l'application des sanctions sévères infligées à l'encontre de tous les auteurs et complices d'avortements clandestins.

Les objectifs principaux du plan d'action sont les suivants :

- Multiplier les formations sanitaires pour la Santé Maternelle et Infantile et intégrer la planification familiale dans les activités de ces structures.
- Former le personnel nécessaire à l'application de la politique nationale de planification familiale.
- Informer la population et faciliter son accès à l'utilisation des méthodes contraceptives appropriées. Un accent est mis sur les pratiques d'espacement des naissances, en sensibilisant les familles sur le rôle de l'espacement convenable des naissances dans la lutte contre la malnutrition, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

(5) Dans ce même milieu gourmantche on enregistre le souhait de 71 % des femmes ayant 5 enfants vivants et plus, et de 15 % des femmes ayant de 1 à 4 enfants vivants de ne pas avoir de naissances supplémentaires (figure 2 en annexe).

(6) Voir la liste des sigles en annexe.

- Assurer la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la stérilité, car l'enfant est une composante du bien-être de la famille burkinabé.
- Définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires et un programme de planification familiale dans les écoles supérieures et les universités.
- Faire comprendre l'interaction entre population et développement et le rôle de la planification familiale dans l'amélioration des conditions de vie des familles.

BILAN DES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION FAMILIALE (1985-1989)

Un bilan provisoire de cinq années d'activité en matière de planification familiale peut d'ores et déjà être réalisé autour de trois points essentiels : la formation, la sensibilisation et les prestations de services cliniques.

La formation

La formation de personnel était un préalable nécessaire à la mise en oeuvre de la politique nationale de planification familiale. Entre 1984 et 1986, les formations se déroulaient à l'étranger et la stratégie adoptée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a été de former, à Ouagadougou, un noyau national de formateurs pluridisciplinaires, puis de formateurs provinciaux. Des modules de formation en planification familiale ont été introduits à l'Ecole Nationale de Santé Publique, et à l'Ecole Nationale de Service Social (7).

Cette stratégie a permis de former :

- 250 agents de santé en prestations cliniques,
- 120 agents sociaux en Information, Education, Communication (IEC)/ Planification Familiale (PF),
- 117 agents de santé et agents sociaux en supervision.

Le rythme de formation des agents est passé de 24 agents entre 1984 et 1986 à 487 entre 1987 et 1989, grâce à l'appui financier de l'USAID, du FNUAP, de la FPIA, de l'IPPF, et de la Banque mondiale.

(7) L'élaboration de formation-type en planification familiale a permis d'uniformiser les formations au niveau de tous les partenaires.

Cela a permis d'augmenter le nombre de centres fonctionnels de planification familiale dans les 30 provinces du pays, démontrant ainsi l'efficacité de cette stratégie.

La sensibilisation : activités d'Information d'Education et de Communication (IEC) et de Planification Familiale (PF)

La sensibilisation vise à susciter une prise de conscience des avantages de la planification familiale par la population qui, en majorité, cernait mal ce concept et la politique qui lui était liée.

C'est dans ce sens qu'un programme d'activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) a été élaboré et exécuté par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, responsable de la gestion du programme de planification familiale, et différents intervenants (associations, départements des Ministères de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique).

Diverses approches ont été adoptées pour l'exécution de ce programme d'IEC conformément aux méthodes d'approche définies dans le plan d'action. Au niveau de la Direction de l'Education en Matière de Population (EMP), des professeurs ont été formés et dispensent des cours d'éducation en matière de population aux élèves dans les lycées et les collèges.

Une dizaine de provinces ont bénéficié de campagnes intensives de sensibilisation en planification familiale. Quinze provinces ont accueilli des représentations théâtrales suivies de débats sur la planification familiale à travers une pièce de théâtre-forum "Fatouma ou la machine à procréer".

Des émissions radiophoniques et télévisées, des tables-rondes et des spots publicitaires sur la planification familiale ainsi que des articles parus dans les journaux nationaux (Sidwaya, Carrefour Africain) ont permis de toucher le public lettré. Des supports pédagogiques ont été conçus dans le cadre des activités d'IEC : panneaux publicitaires, affiches, brochures sur l'espacement des naissances et les méthodes contraceptives (en français, mooré et dioula), dépliants à l'intention des adultes et des jeunes, pagnes, tee-shirts, auto-collants ; un film "Rogom Yaagre" (Racine du bonheur) en versions mooré et français, ainsi qu'une chanson, "pondre", traitant de l'espacement des naissances, ont été réalisés.

Les prestations de services cliniques de planification familiale

Les prestations de services cliniques de planification familiale comportent :

- les prestations de services de contraception,

- la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le Sida,
- la lutte contre les stérilités.

Les prestations de service de contraception

Les prestations de service de planification familiale ont été intégrées, dès février 1985, aux activités courantes des centres de Santé Maternelle et Infantile des maternités et des hôpitaux. Mais cette intégration n'a été effective et généralisée à toutes les formations sanitaires offrant des prestations de planification familiale qu'après avril 1990 à la suite d'une recherche opérationnelle (DSF-Colombia University, 1990) et des activités de formation préalable.

Les services de planification familiale sont disponibles au moins dans tous les chefs-lieux de provinces du pays. Mais l'accessibilité en milieu rural est moins aisée qu'en ville à cause de l'insuffisance qualitative des infrastructures sanitaires. Un examen clinique complet (physique et gynécologique) en vue de déceler une éventuelle contre-indication est une condition à la prescription d'une méthode contraceptive (pilule, stérilet,...). Selon les cas, des examens de laboratoires peuvent être prescrits. Les centres fonctionnels assurent le suivi périodique des patientes ayant adopté une méthode contraceptive.

Les moyens contraceptifs utilisés dans le cadre du programme national de planification familiale sont disponibles dans les centres fonctionnels à des prix forfaitaires jugés abordables pour la population (tableau 1). L'approvisionnement à partir du niveau central se fait à la demande des agents prestataires des centres.

Depuis 1985, dans 19 provinces du Burkina, l'évolution du taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, a été la suivante : 1985 = 0,3 %, 1987 = 3,6 %, 1988 = 4,8 %, 1989 = 6,6 %. Des différentes méthodes contraceptives proposées dans les mêmes provinces, la pilule est la plus utilisée (40 %) ; ensuite viennent le condom (33,7 %) et le dispositif intra-utérin (15,2 %) dont les diffusions s'accroissent durant la période observée (1987-1989), puis les spermicides (10 %) dont l'utilisation a diminué au profit des deux méthodes précédentes (tableau 2).

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le Sida

Cette lutte comporte deux volets :

- la prévention, par l'éducation et les conseils pour limiter les risques liés à certains comportements sexuels ;

Planification familiale au Burkina Faso

- le dépistage de ces maladies, systématiquement réalisés lors des examens cliniques préalables à la prescription d'une méthode de contraception, et le traitement des malades.

En 1986, 6 286 cas de syphilis récente, 17 114 cas de gonorrhée et 834 cas de pian ont été dépistés et traités. Ce programme permet le traitement précoce des MST évitant ainsi une évolution vers des complications majeures telles la stérilité définitive, ou même la mort.

Tableau 1 : Produits contraceptifs disponibles et leur prix de cession aux clients

TYPE DE CONTRACEPTIFS	COÛT (F/CFA)
<i>Contraceptifs oraux</i> Lo-Femenal-Ovrette Micronovum-Minidril	100 F la plaquette
<i>Stérilet</i> T au cuivre, multi-Load (M.L) Boules de lippes etc.	800 F l'unité
<i>Spermicides</i> Néo-sampoon comprimé, Emko mousse, Delfen, conceptrol comp.	150 F le flacon 150 F les 20 comprimés
<i>Condom</i>	10 F l'unité

Source : Direction de la santé et de la famille, 1991.

Tableau 2 : Taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives dans 19 provinces, selon l'année (pour 100 utilisateurs)

Méthode contraceptive	1987	1988	1989
Pilule	40	39,3	40,1
DIU	7	13,6	15,2
Condom	25	30	33,7
Spermicide	26	16,1	10
Autres	2	1	1
Total	100	100	100

Source : Direction de la Santé et de la Famille, 1991

La lutte contre la stérilité

Elle est menée dans tous les centres fonctionnels : la prévention se fait par des conseils, le diagnostic et le traitement des infections génitales, et l'éducation sexuelle. On peut noter l'importance de cette lutte puisque 31 % des consultations, à la maternité de l'hôpital Yalgado, sont liées à des traitements contre la stérilité.

La recherche opérationnelle

En liaison avec les premières actions réalisées dans le cadre du plan de planification familiale, des recherches opérationnelles ont été menées pour mieux cerner les besoins réels de la population en matière de planification familiale (8) :

- études-diagnostic menées dans les 30 provinces du pays (DSF, 1990),
- enquête CAP dans les trois provinces (DSF, 1986),
- enquête CAP en milieu rural gourmantché (Tankoano, 1989),
- gestion intégrée des services de SMI/PF/NUT dans la ville de Ouagadougou (DSF, 1990).

D'autres recherches sont prévues dans le prochain plan quinquennal (1991-1995).

Difficultés et insuffisances

Au départ, le programme de planification familiale a été confronté aux problèmes liés à l'insuffisance du personnel formé et de matériel technique : difficultés qui trouvent actuellement des débuts de solutions. En outre, certains obstacles socio-culturels demeurent (9) :

- certaines religions, notamment les religions chrétiennes, sont opposées à l'utilisation des moyens contraceptifs,
- l'enfant conserve une valeur traditionnelle et est un objet de prestige dans certaines sociétés,
- la mortalité infantile, malgré sa diminution, demeure élevée, ce qui incite certaine famille à faire beaucoup d'enfants dans l'espoir que quelques-uns survivront (Tankoano, 1989),

(8) Ce volet a reçu l'appui de l'USAID, de la Columbia University et de John Hopkins University.

(9) On se reportera aux tableaux 3 et 4, en annexe, pour juger des différences d'attitude en matière de planification familiale manifestées par les individus selon leurs principales caractéristiques socio-démographiques.

- la réticence de certains hommes qui pensent que la sécurité contraceptive incitera la femme à l'infidélité,
- les rumeurs sur les effets secondaires des méthodes contraceptives.

De plus, malgré les acquis incontestables du programme burkinabé de planification familiale, des insuffisances demeurent, auxquelles il est nécessaire de remédier.

Par exemple, aucune évaluation n'a été faite de "l'éducation en matière de planification" (EMP), depuis son lancement en 1987, malgré les insatisfactions qui sont apparues. 75 % des professeurs impliqués dans l'enseignement de cette discipline pensent que l'on devrait changer sa formule d'enseignement, et 47,4 % des élèves ayant reçu des cours d'EMP sont insatisfaits (contre 47,2 % de satisfaction) selon une enquête menée dans certains lycées de Ouagadougou (Konate, 1991).

Les activités d'IEC doivent être davantage orientées vers les zones rurales où le besoin de planification familiale est plus important qu'on ne le pense (Tankoano, 1989). D'autre part, il faut impliquer des individus de ce milieu à l'élaboration et l'exécution des programmes de sensibilisation de planification familiale, à travers notamment la méthode de "Community Base" (10).

Les programmes de planification familiale doivent être sous-tendus par des recherches opérationnelles. Pour cela, il faut recenser et stimuler les compétences nationales aptes à mener des recherches dans le domaine de la santé reproductive. L'identification des problèmes à étudier, la conception et l'élaboration de projet de recherche opérationnelle par des compétences nationales contribueront à motiver les chercheurs nationaux.

Les travaux de thèses de doctorat de médecine, de maîtrise de sociologie et d'autres départements doivent être recensés et leurs recommandations doivent être analysées en vue de leur application dans des programmes de planification familiale.

La stratégie adoptée pour offrir des prestations de services de planification familiale aux adolescents est à revoir. Une étude menée à la CPSF (Tankoano, 1990) a révélé qu'il est nécessaire de créer des services de planification familiale pour les jeunes, compte tenu de certaines spécificités propres à ce groupe. Une enquête CAP menée dans certains lycées de Ouagadougou a abouti aux mêmes conclusions (Konate, 1991).

(10) La méthode de Community Base est une approche consistant à développer des activités au niveau communautaire avec la pleine participation des membres de cette communauté pour résoudre un problème évoqué et identifié comme prioritaire par celle-ci.

CONCLUSION

En résumé, le jeune programme de planification familiale du Burkina enregistre, après cinq années d'activité, les signes de succès incontestables, malgré les insuffisances constatées. Cette période d'activité a permis d'asseoir les bases nécessaires à la prestation des activités de planification familiale et a contribué à relever le taux de prévalence contraceptive annuel.

L'analyse de l'enquête démographique nationale d'avril-juin 1991 permettra d'ailleurs d'estimer l'impact, si minime soit-il, de cette politique de planification familiale sur les variables démographiques et d'évaluer les activités du programme national.

Le déroulement du programme permet déjà de vérifier que la planification familiale n'est pas seulement l'affaire des professionnels de la santé et de l'action sociale. L'éducation apporte une très grande contribution en la matière car l'instruction facilite la communication et la compréhension, tout en changeant les mentalités. En ce sens, un niveau élevé de scolarisation, particulièrement pour les jeunes filles, constitue un facteur favorable à l'acceptation de la planification familiale ⁽¹¹⁾.

Pour parfaire son activité, ce programme récent doit s'enrichir des expériences des autres pays en la matière, particulièrement dans le domaine de la recherche, tout en faisant mieux partager son expérience au niveau international.

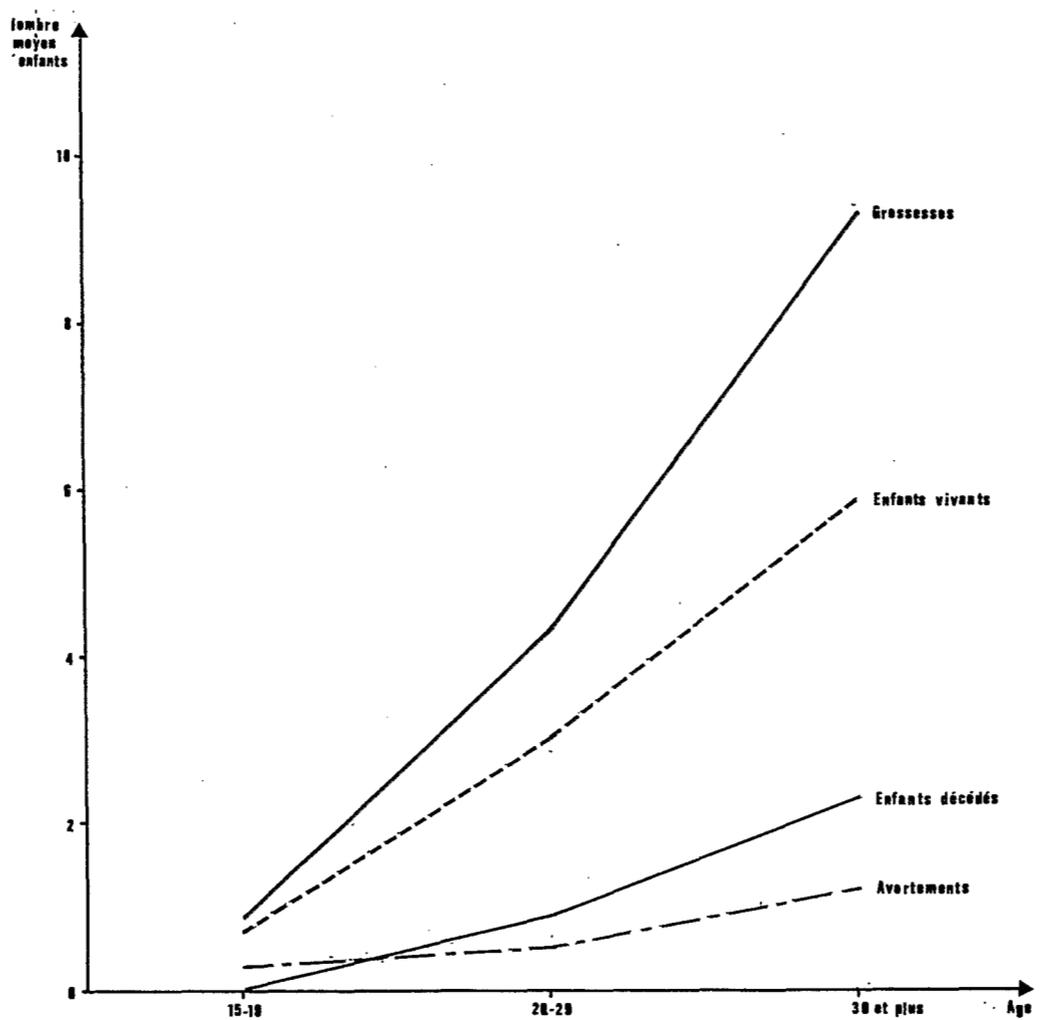
(11) On vérifiera avec les figures 3 et 4, en annexe, l'influence de l'alphabétisation sur les attitudes reproductives et la connaissance de la contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUZIDI M., 1990, *Programme de planification familiale : l'héritage des années 80... Les défis des années 90*. Conférence Internationale sur "La planification familiale... c'est pour la vie". Communication, 21-26 mai 1990, Ouagadougou, 5 p.
- DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, 1991, *Bilan des activités de Planification Familiale*, Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille, Ouagadougou, 11 p.
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DE LA DEMOGRAPHIE., 1985, *Résultats provisoires du recensement général de la population*, Direction de la Démographie et des Ressources Humaines, Ouagadougou, 47 p.
- KONATE B., 1991, *Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes du milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de Planification Familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 80 p.
- MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION, 1988, *Séminaire National de réflexion sur l'élaboration d'un plan d'action en matière de population au Burkina Faso*, Communications techniques, 15-22 Décembre 1987, Tenkodogo, 265 p.
- RAMDE F., 1989, *Les avortements provoqués clandestins, étude de cas observés à l'Hôpital Yalgado Ouedraogo*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 56 p.
- SORE A., 1985, *Les ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital Yalgado Ouedraogo à propos de 347 cas*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 85 p.
- TANKOANO A., 1989, *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmatché (Burkina Faso)*. Thèse d'Etat de Doctorat de Médecine, Université de Ouagadougou, 121 p.
- TANKOANO A., 1990, *Etude rétrospective (1985-1989) sur les prestations des services de PF aux adolescentes à la clinique pour la promotion de la santé familiale*, Ouagadougou, 4 p.

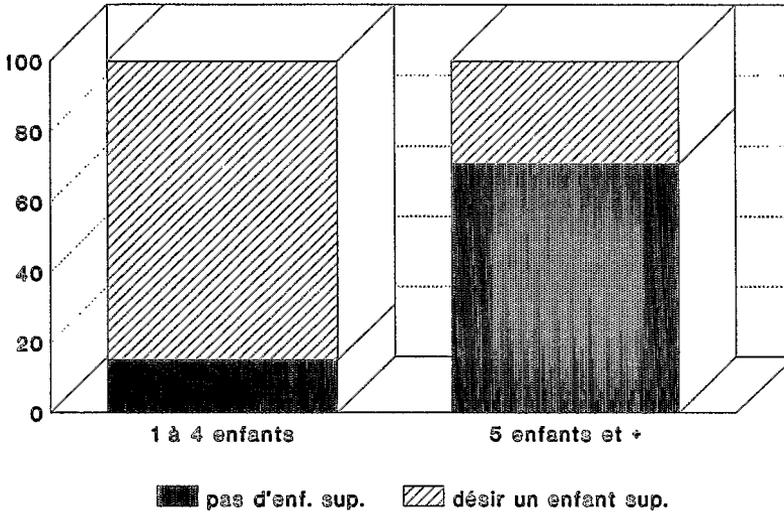
ANNEXE

Figure 1 : Descendance des femmes selon l'âge en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Figure 2 : Désir d'enfants supplémentaires selon le nombre d'enfants vivants en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Tableau 3 : Différences d'attitude entre hommes et femmes en milieu gourmantche

Sexe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Action à entreprendre
Hommes	Mieux informés sur la contraception moderne Désirent avoir une famille moins grande	Désirent un espace plus court entre les naissances Moins favorables à la contraception du conjoint	Sensibilisation (éducation en matière de planification familiale)
Femmes	Désirent un espacement plus long entre les naissances Plus favorables à la contraception du conjoint	Age au mariage précoce Désirent une grande famille Moins informées sur la contraception moderne	Relever l'âge au premier mariage (sensibilisation)

Source : Tankoano, 1989.

Tableau 4 : Différences d'attitude entre les jeunes, les chrétiens, les alphabétisés et les animistes, les âges et les illettrés en milieu gourmantche

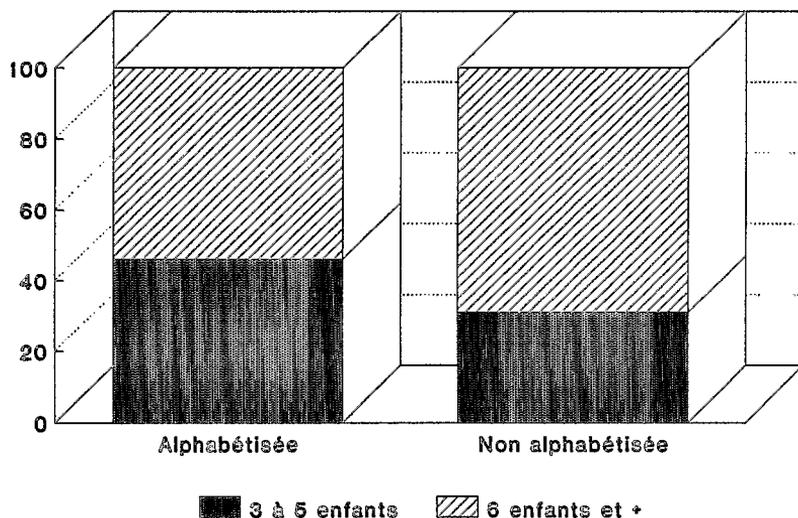
Sexe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Action à entreprendre
Illettrés Animistes Agés (30 ans et +)	Durée de l'abstinence plus longue	Désirent une famille plus grande Moins informés sur la contraception moderne Connaissent moins les méthodes modernes de contraception Moins favorables à la contraception moderne	Sensibilisation (éducation en matière de santé)
Alphabétisés* Chrétiens** Jeunes (15-29ans)	Désirent des familles moins grandes Ont accès à l'information sur la contraception moderne Connaissent plus les méthodes modernes de contraception Plus favorables à la contraception moderne	Plus courte durée d'abstinence	Apport de contraceptifs modernes Information

Source : Tankoano, 1989.

* Alphabétisé : individu sachant lire et écrire en langue gulmantchéma ou en français

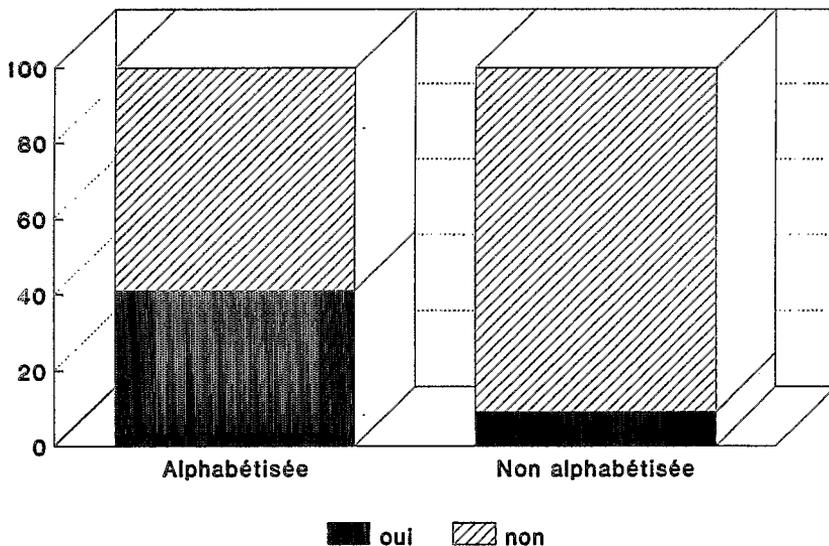
** Chrétien : individu de religion catholique ou protestante

Figure 3 : Taille idéale de la famille selon l'alphabétisation en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Figure 4 : Connaissance de la contraception selon l'alphabétisation en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ABBEF** : Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial
ABSF : Association Burkinabé des Sages-Femmes
AID : Agence Internationale pour le Développement
APAF : Association pour l'Action Familiale
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CSPF : Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille
DSF : Direction de la Santé de la Famille
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EMP : Education en Matière de Population
FAO : Food and Agriculture Organisation
FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population
FPIA : Association Internationale pour la Planification Familiale
IEC/PF : Information, Education et Communication en Planification Familiale
IEC : Information, Education et Communication
IPPF : International Planned Parenthood Federation
MS-AS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PF : Planification Familiale
SIDA : Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SMI : Santé Maternelle et Infantile

LES FACTEURS DE L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES À LOMÉ

Kodjo KOTOKOU

INTRODUCTION

Des recherches menées dans certains pays d'Afrique qui avaient élaboré des programmes de planification familiale ont montré la prédominance de la pilule, parmi les méthodes contraceptives modernes adoptées par les femmes. Au Togo, les statistiques des services de planification familiale révèlent une situation différente : on assiste à une faible utilisation de la pilule et à une adoption relativement importante du dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet. Une étude menée en 1989 auprès des femmes qui venaient d'accepter de nouvelles méthodes de contraception montre que 69 % d'entre elles ont choisi le stérilet, 18 % la pilule et 13 % la méthode injectable (EDAH *et al.*, 1990). Ce constat nous a amené à tenter d'identifier les facteurs qui déterminent l'adoption d'un type de méthode contraceptive.

Les données utilisées proviennent de l'enquête sur les facteurs de choix des méthodes contraceptives qui avait pour objectif l'évaluation de la qualité des prestations dans les services de planification familiale. Elle a été initiée par la Family Health International (F.H.I.), financée par l'U.S.A.I.D. et réalisée avec la collaboration de la Division de la Mère et de l'Enfant (D.M.E.) dans cinq cliniques de planification familiale dont quatre sont implantées à Lomé ; les cliniques :

- de l'Association Togolaise du Bien-Etre Familiale (A.T.B.E.F.),
- du Centre Communautaire de Tokoin (C.C.T., centre de santé),
- de Bè, un quartier des autochtones de Lomé,
- d'Adakpamé (un quartier périphérique populaire),
- et une clinique à Kpalimé, ville secondaire du Togo.

Ces cliniques ont été choisies en fonction de l'affluence aux consultations en planification familiale constatée dans les bilans mensuels des centres. Ainsi à Lomé, 552 femmes ont été interrogées au moment de l'adoption d'une méthode contraceptive moderne. Nous présenterons ici les conclusions de l'étude dans les quatre cliniques de Lomé.

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Avant d'analyser les caractéristiques socio-démographiques des femmes de l'échantillon, nous allons situer le cadre législatif qui régit l'accès aux cliniques de planification familiale. "*Ne se présente pas à un centre de planification familiale pour l'adoption d'une méthode, qui veut*". En effet, la population féminine ayant droit aux services de planification familiale est définie par une décision ministérielle : cette population cible est composée de femmes mariées qui doivent se présenter dans la clinique accompagnées de leurs conjoints ou munies d'une autorisation maritale. Il n'est donc pas surprenant que la majorité des clientes des cliniques soit mariée (95 %), 3 % seulement célibataires, et 2 % divorcées ou veuves. Corrélativement, 83 % des femmes sont âgées de 20 à 39 ans, l'âge moyen à l'acceptation actuelle d'une méthode contraceptive moderne est de 30 ans. Très peu de jeunes femmes fréquentent ces centres puisque seulement 1 % ont moins de 20 ans. Cet accès limité des jeunes femmes au centre de planification familiale est regrettable car souvent les jeunes filles, écolières ou apprenties, doivent abandonner leur activité à cause d'une grossesse précoce. De plus, il est paradoxal de constater que des cours de planification familiale sont dispensés dans les écoles alors que beaucoup de jeunes n'y ont pas accès. Une réforme de cet arrêté ministériel s'impose donc.

Le niveau d'instruction des femmes qui fréquentent ces centres est relativement faible puisqu'un peu plus de la moitié des femmes (54 %) ont un niveau d'instruction qui ne dépasse pas le cours élémentaire, et 53 % ne savent ni lire et écrire. Seulement 20 % des femmes ont suivi le cours moyen ou le collège. La clinique d'Adakpamé est celle où l'on a enregistré le taux d'analphabétisme le plus élevé (65 %), celle de l'A.T.B.E.F., le taux le plus faible (45 %). Cette disparité entre les niveaux d'instruction peut s'expliquer par l'emplacement géographique des cliniques : celles de l'A.T.B.E.F. et du C.C.T. sont situées dans un quartier d'habitation moderne de cadres et hauts fonctionnaires, proche de l'université, par contre celles d'Adakpamé et de Bè sont situées dans des quartiers populaires avec un habitat modeste. La plupart des femmes qui viennent dans ces cliniques (65 %) sont commerçantes ou revendeuses, 17 % ménagères, 9 % couturières, 5 % salariées, 3 % coiffeuses. Cette répartition n'est pas surprenante : Lomé est une ville où le commerce

est la principale activité féminine. La clinique où les femmes salariées sont les plus nombreuses est celle de l'A.T.B.E.F..

La plupart des femmes qui consultent ces centres sont des multipares, 51 % ont au moins 4 enfants nés vivants, 26 % parmi elles désirant en avoir d'autres, et 20 % déclarent avoir au moins 6 enfants nés vivants. Le désir d'avoir une famille nombreuse, d'au moins 6 enfants, est exprimé par seulement 13 % des femmes.

CONNAISSANCE ET UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Connaissance des méthodes contraceptives

Les informations pour évaluer la connaissance des méthodes contraceptives ont été recueillies de deux façons. Dans un premier temps, l'enquêtrice a noté les réponses spontanées des femmes à la question sur les méthodes contraceptives qu'elles connaissaient (réponse spontanée). Ensuite, pour chaque méthode non énumérée spontanément, l'enquêtrice l'a décrite et a noté celle que la femme a déclaré connaître (réponse "soufflée").

Tableau 1 : Niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes (en % pour chaque méthode)

	spontanée	"soufflée"	inconnue	total
DIU	83	10	7	100 (552)
Pilule	61	22	17	100 (552)
Injectable	74	20	6	100 (552)
Spermicide	27	38	35	100 (552)
Condom	21	59	20	100 (552)
Vasectomie	0	12	88	100 (552)
Ligature des trompes	2	73	5	100 (552)

L'analyse des résultats montre que les méthodes hormonales et le DIU sont les mieux connues, puisque le taux de réponses spontanées est pour le DIU de 83 %, pour la méthode injectable de 74 % et la pilule de 61 %. Après une description des méthodes, les taux de connaissance s'améliorent : 93 % pour le DIU, 83 % pour la pilule et 94 % pour l'injectable (tableau 1). Les moyens de contraception mécaniques sont nettement moins connus. Pour les spermicides, 27 % des femmes seulement citent spontanément cette méthode et 38 % après description, soit environ deux tiers des femmes. Les méthodes irréversibles, ligature des trompes et vasectomie, sont peu connues, citées

spontanément par seulement 2 % et moins de 1 % des femmes. Après description, presque 3/4 des femmes connaissent la ligature des trompes et 12 % la vasectomie. Cette méconnaissance de la vasectomie par les femmes est due au fait qu'il s'agit d'une méthode masculine. Quant à la ligature des trompes elle est rarement prescrite par le corps médical, excepté quand la santé de la femme est menacée.

Utilisation des méthodes contraceptives

Parmi les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives modernes, 20 % ont changé de méthodes en le moment de l'adoption d'une première méthode et l'enquête. Ainsi 12 % des femmes ont abandonné la pilule, 10 % les spermicides et les condoms, 5 % le DIU et 2 % l'injectable. Les raisons évoquées pour ces abandons seront décrites quand nous étudierons les facteurs qui ont conduit à l'adoption actuelle ou au refus d'une méthode.

Actuellement, quatre méthodes contraceptives sont généralement adoptées par les femmes : le dispositif intra-utérin (DIU), la pilule, la méthode injectable (notamment le noristerat) et les spermicides. La plupart des femmes qui pratiquent la contraception sont relativement jeunes et n'ont pas encore achevé la constitution de leur descendance. Les méthodes sont donc utilisées essentiellement pour assurer un espacement des naissances et non une stérilisation définitive, sauf en cas de force majeure. Ainsi, l'on constate que les méthodes irréversibles ne figurent pas dans les méthodes utilisées. Le DIU est la méthode la plus fréquemment adoptée, suivie de la méthode injectable ; la pilule recueille par contre l'adhésion d'un nombre limité de femmes (7 %). Quant à la méthode des spermicides, elle est faiblement diffusée, car il s'agit d'une méthode d'attente, non permanente, choisie pour des raisons de santé ou de rupture de stock de la méthode désirée ou recommandée, chose fréquente dans les centres. De même le condom, méthode masculine et contraignante dans son utilisation, n'est pas fréquemment distribuée dans les centres car ces cliniques sont fréquentées essentiellement par des femmes mariées exposées en permanence à avoir des relations sexuelles.

FACTEURS DÉTERMINANT LE CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE

L'adoption d'une méthode contraceptive peut dépendre de plusieurs facteurs : l'âge, l'instruction, la santé physique, la parité, la profession, l'intervention du conjoint ou du partenaire, la rumeur, la qualité de l'information reçue sur la méthode...

Influence du personnel de la planification familiale

Mesurer l'influence du personnel des cliniques de planification familiale dans le type de méthode choisi n'est pas très facile. En effet, à la question "Pourquoi votre patiente a-t-elle adopté cette méthode ?" les prestataires ⁽¹⁾ fournissent des réponses stéréotypées : "C'est la patiente qui choisit elle-même sa méthode, sauf si cette méthode n'est pas indiquée pour des raisons de santé".

En réalité, la répartition des femmes selon le type de méthode utilisé varie selon les cliniques (tableau 2). Ainsi à la clinique de l'A.T.B.E.F., 70 % des femmes acceptent le DIU au lieu de 56 % et 50 % dans les cliniques de Bé et du C.C.T., et seulement 9 % à Adakpamé. Dans cette clinique par contre, 87 % des femmes reçoivent des méthodes injectables : étant donné le faible niveau d'instruction des femmes qui fréquentent ce centre, cette méthode est certainement la plus adaptée ; en revanche, dans les autres cliniques moins d'un tiers des femmes l'ont choisie.

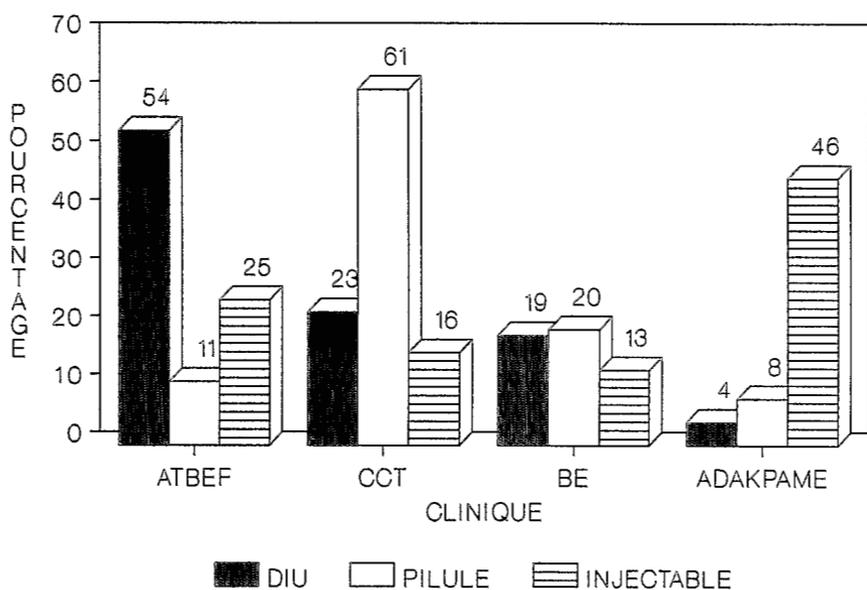
Tableau 2 : Répartition des femmes selon la méthode contraceptive utilisée et le centre de planification consulté (en % par centre)

CLINIQUE	MÉTHODE CONTRACEPTIVE				
	DIU	Pilule	Injectable	Spermicide	Total (effectif)
ATBEF	70	2	28	0	100 (210)
CCT	50	18	30	2	100 (122)
BE	56	8	33	3	100 (93)
ADAKPAME	9	2	87	2	100 (127)
TOTAL	49	7	43	1	100 (552)

En définitive, lorsque l'on étudie le type de méthode prescrite selon le centre de planification, on constate l'existence d'une influence de la clinique sur le choix de la patiente. Cette influence peut s'expliquer par l'avis de la prestataire qui se manifeste à travers ses opinions et attitudes pour une méthode face à une cliente qui consulte pour la première fois et veut pratiquer la contraception. Il apparaît clairement qu'à la clinique de l'A.T.B.E.F., le

(1) "Les prestataires" : il s'agit du personnel, exclusivement féminin, qui travaille dans les centres.

Graphique 1 : Méthode contraceptive utilisée selon le centre de planification.



DIU est la méthode la plus utilisée, tandis qu'à Adakpamé, il s'agit de l'injectable, et à celle du CCT, la pilule. Par contre à la clinique de BE, les choix des femmes sont moins spécifiques. Cette corrélation entre le centre de planification et les fréquences relatives des méthodes prescrites (graphique 1) est certainement liée à des contraintes d'approvisionnement et à l'influence des prestataires dans la prescription (2) mais elle peut dépendre également des profils socio-démographiques moyens des femmes consultantes, qui varient selon la clinique.

Influence des facteurs socio-démographiques

Le profil génésique et social de la cliente est certainement déterminant dans le choix d'une méthode contraceptive. Selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, des recommandations sont portées sur la fiche de consultation. C'est ainsi que l'adoption, de la pilule est déconseillée à une femme illettrée ou âgée d'au moins 35 ans ; celle du DIU à une nullipare ou à une femme qui a subi une césarienne récemment.

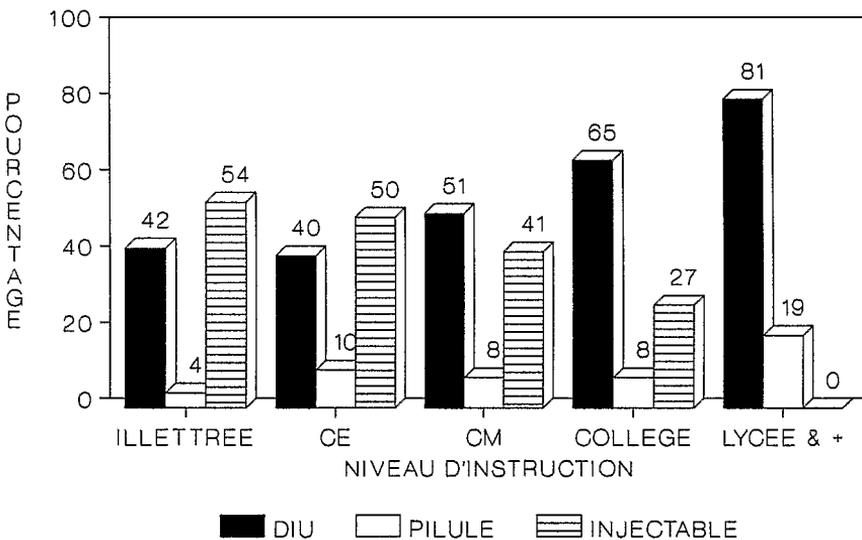
(2) Cette influence peut être fonction de leurs expériences personnelles et professionnelles.

Il existe également une relation entre la méthode adoptée et l'âge de la femme qui l'a choisie. Parmi les utilisatrices de méthodes, qui sont surtout des femmes âgées de 20-39 ans, les femmes de moins de 35 ans sont favorables au DIU, celles de plus de 35 ans à l'injectable. Ces résultats doivent être affinés en tenant compte de la parité des femmes, de leur descendance souhaitée et des raisons qui ont orienté le choix de la méthode.

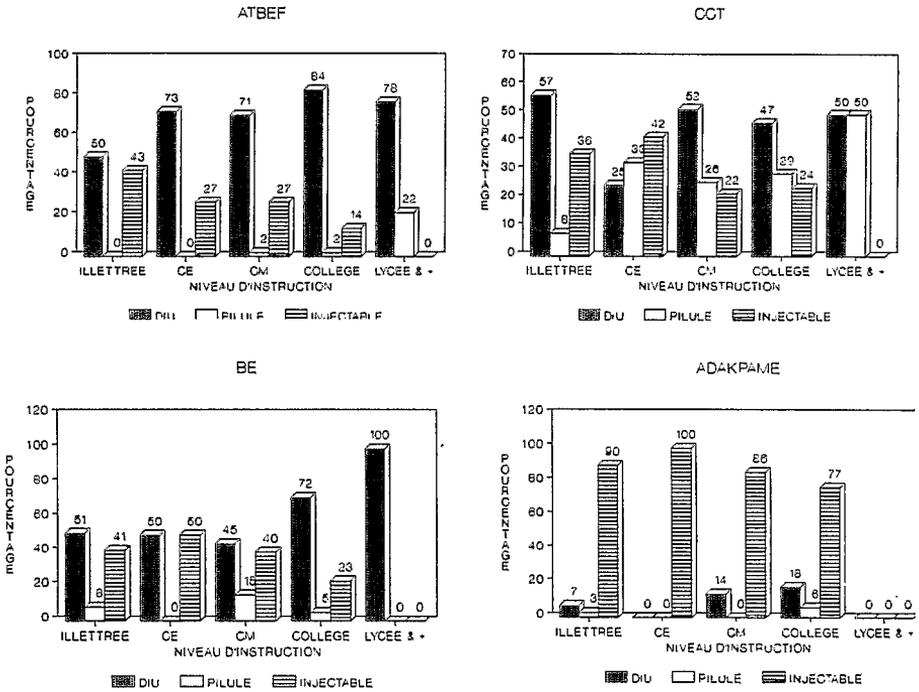
Selon la parité des femmes, elles adoptent différentes méthodes. Ainsi celles qui ont moins de 4 enfants préfèrent le DIU (56 %), tandis que celles qui ont 4 enfants ou plus utilisent la méthode injectable. Le DIU est perçu, à travers nos résultats, comme une méthode d'espacement des naissances, tandis que l'injectable est une méthode de limitation ou d'arrêt des naissances. D'ailleurs, à la question "Pourquoi avez-vous choisi cette méthode ?", celles qui répondent ne plus vouloir d'enfants ont en majorité choisi l'injectable, tandis que celles qui en souhaitent encore, sont moins déterminées dans le choix d'une méthode.

Le niveau d'instruction de la cliente est également un facteur qui a une influence sur le type de méthode prescrite (graphique 2). En effet, si une femme est analphabète, le personnel la dissuadera d'utiliser la pilule, méthode d'un usage peu facile, mais lui conseillera une autre méthode.

Graphique 2 : Méthode adoptée selon le niveau d'instruction



Graphique 3 : Type de méthode adoptée selon la clinique et le niveau d'instruction des femmes



Cette hypothèse se vérifie lorsque l'on regarde les résultats du graphique 2 : les femmes analphabètes utilisent surtout la méthode injectable (54 %) et dans une moindre mesure le DIU (42 %). La pilule est, quel que soit le niveau d'instruction des femmes, peu utilisée : 19 % d'utilisatrices pour les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur et 10 % ou moins pour celles d'un niveau inférieur.

Par contre le DIU est une méthode assez prisée : entre 51 et 85 % d'utilisatrices chez les femmes d'un niveau d'instruction équivalent ou supérieur au cours moyen.

Ces conclusions diffèrent légèrement quand on analyse les résultats en fonction de la clinique visitée (graphique 3).

Une relation apparaît dans chaque clinique entre le niveau d'instruction et la méthode utilisée. La proportion des femmes qui adoptent l'injectable a une tendance à diminuer à mesure que le niveau d'instruction augmente. Avec le DIU, la relation est positive sauf au CCT. Compte tenu de la faible proportion d'utilisatrices de pilule, il est difficile de se prononcer sur l'existence d'une telle relation avec le niveau d'instruction. Cependant, on constate que son

taux d'adoption a une tendance à la hausse avec le niveau d'instruction : cette relation est relativement nette au CCT et à l'A.T.B.E.F., mais ne semble pas vérifiée à Bè et à Adakpamé où la pilule n'est pas l'apanage des seules instruites. A l'A.T.B.E.F., aucune cliente de niveau d'instruction inférieur au cours moyen n'a adopté la pilule.

La prévalence d'utilisation d'une méthode varie peu selon la profession exercée par les femmes. Que la cliente soit ménagère ou commerçante, les chances de choisir une méthode sont les mêmes (tableau 3). On note une absence de liaison (au sens statistique du test de chi-deux) entre ces variables, et, par ailleurs, le coefficient prédicateur de la variable profession est nul. Autrement dit, si l'on connaît la profession d'une femme, il n'y a aucune chance de déterminer statistiquement la méthode utilisée par la cliente. Seules les femmes salariées et, dans une moindre mesure, les couturières et les coiffeuses, effectuent des choix un peu différents, très orientés vers le DIU.

Tableau 3 : Type de méthode adoptée selon l'activité professionnelle des femmes (en %)

Profession	Méthode contraceptive			
	DIU	Pilule	Injectable	Total
Ménagère	49	5	46	100 (92)
Commerçante	48	6	46	100 (351)
Couturière-Coiffeuse	51	13	36	100 (70)
Salariée	62	6	32	100 (24)

Raisons évoquées pour l'adoption d'une méthode de contraception

Les raisons justifiant le recours à une méthode contraceptive précise sont variables (tableau 4). Toutes les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants sont unanimes pour reconnaître les effets stérilisants de la méthode injectable : si la raison justifiant l'adoption de la méthode contraceptive est la stérilisation, le choix des femmes se porte exclusivement sur la méthode injectable. Cette attitude prouve un manque d'information car la méthode injectable est une méthode réversible, d'effets temporaires, alors que la ligature des trompes est ignorée. L'avis du mari et de la prestataire sont déterminants dans le choix de cette méthode (19 %) ainsi que la facilité de son utilisation et l'absence d'effets secondaires.

Pour le DIU, l'influence de la prestataire et du mari a une moindre importance, 13 et 10 % des raisons justifiant le choix de cette méthode. Par contre, la raison principale de ce choix réside dans la durée de son action et de son contrôle (6 mois) : environ 3 femmes sur 10 citent cet avantage du DIU. A ces motifs, s'ajoutent sa facilité d'utilisation (13 %), son efficacité et la possibilité de concevoir rapidement après l'arrêt de cette méthode (10 %), et la recommandation par des amies (7 %).

Tableau 4 : Répartition des clientes selon le type de méthode contraceptive reçue et les raisons d'adoption de cette méthode (en %).

Raisons	Méthode contraceptive		
	DIU	Pilule	Injectable
Contre-indication	4	14	4
Choix du mari	10	8	19
Choix de la prestataire	13	19	19
Conseils des amies	7	3	7
Efficacité	10	0	6
Méthode durable	31	0	4
Stérilisante	0	0	14
Facile et sans effet	13	39	18
Vite concevoir	10	0	0
Autre	2	17	9
Total (effectif)	100 (271)	100 (36)	100 (238)

Les femmes qui ont opté pour la pilule trouvent son utilisation facile (39 %) ; l'avis de la prestataire apparaît également comme un facteur déterminant le choix de la cliente pour cette méthode, 19 % des réponses. Cependant pour 14 % des femmes, l'adoption de cette méthode n'est pas un choix délibéré mais une solution de repli, les autres méthodes étant contre-indiquées.

Raisons de refus des différentes méthodes contraceptives

- Le DIU

Plus de la moitié des utilisatrices de contraception (51 %) ont adopté d'autres méthodes que le DIU. De nombreuses raisons justifient la non-utilisation du stérilet (tableau 5) : les infections (34 %), le manque d'information (24 %), et les rumeurs sur l'échec du DIU (15 %) et sa "migration"

dans l'utérus (13 %). La crainte d'une infection s'explique car il n'y a aucune couverture médicale pour ce type de problème. Ainsi les femmes qui ont connu ces difficultés abandonnent cette méthode, de peur que la mauvaise expérience vécue ne se reproduise. Une expérience positive (ou négative) relative à une méthode sera incitative (ou dissuasive) pour les choix contraceptifs futurs d'une femme ou de ses amies.

Tableau 5 : Répartition des clientes selon la raison de refus du DIU (en %)

RAISON	FRÉQUENCE
Infections	34
Echec	15
Conseil de prestataire	2
Non informée	24
Contre indication	8
Migration dans l'utérus	13
Méthode indiscreète	4
Ne supporte pas	-
Total (effectif)	100 (220)

- La pilule

Seulement 7 % des femmes interrogées ont adopté la pilule comme méthode contraceptive. La principale raison de refus de cette méthode est l'oubli ou l'usage difficile dû à la prise régulière obligatoire de comprimés (40 % de raisons). Par ailleurs, il faut signaler que l'adoption de la pilule est soumise à des examens médicaux, procédure qui peut dissuader des utilisatrices potentielles. Le manque d'information concernant cette méthode explique plus d'un quart des refus de son utilisation : les prestataires de services ont à ce niveau une responsabilité importante. Dans le rapport F.H.I., il est même mentionné que des prestataires ignorent le type d'examen médicaux à faire effectuer aux femmes avant de leur prescrire la pilule.

L'échec et l'inefficacité de cette méthode dissuade également 8 % des femmes de recourir à la pilule comme méthode contraceptive ; une fois de plus se pose le problème d'information. La peur des effets secondaires est également citée (7 %) comme entrave à son utilisation : le slogan "la pilule cause du cancer" revient souvent dans les déclarations de la population.

Tableau 6 : Répartition des femmes selon la raison de refus de la pilule (en %)

RAISONS	FRÉQUENCE
Oubli, usage difficile	40
Echec, inefficacité	8
Conseil de prestataire	2
Non informée	26
Peur des effets secondaires	7
Ne prend pas de comprimés	4
Contre-indications	3
Refus du mari	5
Autres	5
Total (effectif)	100 (508)

- La méthode injectable :

Trois raisons principales ont conduit les femmes à ne pas adopter la méthode injectable : le manque d'information (29 %), son pouvoir stérilisant (23 %) et ses effets secondaires (25 %) notamment l'aménorrhée (tableau 7). Cette crainte de l'aménorrhée montre bien que les femmes qui consultent ces centres ne sont pas bien informées ni des différents types de méthodes ni des effets secondaires qu'elles peuvent induire.

Tableau 7 : Répartition des femmes selon la raison de refus de la méthode injectable (en %)

RAISON	FRÉQUENCE
Rend stérile	23
Inefficace	8
Provoque l'aménorrhée	9
Non informée	29
Peur des effets secondaires	16
Méthode payante	2
Contre-indications	4
Trop jeune, déconseillé	9
Total (effectif)	100 (309)

Les femmes qui ont mentionné leur âge comme obstacle à l'utilisation de cette méthode sont des femmes jeunes, de moins de 25 ans, ayant au maximum 2 naissances vivantes et qui désirent agrandir leur famille. Elles refusent la méthode injectable, perçue et présentée par le personnel de la planification familiale comme une méthode stérilisante.

- Les méthodes spermicides

Les méthodes spermicides n'ont pas été choisies par près de la moitié des femmes (46 %) par manque d'information (tableau 8). Les autres raisons justifiant le refus de cette méthode sont les difficultés liées à son utilisation (13 %), son inefficacité (10 %) ses effets secondaires, notamment les irritations (11 %). L'utilisation de cette méthode n'est pas très pratique surtout en cas de rapports sexuels répétés.

Tableau 8 : Répartition des femmes selon la raison de refus de la méthode spermicide (en %)

RAISON	FRÉQUENCE
Non durable	7
Inefficace	10
Provoque l'irritation	11
Non informée	46
Méthode indiscreète	1
Usage difficile	13
Refus personnel	2
Autres	9
Total (effectif)	100 (545)

- Le condom

Le condom est une méthode qui n'est pas prescrite, même comme méthode d'attente, et, dans ce cas également, les femmes se plaignent d'un manque d'information (un tiers des réponses) (tableau 9). Près d'un quart des femmes (24 %) déclarent ne pas l'utiliser par refus de leur conjoint : cette méthode présente le désavantage pour elles de ne pas pouvoir être utilisée à l'insu de leur conjoint, à la différence d'autres méthodes telles la pilule, l'injectable ou le stérilet, lorsqu'il s'oppose à toute pratique contraceptive.

Son manque de fiabilité, le risque d'éclatement, cité par 12 % des femmes, ainsi que l'absence de contact direct dans les rapports sexuels (8 %), la

répugnance à l'utiliser (il est considéré comme sale par 7 % des femmes) justifient également le faible recours à cette méthode.

Tableau 9 : Répartition des femmes selon la raison de refus du condom (en %)

RAISON	FRÉQUENCE
Se déchire souvent	12
Inefficace	3
Refus du mari	24
Non informée	33
Non durable	2
Absence de contact direct	8
Méthode masculine	1
Dégoûtant, sale	7
Autres	10
Total (effectif)	100 (545)

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît que les facteurs qui conditionnent l'accès aux méthodes contraceptives et le choix de ces méthodes sont multiples. La législation en vigueur dans le pays est un déterminant important puisque la planification familiale est accessible essentiellement aux couples mariés. Les conditions de fonctionnement des différentes cliniques, leur implantation géographique ainsi que les capacités du personnel de ces centres de planification déterminent l'adoption d'un type de méthodes contraceptives par les femmes. Ainsi parmi les méthodes modernes, les taux et raisons d'utilisation varient-ils : le stérilet et la méthode injectable sont les méthodes les plus adoptées par les femmes qui fréquentent les cliniques de planification, et sont utilisées par 92 % d'entre elles.

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes jouent également un rôle déterminant dans le choix d'une méthode contraceptive mais d'autres facteurs entrent également en jeu.

Les femmes choisissent le DIU à cause de la durabilité de son action et pour le contrôle médical qu'il implique. C'est une méthode peu contraignante, et réversible pour les femmes qui veulent concevoir à un moment précis.

La méthode injectable est choisie à cause de son efficacité et de son pouvoir stérilisant. C'est une méthode discrète que la femme peut adopter

sans que son partenaire ne soit informé au cas où il s'opposerait à la contraception par crainte d'infidélité ou par désir d'avoir un enfant.

Le choix de la pilule comme méthode contraceptive est justifié par les femmes par la facilité de son utilisation mais également par les contre-indications des autres méthodes.

Les obstacles à l'utilisation d'une méthode sont également de nature différente : pour le DIU sont mentionnés les risques d'infection, pour la méthode injectable ses effets stérilisants et secondaires, notamment l'aménorrhée. Le condom est une méthode qui est très mal perçue par les femmes car elle est refusée par le mari et elles manquent d'information à son sujet. Le problème de l'information est capital dans le cadre de la planification familiale. On constate en effet que le choix d'une méthode est en bonne partie guidé par la prestataire, et le refus d'une méthode par le manque d'information reçue par les femmes. En conséquence, les prestataires ne devraient pas se contenter d'une supervision purement administrative des cliniques, mais être également capables d'assurer une information aux femmes pour qu'elles puissent décider d'elles mêmes des types de méthode à adopter en connaissant les avantages et inconvénients de chacune.

Il est donc important que les prestataires reçoivent une formation correcte et un recyclage périodique pour être capable ensuite d'éduquer correctement les femmes qui fréquentent les centres de planification familiale.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOUNKE A., ASSOGBA M., ANIPAH K., 1989, *Enquête démographique et de santé au Togo*, 1988, Columbia, Maryland USA-IRD, 1989, pp. 44-49.
- EDAH *et al.*, 1991, *Facteurs de choix de méthodes contraceptives au Togo : Rapport final*, Lomé, 1991, 80 p.
- IMPACT, 1988, *L'innocuité des méthodes de contraception : Mythes et Réalités*, Washington, 1988, 24 p.
- PAULET C., 1984, *Régulation des naissances*, I.F.O.R.D. Yaoundé, 1984, 207 p.
- SANTE ET VIE, 1991, *Femmes et Planification Familiale : Certitudes et ambiguïtés*, Revue du réseau de Recherche en Santé de Reproduction en Afrique, n° 6, Dakar, 1991, 32 p.

QUELLES POLITIQUES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ POUR L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE ? LEÇONS DE 20 ANNÉES DE PROGRAMMES DE PLANNING FAMILIAL

Thérèse LOCOH

DES PROGRAMMES AUX RÉALITÉS : UN EXEMPLE, EN GUISE D'INTRODUCTION

Un groupe d'experts en population visite, au nord d'un pays d'Afrique sub-saharienne, un foyer pilote de sensibilisation à la planification familiale. Sur place le foyer, en dépit de son titre, se réduit à une pièce munie de quelques bancs, une infirmerie tenue par deux agents de santé dépourvus de tous moyens de soigner, excepté leur grande bonne volonté et une parapharmacie financée par les villageois eux-mêmes. Si une femme vient accoucher là, elle ne trouvera ni eau, ni électricité, ni médicaments. Pourtant – la dénomination du foyer est là pour l'attester – un financement international a été accordé pour développer des actions de sensibilisation à la planification familiale... Il s'est égaré quelque part entre un Ministère et le village, et les experts, perplexes, se demandent quel type de "sensibilisation" serait possible dans un tel dénuement.

Dans la capitale du pays, à peu près au même moment, d'autres experts, de la Banque mondiale, au cours d'une négociation avec les responsables du gouvernement, déclarent avoir fixé, pour l'an 2000, le taux de pratique contraceptive à 25 % des femmes en âge de concevoir...

Cet exemple, qui date de 1991, illustre bien le gouffre qui existe entre les décisions technocratiques et la pratique quotidienne, dans le domaine des politiques de population.

Les programmes de planification familiale en Afrique – c'est à eux qu'on pense d'abord lorsqu'on parle de programmes en matière de population –

associent encore dans bien des pays ces deux réalités à la fois : des programmes ambitieux, clés en main, proposés avec une insistance croissante aux gouvernements par des organismes internationaux et une absence quasi-totale des infrastructures les plus modestes pour réaliser ces programmes. Mais le même décalage entre les ambitions affichées et leurs effets concrets dans la vie quotidienne pourrait s'appliquer sans peine à d'autres secteurs censés agir sur les familles.

L'adéquation entre les objectifs d'une politique démographique et les comportements des individus et des familles est partout problématique. Il suffit de penser à la France dont la politique en faveur de la natalité est une constante depuis cinquante ans et qui a bien du mal à maintenir le "cap" d'une fécondité suffisante pour assurer le renouvellement des générations.

Il n'est pas très étonnant que la mise en oeuvre de programmes efficaces pour infléchir les comportements démographiques des familles constitue une gageure dans des pays où les structures étatiques sont faibles, les infrastructures régionales déficientes, les équipements sanitaires, scolaires, administratifs notoirement insuffisants.

Pourtant beaucoup de progrès ont été acquis, même dans des pays du Tiers-Monde où, hier encore, on doutait de la possibilité de voir fléchir rapidement la fécondité. L'Amérique latine, de nombreux pays d'Asie ont adopté des politiques de réduction du niveau de la fécondité et ont obtenu des résultats remarquables en ce sens. Il faut dire que leur exemple n'est pas directement transposable à l'Afrique. La plupart sont mieux lotis en ce qui concerne le niveau moyen d'éducation des habitants et les infrastructures sanitaires, et certains ont adopté des politiques coercitives (en Chine, mais aussi de façon plus insidieuse en Amérique latine) qui ne sont pas transposables en Afrique – et c'est heureux – compte-tenu de la faiblesse des infrastructures et de la couverture administrative des régions.

L'Afrique sub-saharienne, avec les pays du Proche et du Moyen-Orient fait partie des pays à très forte fécondité et l'on est de plus en plus conscient, sur le continent même, de la nécessité de mieux contrôler l'accroissement démographique et, partant, la fécondité.

LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ EN AFRIQUE

Un discours politique plus favorable au contrôle de la fécondité

Depuis la Conférence d'Arusha (janvier 1984) qui préparait les prises de position africaines à la conférence de Mexico (août 1984) et l'adoption du programme d'action de Kilimandjaro, les milieux politiques africains

s'affirment beaucoup plus favorables que dans les deux décennies précédentes à la planification des naissances, conçue comme un droit au "bien-être" et un élément important d'une politique de santé (Gubry, 1988 ; Sala-Diakanda, 1991). L'expérience africaine des dix dernières années – sécheresse, désertification, récession économique, urbanisation rapide chômage des jeunes – a renforcé l'intérêt pour la maîtrise de la croissance démographique. Il ne faut pas pour autant croire que les déclarations officielles dans une enceinte internationale valent modification des règlements, des lois, des prises de position qui contrôlent, dans la vie quotidienne d'un pays, l'accès à la planification des naissances et les mesures visant l'infléchissement de la croissance démographique. Il existe une grande diversité des attitudes dans les décisions concrètes au sein de chaque pays. Il arrive même que les positions officielles, prises à l'extérieur, soient très peu ressenties à l'intérieur du pays (Locoh, 1989).

Ceci étant, il faut reconnaître que les politiques en matière de fécondité sont orientées de façon plus réaliste qu'auparavant vers une prise en considération des problèmes liés à la croissance démographique rapide, en bonne partie grâce au dialogue international qui s'est développé dans de grandes conférences mondiales (Bucarest et Mexico), aux efforts de la communauté des démographes et aux importants programmes de l'aide internationale en ce domaine (Sala-Diakanda, 1988 ; Locoh, Wolfson, 1989).

Pour s'en tenir à la dernière enquête des Nations-Unies (tableau 1), où figurent également les pays d'Afrique au Nord du Sahara, seuls 3 pays (Gabon, Congo et Guinée Equatoriale) estiment trop bas leur niveau de fécondité, 17 pays le considèrent comme satisfaisant et 31 pays comme trop élevé. Parmi ces derniers, 21 (77 % de la population concernée) ont des politiques pour réduire le niveau de la fécondité. Par rapport à 1983, ce groupe de pays est en nette augmentation, et actuellement 74 % des gouvernements accordent un soutien direct aux activités de maîtrise de la fécondité.

Parmi les 27 pays qui ont des politiques en matière de fécondité, seuls 5 les ont traduites en objectifs quantifiés (Egypte et Tunisie pour l'Afrique du Nord ; Ghana et Rwanda pour l'Afrique Noire, Maurice pour les Iles) mais l'Algérie, le Burundi, le Kenya et la Zambie s'apprentent à le faire et, tout récemment, le Nigéria s'est hardiment engagé lui aussi dans cette voie, puisqu'un document national de 1988 ⁽¹⁾ adopte, entre autres objectifs, la réduction de 50 % des femmes mariées avant 20 ans d'une part, et des

(1) Federal Republic of Nigeria, National Policy on population for development unity, progress and self-reliance, 1988.

Tableau 1 : Estimations générales des gouvernements des taux de croissance de la population et interventions destinées à influencer les taux selon le niveau de développement, la région de responsabilité des commissions régionales et les régions géographiques, juillet 1986.

Pas d'intervention directe	TAUX TRÈS BAS		TAUX SATISFAISANT			TAUX TRÈS HAUT		Nombre total de pays
	Intervention pour augmenter le niveau des taux		Interv. pour maintenir le niveau des taux	Pas d'interv. directe mentionnée	Intervention pour diminuer le niveau des taux	Pas d'interv. directe mentionnée		
	<i>Monde</i>							
6	22	5	14	57	1	52	13	170
	<i>Pays développés</i>							
1	7	2	10	19	-	-	-	39
	<i>Pays en développement</i>							
5	15	3	4	38	1	52	13	131
	Région sous la responsabilité de la commission économique pour l'Afrique							
	<i>Afrique Orientale</i>							
-	-	-	-	Djibouti	-	Burundi	Éthiopie	16
				Mozambique		Comores	Madagascar	
				Somalie		Kenya	Malawi	
						Maurice	Tanzanie	
						Rwanda	Zambie	
						Seychelles		
						Ouganda		
						Zimbabwe		

Pas d'intervention directe	TAUX TRÈS BAS		TAUX SATISFAISANT			TAUX TRÈS HAUT		Nombre total de pays	
	Intervention pour augmenter le niveau des taux		Interv. pour maintenir le niveau des taux	Pas d'interv. directe mentionnée	Intervention pour diminuer le niveau des taux	Pas d'interv. directe mentionnée			
Congo	Guinée Equatoriale	-	Sao Tome et Principe	<i>Afrique Centrale</i> Angola Tchad Zaïre		-	-	Cameroun Rép. Centre Africaine	9
-	-	-	-	<i>Nord de l'Afrique</i> Libye		-	Algérie Égypte Maroc Tunisie	-	6
-	-	-	-	<i>Sud de l'Afrique</i> -		-	Botswana Lesotho Afrique du Sud	Swaziland	4
-	-	Côte-d'Ivoire Mauritanie	Mali Togo	<i>Afrique de l'Ouest</i> Bénin Burkina Faso Cap Vert Guinée Guinée Bissau		-	Gambie Ghana Niger Nigéria Sénégal	Libéria Sierra Leone	16
1	2	2	3	Total 13		-	20	10	51

femmes ayant plus de quatre enfants d'autre part, en 1995. Il ne faut pas être grand clerc pour penser que ces objectifs ont peu de chances de se réaliser à la date prévue !

Peu de gouvernements restent maintenant complètement dehors des programmes de planification familiale. Seuls 7 pays ne leur donnent aucun soutien, six pays leur offrent un soutien indirect et 38 pays un soutien direct. Il faut souligner que la plupart des gouvernements acceptent et soutiennent ces programmes dans une optique "d'espacement des naissances" et non de "limitation des naissances". L'objectif visé est, pour la plupart, une meilleure santé de la mère et de l'enfant. En Afrique sub-saharienne peu de pays se fixent des objectifs quantifiés de diffusion de la planification familiale.

Des déclarations aux actions concrètes, le chemin est long

Lorsqu'un gouvernement se décide à faire des déclarations en faveur d'un meilleur contrôle de la croissance démographique, les nombreux consultants internationaux qui se pressent au chevet de la démographie africaine, proposent des solutions d'offre de planification familiale. On encourage alors la distribution de prestations de contraception, la création de vastes programmes de planning familial, en général implantés dans les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Leur discours est souvent réducteur et tient peu compte des contraintes socio-économiques et culturelles de l'Afrique sub-saharienne.

De leur côté, les hommes politiques et les différents responsables nationaux de la planification économique ou de la santé, tout en reconnaissant maintenant, mieux qu'il y a 20 ans, le bien-fondé d'une maîtrise de la croissance démographique, ne sont pas toujours favorables à une action d'envergure qui modifierait profondément les comportements reproducteurs. Ils sont les héritiers d'une culture qui a toujours privilégié la forte fécondité. Ils constatent aussi que la grande majorité de la population désire une nombreuse descendance tant pour des raisons économiques que pour des raisons culturelles et que, seule une petite minorité est intéressée à limiter la taille de la famille.

Quand on passe des déclarations de principe à la mise en oeuvre d'actions directes, les réticences plus ou moins ouvertes ne sont pas rares.

Des programmes venus d'ailleurs

L'implantation de politiques en matière de fécondité doit se faire en Afrique dans un milieu fortement marqué par une "culture de la forte fécondité" qui a des racines historiques et sociales mais aussi des justifications

économiques et politiques. Les sociétés africaines ont été "orientées" pendant des siècles vers la préservation d'une fécondité élevée pour assurer leur simple survie démographique. Les régimes matrimoniaux, le statut des femmes, la valorisation des descendance nombreuses, l'organisation des familles devaient, avec des options diverses bien entendu, contribuer à l'expansion démographique, toujours problématique.

Dans les villes, dans les milieux ruraux où une proportion importante de la population vit dans de revenus liés au secteur moderne de l'économie, cette optique est en train de changer, mais les valeurs transmises par les cultures et par les religions traditionnelles continuent de marquer les comportements (Caldwell, Caldwell, 1987).

En milieu rural, par contre, la logique de la forte fécondité garde toute sa validité. Ce sont toujours les enfants qui sont les seuls garants du statut d'une femme dans son lignage comme dans celui de son mari, et de sa sécurité à venir. Ce sont les enfants qui constituent la main-d'oeuvre d'appoint toujours nécessaire dans un type d'exploitation agricole où la houe reste l'instrument de travail principal, voire exclusif (Frank, McNicoll, 1987). Ce sont eux enfin qui permettent au lignage de participer à la "prospérité" supposée des revenus urbains, par une stratégie migratoire élaborée plus par des collectivités familiales que par des individus (Gauvreau *et al.*, 1986).

Proposés de l'extérieur, les programmes de planification familiale sont longtemps apparus suspects aux yeux des gouvernements. La "générosité" financière des grands donateurs pour des actions de ce type contribuait elle-même à la méfiance des responsables. Certains gouvernements, au début des années 70 ont eu des propos très durs à l'égard des tentatives des donateurs étrangers. On n'en est plus là maintenant. Un climat de coopération s'est peu à peu instauré, mais les réticences, bien qu'atténuées n'en sont pas moins encore présentes.

Le discours sur la planification familiale a été longtemps reçu comme celui de l'extérieur, opposé au discours "africain" sur la famille, la valeur sociale de la fécondité, la solidarité entre jeunes et vieux. Et pour bien des décideurs africains l'adhésion à la planification familiale reste conflictuelle. Dans certains petits pays, l'optique d'expansion n'est pas absente des choix démographiques. Avoir quelques millions d'habitants en plus permettrait, pensent leurs dirigeants, d'avoir une voix plus forte dans la concertation internationale.

Au-delà de l'implantation des services de planification familiale, quelques mesures indirectes sont adoptées

Dans l'arsenal des mesures qui dépendent du "politique" pour agir sur la fécondité figurent des mesures législatives et réglementaires. Elles sont diversement mises en oeuvre selon les pays d'Afrique sub-saharienne. Citons le retard de l'âge légal au premier mariage (au Sénégal en 1973, au Togo en 1982, etc.). Ces mesures sont de peu d'effet en Afrique Noire où la pratique sociale ne se conforme que très lentement aux nouvelles législations.

On peut citer, bien qu'elles participent plus d'une politique sociale que d'une politique démographique, les mesures fiscales et les allocations diverses mais en tout état de cause, elles ne peuvent avoir d'effet que sur la petite frange de la population qui participe au secteur moderne de l'économie. Les gouvernements africains sont d'ailleurs réticents à utiliser l'arme des taux dégressifs et des suppressions d'allocations pour infléchir la fécondité. En Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc) les allocations sont versées jusqu'à 4 enfants seulement ; en Afrique Noire le seuil est, en général, de 6 enfants ("Loi" Lamine Gueye).

Dans le domaine de l'éducation, des tentatives ont été faites pour introduire des connaissances dans le domaine de l'éducation sexuelle et de la "vie familiale". Plusieurs programmes d'éducation sexuelle ont vu le jour, avec des fortunes diverses. Souvent conçus par des personnes extérieures aux cultures africaines, ils ont été mal implantés et mal reçus par la population. C'est pourtant un domaine capital.

Plus largement l'éducation scolaire en matière de population, qui paraît une mesure facilement acceptable par les gouvernements, n'a pas encore reçu beaucoup d'attention.

Autre domaine important dans ces interventions indirectes, celui du "statut de la femme". Mais là, tout ou presque reste à faire. Et pourtant c'est certainement là que se trouve la clé de l'évolution vers un nouveau régime de fécondité. Beaucoup de programmes, de projets ont été lancés mais bien peu avaient des objectifs réalistes et moins encore ont pu les réaliser. Par contre, certains projets ambitieux de développement rural semblent avoir eu des effets pervers qui, n'avaient pas été prévus sur la situation des femmes (Rey, 1989 ; Lingen *et al.* 1991). En effet, dans de nombreux projets d'aménagement agricole, du fait de la division traditionnelle du travail qui perdure alors que changent les méthodes agricoles, les "bénéfices" des améliorations culturelles vont plutôt aux hommes alors qu'ils se traduisent plutôt par une augmentation des temps de travaux pour les femmes.

L'amélioration des connaissances scientifiques sur la fécondité en Afrique devrait jouer un rôle crucial

Si les conférences d'Arusha et de Mexico ont été l'occasion de déclarations qui ont marqué un tournant, en réalité c'est une évolution lente, une meilleure compréhension progressive des problèmes démographiques et surtout une amélioration décisive des connaissances sur les niveaux de fécondité ⁽²⁾ qui ont peu à peu modifié les attitudes des hommes politiques africains.

La formation de nouvelles générations de démographes, d'économistes, de sociologues africains a certainement été décisive pour une information plus endogène et donc plus "recevable" par les décideurs africains. Le fait que les enquêtes mondiales de fécondité ont mis en lumière l'importance des mécanismes de régulation de la fécondité dans les comportements reproducteurs valorisés en Afrique (allaitement prolongé, abstinence post-partum, recherche d'un espacement long entre deux naissances) a permis un dialogue plus fructueux entre décideurs et scientifiques africains. Il reste beaucoup à faire en ce domaine et l'attention parfois exclusive qui est portée à la mise en place de programmes de planification familiale et à leur adoption détourne l'attention d'autres initiatives et directions de recherche aussi, voire plus importantes.

DE LA DEMANDE D'ENFANTS À LA DEMANDE DE CONTRACEPTION

Bien que la pratique de la contraception progresse de façon significative dans quelques pays, elle reste faible si on la compare aux efforts déployés par les programmes qui sont censés mettre les services de contraception à la disposition des couples. Comme l'a nettement souligné O. Frank (1990) le problème essentiel du ralentissement de la fécondité n'est pas un problème de mise à disposition des moyens de contraception, mais un problème d'émergence d'une demande de ces services dans la population.

Dans les années soixante, on avait pourtant escompté que le désir de planifier la famille et l'accès aux techniques modernes de contraception suivraient "naturellement" l'urbanisation, la scolarisation et, plus largement

(2) P. Gubry (1988) cite l'exemple du Cameroun, où l'estimation de la population totale à un effectif plus élevé qu'attendu, lors du recensement de 1976 et une meilleure appréciation du niveau de fécondité, plus élevé que prévu, lors de l'enquête Mondiale Fécondité (1978) ont contribué à assouplir la position du gouvernement en matière de planification familiale.

Tableau 2 : Pourcentage des femmes actuellement en union utilisant actuellement une méthode contraceptive

Age	Bots- wana*	Burun- di	Ghana	Kenya	Libéria	Mali	Ondo St. (Nigéria)	Séné- gal	Zimba- bwe	Togo	Ougan- da
15-19	14,3	0,6	2,3	6,7	2,0	1,3	1,7	0,4	28,4	2,1	1,2
20-24	31,2	0,7	3,4	11,0	4,9	1,4	2,1	0,9	41,6	1,9	1,1
25-29	30,7	1,4	4,3	16,0	6,7	1,6	3,0	2,3	43,9	2,5	1,9
30-34	36,4	1,5	6,9	22,2	6,3	1,5	4,3	4,9	43,2	3,7	2,6
35-39	35,1	1,3	5,9	22,9	5,1	1,4	5,3	3,8	30,7	4,7	6,0
40-44	29,0	1,0	9,0	21,2	5,7	0,8	4,0	1,2	26,1	4,2	5,2
45-49	11,9	1,6	4,2	17,5	7,1	0,3	3,4	2,4	17,3	3,4	2,5
Total	28,9	1,2	5,2	17,9	5,5	1,3	3,7	2,4	36,1	3,1	2,5

Source : Rapports récents des Enquêtes Démographique et de Santé : Botswana, 1989 ; Burundi, 1988 ; Kenya, 1989 ; Libéria, 1988 ; Mali, 1989 ; Ondo State, Nigéria, 1989 ; Sénégal, 1988 ; Togo, 1989 ; Ouganda, 1989 ;

* Pour le Botswana, il s'agit de toutes les femmes.

ce qu'on recouvrait du terme mal défini de "modernisation". Certes, l'accès au mode de vie urbain entraîne un ensemble de changements dans les comportements familiaux, mais on avait trop vite supposé une relation forte entre l'urbanisation et le désir de limiter les naissances. La pratique de la contraception, même là où existent des services, c'est-à-dire essentiellement en milieu urbain, n'a pas atteint, loin de là, l'ampleur que l'on escomptait et l'évolution, là où on peut l'observer, est beaucoup plus lente que celle que l'on prévoyait.

Premiers signes d'une croissance de la demande de contraception : Botswana, Kenya, Zimbabwe

On cite abondamment les taux de prévalence contraceptive de trois pays qui semblent avoir progressé plus rapidement que les autres, dans la décennie 80 : le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, dont les taux de pratique actuelle de la contraception, parmi les femmes en union, sont respectivement de 29 %, 18 % et 36 %, d'après les enquêtes EDS (tableau 2). Pourquoi ces pays semblent-ils se distinguer ?

Le Kenya a depuis 20 ans des programmes très soutenus de planification familiale au niveau national et a, jusqu'en 1985, défrayé la chronique avec ses records du monde de fécondité (8 enfants par femme). Si, au vu des résultats de l'enquête EDS certains observateurs commentent à l'envie le début probable de la baisse de la fécondité du Kenya, c'est en raison directe de l'étonnement qu'ils éprouvaient, jusqu'en 1985, de la "résistance" de la fécondité kenyane aux changements socio-économiques, résistance dont Frank et McNicoll (1987) ont proposé une interprétation très éclairante, insistant sur le rôle crucial joué par le statut des femmes dans le lignage et dans la production.

Le Zimbabwe est un des pays d'Afrique sub-saharienne qui a expérimenté la baisse la plus remarquable de la mortalité dans l'enfance 64 pour mille (Barbieri, 1991) et une des augmentations les plus rapides de la scolarisation des femmes.

Le Botswana, petit pays d'Afrique australe, offre des particularités socio-économiques frappantes. Depuis plusieurs générations les hommes vont vendre leur force de travail en Afrique du Sud, et les femmes chefs de ménage sont en grand nombre. Particularité étonnante : il y a plus de femmes scolarisées que d'hommes (Timaeus, Graham, 1989).

Ces trois pays ont donc en commun une baisse importante de la mortalité dans l'enfance et un taux élevé de scolarisation féminine. L'annonce de la

Tableau 3 : Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le désir d'avoir d'autres enfants et l'âge actuel

Age	Bots- wana	Burundi	Ghana	Kenya	Libéria	Mali	Ondo St.	Sénégal	Togo	Ouganda
<i>Ne veut plus d'enfants</i>										
15-19	10,8	1,1	0,6	9,3	1,0	1,1	0,0	1,2	1,0	0,9
20-24	10,4	2,4	3,9	18,3	6,9	3,6	0,9	1,7	4,3	3,3
25-29	26,6	10,8	11,2	39,3	9,1	5,7	2,4	7,6	9,1	11,4
30-34	32,1	23,2	23,7	56,0	19,5	13,0	9,1	19,4	28,1	22,0
35-39	45,3	38,4	35,3	67,0	25,2	22,1	19,8	36,5	40,6	37,8
40-44	48,0	46,6	48,4	78,4	35,0	44,7	44,1	50,5	56,4	50,7
45-49	52,6	60,7	55,4	81,4	47,6	56,4	71,5	59,0	68,4	59,8
<i>Veut attendre au moins deux ans</i>										
15-19	39,8	69,1	67,2	53,8	38,2	42,2	61,7	-	60,9	43,8
20-24	49,2	76,1	69,0	55,2	44,3	47,9	59,2	-	72,9	48,3
25-29	38,1	69,9	57,8	35,9	40,2	42,6	59,3	-	61,3	41,9
30-34	34,1	52,0	45,9	17,8	32,7	34,9	47,0	-	42,2	30,6
35-39	17,8	38,4	27,9	11,8	24,4	22,4	34,7	-	32,4	17,1
40-44	9,2	22,5	14,8	2,0	16,5	5,9	14,7	-	14,8	9,3
45-49	1,4	10,2	6,0	0,8	11,6	4,0	7,3	-	0,7	0,4

Source : Rapports récents des Enquêtes Démographiques et de Santé : Botswana, 1989 ; Burundi, 1988 ; Kenya, 1989 ; Libéria, 1988 ; Mali, 1989 ; Ondo State, Nigéria, 1989 ; Sénégal, 1988 ; Togo, 1989 ; Ouganda, 1989.

baisse de la fécondité y est si récente qu'il faut encore la considérer comme provisoire (Van de Walle, Foster 1990).

Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne la demande d'enfants reste élevée et la pratique de la contraception faible

Tous les autres pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels on a des observations récentes affichent une quasi stabilité de leur niveau de fécondité et une faible pratique de la contraception. Qui plus est, la contraception, lorsqu'elle est pratiquée, semble être destinée plutôt à espacer les naissances qu'à les limiter puisqu'elle augmente peu avec l'âge des femmes observées (Van de Walle, Foster, 1990).

Dans les récentes enquêtes EDS, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfants est inférieure à 25 % jusqu'à 35 ans au Burundi, au Liberia, au Mali, dans l'Ondo State (Nigéria), au Sénégal, au Ghana et en Ouganda (tableau 3).

Un "besoin non satisfait de planification familiale" de grande ampleur en Afrique ?

Les difficultés d'implantation de programmes de planification familiale sont bien plus ceux de la demande que ceux de l'offre.

Pourtant le concept de "demande non satisfaite de planification familiale" est appliqué en Afrique et d'après les analyses proposées par C.F. Westoff et L.H. Ochoa (1991), à partir des enquêtes EDS, cette "demande non satisfaite" serait d'une assez grande ampleur, ce qui tendrait à conforter l'argument selon lequel il faut intensifier l'offre de planification familiale.

On peut s'étonner de lire par exemple que "50 % des togolaises ont un besoin non satisfait de planification familiale". Cela paraît difficilement compatible avec les observations démographiques et sociologiques faites dans cette région. Ce résultat est le fruit d'une définition pour le moins extensive du "besoin de planification familiale".

Les femmes qui ne désirent plus d'enfants et ne pratiquent pas de méthode de contraception sont considérées comme ayant un "besoin non satisfait de planification familiale" ce qui est justifié, mais également toutes les femmes, y compris les femmes actuellement enceintes, qui répondent ne pas vouloir d'enfant avant 2 ans, ce qui est abusif. La plupart des africaines désirent espacer leurs naissances de trois ans environ et réalisent cet espacement avec les méthodes traditionnellement à leur disposition. Ce qu'elles expriment

Tableau 4 : Intentions quant à l'utilisation future de la contraception parmi les femmes qui ne pratiquent aucune méthode de contraception. Femmes actuellement en union susceptibles de pratiquer la planification familiale dans l'avenir (« unmet need for family planning »). Répartition pour cent femmes.

PAYS	N'a pas l'intention d'utiliser la contraception plus tard	A l'intention d'utiliser dans l'année	A l'intention d'utiliser plus tard	Total	Effectifs
<i>Afrique de l'Ouest</i>					
Ghana	57	20	23	100	2 750
Libéria	57	32	11	100	3 311
Mali	83	11	6	100	2 811
Sénégal	74	17	9	100	2 986
Togo	78	15	7	100	2 454
<i>Afrique de l'Est</i>					
Burundi	56	12	32	100	2 436
Kenya	34	53	13	100	3 483
Ouganda	71	12	17	100	3 025
Zimbabwe	40	35	25	100	1 504
<i>Afrique Australe</i>					
Botswana	40	47	13	100	2 740

c'est un "besoin d'espace des naissances" mais pas nécessairement "un besoin de planification familiale" comme le laisse penser la dénomination adoptée (3). Ce "besoin" est si mal défini que parmi les femmes qui sont censées l'éprouver une majorité déclare qu'elles n'ont pas l'intention de recourir un jour à la contraception. Si beaucoup de femmes souhaitent, en effet, maîtriser leur fécondité, plus par l'espace que par la limitation des naissances, on ne peut en déduire qu'il s'agit d'un "besoin non satisfait de planification familiale" au sens strict du terme. Le tableau 4 le montre éloquemment.

Ce concept de "besoin non satisfait de planification familiale" est d'autant plus critiquable qu'il est abondamment repris dans des actions d'Information, Education et Communication (IEC) où, bien sûr, on néglige d'expliquer sur quelle base ont été estimés ces fameux "besoins" et que ne ressortent des documents de vulgarisation que des phrases du type de celles citées plus haut pour le Togo. Cet exemple aurait peu d'intérêt s'il s'agissait uniquement d'une querelle de définition, mais à bien y regarder, le choix des termes et l'interprétation des résultats d'enquêtes est lourd de conséquences, car en disant que de nombreuses femmes ont un "besoin non satisfait de planification familiale" on accrédite l'idée que la solution du problème de la maîtrise de la fécondité réside, non pas dans des actions d'ensemble pour le développement, mais tout simplement dans la planification familiale, puisque les femmes en ont "besoin".

Encore une fois les gouvernements africains sont incités à développer l'offre de planification familiale comme principale réponse à une situation qui, en fait, ne peut changer si d'autres améliorations n'ont pas lieu, spécialement en ce qui concerne l'éducation, la condition des femmes et les infrastructures sanitaires. Loin de nous l'idée de nier qu'il existe une "demande de planification familiale" – les avortements dans les milieux urbains, surtout parmi les jeunes, sont là pour l'attester – mais elle n'est pas toujours identifiée comme telle. L'offre de planification familiale est, bien entendu, nécessaire mais, à méconnaître la nature réelle de la demande des femmes, on risque de faire erreur dans les stratégies à mettre en place. Les expériences des vingt dernières années sont là pour le prouver.

(3) Un petit nombre de femmes, seulement, pensent qu'elles peuvent réaliser cet espace, traditionnellement valorisé, en recourant à des méthodes modernes de contraception.

LES POLITIQUES DE FÉCONDITÉ DOIVENT DÉPASSER L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe sont les trois pays pour lesquels les enquêtes EDS ont mis en évidence une diffusion assez large de la pratique de la planification familiale et une amorce de baisse de la fécondité. Dans tous les autres pays où a eu lieu l'enquête EDS, le faible impact des services de planification familiale, même sur la frange de la population qui est déjà motivée et représente une "clientèle potentielle", est manifeste et devrait conduire à des politiques d'incitation à la maîtrise de la fécondité plus "innovatrices" et surtout conçues en fonction de la connaissance des sociétés dans lesquelles elles sont proposées.

Or, les enquêtes anthropologiques et démographiques, les programmes multinationaux et surtout la participation croissante des chercheurs africains à la compréhension des stratégies démographiques des familles, ont beaucoup apporté et on peut en inférer de nouvelles orientations sur ce que pourraient être, à notre sens, des politiques d'incitation à la maîtrise de la fécondité.

Une stratégie globale pour promouvoir des politiques de maîtrise de la fécondité

Les différentes étapes à franchir peuvent se résumer comme suit :

- 1) Continuer les efforts pour "sensibiliser" les décideurs africains à l'importance des problèmes de population pour le développement futur de leur pays.
- 2) Favoriser, dans la population, les actions économiques, sanitaires et de promotion de la femme, qui sont un préalable à l'émergence d'un intérêt pour la planification familiale. L'amélioration de la santé des enfants et de leur survie est, à l'évidence, un préalable à tout changement.
- 3) Accentuer la recherche sur les déterminants des facteurs spécifiques qui influencent les comportements et attitudes vis-à-vis de la fécondité et, secondairement, des programmes de planification familiale, dans les différentes sociétés africaines, car il y aura, de plus en plus, une diversification des évolutions.
- 4) Mettre en oeuvre des programmes de planification familiale (incluant non seulement les services de contraception mais aussi des actions de sensibilisation, d'information et de communication) en tenant compte des contextes culturels dans lesquels ils s'instaurent et des aspirations de la population.

Les actions à développer

La tâche à réaliser doit s'engager sur le long terme. Il y a donc place pour des actions nouvelles qui tiennent compte de l'expérience acquise, des succès comme des échecs enregistrés et qui ne se contentent pas de renforcer des actions déjà engagées. Les réussites de quelques pays doivent être analysées avec soin pour en tirer les leçons, et diagnostiquer les actions qui peuvent être acceptables dans un autre contexte national ou régional déterminé.

Sensibiliser les décideurs

La sensibilisation directe des milieux politiques est une préoccupation majeure du FNUAP et de l'USAID. D'énormes efforts ont été consacrés à cet objectif, et des progrès substantiels ont été acquis. On peut néanmoins se demander si l'on n'a pas consacré des moyens trop importants à convaincre des leaders politiques dont l'adhésion était souvent de pure forme et qui sont d'ailleurs, dans la conjoncture actuelle d'émergence des aspirations démocratiques, fortement contestés par la société civile dans plusieurs pays.

Il paraît donc important que cette sensibilisation soit réorientée vers des actions différentes, à savoir, la formation "ciblée" des cadres nationaux à la mise en forme technique de décisions prises au niveau politique, et des chercheurs à l'évaluation des mesures prises aussi bien dans le court terme (coût-bénéfice d'une politique) que dans le long terme (quels seront les effets des politiques de fécondité sur la structure sociale, les rapports entre les groupes sociaux, l'innovation économique, etc. ?).

Il faut que les déclarations politiques, si elles existent, soient "relayées" dans l'opinion publique par un discours scientifique et technique des élites nationales et non seulement par quelques démonstrations conçues par des experts internationaux, projections démographiques simples (simplistes ?) qui ne tiennent pas compte de la culture spécifique de chaque société.

On doit promouvoir avant toute chose des actions qui sont du registre de la formation :

- a) *Appuyer les programmes internationaux d'enseignement en Population et développement ;*
- b) *Susciter des enseignements de second cycle dans toutes les universités afin que les étudiants en économie, en sociologie, en agronomie et surtout en médecine connaissent les mécanismes essentiels de la dynamique démographique et puissent apprécier l'intérêt de tel ou tel programme d'intervention sur la fécondité, voire soutenir et prolonger les décisions prises au niveau politique ;*

- c) *Financer des recherches dans les institutions africaines*, sur les déterminants fondamentaux des comportements de reproduction dans les milieux et sociétés des pays concernés, sur les effets des programmes de fécondité, sur les conditions requises pour que l'argent n'y soit pas investi en pure perte, sur les méthodes de planification familiale les plus acceptables dans chaque contexte social et culturel, sur les moyens les plus adaptés pour faire passer des "messages" dans la population ;
- d) *Promouvoir des manuels scolaires* sur les questions de population et l'éducation sexuelle ;
- e) *Développer les campagnes d'information* adaptées au contexte local dans le domaine de la planification familiale.

Faire changer la condition féminine

La condition féminine est un domaine où les transformations apparaissent, de plus en plus, comme un "pré-requis" au succès des actions directes sur la fécondité. Mais, bien que cette "rubrique" figure au fronton de tous les projets de population, peu de programmes vraiment efficaces ont vu le jour. La plupart des actions à entreprendre s'attaquent à des normes culturelles et à des pouvoirs qu'il n'est pas aisé de remettre en question. Les programmes ne peuvent être définis qu'à partir de la connaissance de la société où l'on veut les implanter et avec la participation de "groupes de pression" fortement motivés.

L'exemple de la Tunisie est frappant. Dans ce pays, le changement assez rapide en matière de fécondité trouve son explication première dans l'adoption, à l'instigation du Président Bourguiba, d'un code de statut personnel novateur (1960), qui mettait au premier plan la transformation du statut des femmes. Cette option n'en est pas restée au discours politique mais a été traduite dans les faits. On en voit maintenant les effets en termes de fécondité.

Quelques suggestions peuvent être formulées pour l'Afrique subsaharienne.

Le statut de la femme y est empreint d'une relative autonomie économique (en Afrique de l'Ouest côtière notamment) qui, curieusement, va de pair avec une grande dépendance socio-juridique et culturelle. Il ne s'agit donc pas de mener des actions pour faciliter l'accès des femmes à l'emploi : presque partout, les femmes africaines travaillent et plus que les hommes.

Il faut améliorer le statut des femmes dans leur activité économique actuelle, c'est-à-dire, améliorer leurs moyens de production, leur autonomie dans les décisions de production et dans la disposition du revenu produit, leur

capacité à se maintenir en bonne santé, par un accès convenable aux moyens de se soigner et de mettre au monde des enfants dans de bonnes conditions.

Il faut, sur le plan social, privilégier tout ce qui est destiné aux femmes : maternités, centres de soins, centres de formation. Là où les sociétés sont très inégalitaires, il n'est pas inutile que des actions spécifiques s'efforcent de faire changer les attitudes à l'égard des groupes défavorisés, que ce soit les femmes ou d'autres "minorités" d'ailleurs.

Il est, bien entendu, nécessaire que les législations inégalitaires soient revues, là où elles existent, que des codes de la famille préservant l'égalité des droits entre hommes et femmes soient adoptés, mais ce sont là des mesures qui n'auront pas d'effet notable à moyen terme sur une grande partie de la population.

Concrètement, on peut proposer :

- a) que, bien évidemment, on se décide à faire de la *scolarisation féminine* un "impératif catégorique" des actions gouvernementales dans le domaine de la fécondité ;
- b) que *tout projet de développement* – surtout les projets agricoles et d'artisanat – comporte obligatoirement une étude de l'impact que pourra avoir le dit projet sur la situation des femmes. On commence à disposer de plusieurs études qui montrent que des projets de développement ont renforcé la position dominante des hommes et accru la situation de dépendance des femmes (Rey, 1989) ;
- c) que *chaque projet*, au vu des études, adopte des mesures spécifiques pour améliorer le statut des femmes, c'est-à-dire avant tout leur capacité à générer des revenus et des connaissances dont elles puissent disposer effectivement ;
- d) enfin que *les coopératives féminines*, les groupes associatifs de femmes soient systématiquement favorisés, aidés, encouragés. C'est en leur sein que se produiront peut-être un jour les prises de conscience collectives nécessaires à un changement dans les attitudes vis-à-vis de la fécondité.

Assurer à toutes les familles, l'accès aux soins de Santé Primaire

Malgré le changement de cap opéré à Alma-Ata, "la santé pour tous" est encore une utopie. L'esprit d'Alma-Ata est loin d'avoir modifié les structures sanitaires africaines. Il y a encore beaucoup à faire quand on voit dans quelle pénurie se débattent beaucoup de postes de santé ruraux et comment les décisions de Santé Publique restent figées dans une centralisation excessive.

On sait maintenant que la planification familiale ne s'implante que très difficilement dans des milieux où la mortalité des enfants reste élevée. Mais, dans la mesure où l'on préconise l'implantation des services de planification familiale dans les structures de santé, il faut ajouter que la planification familiale n'existera jamais à partir de dispensaires où l'on manque de tout. On ne viendra pas chercher la pilule contraceptive là où manquent la nivaquine et l'aspirine.

Dans une optique "d'accompagnement" à des programmes de fécondité il est de toute première importance de promouvoir l'amélioration des conditions d'accouchement et le traitement de toutes les maladies occasionnées par les accouchements, ainsi que les soins concernant les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre l'infécondité qui en est souvent une conséquence et dont la crainte éloigne beaucoup de femmes de la pratique de la contraception.

Actions directes en matière de planification familiale

Là où la demande de planification familiale existe, elle doit être satisfaite. Les meilleurs agents de diffusion de la planification familiale seront les femmes et les hommes qui auront trouvé une réponse adéquate à leur demande pour maîtriser leur fécondité et non pas ceux qui auront été contraints à la "clandestinité contraceptive" et à l'utilisation de moyens plus ou moins inefficaces.

Les projets actuellement en cours rencontrent difficilement cette clientèle potentielle, pour des raisons diverses que nous avons rapidement évoquées, mais qu'il faudrait évaluer dans chaque contexte politique, économique et social. Nous nous en tiendrons donc à des remarques ayant un certain caractère de généralité.

L'implantation d'activités de planification familiale

A la politique des grands programmes nationaux insérés dans un Ministère de la Santé, qui se montrent souvent très peu efficaces, nous préférons une politique d'implantation de programmes, au sein de projets de développement et d'appui à des initiatives locales, notamment via les ONG, partout où il en existe.

Ce type d'implantation demande une bonne connaissance du milieu, et un plus grand effort d'imagination et d'administration dans la première phase, mais ils seront probablement plus efficaces parce que plus proches de la population et de ses besoins.

Dans les milieux scolarisés, surtout en ville, il y a un foisonnement de groupements associatifs souvent bien organisés, animés d'un esprit de groupe très vif. Certains d'entre eux seraient des lieux privilégiés de libre discours sur la planification familiale et quelques-uns pourraient même participer à des programmes de planification familiale. Il y a en leur sein d'excellents leaders d'opinion qui peuvent jouer un rôle important dans les programmes d'Information, Education, Communication.

Il faudrait donc identifier systématiquement les associations et ONG implantées au niveau local qui pourraient accueillir, soit des actions de sensibilisation à la planification familiale, soit des services de planification familiale et ne développer de grands projets nationaux que dans un stade ultérieur en tenant compte des expériences "réussies", ayant prouvé leur efficacité à un niveau plus décentralisé.

On devrait aussi privilégier une bonne répartition territoriale des centres de planification familiale, au moins dans toutes les villes, dans un premier temps, et, subsidiairement, en organiser la supervision et la coordination (fourniture des contraceptifs notamment). L'implantation urbaine est une priorité. Plutôt que de "saupoudrer" des actions dans des milieux culturellement peu réceptifs à la planification familiale, mieux vaut répondre de façon efficace aux demandes de ceux qui ont déjà une conscience claire d'avoir besoin de moyens contraceptifs. C'est dans les villes que l'on trouve le plus de personnes susceptibles d'utiliser, en connaissance de cause, les services de planification familiale.

Le contenu des projets de planification familiale

Il faut, au niveau des services de planification familiale, concevoir des prestations qui répondent au mieux aux besoins d'une clientèle potentielle dont la demande est souvent ambivalente : désir de contraception mais aussi crainte plus ou moins sous-jacente de toucher à la fécondité.

Pour que cette demande soit reconnue et admise socialement, il faut qu'elle s'exprime autrement que par le recours à l'avortement et aux achats clandestins de contraceptifs. Il faut donc encourager tout ce qui favorise le débat public sur ces problèmes.

Il faut renforcer tout ce qui peut accroître le sentiment de sécurité des utilisateurs. La méfiance, l'anxiété devant des techniques nouvelles touchant à la fécondité sont en filigrane dans tout le "discours" privé et public sur la contraception. L'insécurité est partout dans les familles africaines : économique, démographique (fréquence de la mortalité infantile), matrimoniale

(ruptures d'unions), métaphysique (peur des puissances occultes). Il faut que les services de planification familiale soient des "zones de sécurité".

Là encore, il importe de partir des connaissances des clients potentiels pour greffer de nouvelles informations sur la reproduction et ses mécanismes, pour concevoir des services où les clients puissent dialoguer, où l'on prenne le temps de les écouter, afin d'inscrire la relation de conseil en planification familiale dans la durée. Beaucoup de demandes de planification familiale sont fugaces et ne conduiront à l'adoption de nouveaux comportements que si elles sont soutenues par des rencontres régulières au service de planification familiale.

Compte-tenu de la fréquence de leur utilisation, il convient de ne pas rejeter les méthodes dites "naturelles", essentiellement l'abstinence périodique, parce qu'elles sont très proches, culturellement, des comportements valorisés dans la société (abstinence post-partum notamment). Quel que soit leur niveau de risque, il ne faut pas décourager leurs utilisateurs puisqu'elles représentent une première approche d'une attitude nouvelle, celle du contrôle volontaire sur la fécondité.

VUE D'ENSEMBLE

De ce que l'on sait sur la transition de la fécondité dans les pays en développement, on peut inférer qu'il y a deux "voies" principales qui conduisent à la limitation de la fécondité : la coercition et le progrès social.

La coercition -stérilisations plus ou moins forcées, mesures de répression, interdictions de mariage etc. - suppose une infrastructure policière et un "quadrillage" de la population qui, actuellement, n'existent dans aucun pays d'Afrique sub-saharienne au niveau de l'ensemble de la population. Cette voie est donc exclue, on ne peut pas le regretter !

Le progrès social suppose, lui aussi, des infrastructures bien réparties sur tout le pays dans deux domaines au moins : la santé et l'éducation. Les trois pays d'Afrique sub-saharienne où les programmes de planification familiale ont eu un succès notable se distinguent par des progrès très nets sur la mortalité dans l'enfance et de forts taux de scolarisation féminine.

Or, on observe déjà, un peu partout en Afrique une déscolarisation ou une non-scolarisation des enfants. Le budget social des gouvernements est réduit de façon drastique, les fonds destinés à la santé, diminués. Par ailleurs, avec la diminution des revenus urbains, la suppression des emplois salariés, on voit s'accroître l'incertitude de la survie quotidienne (Mahieu, 1989). La production d'auto-subsistance et le secteur informel, lui aussi fortement

touché par la crise, seront les secteurs-refuge et, dans ces secteurs, avoir beaucoup d'enfants reste un avantage.

Il n'est donc pas évident que la crise économique grave qui étreint les pays d'Afrique sub-saharienne soit un facteur de baisse de la fécondité, comme certains le laissent entrevoir.

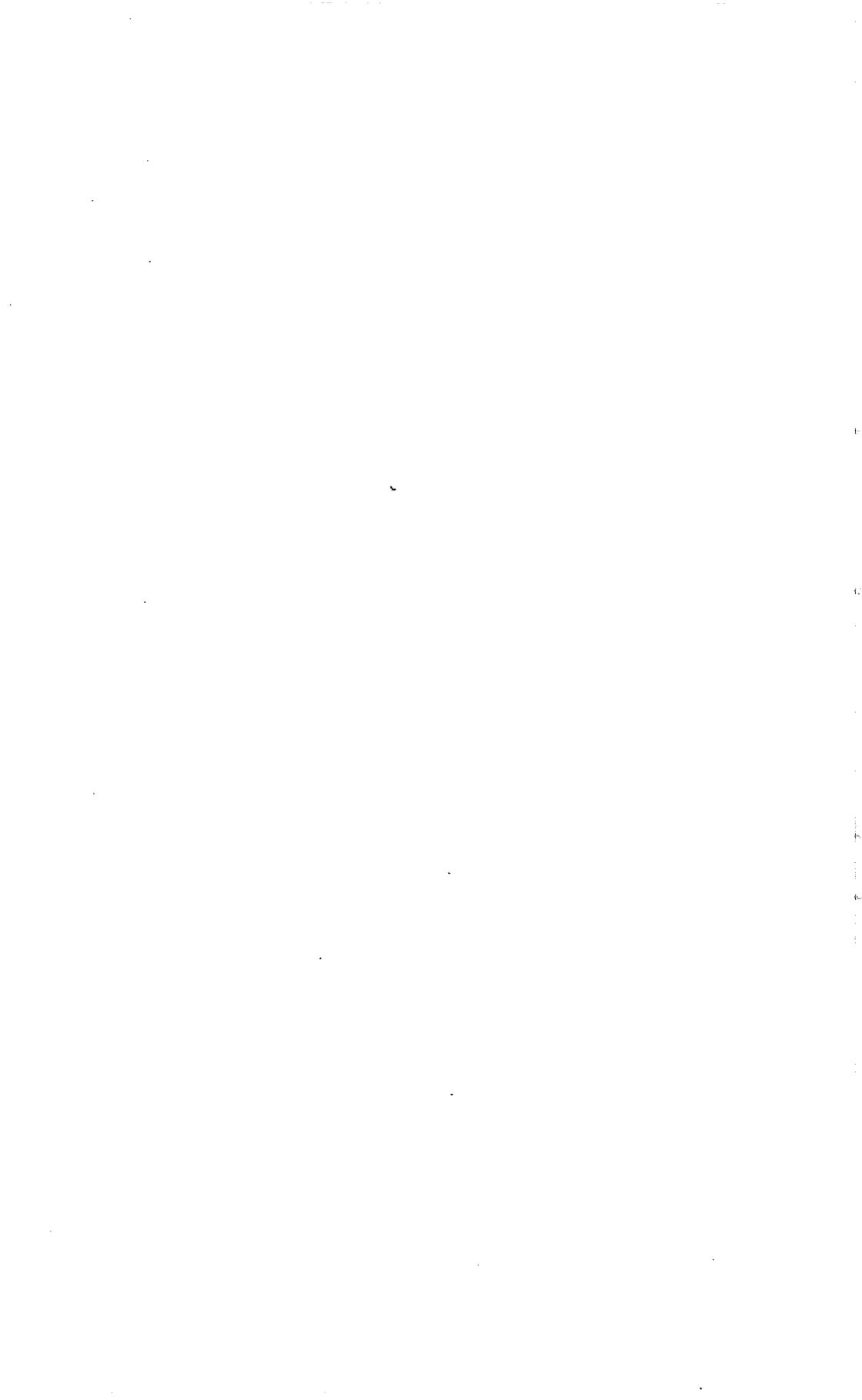
En ville, une partie des familles prend conscience du "coût" des enfants. Celles-là forment, d'ores et déjà, une clientèle potentielle pour la planification familiale. Trouvent-elles un service à la mesure de leurs attentes ? On peut en douter, quand on voit les résultats des enquêtes. En milieu rural et dans une partie des milieux urbains, dans une période où menacent les pénuries de toute sorte, les enfants et la solidarité d'une grande famille restent les meilleurs garants contre l'insécurité.

Les politiques de fécondité, selon toute probabilité, ne peuvent pas faire l'économie d'une amélioration significative de deux conditions préalables au moins : la santé et l'éducation féminine. Les politiques dites "de fécondité" ne sauraient se limiter à l'offre de services de contraception. Elles doivent, résolument, s'inscrire dans des politiques de "changement social".

BIBLIOGRAPHIE

- BARBIERI M., 1991, *The socio-economic context of infant and child mortality in Sub-Saharan Africa*, DHS World Conference, 5-7 août 1991, Washington.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1987, The religious and cultural context of high fertility in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, vol. 13, n° 3, pp. 409-437.
- FRANK O., 1990, *The demand for fertility control in Sub-Saharan Africa*, in Acsadi G.T.F. et al., *Population growth and reproduction in sub-saharan Africa*, technical analysis of fertility and its consequences. World Bank symposium, Washington D.C., pp. 186-198.
- FRANK O., McNICOLL G., 1987, An interpretation of fertility and population policy in Kenya, *Population and Development Review*, vol. 13, n° 2, pp. 209-244.
- GAUVREAU D., GREGORY J., KEMPENEERS M., PICHE V. eds, 1986, *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*, Montréal, McGill University.
- GUBRY P., 1988, Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un antinatalisme modéré ? *Cahiers des Sciences Humaines*, ORSTOM, Paris, vol. 24, n° 2, pp. 185-198.
- LINGEN A., NUGTEREN, M., 1990, *Thematic evaluation on the integration of women in rural development*, Synthesis report, BMB, Tilburg, the Netherlands.
- LOCOH T., 1989, Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple de Togo", *Les Dossiers du CEPED*, n° 6, Paris.
- LOCOH T., WOLFSON M., 1989, Les politiques de fécondité et de planification familiale en Afrique, Tabutin D. ed., *Population et environnement*. Rapport présenté à la commission des communautés européennes, Bruxelles.
- MAHIEU F.R., 1989, Transferts et Communauté africaine, *Stateco*, n° 58-59, pp. 107-135.
- REY S., 1989, *Entre avec la fraîcheur dans la maison : Schémas de reproduction, statut de la femme et transformation des milieux en pays Moba-Gourma*. Thèse d'Université pour le doctorat ès sciences, Université d'Aix-Marseille.
- SALA-DIAKANDA D.M., 1991, De l'émergence de politiques de population en Afrique, *Politique africaine*, n° 44, Paris, Karthala, pp. 37-50.
- TIMAEUS I., GRAHAM W., 1989, Labor Circulation, Marriage and Fertility in Southern Africa, in *Lesthaeghe R.(ed.), Reproduction and Social Organisation in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, pp. 365-400.
- UNITED NATIONS, 1988, *World Population Trends and Policies, 1987, Monitoring report*, United Nations, 1988.
- VAN DE WALLE E., FOSTER A. 1990, *Fertility decline in Africa : Assessment and prospects*, World Bank Technical Paper n° 125, Africa Technical Department Series, Washington : World Bank, 63 p.
- WESTOFF C.F., OCHOA L.H., 1991, *Unmet need and demand for family planning*, DHS Comparative Studies, n° 5, I.R.D., Columbia.

4 – CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT



COMMENTAIRE GÉNÉRAL DE LA SÉANCE « CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT »

Marc PILON

LE POINT DES DÉBATS ACTUELS

Vieux débat que celui consacré à la relation entre croissance démographique et développement. Le double constat, d'une part de la spectaculaire croissance de la population du Tiers-Monde survenue au cours des dernières décennies et, d'autre part de situations économiques, sociales et environnementales de plus en plus critiques, a fait resurgir "les spectres de Malthus" (1). Nous nous contenterons ici de rappeler les grandes lignes des débats actuels sur cette question (2).

L'opposition classique entre néo-malthusiens et populationnistes demeure : pour les uns (3), la croissance de la population est source de tous les problèmes ; pour les autres (4), elle est au contraire un facteur positif de développement. Et chacun campe sur ses positions.

Une troisième voie, plus nuancée et de plus en plus empruntée, reconnaît les caractères d'interdépendance, de complexité et de diversité à la relation entre croissance démographique et développement. L'augmentation du nombre des hommes reste un facteur limitant, aggravant. Sa réduction reste une priorité, mais doit être obtenue en agissant sur d'autres facteurs (politiques, économiques, technologiques, etc.), également responsables des problèmes de développement (5).

- (1) Titre de la publication des Actes d'un colloque sur le thème "Déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques" ; voir Gendreau *et al.*(1991).
- (2) Pour des analyses récentes et plus complètes du débat, voir notamment Véron (1989), Chaire Quételet (1990), Keyfitz (1991 a, b).
- (3) Voir par exemple Ehrlich (1982) et Ramade (1989).
- (4) Voir, entre autres, Simon (1981), Boserup (1965, 1981).
- (5) Parmi les publications récentes : Brundtland (1988), la Commission Sud (1990).

Les récents travaux d'un groupe d'experts internationaux (Tapinos, 1991), réunis à New York en 1988 à l'initiative des Nations Unies, mettent encore davantage l'accent sur ces facteurs non démographiques :

“En conclusion de ces débats, un certain consensus s'est fait jour sur le fait que les facteurs démographiques n'ont pas nécessairement joué un très grand rôle, que ce soit pour freiner ou pour promouvoir le développement économique. Des facteurs non démographiques tels que les adaptations technologiques et institutionnelles, le choix des technologies et certaines politiques publiques spécifiques semblent être beaucoup plus importants.” (...)

“même dans des conditions de croissance rapide, des transformations institutionnelles judicieusement conçues et efficacement appliquées ou des politiques adoptées dans les domaines de l'agriculture, de l'emploi, de l'éducation, de la santé, des ressources, du commerce et des finances internationales, de la répartition des revenus, du développement urbain, de la protection de l'environnement et de l'administration des ressources naturelles pourraient aider les pays en voie de développement à surmonter la plupart des difficultés auxquelles ils ont à faire face.” (...)

“Une réduction des taux de croissance démographique devrait contribuer très largement à ce processus en ouvrant l'éventail des options et en rallongeant les délais pour les ajustements institutionnels et politiques.” (Horlacher, Heligman, 1991 : 363).

Les résultats de ces travaux, présentés au cours d'une autre conférence internationale – tenue à Paris en 1991 et centrée cette fois sur l'Afrique –, se sont vus confirmés par les autres contributions.

Dans le cadre de cette séance consacrée à la “relation entre la croissance démographique et le développement économique et social”, le présent colloque, également centré sur le continent africain, donne l'occasion d'un nouvel échange d'idées.

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES COMMUNICATIONS

Les huit communications présentées ci-après se répartissent en deux catégories. Trois d'entre elles proposent une réflexion d'ordre général, à l'échelle du continent (Ngondo a Pitshandenge et Sala-Diakanda), ou théorique (Noumbissi). Les cinq autres présentent des analyses à l'échelle nationale, voire locale, et concernent quatre pays : Sénégal (Diouf, Guil moto sur la moyenne vallée du fleuve Sénégal), Côte-d'Ivoire (Zanou), Congo (Ongoto-Epouma), Burundi (Barampanzé, Nkurunziza).

La présentation qui suit s'attache à en proposer une lecture le plus possible transversale, articulée successivement autour des sous-thèmes suivants : l'évolution démographique, l'évolution économique et sociale, explications et solutions proposées.

Le constat d'une croissance démographique rapide et généralisée

Les analyses qui sont faites de la situation démographique conduisent toutes au même constat : une croissance rapide de la population (actuellement, aux environs de 3% en moyenne annuelle), due à l'effet conjugué du maintien de la fécondité à un niveau élevé et de la baisse importante de la mortalité, surtout dans l'enfance.

Encore peu urbanisée, par rapport aux autres continents, l'Afrique connaît cependant un rythme annuel d'urbanisation très élevé (de l'ordre de 5%), qui se traduit partout par une hypertrophie des capitales.

Les communications abordent peu le problème des densités et de la répartition spatiale de la population en milieu rural, à l'exception notoire de celle relative au Burundi.

A propos du rôle des migrations, internes et externes, dans les dynamiques démographiques, seuls deux auteurs abordent cette question. B. Zanou note pour la Côte-d'Ivoire une baisse de l'apport migratoire international, tout en rappelant que la proportion de la population non-ivoirienne était encore supérieure à 25 % en 1990. Dans sa communication centrée sur la question migratoire dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal, C. Guilmoto montre que les migrations (de départ) y sont devenues "*un élément permanent du système de régulation démographique*". Soulignant d'une part, les difficultés économiques croissantes dans les zones d'accueil (en ville) et des restrictions plus sévères à la circulation internationale de la main-d'oeuvre et d'autre part, la mise en valeur de nouvelles terres et les possibilités de gain de productivité lié à l'irrigation, l'auteur s'interroge sur l'éventualité d'un retournement des courants migratoires. L'évolution actuelle traduit plutôt une "*autonomisation graduelle des mécanismes conduisant à la migration face aux facteurs structurels incitatifs*".

En regard de cette situation démographique d'ensemble, les auteurs dressent un bilan plutôt négatif de l'évolution économique et sociale des pays africains : insuffisance de la production alimentaire, dégradation de l'environnement, manque d'infrastructures sanitaires et éducatives, augmentation du chômage (surtout dans les villes), etc.

Une détérioration de la situation économique et sociale

La production alimentaire

Toutes les analyses à l'échelle nationale abordent le problème des importations croissantes de produits alimentaires (essentiellement les céréales – le blé principalement – et le riz) qui révèlent une insuffisance structurelle de la production nationale. Il s'ensuit une dépendance accrue vis à vis de l'extérieur qui coûte très chère aux Etats, dont une pérennisation compromettrait l'objectif minimal de sécurité alimentaire. Et n'est-il pas impensable qu'un pays comme le Congo en soit à importer du poisson et ce, de plus en plus ?

Un autre effet des importations alimentaires réside dans la propension croissante, surtout au sein de la population urbaine, à consommer des produits à base de céréales importées (notamment le pain). Le déséquilibre peut aussi se traduire par une dégradation de l'état nutritionnel. Au Burundi, les paysans ont tendance à davantage cultiver les plantes plus productives (tubercules, bananes) mais moins nutritives ; les pathologies nutritionnelles s'y développent.

Pour le Sénégal et la Côte-d'Ivoire, P. D. Diouf et B. Zanou soulèvent le problème de la prédominance des cultures d'exportation (arachide pour le premier, café et cacao pour le second), et plaident pour une diversification agricole au profit du vivrier.

La disponibilité en terre et la nature des systèmes de production sont aussi des questions importantes. Comme C. Guilmoit l'illustre pour la moyenne vallée du fleuve Sénégal, la migration peut constituer, et c'est souvent le cas, un moyen de réduire la pression sur la terre. Pour la Côte-d'Ivoire, B. Zanou note que l'agriculture extensive pratiquée jusqu'à ce jour se heurte de plus en plus à l'insuffisance de terre. Mais il souligne le coût financier d'une intensification agricole (qui demanderait de gros investissements) et la nécessité d'une maîtrise de nouvelles techniques par les paysans.

Le Burundi présente la situation assurément la plus critique. S'inscrivant dans le cadre théorique défendu par E. Boserup, les deux auteurs montrent comment, sous l'effet d'une pression démographique croissante, les paysans ont procédé à des adaptations techniques et réalisé le passage à une agriculture plus intensive. A un morcellement continu des terres et une exigüité des exploitations, les paysans ont répondu par une multiplication des récoltes, le recours aux associations culturales, la lutte anti-érosive et la fertilisation du sol. Mais, si cette intensification agricole a permis d'éviter le "point de rupture", prédit par certains, le déséquilibre alimentaire persistant amène à s'interroger sur les limites des adaptations techniques déjà réalisées.

L'environnement

Seules deux communications abordent explicitement ce domaine. V. Ongoto-Epouma met l'accent sur la dégradation de l'environnement urbain, à Brazzaville et à Pointe-Noire : lotissement anarchique, problème d'évacuation des eaux usées et des déchets, érosion du sol, inondations, pollution atmosphérique et sonore, etc.. En fait, toutes les grandes villes africaines sont plus ou moins confrontées à ces problèmes.

Le cas burundais illustre bien le processus de détérioration du milieu naturel dans les zones rurales : pression démographique, surexploitation des terres, déboisement, déforestation, diminution des pâturages conduisent à l'érosion puis à l'appauvrissement des sols. La consommation croissante de bois pour le chauffage et la construction pèse de plus en plus lourdement sur les ressources forestières.

Santé, éducation et emploi

Partout et dans ces trois secteurs, le constat est le même : un décalage croissant entre l'offre et la demande. En dépit des efforts budgétaires consentis par les Etats, la construction et l'équipement des infrastructures scolaires et sanitaires ainsi que le recrutement du personnel correspondant n'ont pas suivi le rythme de la croissance démographique. Les différents indicateurs : population par médecin, par infirmier, par lit d'hôpital... sont encore loin des normes fixées par l'OMS.

Alors que le taux de scolarisation (dans le primaire) n'atteint nulle part, ni même n'approche les 100 %, des enseignants en nombre insuffisant et pas toujours qualifiés doivent faire face à des classes de plus en plus nombreuses. Le rendement scolaire en est évidemment affecté et le système éducatif apparaît de plus en plus inadapté au marché du travail.

L'agriculture retient de plus en plus difficilement ces jeunes et le secteur moderne de l'économie se révèle incapable d'absorber une population active croissante. Hier épargnés, les fonctionnaires et les jeunes diplômés subissent aujourd'hui les contrecoups de la crise économique : les uns se voient "compressés", les autres se retrouvent de plus en plus au chômage. Le secteur "informel" y supplée vaille que vaille, mais le plus souvent dans une logique de survie.

A partir d'une analyse de corrélations simples, appliquée sur 50 pays africains et scindée en trois périodes (1960-72, "l'euphorie planificatrice" ; 1973-79, "le désenchantement" ; depuis 1980, "l'ajustement"), D. Sala-Diakanda met en lumière, tout en soulignant les limites méthodologiques de

sa démarche, d'autres aspects de l'évolution démographique et socio-économique du continent :

- un écart grandissant entre villes et campagnes, au détriment des secondes, par rapport aux indicateurs de développement ;
- une différenciation entre Afrique du Nord et Afrique au sud du Sahara, à l'avantage de la première ;
- un développement du secteur des services lié à l'urbanisation, au détriment des secteurs économiques plus porteurs (agriculture et industrie) ;
- des effets plutôt négatifs des plans d'ajustement structurel ;
- une discrimination à l'encontre des filles face à l'éducation, qui s'accroît en période de crise, alors que l'instruction des femmes apparaît comme une variable cruciale dans l'explication des comportements de santé et de fécondité.

Si tous les auteurs s'accordent sur le constat d'ensemble, d'une croissance démographique rapide et d'un bilan plutôt négatif du développement économique et social, les positions diffèrent quant aux causes de ce bilan et aux solutions. En fait, les analyses portent sur une question, plus directe : la croissance de la population est-elle responsable des problèmes de développement ?

Des explications, et donc des solutions, divergentes

Pour les uns, la croissance rapide de la population joue un rôle néfaste dans le processus de développement. En dépit des efforts consentis par les pays, l'écart se creuse entre une offre aux possibilités de plus en plus réduites et une demande sans cesse croissante. Il faut donc réduire cette demande.

A propos la situation à venir en Côte-d'Ivoire, B. Zanou conclue à la nécessité de mesures "*tendant à rapprocher le taux de croissance démographique du rythme de progression des ressources*". La politique de population qui se met en place va dans ce sens, avec un volet planification familiale et une maîtrise de l'immigration. G. Barampazé et F. Nkurunziza se réjouissent de la prise de conscience par les autorités du Burundi de la difficile (impossible ?) adéquation entre expansion démographique et développement, à travers la volonté exprimée de mettre en place une politique de limitation des naissances. Cela dit, pour ces deux pays, les auteurs soulignent l'intention des gouvernements d'agir également sur l'offre, à travers une politique économique et sociale plus rationnelle.

La position de V. Ongoto-Epouma sur la situation congolaise apparaît moins tranchée. D'un côté, l'auteur rend la croissance démographique

responsable des difficultés dans les différents secteurs économiques et sociaux. De l'autre, partant de la relative faiblesse de la population congolaise, il prône une *"option raisonnable et réaliste"*, selon laquelle *"il ne saurait être question de limitation des naissances au Congo"...*

Pour d'autres auteurs, on pourrait dire que dans la relation population-développement, la maîtrise de la croissance démographique est une condition nécessaire, mais non suffisante. I. Ngondo a Pitshandenge rappelle que *"l'histoire n'offre aucun exemple d'un déclin de la fécondité qui ait suffi à lui seul pour conduire à la croissance économique"*. Son analyse critique des politiques de population préconisées jusqu'à présent (souvent réduites à la planification familiale) ainsi que celle de A. Noumbissi relative aux théories sur la fécondité, montrent l'inadéquation des solutions proposées et l'inefficacité d'une action sur la seule variable démographique. Selon A. Noumbissi, il faut trouver une nouvelle approche, revoir le système éducatif afin d'aboutir à une *"mutation des valeurs et stratégies"*.

P. D. Diouf, quant à lui, souligne *"qu'on oublie trop souvent que les politiques de développement mises en oeuvre participent pour une large part aux échecs enregistrés çà et là"* ; et, que *"la croissance démographique peut souvent servir de prétexte à des autorités nationales ou internationales, soit pour masquer leur incapacité à faire face aux problèmes qui les assaillent, soit pour dégager leurs responsabilités dans des situations qu'elles ont créées ou qu'elles aident à entretenir"*.

Dans le même ordre d'idée, I. Ngondo a Pitshandenge propose d'aller *"au-delà de la population"* en recherchant les véritables mécanismes, endogènes et exogènes, du sous-développement. Il en identifie sept :

- l'héritage colonial ;
- la faiblesse des revenus ;
- l'absence de diversification et la faiblesse de l'industrialisation ;
- la lourdeur de la dette extérieure et du service de la dette ;
- le caractère défavorable de la balance des paiements ;
- le recul des aides au développement ;
- la mauvaise gestion des économies africaines.

Sur ce dernier point, et en référence à la contestation actuelle des systèmes politiques en place depuis les indépendances, l'auteur précise *"qu'on aurait tort de ne pas consacrer autant d'importance au problème de la démocratisation du continent qu'au problème de population"*.

CE QU'IL FAUT RETENIR DU DÉBAT

Les discussions ont fait ressortir à nouveau le clivage entre ceux qui pensent que la croissance démographique rapide est responsable des difficultés de développement, et ceux qui incriminent d'abord les politiques de développement suivies jusqu'à lors.

S'il existe un consensus sur la nécessité d'un ralentissement de cette croissance de la population, plusieurs intervenants ont exprimé leur confiance dans "l'intelligence collective" et leur réprobation d'une planification familiale imposée ; d'autres s'interrogent sur la durée de la prise de conscience puis de la réaction des individus face à la double dimension, individuelle et collective, des problèmes posés par une forte fécondité. Les divergences sont manifestes quant à la manière d'obtenir une réduction de cette dernière.

Le débat fut aussi l'occasion de soulever d'autres questions peu ou pas abordées par les communications.

Il a ainsi été regretté qu'aucun des textes présentés n'ait été consacré à la notion même de développement. Comment le définir ? Quels critères prendre en compte : économiques, sociaux, culturels ? Les intervenants ont rappelé que l'Homme doit être au centre du développement ; qu'il vaut par son nombre, mais aussi par sa qualité. Il a été souligné que la nécessaire réflexion critique sur les politiques de développement mises en oeuvre doit veiller à intégrer les relations d'interdépendance entre les pays du Nord et ceux du Sud.

De nombreux intervenants ont rappelé l'importance du phénomène migratoire, qui a été et continue d'être une composante essentielle de la dynamique démographique des sociétés africaines. Dans certaines zones rurales particulièrement touchées par le départ des hommes adultes, on peut déjà observer une inadéquation de la structure par âge de la population pour assurer la production agricole. Les politiques de retour à la terre proposées ici et là n'ont que très peu d'impact ; une des causes de leur échec tient à l'absence d'une véritable réforme agro-foncière. Initiée en réponse à certaines difficultés la migration en crée d'autres, notamment en ville. Sans aucun doute, l'évolution de la croissance démographique sera également déterminée par les possibilités et les limites du phénomène migratoire.

EN GUISE DE CONCLUSION

Toutes les communications confirment le constat d'une croissance rapide de la population dans les pays africains. Elle survient cependant dans des contextes d'occupation de l'espace et d'exploitation des ressources très

différents (par exemple, au Congo et au Burundi). Si, partout, l'évolution récente des indicateurs du développement économique et social conduit au constat d'une dégradation globale de la situation, un consensus est apparu pour rejeter l'idée selon laquelle la croissance démographique en est seule responsable.

Cependant, la nécessité d'une maîtrise de cette croissance est reconnue par tous : la population africaine ne peut pas croître indéfiniment. Mais les questions sur l'ampleur d'un ralentissement, sur le moment et la manière de le réaliser restent posées. De nombreuses critiques ont été portées, à juste titre, sur les politiques et programmes de planification familiale mis en oeuvre sur le continent africain. Il s'est par ailleurs avéré que la forte fécondité, observée à peu près partout, n'est pas une spécificité structurelle des sociétés africaines : elle traduit des comportements (sociaux, religieux, économiques, etc.) relevant de logiques individuelles et collectives face à une situation donnée. Une préoccupation majeure devrait donc être de chercher à mieux comprendre les causes et les mécanismes du maintien d'une fécondité élevée. Là, résident les germes de sa baisse.

L'évolution future de l'autre composante naturelle de la croissance démographique – la mortalité – suscite de graves interrogations. La mise à mal des systèmes santé sous l'effet de la "crise" et des programmes d'ajustement structurel, ainsi que le développement de l'épidémie du SIDA font peser de lourdes menaces...

Si la migration a joué un rôle essentiel dans la dynamique démographique et économique de nombreux pays africains, on doit s'interroger aujourd'hui sur le devenir de la solution migratoire (surtout internationale), dans des contextes régionaux caractérisés à la fois par une croissance démographique rapide et une situation socio-économique qui se dégrade. Ainsi, en contrepoint des discours prônant la nécessité d'un renforcement des ensembles régionaux avec une libre circulation de la main-d'oeuvre, ne risque-t-on pas de voir s'affirmer des politiques nationales de plus en plus protectionnistes dans les pays d'accueil ? En témoignent les expulsions des étrangers déjà observées ici et là (au Nigéria, au Gabon, au Congo, au Zaïre), ainsi que l'intention affichée aujourd'hui par le gouvernement ivoirien de "maîtriser l'immigration".

Par ailleurs, la migration vers les pays des autres continents, et surtout vers les pays industrialisés, s'annonce de plus en plus restrictive et difficile. La situation actuelle de l'Afrique est radicalement différente de celle d'une Europe d'hier, où les mouvements considérables d'émigration qui avaient accompagné la croissance démographique s'étaient produits dans un contexte d'expansion économique et de conquête politico-militaire.

Cela dit, l'Afrique reste un continent globalement peu peuplé, avec d'importantes disponibilités en terre...

Dans le prolongement du colloque de New York, les travaux de cette séance montrent à nouveau que la relation entre croissance démographique et développement est avant tout une relation d'interdépendance, assurément complexe. C'est au-delà du seul facteur population, qu'il faut aller chercher les causes fondamentales des difficultés de développement sur le continent africain.

Comme le propose I. Ngondo à Pitshandenge, ne conviendrait-il pas d'accorder une attention particulière au processus de démocratisation en cours dans de nombreux pays ? Au-delà de l'aspect purement politique (pluralisme des partis), on peut attendre, du moins espérer, que ce processus mené à terme conduise notamment à des politiques de développement plus adaptées aux conditions et aux besoins des pays, à une gestion plus rationnelle et plus équitable des ressources nationales et internationales...

BIBLIOGRAPHIE

- BOSERUP E., 1965, *The conditions of agricultural growth ; The economics of agrarian change under population pressure*, London, Allen & Unwin Ltd, 124 p.
- BOSERUP E., 1981, *Population and technology*, Blackwell, 255 p.
- BRUNTLAND G. H.(Chair), 1987, *Our common future*, World Commission on environment and development, Oxford University Press.
- CHAIRE QUETELET, 1990, *Intégrer population et développement*, Actes à paraître.
- COMMISSION SUD (Rapport de), 1990, *Défis au Sud*, Economica, Paris, 324 p.
- GENDREAU F. et al., 1991, *Les spectres de Malthus*, EDI-ORSTOM-CEPED, Paris, 442 p.
- HERLICH P. R., 1982, Human carrying capacity, extinction and nature reserves, *Bioscience*, vol. 32, n° 5.
- HORLACHER D.E., HELIGMAN L., 1991, Nouvelles perspectives sur les conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement, in Tapinos G. Blanchet D., Horlacher D.E. (eds), *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, INED-Division de la Population des Nations Unies, New York, pp. 332-367.
- KEYFITZ N., 1991 a, Population and development within the ecosphere : one view of the litterature, *Population Index*, vol. 57, n° 1, Spring 91, pp. 5-22.
- KEYFITZ N., 1991 b, Toward a theory of population-development interactions, in *Resources, environment, and population : present knowledge, future options*, Davis K., Bernstam M. S. (eds), Oxford University Press, New York, Oxford, England, pp. 295-332.
- RAMADE F., 1989, Les catastrophes écologiques. Une menace pour l'avenir de l'humanité, *Futuribles*, n° 134, pp. 63-78.
- SIMON J., 1981, *The ultimate resource*. Princeton University Press.
- TAPINOS G, BLANCHET D., HORLACHER D.E. (eds), 1991, *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, INED-Division de la Population des Nations Unies, 367 p.
- VERON J., 1989, *Eléments du débat population développement*, Les Dossiers du CEPED, Paris, n° 9, pp. 3-48.

PROBLÉMATIQUE DU DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA : AU-DELÀ DE LA POPULATION

Iman NGONDO a PITSHANDENGE

LA PART DE LA POPULATION

“Ayez des enfants, devenez nombreux, peuplez toute la terre”
(Genèse, 1, 28)

Tel semble avoir été le premier ordre que, suivant la tradition judéo-chrétienne, le Créateur a donné à nos premiers parents. Jamais un ordre n'aura été aussi bien suivi si l'on sait que de ces deux Etres sont issus plus de 5 milliards d'âmes, que la terre compte aujourd'hui. Cette multiplication des humains a posé des problèmes dans certaines parties du monde en raison de ses répartition et évolution inégalitaires, et de la coïncidence des mouvements démographiques spécifiques avec des sphères socio-économiques précises.

L'analyse montre qu'au cours des millénaires, l'accroissement de la population est resté lent à cause du faible niveau de développement des forces productives et de la forte dépendance de l'homme vis-à-vis de la nature. En dépit d'une natalité estimée voisine du maximum physiologique, l'effectif de la population semble s'être maintenu à un niveau presque constant.

Il a fallu à l'humanité des millions d'années pour atteindre un effectif de 250 millions au début de notre ère. La population de la Terre, qui était d'un milliard en 1850, est passée à 2 milliards en 1930, soit 80 ans après et il n'a fallu que 30 ans pour qu'elle parvienne à 3 milliards d'individus, en 1960, et 15 ans pour qu'elle atteigne 4 milliards, en 1975. Actuellement elle s'élève

à plus de 5 milliards et les perspectives font état de 6 milliards d'individus en l'an 2000. Le rythme de croissance moyen mondial atteint aujourd'hui un niveau très élevé : 1,7 % en moyenne par an.

Les mauvaises conditions de vie, les épidémies, les guerres dévastatrices et la malnutrition sont autant de phénomènes cités pour expliquer la lenteur de la croissance démographique par le passé. Malthus a parlé, à ce sujet, de freins négatifs et positifs qui ont su maintenir la population dans des limites compatibles avec les moyens de subsistance.

Aujourd'hui, les progrès de la médecine moderne, la lutte plus efficace contre les maladies endémiques et les facteurs du développement qui ont enrayeré ces fléaux ont favorisé l'augmentation de la population, même si l'usage des méthodes contraceptives en a atténué l'ampleur depuis 1965-1970.

L'étude du niveau actuel d'accroissement de la population mondiale révèle qu'il est dû en grande partie à l'accélération de la croissance des régions en développement. La population des pays en développement est en effet passée de 1,7 milliard en 1950, à 3,3 milliards en 1980 pour atteindre 4 milliards en 1990 alors que la population des pays développés au cours des mêmes années s'élevait à 832 millions, 1,1 milliard et 1,2 milliard. Le poids démographique du Tiers-Monde a donc considérablement augmenté, 66,9 % en 1950, 74,4 % en 1980 pour arriver à 76,9 % en 1990. En l'an 2000, et suivant les perspectives des Nations Unies, quatre habitants sur cinq seront ressortissants de pays sous-développés.

La rapidité de cette croissance démographique et les problèmes qu'elle engendre tiennent actuellement, et à juste titre, une grande place dans la politique intérieure des Etats et plus particulièrement dans les pays en développement qui souffrent de graves carences sociales et économiques et cumulent de ce fait, pauvreté et morbidité.

L'Organisation des Nations Unies et de nombreuses autres institutions et agences internationales se préoccupent sérieusement des problèmes liés à cette croissance démographique rapide et des conférences internationales au niveau des gouvernements ont été initiées pour tenter de résoudre les difficultés économiques, sociales et politiques qui en découlent.

Quels sont exactement ces problèmes imputables à l'accroissement de la population ? Sont-ils de même nature dans tous les pays dits du Tiers-Monde ? En Afrique, quelles sont les principales caractéristiques de cette croissance démographique et l'impact réel sur le développement social et économique du continent ?

C'est à ces interrogations que nous tenterons de répondre, en présentant dans un premier temps les traits marquants de la démographie africaine en rapport avec le développement, les problèmes qu'ils suscitent, les remèdes proposés, les obstacles à l'application et à la réussite de ces remèdes ainsi que les perspectives d'avenir. Au-delà de cette analyse classique et de l'aspect, que nous estimons sectoriel du rapport population-développement, nous essayerons de montrer, que la problématique du développement africain dépasse largement la seule dimension démographique et qu'il importe de rechercher, au-delà du facteur aggravant que constitue la population, les éléments permettant de comprendre le sous-développement et d'aider à leur solution. Notre étude sera centrée sur l'Afrique au Sud du Sahara.

L'AFRIQUE, LE CONTINENT LE PLUS PAUVRE ET LE PLUS PROLIFIQUE

La croissance démographique

Dans le concert des Nations en développement, l'Afrique connaît la croissance la plus forte jamais enregistrée au niveau d'un continent, avec un taux actuel de 3,0 % par an au lieu de 2,6 % en 1965-73, elle dépasse aujourd'hui l'Asie dont le taux est passé durant la même période de 2,7 % l'an à 1,6 % en 1987-1990. L'effectif de la population africaine a augmenté : 224 millions en 1950, 479 millions en 1980 et 661 millions en 1990. Il atteindra 884 millions en 2000, (soit le chiffre de population actuel de l'Inde) et selon les projections des Nations Unies une population de l'ordre de 1 481 millions en 2020. Ainsi, en 70 ans, l'effectif de la population africaine aura été multiplié par 6,6 (Nations Unies, 1989).

Bien que l'Afrique reste le continent le moins densément peuplé, avec une moyenne de 19 habitants au km², elle voit son poids démographique croître de façon suivie : 8,9 % de la population mondiale en 1950, 11 % en 1980 et 13 % en 1990. On estime que, dans le courant de la deuxième moitié du XXI^e siècle, *“lorsque, dans l'ensemble, la population aura cessé de croître, c'est presque essentiellement d'Afrique que proviendraient les derniers et faibles accroissements de la population mondiale”* (Nations Unies, 1989).

Si cette croissance de la population de l'Afrique inquiète autant, c'est à la fois en raison de la grande pauvreté de ce continent et de l'absence d'amorce d'une décélération de ce rythme de croissance.

Parmi les régions sous-développées, l'Afrique est encore le parent pauvre quant au développement socio-économique. Dans une étude comparative sur le sous-développement, J. Grinblat (1977), à partir d'un certain nombre de

critères, a montré, que l'Afrique venait en dernière position concernant la mortalité, l'éducation, le statut de la femme, le revenu et le degré d'urbanisation. De gros écarts apparaissaient pour la mortalité infantile, dont le niveau était plus du double de celui des autres régions. La proportion d'alphabétisés était moins de la moitié inférieure à celle des autres régions tout comme le rapport femmes alphabétisées/hommes alphabétisés qui était inférieur de 40 % à celui de l'Asie et de 63 % à celui de l'Amérique. Il n'est pas certain que depuis cette époque, la situation se soit considérablement améliorée. La mortalité infantile se situe à 100 pour 1000 en 1990 contre une moyenne de 71 pour 1000 dans les pays en voie de développement. Selon la FAO et la Banque mondiale, que citent les Nations Unies (1989), le taux de croissance de la production alimentaire a égalé ou dépassé le taux de croissance démographique partout dans les grandes régions du Tiers-Monde sauf en Afrique où la différence a été négative : - 1,1 %.

Au regard des efforts des gouvernements d'une part, pour augmenter le niveau de revenu par tête et la production, procurer une alimentation suffisante et d'autre part, pour assurer l'ordre, la justice, une bonne répartition du revenu, le niveau trop élevé de la fécondité africaine, la structure par âge de la population et l'urbanisation désordonnée apparaissent comme des entraves aux actions entreprises.

Une fécondité stationnaire et une population jeune

Le rythme d'accroissement de la population africaine se maintient en raison de la persistance d'une forte fécondité (45 pour 1000) qui se conjugue avec une mortalité en diminution (15 pour 1000, en 1990). Les différences sont peu importantes d'une sous-région à l'autre, mais dans quelques pays d'Afrique Centrale, le Cameroun, le Gabon, le Congo, la République Centrafricaine et le Zaïre, certaines populations souffrent d'une stérilité pathologique. Les pays d'Afrique Australe se distinguent du reste à cause de l'influence de l'Afrique du Sud pays très développé.

Les différentes études réalisées montrent une persistance du niveau élevé de fécondité :

“Si l'accroissement de la population est si élevé en Afrique, c'est que la fécondité s'est maintenue ou à même augmenté. Tous les pays africains figurent sur la liste de ceux où la fécondité est restée stable ou a augmenté entre 1980-1985” (Nations Unies, 1989).

“Les estimations disponibles à des dates différentes dans certains pays suggèrent une augmentation de la fécondité. Les indications d'un début de déclin de la fécondité sont plus difficiles” (Page, 1988).

“S’agissant de la tendance générale de la fécondité en Afrique, l’examen des données montre que, sauf dans les trois pays arabes (Maroc, Egypte et Tunisie), la fécondité n’aurait pas évolué au cours des 20 dernières années” (Gueye, 1989).

De cette forte fécondité, il résulte une structure par âge particulièrement jeune : les individus de moins de 15 ans représentent partout plus de 45 % de la population. Les charges d’entretien, pour l’éducation et la santé en particulier, absorbent une part importante des budgets des états.

Une urbanisation anarchique

Aux problèmes strictement démographiques, s’ajoutent les méfaits de l’urbanisation rapide.

Sauf pour quelques pays dont ceux de l’Afrique du Nord, l’urbanisation est récente et d’origine coloniale pour une bonne partie du continent. L’Afrique est, dans son ensemble, très peu urbanisée, seulement 34 % de sa population en 1990 vit en ville au lieu de 72 % pour l’Amérique latine, dépassant à peine la moyenne des pays en développement. Par contre, la croissance rapide de la population urbaine (5 % entre 1985-1990) pose un problème. A l’opposé de l’Europe où la genèse de l’urbanisation est associée étroitement à une expansion des industries urbaines et à la nécessité de main-d’oeuvre, le mouvement en Afrique est provoqué par les difficultés économiques en zone rurale. Les populations migrent en ville à la recherche de conditions de vie supposées meilleures dans ces lieux où sont regroupées les infrastructures scolaires, sanitaires.

La croissance de la population urbaine est aggravée par le maintien d’un niveau de fécondité élevé en ville. Bien des observateurs (Romaniuk, 1967 ; Tabutin, 1982 ; Timnou, 1991) ont expliqué un tel comportement par *“une propension pronataliste innée et fortement ancrée qui trouverait un terrain d’expression dans les conditions sanitaires particulièrement favorables réunies par le contexte urbain”* (Ngondo a Pitshandenge, 1991).

L’urbanisation a en général pour conséquence un développement anarchique des villes et un engorgement de la capitale. A titre d’exemple, signalons que la ville de Kinshasa, au Zaïre, avec ses 2 654 000 d’habitants en 1984, représentait respectivement 9 % de la population totale et 31 % de la population urbaine du pays (Institut National de la Statistique, 1991).

Les conséquences les plus visibles de cette urbanisation rapide sont, notamment, l’expansion du chômage, la détérioration des conditions de vie et de l’environnement, le développement d’un habitat précaire, et l’augmen-

tation de la délinquance. Elle entraîne parfois une tendance à la "ruralisation" des comportements : polygamie, unions de fait, recours à la sorcellerie, aux groupes de prière... Cette croissance nécessite un développement important des infrastructures communautaires (alimentation, eau, électricité, transport...) pour satisfaire les besoins des populations. Les gouvernants privilégient les investissements dans ces villes aux dépens des zones rurales.

Toutes ces difficultés se posent dans une conjoncture de crise où la pauvreté et la misère sont les lots de la majorité des citoyens. Et si l'action sur la population apparaît comme un des facteurs de solution, elle ne semble pas le seul facteur déterminant et il convient de s'interroger sur les relations existantes entre croissance démographique et développement.

L'histoire n'offre aucun exemple clair où la forte population aurait contribué à "sous-développer" un pays. Bien au contraire, elle montre même que la grande révolution industrielle s'est réalisée parallèlement avec une expansion démographique. D'autre part, l'histoire n'offre pas non plus d'exemple d'un déclin de fécondité ayant conduit à lui seul à la croissance économique.

Il faut donc rechercher au delà du facteur population, les mécanismes générateurs du sous-développement. A notre avis, ces mécanismes comprennent des facteurs exogènes (héritage de la colonisation et impact des relations économiques internationales) et des facteurs endogènes dont la mauvaise gestion.

ORIGINE ET CONTENU DU SOUS-DÉVELOPPEMENT

L'héritage colonial

Le concept de "sous-développement" ne peut être étudié que par référence à celui du "développement". Le développement est souvent appréhendé en relation avec le modèle de vie du monde occidental, modèle largement inspiré du capitalisme.

Les pays africains ont vécu une période plus ou moins longue de colonisation. Subordination politique, la colonisation a détruit les équilibres anciens et désintégré les structures et valeurs traditionnelles en leur juxtaposant des secteurs d'économie moderne et en modifiant le volume, la structure, le contenu et la direction des échanges. C'est ainsi que se justifie le caractère extraverti des économies dans celui des communications (industries à privilégier, tracés de chemins de fer, installation des ports...) en fonction des besoins de l'exportation vers les économies dominantes. Il en a résulté une

dépendance structurelle, culturelle, psychologique et économique dont les anciennes colonies se défont difficilement.

Grâce au phénomène d'échange inégal, on peut aujourd'hui affirmer, et non sans raison, que le développement se nourrit du sous-développement.

La faiblesse du revenu

Aujourd'hui, un peu plus qu'hier, les facteurs conjoncturels aggravent le sous-développement de l'Afrique et prédisposent à un avenir sombre. En 1990, le revenu moyen par habitant est de 600 dollars U.S. en Afrique contre 710 dollars en moyenne pour les pays en développement et 15 830 dollars par habitant dans les pays développés. Parmi les 42 pays classés par la Banque Mondiale comme pays à plus faible revenu en 1989, vingt-sept pays, soit plus de la moitié, sont africains. Ces vingt-sept pays, dont le revenu annuel moyen varie entre 120 et 500 dollars par habitant, hébergent 60 % de la population du continent.

Douze pays, (le Sénégal, le Zimbabwe, le Maroc, l'Égypte, la Côte-d'Ivoire, le Congo, le Cameroun, le Botswana, la Tunisie, l'Île Maurice et l'Afrique du Sud), font partie de la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire, tandis que seuls trois pays, à savoir le Gabon, l'Algérie et la Libye figurent dans la tranche supérieure de cette catégorie des pays à revenu intermédiaire (Banque Mondiale, 1989), ces trois pays étant des pays exportateurs de pétrole.

Le niveau de vie des populations s'est dégradé puisque le PNB en Afrique subsaharienne a connu une chute brutale en 1973-1980 et n'a plus atteint son niveau de 1965-1973, soit 3,1 % l'an. Cette situation est plus critique que celle de l'Asie de l'Est, de l'Asie du Sud et de l'Amérique Latine et Caraïbes (BAD, 1991).

L'absence de diversification et la faiblesse de l'industrialisation

La faiblesse du revenu se trouve aggravée par l'insuffisance de l'industrialisation et de diversification dans les produits d'exportation. Producteurs de matières premières, les pays africains sont dépourvus des possibilités de transformation et contraints de les exporter à l'état brut, alors qu'ils doivent importer des produits finis.

Les économies de la plupart de ces pays sont marquées par la prédominance d'un seul produit d'exportation : le pétrole pour le Gabon, le Congo et le Nigéria, le cuivre pour le Zaïre et la Zambie, la bauxite pour la Guinée, les

cultures de rente pour la Côte-d'Ivoire avec tous les aléas du secteur agricole (sous-emploi saisonnier, rendements décroissants des sols par manque d'engrais, désertification...).

La lourdeur de la dette extérieure

La dette extérieure du continent est passée de 9 911 millions de dollars U.S en 1970 à 249 607 millions en 1990, soit une augmentation annuelle de 2,4 %. La charge du service de la dette, a également subi une augmentation drastique puisqu'elle est passée de 1 004 millions en 1970 à 17 722 millions en 1990 (Banque Africaine de Développement, 1991).

Une telle dette ne pourrait se justifier que si les fonds étaient consacrés à des activités rentables ou productrices d'emplois. Malheureusement, tel n'est pas le cas.

La détérioration de la balance de paiement

L'endettement de l'Afrique sub-saharienne et les difficultés de remboursement de cette dette sont accentués par le renchérissement des prix des produits pétroliers pour les pays non producteurs et la détérioration de la balance des paiements, l'intérêt de la dette des pays africains est supérieur au taux de croissance économique, et ces pays africains sont obligés d'effectuer des transferts nets de leurs capitaux au profit de leurs créanciers. Leur solvabilité est réduite, par la détérioration des termes de l'échange sur les marchés des produits agricoles mais également des produits miniers. Les produits africains, en général des produits primaires, sont exportés à des prix de plus en plus bas par rapport aux prix à l'importation, situation qui s'aggrave avec la tendance d'un recours de plus en plus important aux produits de substitution.

Les états africains se trouvent donc confrontés à une situation de plus en plus critique. Tel le mythe de Sisyphe, le remboursement de la dette est chaque année dépassé par le service de la dette de sorte que ces états sont obligés de s'endetter de nouveau pour pouvoir rembourser les dettes et intérêts des dettes antérieures.

Le recul des aides au développement

On assiste à un désengagement des bailleurs de fonds en Afrique, et tout particulièrement en Afrique sub-saharienne, qui risque de s'accroître avec l'ouverture vers l'Europe de l'Est dont la capacité de solvabilité est plus grande. Dans la perspective des accords internationaux de libre échange des

produits agricoles, de l'approfondissement et de l'élargissement du marché commun européen des conséquences des augmentations de prix du pétrole et de la baisse soutenue des matières premières, l'avenir s'annonce bien difficile pour les pays africains.

A ceci, il faut ajouter les effets des programmes d'ajustement structurel imposés à l'Afrique par la Banque mondiale et le FMI, lourds de conséquences sur la situation sociale des populations : l'équilibre de la balance des paiements se réalisant au prix de sacrifices sociaux pour les couches les plus vulnérables.

Les problèmes de gestion

Les obstacles au développement ne sont pas uniquement dus aux seuls pays développés, beaucoup de responsabilités pèsent sur l'Afrique elle-même. Devenus indépendants au début des années 60, la plupart des pays africains se sont vus aussitôt imposer des régimes politiques d'exception issus de coups d'état militaires et reposant sur des partis uniques. Une oligarchie, contrôlant à la fois l'administration, la politique, l'armée et le commerce, a réussi à s'accaparer l'Etat comme une fin en soi et non pour y imposer un programme ou une manière d'orienter le développement.

Pour des raisons de géostratégie mondiale, ces gouvernements ont été soutenus, soit par l'Est, soit par l'Ouest, en dépit de leur mauvaise gestion et de certaines violations des droits de l'homme.

Les conséquences de cette situation sur le développement sont aujourd'hui connues : restriction des libertés et droits fondamentaux, tendance à l'arbitraire, manque d'esprit de compétitivité, ralentissement de l'esprit d'initiative vers des actions constructives et positives, propension vers des actions politiques d'éclats souvent non consistantes, manque de stimulation de la conscience professionnelle, appât du gain et enrichissement sans cause. Des habitudes de consommation et de dépenses ostentatoires ont été cultivées qui ont miné la capacité d'investissement des pays africains et hypothéqué leur développement.

Ces problèmes de la démocratisation du continent se conjuguent avec les problèmes de population pour influencer sur les conditions de développement des pays africains. Il convient d'étudier les politiques à appliquer pour résoudre ces problèmes de sous-développement et de croissance démographique.

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT : QUELLES SOLUTIONS PROPOSÉES ?

Les solutions proposées doivent s'inscrire dans les deux optiques de la question et concerner d'une part les politiques de population et d'autre part les actions tendant à briser les structures du sous-développement.

Les politiques de population : le cadre théorique

Plusieurs auteurs ont évoqué les interventions possibles pour résoudre le problème population et développement.

Les solutions dominantes sont inspirées par une vision où les effectifs de population et les possibilités de développement sont considérés comme exclusifs l'un de l'autre.

Le courant populationniste représenté par les auteurs tels que A. Sauvy (1952), J. Simon (1977, 1981), E. Boserup (1965) ne rencontre maintenant que peu d'échos au niveau officiel, de sorte que les politiques démographiques préconisées pour les pays du Tiers-Monde en général, et de l'Afrique en particulier, sont actuellement largement marquées par la pensée néo-malthusienne.

Les politiques en question se fondent sur de nombreux modèles démographiques de développement élaborés pour quantifier les effets de la baisse de la fécondité sur la croissance économique des pays (Demeny, 1961 ; Harrod, 1959 ; Domar, 1957 ; Coale, Hoover, 1958 ; Fox, 1969 ; Gavin, 1969 ; Kuznets, 1967). Ces modèles tentent de prendre en considération l'ensemble des relations dynamiques réunissant croissance démographique et développement économique. Ils procèdent fondamentalement d'une démarche que l'on peut ainsi synthétiser : une baisse de fécondité engendre, au terme de quelques années, deux séries principales d'effets qui se conjuguent pour accroître le revenu par tête :

- une diminution du nombre d'enfants à charge dans la société, qui, à son tour, entraîne une baisse relative des coûts d'éducation, de logement, de santé et des infrastructures sociales par habitant et, permet ainsi d'accroître le niveau des investissements et de les orienter vers les secteurs de l'économie les plus productifs ;
- un ralentissement de la croissance de la main-d'oeuvre qui, tout en contribuant à la résorption du chômage, permet d'accroître et d'améliorer les équipements et d'augmenter ainsi la productivité de la main-d'oeuvre.

Aussi la planification familiale semble-t-elle s'imposer comme le moyen de parvenir à une baisse importante de la fécondité qui contribuera à l'augmentation de la capacité d'épargne et d'investissement (Faruquee, Gulhai, 1983).

Les politiques de population en Afrique : leurs traits dominants

Les politiques de population proposées revêtent plusieurs formes et transitent par diverses voies : une politique d'espacement des naissances, une politique de santé et de protection maternelle et infantile, la lutte contre la mortalité maternelle, la promotion de la maternité sans risque et du bien-être familial, l'éducation sexuelle. (Gubry, Sala-Diakanda, 1989 ; Locoh, 1989).

Les traits caractéristiques ci-après marquent ces actions et en conditionnent aussi l'efficacité.

Qu'elles soient initiées par des organismes privés ou par l'Etat, les dites politiques sont dictées à partir du sommet de la pyramide. De ce fait, elles sont rarement des politiques populaires. Le hiatus est aggravé par le caractère trop technique accompagnant la présentation et la justification de ses actions.

Elles sont d'inspiration extérieure et généralement dictées par les agences internationales et les gouvernements occidentaux. Aussi, elles passent pour des initiatives néo-impérialistes, néo-colonialistes, à buts génocides non avoués (Ndaya, 1973) et sont reçues avec quelques réticences. Les programmes officiellement acceptés et signés n'ont pas toujours bénéficié d'une collaboration gouvernementale franche.

Elles s'implantent dans un environnement mental et culturel hostile : les sociétés restent, en majorité, dominées par des habitudes natalistes, liées notamment à une mortalité infantile se maintenant à un niveau encore élevé. En effet, plus les chances de décès d'un enfant sont importantes avant qu'il parvienne à l'adolescence (ce qui est le cas dans la plupart des pays africains), plus les parents essaient de compenser les décès probables par des grossesses fréquentes dans l'espoir d'avoir un maximum d'enfants qui survivent (Knodel, 1982). Donc, en l'absence d'une politique de sécurité sociale efficace, le nombre resterait encore facteur de survie et de condition de force du groupe. Dans ce contexte, les résultats de politiques de population restent, jusqu'à présent mitigés.

Par contre, les thèses populationnistes insistant sur l'effet créateur du nombre, sur le changement des mentalités apporté par des générations nouvelles, sur la possibilité d'une utilisation plus intensive des terres par une population plus dense et d'une plus grande productivité par unité de surface,

sur les innovations technologiques et sur les découvertes nouvelles suscitent un plus grand intérêt. L'exemple de quelques pays d'Europe où l'usage généralisé de la contraception amène un risque de dénatalité et de vieillissement, est encore brandi avec épouvante pour rejeter le principe de régulation des naissances.

Les dirigeants africains n'ont pas toujours admis l'explication faisant de la croissance démographique un des facteurs moteurs du sous-développement. Ce dernier était expliqué, au contraire, comme la conséquence des injustices historiques de la colonisation. La thèse de l'échange inégal défendue par Samir Amin (1957), où le sous-développement procède de l'exploitation de la périphérie par le centre, est à ce sujet révélatrice. L'argumentation économique trouvait jusqu'à récemment très peu d'échos en Afrique. Les énormes potentialités en ressources naturelles et les grandes étendues de territoire étaient les arguments les plus couramment avancés pour réfuter la nécessité de toute politique de limitation des naissances.

Et les dirigeants, lorsqu'ils admettaient l'existence des problèmes de population, tendaient à mettre plutôt l'accent sur les problèmes de santé, de migrations, de répartition de la population, du sous-équipement... C'est ce qui ressort des résultats de l'Enquête du Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) à la veille de la Conférence Internationale de Population à Mexico en 1984 (FNUAP, 1985).

Mais la situation du moment traduit une réelle évolution des mentalités et rares sont les pays africains qui continuent à nier catégoriquement l'existence d'un problème de population. Du plan de Lagos où l'autosuffisance alimentaire, l'intégration régionale et la croissance industrielle étaient les trois maîtres-mots permettant de faire face à la croissance démographique à l'affirmation sans équivoque, à Arusha en 1984 de la nécessité d'intervention, en passant par Bucarest (1974) où il a fallu une solution de conciliation, le chemin parcouru est long. Ainsi pouvons-nous estimer avec P. Gubry et M. Sala-Diakanda que l'on est passé de "*l'anti-malthusianisme à un malthusianisme prudent*".

Les actions proposées ou entreprises sont très peu contraignantes et se caractérisent par l'absence d'un projet dimensionnel. Hormis le cas du Ghana ⁽¹⁾ où les allègements fiscaux ont été limités à un nombre donné

(1) Le Ghana reste un des premiers pays africains à avoir préconisé, sans équivoque, la suppression des bénéfices à la maternité et des avantages fiscaux favorisant les familles nombreuses comme mesure dissuasives. Ainsi, les allocations du Gouvernement en faveur des enfants étaient limitées aux trois premiers enfants (cf le document publié par la République du Ghana : "*Planification démographique pour le Progrès et la Prospérité de la Nation. Politique du Ghana en matière de population*", 1969 : p. 24).

d'enfants, beaucoup d'initiatives mettent l'accent sur le libre choix des couples quant au nombre de leurs enfants et à leur espacement ; le rôle de l'Etat se limitant à mettre à la disposition des couples les moyens d'une contraception efficace. La réussite de ces politiques dépend de la collaboration des couples, acteurs primaires de la fécondité. Les raisons de santé de la mère et de l'enfant passent avant les considérations démographiques et sont les seules à être citées officiellement pour justifier les initiatives proposées.

Les politiques de naissances désirées, en ce qu'elles incorporent la lutte contre la stérilité, comportent une dimension nataliste. Par ailleurs, il n'est pas impossible que l'espacement des naissances, qui permet une plus grande survie infantile, n'aboutisse à des effets contraires, c'est-à-dire à l'accélération de la croissance naturelle.

Malheureusement, les exemples connus de politiques de population appellent une évaluation nuancée. L'échec de la politique indienne des années 1950, celui de la politique ghanéenne ou encore celui de la politique kényane invitent à la modération.

Les stratégies pour la rupture des structures du sous-développement

La problématique du rapport population-développement est perçue classiquement en terme d'opposition et d'exclusion. Il y est admis que la croissance démographique est trop rapide en Afrique, que cette croissance, résultat du maintien d'une fécondité élevée face à une mortalité en déclin, engendre une structure par âge où les charges d'entretien sont importantes et entravent les efforts pour l'augmentation du taux d'épargne et la possibilité d'investissements. Pour résoudre l'impasse, des solutions proposées tendent à tempérer le rythme de croissance, soit par des mesures directes, soit par des mesures susceptibles de modifier l'environnement. A l'heure actuelle, l'impact de plusieurs actions de régulation de la population reste mitigé et ce pour diverses raisons objectives.

En attendant, et vu le délai nécessaire pour qu'une politique de population puisse porter ses fruits, nous avons voulu amener à une prise de conscience pour montrer qu'au delà de la population comme facteur aggravant, du sous-développement, il existe d'autres facteurs et non des moindres. Ces facteurs tiennent, à notre avis, au passé colonial et au modèle de développement induit par la colonisation. Ils tiennent également aux déséquilibres persistants sur le plan du commerce international ainsi qu'aux évidentes erreurs de gestion qui ont marqué l'ensemble des Etats africains au cours des trente dernières années.

Les stratégies de développement devraient, désormais, avoir pour objectifs la rupture des cadres institutionnels du sous-développement. Les rapports dans le commerce international devraient être discutés en partenaires. Les aides extérieures devraient être davantage orientées vers des secteurs diversifiés, créateurs d'emplois et ayant des effets d'entraînement. La recherche de l'autosuffisance et de l'indépendance alimentaires permettrait l'augmentation du revenu et de la consommation, ce qui conduirait à la relance de la production intérieure.

Pour ce faire, nous estimons que l'assistance au processus de démocratisation des pays africains devrait s'inscrire aujourd'hui parmi les priorités de ceux qui militent pour un développement de l'Afrique. L'avènement de la démocratie, par la transparence et par l'équilibre des pouvoirs, apparaît comme le moyen indiqué de redressement et de moralisation de la gestion de la chose publique dans les pays africains.

BIBLIOGRAPHIE

- ADEPODJU A. 1991, La crise démographique en Afrique, vers l'élaboration de politiques efficaces, *Afrique Relance*, Document d'Information, n° 3.
- AMIN S. 1957, *Les effets structurels de l'intégration internationale des économies précapitalistes, Une Etude théorique du mécanisme qui a engendré les économies dites sous-développées*, Paris, Thèse.
- BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT, 1991, *Rapport sur le Développement en Afrique*, 104 p,+ tableau.
- BANQUE MONDIALE, 1989, *Rapport sur le développement dans le Monde*, tabl. 1, 192 p.
- BOSERUP E., 1965, *The Conditions of Agricultural Growth : The Economics of agrarian Change under Population Pressure*, Chicago, Aldine.
- COALE A.J.et HOOVER, 1958, *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*, New York, Princeton University Press.
- COALE A.J., 1972, *The growth and Structure of Human Population, A Mathematical Investigation*, Princeton : Princeton University Press.
- DEMENY P., 1961, The Economics of Government Paymts to Limit Population Growth, A Comment, in *Economic Devlopment and Cultural Change*, 9 (2), pp. 641-644.
- DOMAR E., 1957, *Essays in the theory of Economic Growth*, N.Y. Oxford University Press.
- FARUQUEE R.,GULHAI R. 1983, La rapide croissance démographique en Afrique au Sud du Sahara, Problèmes et Politiques, *Document de travail des services de la Banque Mondiale*, n° 559 F, 107 p.
- FNUAP, 1985, *Perspectives en matière de population, Déclarations de dirigeants mondiaux*, New York, 2^e Ed. 243 p.
- FOX G.L., 1969, *The net cost to Society of a Marginal Birth in Underdeveloped Countries*, Atlanta City.
- GAVIN J., 1969, *The Economic Effect of Decline Fertility in Less Development Countries*, The Population Council, New York.
- GRINBLAT J., 1977, *L'Afrique dans le concert des Nations*, New York, 1977, 98 p.
- GUBRY P., SALA-DIAKANDA M., 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances, in *Dossier du CEPED*, n° 6.
- GUEYE A.L. 1989, Estimations de fécondité dans les pays africains : sources des données, méthodes d'estimation, mesures récentes, in *Etude de la population africaine*, n° 3, p. 16, Dakar.
- HARROD R.F. 1959, *Towards a Dynamic Economics Growth*, London, MacMillan.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), 1991, *Recensement scientifique de la population 1984, Zaïre, aperçu démographique*, Kinshasa, 44 p.
- KNODEL J., 1982, Child Mortality and Reproductive Behaviour in German Village Population in the Pass : A Micro-level Analysis of Replacement Effect, *Population studies*, vol. 36, n° 2, pp. 177-200.

KUZNETS S., 1967, *Population and Economic Growth*, in *Proceeding of America philosophical Society*, 3 (3), 1967, pp. 170-193.

LANDRY A., 1983, *La Révolution démographique, Etudes et essais sur les problèmes de population*, Paris, INED.

LOCOH Th., 1989, Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo, in *Dossier du CEPED*, n° 6.

NATIONS UNIES, ECA, 1989, *Patterns, Causes and Consequences of Urbanization in Africa*, Addis Ababa, 62 p.

NATIONS UNIES, 1989 : *La population mondiale à la sortie du XX^e siècle*, New York, 143 p.

NDAYA G., 1973, Mise en garde d'un médecin africain, in *Séminaire international : Education sexuelle en Afrique Tropicale*, Bamako, C.R.D.I. Ottawa, CANADA 1973.

NGONDO a PITSHANDENGE I., 1991, A propos de théories de population, à paraître dans *Development Economic : An African Perspectives*, Association des Universités Africaines.

PAGE H., 1988, Fertility Planing in Sub-Saharan Africa, *The State of African Demography*, pp. 29-45.

PETHE V. P., 1981, *Population Policy and Compulsions in Family Planning*, Continental Prakashan Poona.

REPUBLIQUE DU GHANA, 1969, *Planification démographique pour le Progrès et la Prospérité de la Nation*, Politique du Ghana en matière de Population, 56 p.

ROMANIUK A., 1967, *La fécondité des populations congolaises*, Paris, La Haye, Mouton-IRES, 306 p.

SAUVY A. 1952, *Théorie générale de la population*, 2 vol., Paris P.U.F. 1963.

SIMON J., 1977, *The economics of population growth*, Princeton University Press, Princeton.

SIMON J., 1981, *The Ultimate Resource*, Princeton University Press, Princeton.

TABUTIN D., 1982, Evolution régionale de la fécondité dans l'Ouest du Zaïre, in *Population*, 37^e année, n° 1, janvier-février 1982, pp. 29-50.

TABUTIN D., 1990, *La croissance démographique de l'Afrique, bilan et perspectives*. Louvain-la-Neuve : Institut de Démographie.

TIMNOU J.P., 1991, Contexte d'une fécondité élevée en milieu urbain, in *Actes de la conférence "Femme, Famille et Population"*, Ouagadougou (Burkina Faso), 24-29 Avril 1991, vol. 2, pp. 93-105.

VERRIERE J., 1978, *Les Politiques de population*, Paris, P.U.F.

FÉCONDITÉ ET DÉVELOPPEMENT : DE QUELQUES THÉORIES

Amadou NOUMBISSI

INTRODUCTION

La relation "causale" entre fécondité et développement a été pendant des décennies la base de la théorie de la transition de la fécondité ou tout simplement la base de la théorie de la transition démographique ⁽¹⁾, tentative d'explication de l'évolution démographique des pays occidentaux. Cette théorie de la fécondité dite "classique" a été très vite généralisée aux pays en développement. Mais, avec le développement de la démographie historique et la diversité des situations dans le tiers monde, cette théorie, qui trouve l'origine de la baisse de fécondité dans les changements des structures socio-économiques, est remise en question depuis une quinzaine d'années dans nombre de publications et de débats.

Pour essayer d'appréhender les contradictions de ces courants de pensée et de mettre en exergue les positions idéologiques qui les sous-tendent, nous tenterons de remonter à l'origine de la théorie désormais classique avant de chercher une formulation qui, dans un cadre analytique, résumera peut-être les points de vue de quelques uns de ses précurseurs. Ensuite, nous essayerons de passer en revue les éléments qui ont permis et favorisé la remise en question de ladite théorie donnant ainsi lieu à de nouvelles propositions et reformulations. Enfin, nous nous demanderons quelle approche emprunter pour comprendre la réalité africaine d'aujourd'hui qui est celle des crises, de la misère et de "l'explosion démographique".

(1) La théorie de la transition démographique a été avant tout une théorie de la transition de fécondité (Tabutin, 1980).

LA THÉORIE CLASSIQUE DE LA TRANSITION DE LA FÉCONDITÉ

Le souci de relier la fécondité aux conditions socio-économiques d'une population donnée est probablement aussi vieille que l'histoire de l'humanité. Mais, pour être bref, nous remonterons seulement au XVIII^e siècle avec les écrits du pasteur anglican T.R. Malthus. Il affirmait, dans son "Essai sur le Principe de la Population" (1798), que "*le pouvoir multiplicateur de la population est infiniment plus grand que le pouvoir qu'a la terre de produire la subsistance de l'homme*", que la taille d'une population humaine peut être limitée par des freins préventifs (abstinence, célibat vertueux) ou destructeurs (guerre, famine,...), que les freins préventifs ne peuvent opérer efficacement que s'il y a une menace de misère, étant donné que les meilleures conditions d'existence et la disponibilité alimentaire entraînent une multiplication géométrique de la population. Il marquait ainsi l'ouverture d'un débat. A l'époque même de Malthus (aux lendemains de la révolution française), le débat est déjà houleux entre ceux que le penseur anglais appelle "*le clan des théoriciens abstraits*", les avocats de la perfectibilité de l'homme, et le clan des avocats de l'ordre établi. Le premier clan a foi en l'intelligence de l'homme capable d'innovations face aux défis du moment et le second, dans lequel se range finalement Malthus, se veut réaliste et trouve sur la route du progrès de grandes difficultés insurmontables.

Il faut attendre le début du XX^e siècle, et des auteurs comme W. S. Thompson (1929) et A. Landry (1934), pour avoir les bases d'une théorie de la fécondité qui recevra le label "classique". Ces auteurs seront suivis par F. Notestein (1945), K. Davis (1945), C.P. Blacker (1947) et par bien d'autres. A partir de l'observation des expériences européennes et à l'opposé de Malthus, ils trouvent qu'il y a une relation inverse entre l'industrialisation et la fécondité : la révolution industrielle a amélioré le niveau de vie et a surtout développé une aspiration générale vers plus de mieux-être qui, à son tour a favorisé la limitation de la progéniture. Il convient de remarquer avec D. Tabutin (1980) que dans la littérature de l'époque, les termes "industrialisation", "progrès", "croissance industrielle", "urbanisation", "développement socio-économique", etc. sont parfois interchangeables et ne sont pas toujours, ni clairement, ni précisément définis. S.E. Beaver (1975) fera une synthèse de ces hypothèses et explicitera les facteurs qui interviennent dans la relation causale fécondité-développement.

Le cadre analytique de Beaver (1975)

S.E. Beaver commence par dessiner le contour du terme "développement socio-économique". S'inspirant du modèle occidental, l'auteur énonce que

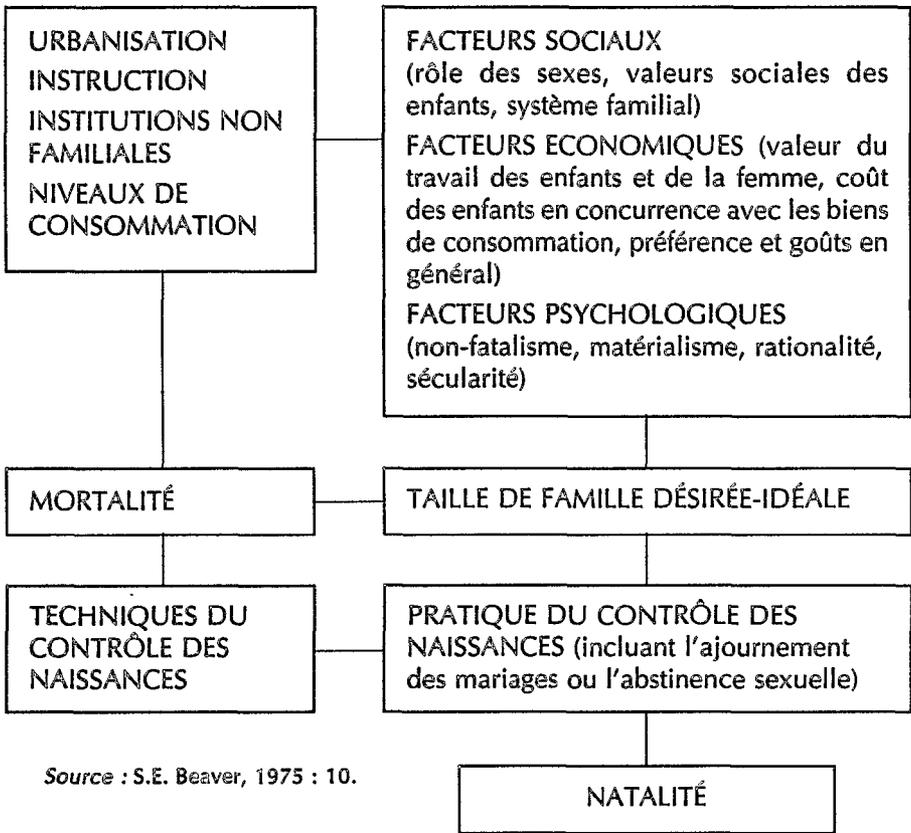
“le passage d’une société traditionnelle agraire à une société urbaine moderne comprend plusieurs aspects identifiables sur lesquels la plupart des scientifiques sont d’accord. Ainsi urbanisation, augmentation des niveaux de production et de consommation, émergence d’une économie monétarisée, progrès dans l’instruction, importance grandissante des relations sociales et des institutions non familiales, sécularisation croissante sont autant d’aspects du développement. Chacun de ces aspects est en lui-même un phénomène ; ils sont en relation entre eux et il apparaît un facteur commun qui rend le terme développement significatif. Une ou plusieurs dimensions de ce processus peut arriver indépendamment, mais finalement tout le reste doit suivre si la société doit changer et cette transformation est facilitée si tous les aspects évoluent plus ou moins ensemble. Si ces hypothèses sont admises, nous pouvons alors parler de développement socio-économique au sens large” (Beaver, 1975).

En se généralisant, l’urbanisation, l’instruction et les institutions non familiales entraînent des changements de comportement en matière de procréation et ce à travers les éléments suivants :

- les facteurs sociaux : relâchement de la division sexuelle des rôles qui pesait sur la femme, évolution du système familial, diminution de la valeur affective et sociale des enfants ;
- les facteurs économiques : diminution de l’importance du travail des enfants, coût croissant des enfants qui entrent en compétition avec les biens de consommation et poids économique du travail des femmes en dehors du foyer ;
- les facteurs psychologiques : diminution du fatalisme, croissance du matérialisme, de la rationalité et de la laïcisation.

Tous ces facteurs sont intermédiaires entre le “développement socio-économique” (considéré comme variable indépendante) et la “taille désirée ou idéale de la famille”. Cette dernière est aussi influencée par le niveau de mortalité qui prévaut dans la société. Le déclin de la fécondité est directement provoqué par le développement de la pratique du contrôle des naissances (y compris les pratiques d’abstinence sexuelle ou d’ajournement des mariages), phénomène lui-même lié à la disponibilité des techniques contraceptives.

Le cadre conceptuel ainsi présenté n’est qu’un résumé des principales relations suggérées par les différentes versions successives de la théorie classique de la fécondité des années 1950 aux années 1970. Chaque série de variables pouvant être influencée par toutes les autres (avec des effets en retour). La seule implication claire de la théorie est la valeur prédictive selon laquelle le développement socio-économique conduira à une baisse de la natalité, qui se produira après une baisse majeure de la mortalité.



Source : S.E. Beaver, 1975 : 10.

Nous devons préciser ici qu'il s'agit d'une théorie "très évolutionniste" qui s'inscrit dans la lignée des théories de la modernisation, ou de la convergence des sociétés industrielles des années 50. Comme le dit D. Tabutin (1984) dans une analyse critique de cette vision, *"les sociétés allaient se ressembler de plus en plus et le monde devenir de plus en plus homogène ; il y aurait en quelque sorte une évolution commune, dans une même direction, d'un point de départ (la tradition) à un point d'arrivée (la modernité), avec une rationalité et une efficacité, explicitement ou non, de type occidental"*. Dans cette vision, les variables culturelles sont considérées comme secondaires et chaque société se trouve à une étape particulière, à une certaine phase de la transition.

Bien avant la formalisation de S.E. Beaver, les Nations Unies (1963) avaient déjà quelque peu nuancé la trop grande généralisation de la théorie classique aux pays à revenus faibles. A partir d'une étude sur 125 pays, les auteurs ont confirmé l'hypothèse selon laquelle la fécondité baisse avec le développement socio-économique. Mais, en ce qui concerne plus

particulièrement les pays pauvres *“l’amélioration de la situation économique et sociale n’aura une répercussion sensible sur la fécondité que lorsque sera atteint un certain niveau de développement”* ; la fécondité entrera alors dans une phase de déclin. Ce point de vue est repris par R. Freedman (1979) qui mettra l’accent sur l’importance du développement social (santé, alimentation, réseau de communication) entraînant une amélioration minimale du bien-être social. C’est ce qu’on a appelé *“la théorie des seuils”*. Notons que ces auteurs ont aussi rejeté, par la même occasion, l’hypothèse selon laquelle la baisse de la fécondité serait la cause (et non la conséquence) du développement.

C’est probablement cette *“vision économiste”* qui a conduit certains auteurs et hommes politique à proposer le développement *“comme étant la meilleure pilule”* face aux adeptes du planning familial et autres *“promoteurs”* de techniques contraceptives. Ceci a donné lieu à des débats doctrinaux dont la Conférence Mondiale de la Population tenue à Bucarest en 1974 semble avoir été le point culminant. Avant d’évoquer les arguments idéologiques sous-jacents, notons que la théorie classique comporte bien des limites déjà soulignées par quelques auteurs.

Quelques limites de la théorie classique

Nous ne soulignerons que les deux points les plus faibles de cette théorie : les limites de la méthode d’analyse parfois utilisée et la confrontation même de la théorie avec les faits.

Puisqu’elle opère au niveau macro-sociétal, cette théorie ne peut être testée qu’à partir des données agrégées ou collectives. Cette façon de procéder entraîne le risque d’inférence fallacieuse : une relation positive observée au niveau agrégé entre fécondité et instruction par exemple peut ne plus l’être au niveau individuel. Cette critique, sur laquelle nous ne pouvons nous attarder ici, peut être adressée à l’étude des Nations Unies (1963), qui avait permis de valider la théorie des seuils.

En ce qui concerne la confrontation avec les faits, notons que la connaissance de la situation démographique et socio-économique de l’Europe pré-transitionnelle s’est améliorée et est de mieux en mieux prise en compte par les théoriciens de la transition démographique. Parmi les grandes études, *“le Projet de Fécondité Européenne de l’Université de Princeton”* a notamment permis de remettre en question l’explication de la baisse de la fécondité occidentale. Les auteurs comme A.J. Coale (1974), E. Van de Walle et J. Knodel (1980) ont trouvé que les pays européens connaissaient des situations sociales, économiques et même démographiques extrêmement

différentes au moment où la fécondité entrait dans la phase de déclin. Ainsi, la fécondité a commencé à décliner dans la France rurale à partir de 1780, dans la Hongrie rurale et pauvre du début du XIX^e siècle, ce avant l'Angleterre déjà très industrialisée à la même époque. Ces exemples suffisent amplement pour infirmer la théorie classique et l'antériorité des changements des structures socio-économiques sur la baisse de la fécondité. Ces exemples contredisent également l'idée d'une antériorité de la baisse de la fécondité sur le décollage économique et industriel. A ce propos, A. Sauvy (1986) remarque que les pays de l'Europe occidentale – au XIX^e siècle – *“ont connu à peu près la même évolution scientifique, technique, sanitaire,...”* et une forte différence sur le plan de la population. Mais, contrairement à toute attente, au plan économique l'augmentation du niveau de vie a été nettement plus faible dans les pays où la natalité était en baisse : les Anglais, les Allemands, les Hollandais, tous à population croissante étaient mieux nourris, mieux instruits et mieux logés que les Français dont la population était pourtant quasi stationnaire jusqu'à la deuxième guerre.

A côté de ces exemples européens et historiques, il y a lieu de mentionner l'apparition des situations nouvelles dans les pays dits en développement. Dans le tiers monde aujourd'hui, il existe des situations fort diversifiées. Certains pays économiquement pauvres selon les critères de la Banque Mondiale, comme l'Inde, l'île Maurice, le Sri-Lanka, l'Indonésie connaissent depuis quelques années des déclin de fécondité. Il en existe aussi à forte croissance économique qui, avec l'action conjuguée de l'ouverture vers l'occident et l'efficacité du planning familial, ont connu une baisse très rapide de leur fécondité. Il s'agit par exemple de Taïwan, de la Corée du Sud et particulièrement de Hong Kong et de Singapour. Cuba se trouve aujourd'hui parmi les pays à fécondité basse. Signalons en passant que ce dernier pays a adopté une politique de développement particulière basée sur des objectifs sociaux. C'est le lieu de mentionner le cas de certains pays qui connaissent plutôt une stagnation, voire une régression économique en même temps qu'une stagnation de la fécondité. Ceci est en général accompagné d'une certaine baisse de la mortalité entraînant alors dans ces pays un rythme de croissance de la population jamais égalée dans l'histoire. C'est précisément la situation de l'Afrique où les pays ont presque tous des taux d'accroissements naturels voisins de 3 % ; au Kenya par exemple, ce taux était, jusqu'en 1985, de l'ordre de 4 % (Frank, McNicoll, 1987), il en est de même du Rwanda et de la Côte-d'Ivoire. On y enregistre même parfois des légères hausses de la fécondité, comme au Zaïre où l'enquête EDOZA a permis d'observer une certaine augmentation de la fécondité avec une variable sociale comme l'instruction.

Parallèlement à cette explosion démographique, ces pays sont confrontés à une situation économique de plus en plus catastrophique. La multiplication de ces situations particulières a fourni aux chercheurs de nouveaux champs d'investigation leur permettant de produire de nouvelles théories de fécondité.

VERS DE NOUVELLES THÉORIES QUI RÉFUTENT OU COMPLÈTENT LA THÉORIE CLASSIQUE.

En vue de compléter ou de réfuter la théorie classique de fécondité, beaucoup de thèses ont été développées. Ces thèses sont tantôt à fondement culturel et/ou anthropologique, tantôt à fondement socio-politique (Chesnais, 1986). Il ne s'agit pas pour nous de suivre l'évolution de ces différentes thèses à partir de leur origine, mais de tenter d'en faire une synthèse avant de présenter les grands enjeux actuels autour de la question.

Signalons d'abord qu'en 1963, J. Leasure soulignait déjà, à partir de l'étude du déclin de la fécondité en Espagne, l'importance des facteurs culturels dans la compréhension des différences dans le début du déclin de la fécondité en Europe. En approfondissant l'analyse, A.J. Coale (1974) dira qu'il existe des conditions au démarrage de la baisse :

- la fécondité doit être le fruit d'un choix raisonné : les parents doivent considérer comme acceptable le mode de pensée et de comportement selon lequel l'on doit peser les avantages et les inconvénients avant de décider d'avoir un enfant ;
- réduire la fécondité doit être avantageux au niveau individuel compte tenu des conditions sociales et économiques ;
- les techniques efficaces de contrôle de naissance doivent être disponibles.

Cette façon de voir n'est pas très loin de la théorie de Caldwell qui puise ses arguments dans des études anthropologiques menées dans certains pays du tiers-monde. Ce dernier trouve comme préalable à une baisse durable de la fécondité l'inversion de la direction du flux des richesses et des biens entre les générations qui doit désormais aller des parents vers les enfants. Cet auteur pense que, dans les pays du Sud, cette inversion est provoquée par ce qu'il appelle "occidentalisation" ou le programme "caché" de "la scolarisation à grande échelle" (Caldwell, 1979).

Le débat n'est pas clos et certains auteurs trouvent à l'origine du déclin de la fécondité en Europe, la révolution culturelle et politique (qui est d'ailleurs à l'origine de la révolution industrielle). L'affaiblissement de l'église, la laïcisation, l'émergence des doctrines matérialistes et socialistes, etc. sont autant de facteurs qui ont favorisé la modification des schémas de nuptialité

et des structures familiales et le déclin de la fécondité apparaît alors comme une "partie d'un large processus d'émancipation sociale" ou une partie du changement social ou encore ce que L. Roussel (1987) appelle la "désinstitutionnalisation". C'est ce qui a probablement amené R. Lesthaeghe et C. Wilson (1982) à dire "qu'il faut nuancer l'analyse en termes de facteurs économiques et introduire des variables telles que la religion et la politique".

Les auteurs se réclamant du courant marxiste participent également à cette évolution de la théorie. On enregistre chez ces derniers une certaine évolution dans leur façon de conceptualiser la relation existant entre fécondité et développement : du courant matérialiste qui énonçait une dépendance univoque et irréversible des phénomènes démographiques aux phénomènes économiques ("*chaque mode historique de production possède sa loi spécifique de population*" selon D.D. Cordell et V. Piché, 1990), on en est maintenant à lier la compréhension des changements démographiques aux transformations dans les structures de production. Dans cette dernière approche, on insiste sur la nécessité de concevoir toute intervention démographique dans une vision systémique.

La situation démo-économique de la grande majorité des pays du tiers-monde (absence de développement socio-économique et explosion démographique) fournit plus que jamais des arguments aux courants néomalthusiens. Postulant qu'une forte croissance de la population entrave tout effort de développement, des organisations internationales et des gouvernements encouragent et implantent des politiques de planification familiale. Il convient de remarquer qu'à l'exception des politiques coercitives (comme en Chine par exemple), la plupart des programmes bien conçus ont connu des essoufflements et des échecs retentissants.

LE PLANNING FAMILIAL COMME SOLUTION AU PROBLÈME POPULATION-DÉVELOPPEMENT ?

L'engouement pour la baisse de la fécondité dans le Tiers-Monde repose actuellement sur ce qu'il convient d'appeler "l'idéologie du planning familial". Pour comprendre les véritables fondements d'une telle idéologie, il nous semble nécessaire de remonter jusqu'à ses origines.

Ayant fait sienne la pensée de Malthus selon laquelle la misère trouve son origine dans le principe de population, certains contemporains et disciples du célèbre pasteur trouvent que les solutions préventives (mariage tardif, célibat vertueux, abstinence,...) ne sont pas suffisantes pour faire obstacle à la croissance exponentielle de la population. Ils s'engagent dans la diffusion

des méthodes contraceptives jugées plus fiables : ainsi naît en Angleterre dans les années 1800, le courant de pensée dit néo-malthusien dont l'objectif avoué est la démocratisation des techniques efficaces du "birth control" (2). L'un des premiers militants est F. Place qui sera relayé dans les campagnes et propagandes destinées aux couches pauvres de la société, entre autres par C. Bradlaugh, A. Besart, J. Sutter (1950). Ces véritables propagandes utilisent alors les meilleurs moyens psychologiques pour convaincre les pauvres – dont la croissance numérique inquiète le plus – que l'amélioration de leur sort et l'élevation de leur niveau de vie passent par la pratique du "birth control".

Cette idéologie gagnera les Etats-Unis en 1833 où elle sera remodelée et prendra des formes insoupçonnées. Très vite des voix de protestation se lèvent et s'organisent pour devenir de véritables oppositions au "birth control" devenu "planning familial". En dépit des réticences de l'église et de l'Etat, ce courant d'idée évolue et s'internationalise. Après la fondation de la ligue pour la régénération humaine en France en 1896 par P. Robin, Paris abrite, en 1900, la première Conférence Internationale Néomalthusienne. Parallèlement, le mouvement s'intensifie et s'enrichit de nouveaux thèmes. Ainsi, M. Sanger, devenue chef du mouvement en 1910, introduit "l'émancipation de la femme" comme nouvel argument en faveur du planning familial. Elle fonde en 1914 la revue "The Woman Rebel" suivie de la "Birth Control Review" en 1917. Sous cette pression, les Etats et les Eglises finissent, les uns après les autres, par laisser faire : aux Etats-Unis en 1923, les Etats du Connecticut et de New York seront les premiers à légaliser l'enseignement du "birth control" et la même année, l'église anglicane anglaise prend position en faveur de celui-ci. En 1926, la chambre des Lords vote une loi légalisant l'enseignement du "birth control" dans les "Welfare Centers". Quelques années plus tard, des organisations de défense et de diffusion du "birth control" à vocation internationale verront le jour :

- la "Family Planning Association" est créée en Angleterre en 1930 ;
- la "Planned Parenthood Federation" succède à l'"American Birth League" ;
- l'"International Planned Parenthood Federation" est fondée en 1952 sous la houlette de M. Sanger, des suédoises E. Ottesen et Jensen et de l'indienne Dhavanti Rama Rau.

En moins d'un siècle, l'idéologie du "Birth Control" a gagné tous les pays développés, ses objectifs avoués étant l'amélioration du bien-être économique des populations pauvres et la libération de la femme. Mais ne perdons pas de vue la hantise de la catastrophe mise en évidence par Malthus, père-fondateur de la doctrine : les pauvres sont de trop et si rien n'est fait pour les limiter,

ils viendront perturber la tranquillité du "banquet des riches". Remarquons ici que, dans tous ces pays, malgré la ténacité de ses militants, cette doctrine n'a jamais fait partie intégrante d'une politique étatique ou nationale en matière de population. Elle est restée l'oeuvre des organismes privés aujourd'hui devenus non gouvernementaux. Il en sera différent dans le Tiers-monde.

La révélation du phénomène de la croissance démographique dans les pays en développement a introduit une nouvelle dimension dans la problématique du planning familial. La question de la croissance démographique est désormais perçue à l'échelle mondiale et les clivages entre pays riches et pays pauvres alimentent la controverse autour du planning familial. La montée en nombre des populations pauvres du tiers-monde face aux populations riches du nord au rythme de croissance de plus en plus faible suscite dans les pays développés des phobies de l'invasion et de la détérioration du niveau de vie. Cette détérioration résulterait d'une trop grande domination numérique, politique et culturelle des populations des pays du Sud ⁽³⁾.

Pour se faire entendre, les idéologues du planning familial tirent leurs arguments de la relation qui existerait entre croissance démographique et développement. Leurs principales hypothèses sont qu'une forte croissance de la population :

- entrave les investissements en faveur du développement économique et social ;
- occasionne une trop forte pression sur les ressources naturelles disponibles et sur l'environnement, occasionnant à long terme une détérioration des conditions de vie ;
- entraîne des problèmes sociaux telle que la montée du chômage.

En marge des arguments économiques, il y a lieu de signaler l'exploitation des "droits de l'homme" pour légitimer la diffusion du planning familial. Les apologistes du planning familial l'érigent en droit de l'homme et soutiennent leur position jusque dans les forums internationaux. De nouveaux éléments sont actuellement ajoutés à la liste des arguments : les préoccupations de santé de la mère et d'équilibre familial sont de plus en plus affichés. Ces nouveaux objectifs permettent de justifier les appellations données aux

(2) Répudiant les solutions préventives et morales de contraception préconisées par Malthus, les adeptes du "birth control" trouvent tous les procédés et techniques anticonceptionnels (y compris l'avortement et la stérilisation) bons (Sutter, 1950). L'invention du diaphragme occlusif en 1838 ouvre l'ère des techniques modernes et efficaces. Pour plus de détails, lire aussi J. Lestapis (1958) et A. Bergues (1960).

organismes et filiales opérant dans certains pays : la plupart s'intitulent "associations de bien-être familial" pour éviter les rejets que pourrait provoquer le terme de "planification familiale" (Locoh, 1989).

Cette propagande n'est plus laissée à la seule initiative privée. Bien que les organisations privées (celles citées ci-dessus auxquelles il faut ajouter les fondations Ford et Rockefeller, Milbank Memorial, etc.), continuent à oeuvrer pour "leur cause", les organisations multilatérales se mêlent de la partie :

- en 1946, l'O.N.U. crée la Commission de la Population au sein du Conseil Economique et Social ;
- en 1967, le FNUAP est créé. Parmi ses missions, figure en première ligne l'assistance aux Etats en matière de planning familial.

Dans le Tiers-Monde aujourd'hui, on est assuré que nombre de pays, sous la pression internationale, suivront l'exemple de la Chine, de l'Inde, des Philippines, du Costa-Rica, de Singapour, ... dans l'implantation des politiques de population qui se réduisent à des programmes de planning familial parfois coercitifs et draconiens. Par la déclaration de Kilimandjaro, publiée par la Commission Economique pour l'Afrique lors de sa deuxième conférence sur la population en 1984 à Arusha et par celle d'Harare, adoptées en 1986 lors de la conférence panafricaine sur la population et le développement, l'Afrique entre par le haut, conduite par ses plus hauts dirigeants, dans l'ère, mieux la mode du Planning Familial. Désormais, "*politique démographique et planning familial sont synonymes*" (Cordell, Piché, 1990) et sont considérés comme préalables au développement.

Quelle approche adoptée ?

Tout ce qui précède met en doute l'existence d'une quelconque relation causale, précise et prédictive entre fécondité et développement. En outre, il n'existe aucun argument historique prouvant qu'une croissance généralisée de la population entraîne une régression de niveau de vie. Toutes les mesures de la liaison entre la croissance de la population et la croissance de niveau de vie – à partir des données relatives au passé des pays aujourd'hui développés – conduisent toutes à nier l'existence d'un effet dépressif de la population sur l'économie⁽⁴⁾. Certains auteurs ont plutôt tenté de montrer qu'une population croissante dispose d'une forte proportion de jeunes or la jeunesse est

(3) Lire à ce sujet C. Meillassoux, 1990 : 23.

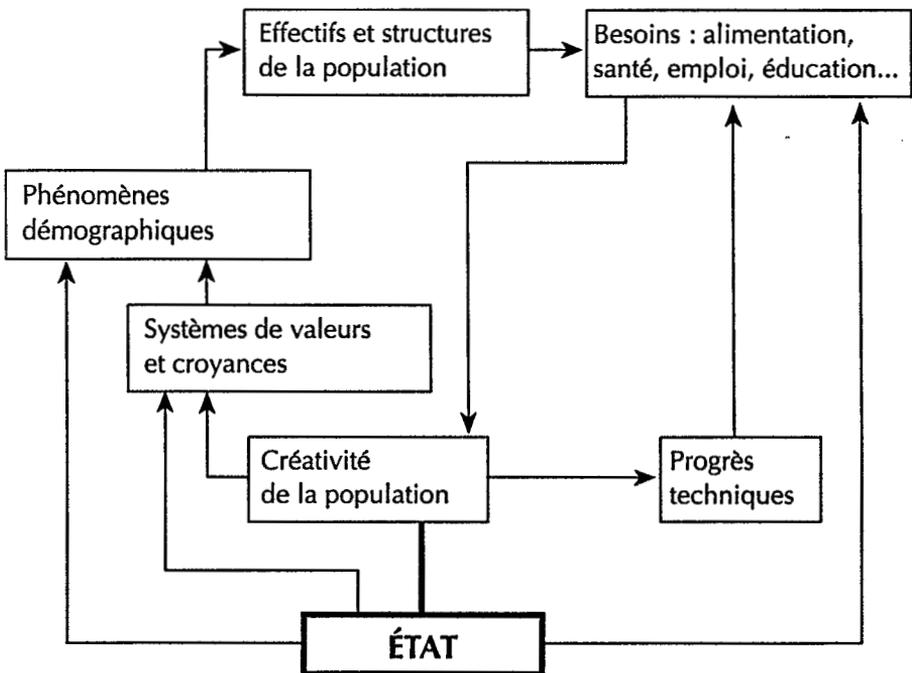
(4) Pour une synthèse de la question lire J. Véron (1989 : 14).

synonyme de dynamisme (Sauvy, 1986), garant du progrès. D'autres ont affirmé que la pression démographique favorise l'innovation technologique rendant possible la création de nouvelles ressources (Boserup, 1975-1976). Il y a lieu de se demander pourquoi ces hypothèses, que semblent confirmer le passé des pays occidentaux, ne se vérifient pas dans le cadre du tiers-monde d'aujourd'hui et en particulier dans le contexte africain.

La revue des différentes "théories" et hypothèses effectuée ci-dessus nous amène à considérer la fécondité comme un phénomène dont l'évolution s'inscrit dans un processus global de changement social complexe. Il nous semble plus intéressant de placer la relation fécondité-développement (ou plus généralement population-développement) dans le cadre du processus de changement social qui conduit l'homme à une meilleure maîtrise de la nature, en tant qu'environnement physique et écologique (sol, sous-sol, climat, végétation, etc.), afin de disposer des meilleures conditions d'existence. Pour sa vie, sa survie et son plein épanouissement, l'homme est condamné à une lutte perpétuelle d'adaptation et de transformation. Dans cette lutte, la fécondité apparaît tour à tour, au niveau individuel, comme une stratégie ou un moyen de survie (donc nécessaire), ou comme un simple besoin de réalisation sociale pouvant entrer en compétition avec les autres. Dans cette optique, la population cesse d'être un simple paramètre macro-économique que le planificateur ou le "décideur" intègre ou cherche à intégrer dans "ses généreux" objectifs de "développeur"; elle retrouve sa véritable place de moteur même de tout changement. Et on peut penser que, derrière toute révolution industrielle et économique, tout comme derrière tout changement naturel de fécondité, il y a une révolution culturelle, une révolution des mentalités. On trouve là une cause produisant deux effets et l'hypothèse à analyser et à tester devient alors la suivante : l'apparition d'une volonté tenace d'un groupe ou d'une population à maîtriser la nature dans laquelle il vit et à améliorer par ses propres efforts son bien-être (aussi bien matériel qu'affectif) amène aussi l'homme à maîtriser la procréation lorsque cette dernière cesse d'être un moyen et entre en compétition avec les autres besoins de réalisation sociale. Notons que cette volonté endogène d'améliorer les conditions de vie est indispensable à tout progrès (y compris le progrès technique, outil du développement). C'est certainement la non prise en compte de cette volonté endogène (qui se trouve aussi en amont de toute innovation), qui a donné tort au Pasteur T.R. Malthus. Ce dernier prédisait la catastrophe aux pays occidentaux : une augmentation effrénée et incontrôlée de la population entraînant famine et misère plongeant le monde dans un cercle vicieux. Force est de constater que dans cette partie du monde nous assistons plutôt à un phénomène inverse : surproduction alimentaire et

industrielle cohabitent avec une implosion démographique (la fécondité est au plus bas niveau et certaines populations ont commencé à vieillir et à décroître, comme celle de la République Fédérale d'Allemagne avant la réunification).

Il s'agit dès lors de sortir du système démo-économique où la population "n'est considérée que sous l'angle de la consommation de richesse et du détournement d'une partie de l'investissement du secteur productif vers le secteur social" (Véron, 1989). Car dans cette optique, l'Etat est perçu comme l'exclusif garant des besoins de la population : il doit fournir les infrastructures sanitaires, éducatives, l'emploi,... Les choses se compliquent davantage lorsque l'Etat étouffe et inhibe (à travers un programme éducatif mal pensé, par exemple) les initiatives individuelles et la créativité, lorsqu'il produit la pensée collective au lieu de la susciter. Limité dans les moyens et incapable d'établir une adéquation entre les besoins d'une population croissante et les ressources disponibles, le pouvoir public et les institutions spécialisées se résignent à agir sur les phénomènes démographiques et en particulier sur la fécondité (comme l'illustre le schéma ci-dessous). C'est ainsi que des énergies de plus en plus importantes sont orientées vers les campagnes de planning familial au détriment des véritables problèmes de développement.



EN GUISE DE CONCLUSION

Bien que n'ayant pas fait le tour complet de la question, il nous semble que beaucoup reste à faire si on veut comprendre avec certitude les conditions d'une baisse de la fécondité. En outre, il n'existe aucun fait historique permettant de dire que pour éviter la misère d'une nation, il suffit d'infléchir le rythme de la fécondité. Dans le contexte africain aux prises avec tous les maux et menaces liés parfois à la survie même, il nous semble que les efforts devraient être consentis à la recherche des voies et moyens par lesquels on pourrait susciter et encourager la créativité ⁽⁵⁾ au sein de la population (au lieu de considérer cette dernière uniquement comme un agrégat macro-économique). Il s'agit là d'une mentalité à promouvoir à travers le système éducatif "revu et corrigé" et tout au long du processus de socialisation. Elle apparaît comme le seul moyen qui peut encourager les comportements capables de soutenir un développement endogène à travers la volonté de maîtriser le progrès technique nécessaire à la satisfaction des besoins croissants. En outre, cette mentalité aura des effets sur les phénomènes démographiques (la fécondité en particulier) à travers les nouveaux comportements et surtout grâce à la mutation des valeurs et stratégies : au niveau individuel, la fécondité entrera en compétition avec les nouvelles valeurs et stratégies de réalisation. De par l'espoir dont elle est porteuse, nous pensons qu'il s'agit ici d'une piste à explorer rapidement avant que l'Afrique ne sombre dans une misère totale, en dépit de toutes les campagnes de planning familial et de bien-être familial actuellement en cours.

(5) Par créativité, "nous entendons la capacité de penser par soi-même, de réfléchir sur ses problèmes et d'y trouver des solutions en comptant principalement sur ses propres forces au lieu d'imiter mécaniquement l'extérieur" (Lê Thành Khôi, 1984).

BIBLIOGRAPHIE

- BEAVER S.E., 1975, *Demographic transition theory reinterpreted*, Lexington Books, London.
- BERGUES A., 1960, *La prévention des naissances dans la famille, Ses origines dans les temps modernes*, Travaux et Documents de l'INED, cahier n° 35, Paris.
- BLACKER C.P., 1947, Stages in Population Growth, *The Eugenics Review*, 39, n° 3, pp. 88-101.
- BONDESTAN L., BERGSTROM S., 1980, *Poverty and population control*, Academic Press, London.
- BOSERUP E., 1975-1976, Environment, Population and Technology in Primitive Societies, *Population and Development Review*, volume 1-2, pp. 21-36.
- BROWN L. R., 1981, World food resources and population : the narrowing margin, *Population Bulletin*, vol. 36, n° 3, pp. 3-43.
- CALDWELL J. C., 1976, Toward a restatement of demographic theory, *Population and Development Review*, vol. 2, n° 3-4.
- CALDWELL J. C., 1979, La scolarisation à grande échelle en tant que facteur principal déterminant le début d'un recul durable de la fécondité, in *Dynamisme de la population : fécondité et mortalité en Afrique*, Nations Unies : CEA, Monrovia.
- CALDWELL J. C., 1981, The mechanisms of demographic change in historical perspective, *Population Studies*, 35 (1).
- CHESNAIS J. C., 1986, *La transition démographique : étapes, formes, implications économiques*, Travaux et documents de l'INED, cahier n° 113, PUF, Paris.
- COALE A. J., 1974, The demographic transition, in *The population debate : dimensions and perspectives*, vol. 1, part 2.
- CORDELL D.D., PICHE V., 1990, Grandeur et Misère de l'analyse matérialiste en démographie : une application au domaine des politiques démographiques, in E. Vilquin (éd.), *Révolution et population, Aspects démographiques des grandes révolutions politiques*, Institut de Démographie, Académia, Louvain-la-neuve, pp. 295-310.
- DAVIS K., 1945, The World Demographic Transition, *The Annals*, vol. 273, pp. 1-11.
- FRANK O., MCNICOLL G., 1987, An interpretation of fertility and population policy in Kenya, *Population and Development review*, vol. 163, n° 2, pp. 209-243.
- FREEDMAN F., 1979, Theories of fertility decline : a reappraisal, in P. M. Hauser (ed), *World population and development, Challenge and Prospects*, Syracuse University Press, Syracuse.
- GREENHALGH S., 1990, Toward a political economy of fertility : anthropological contributions, *Population and Development Review*, vol. 16 n° 1, pp. 85-106.
- KNODEL J., VAN DE WALLE E., 1979, Lessons from the past : policy implications of historical fertility studies, *Population and development review*, vol. 5, n° 2.

LANDRY A., 1934, *La révolution démographique, études et essais sur les problèmes de population*, Librairie du Recueil, Sirey.

LEASURE J., 1963, Factors involved in the Decline of Fertility in Spain, 1900-1950, *Population Studies*, vol. 16, pp. 271-285.

LESTAEGHE R., WILSON C., 1982, Les modes de production, la laïcisation et le rythme de baisse de la fécondité en Europe de l'ouest de 1870 à 1930, *Population*, n° 3.

LESTAEGHE R., 1983, A century of demographic and cultural change in Western Europe : an exploration of underlying dimensions, *Population and Development Review*, vol. 9, n° 3.

LESTAPIS S. DE S. J., 1958, *La limitation des naissances*, SPES, Paris.

LE THANH KHOI, 1984, Science et technologie : les choix du développement endogène, in *Stratégies du développement endogène*, Unesco, Paris, pp. 29-85.

LOCOH T., 1989, *Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo*, les Dossiers du CEPED, n° 6, Paris.

MALTHUS T.R., 1798, *Essai sur le principe de la population, en tant qu'il influe sur le progrès futur de la société, avec des remarques sur les théories de Mr Godwin, de M. Condorcet et d'autres auteurs*, Traduction par E. Vilquin, INED, Paris, 1980.

MEILLASSOUX C., 1990, La leçon de Malthus : le contrôle démographique par la faim, in F. Gendreau et al. (éd), *Les spectres de Malthus : Déséquilibres alimentaires, Déséquilibres démogra-*

phiques, EDI-ORSTOM-CEPED, Paris, pp. 15-32.

NATIONS UNIES, 1963, Rapports entre facteurs économiques et sociaux et les différences de niveaux de fécondité, *Bulletin Démographique des Nations Unies*, n° 7, pp. 150-169.

NOTESTEIN E., 1945, Population : the Long View, in *Food for The World*, Ed. by E. Schultz, University of Chicago Press, pp. 36-56.

ROUSSEL L., 1987, Deux décennies de mutations démographiques (1965-1985) dans les pays industrialisés, *Population*, 42 (3), pp. 429-448.

SAUVY A., 1986, Les conséquences économiques, sociales et politiques du vieillissement de la population, in *La fécondité dans les pays industrialisés*, Editions du CNRS, Paris, pp. 249-260.

SAXENA J. N., 1980, Family Planning as a human right under the United Nations system, in *Health and Population perspectives and issues*, vol. 3, n° 1-2, pp. 6-17.

SUTTER J., 1950, *L'eugénique : problèmes-méthodes-résultats*, Travaux et Documents de l'INED, cahier n° 11, PUF, Paris.

TABUTIN D., 1980, *La théorie de la transition démographique comme théorie de la fécondité*, Working paper n° 93, Département de Démographie, Louvain-la-Neuve.

TABUTIN D., 1985, Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l'occident du XIX^e siècle et le Tiers-Monde actuel, in *Actes du Congrès International de la Population*, Florence, UIESP, Ordina Editions, vol. 4, Liège.

TABUTIN D., 1991, La croissance démographique de l'Afrique, Bilan et perspectives, *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, pp. 159-173.

THOMPSON, 1929, Population, *American Journal of Sociology*, vol. 34, pp. 959-975.

VAN DE WALLE E., KNODEL J., 1980, Europe's fertility transition : new evi-

dence and lessons from today's Developing World, *Population Bulletin*, vol. 34, n° 6.

VERON J., 1989, *Les éléments du débat population développement*, Les Dossiers du CEPED, n° 9, Paris.



CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE EN AFRIQUE : LEÇONS D'UN CONSTAT

Daniel M. SALA-DIAKANDA

*“Nous ne sommes pas pauvres par manque
de richesse mais par incapacité
d'exploitation de nos richesses.”*

Henri Hogbé-Nlend

INTRODUCTION

L'évolution économique de l'Afrique, au départ porteuse d'espoirs, suscite, trente années après les indépendances politiques des pays du continent et plus particulièrement au cours de la dernière décennie, de très graves inquiétudes qui poussent, à tort ou à raison, bon nombre d'acteurs politico-économiques et d'observateurs à des attitudes aujourd'hui qualifiées d'afro-pessimisme. La décennie 80, celle, ironiquement, pourrait-on dire, du Plan d'Action et de l'Acte Final de Lagos, n'est-elle pas, de l'avis quasi unanime des plus hautes instances du continent, une “décennie perdue” ? A l'entrée du troisième millénaire donc, l'Afrique présente, dans sa partie subsaharienne plus particulièrement, la piteuse image d'un continent au bord de la faillite et complètement marginalisé sur l'échiquier international vu, notamment, sa trop faible part du marché et, qui plus est, incapable de satisfaire les besoins élémentaires mais primordiaux de sa population, comme l'alimentation, la santé, la scolarisation, l'emploi, etc.

Les conséquences socio-économiques des évolutions démographiques, et vice versa, étant cependant extrêmement difficiles à apprécier à leur juste mesure (Blanchet, 1991), cet article se limite à l'examen des interrelations entre l'intensité de l'accroissement de la population observée en Afrique

depuis 1960 et les indicateurs du développement socio-économique des pays du continent au cours de cette période. Il s'agit donc, dans cette étude essentiellement exploratoire, de simplement mettre en évidence les apparitions concomitantes de faits susceptibles d'ouvrir certaines pistes de recherche pouvant conduire à des études sur les relations causales entre différents indicateurs de développement. Mais avant cela, disons très brièvement un mot sur les considérations méthodologiques de la présente étude.

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Nature et qualité des données

Les données utilisées concernent 50 pays africains. Elles proviennent de diverses sources et ne sont pour la plupart que des estimations ; elles doivent de ce fait être utilisées avec circonspection. Les données démographiques sont extraites, pour l'essentiel, du dernier rapport des Nations Unies qui fournit les plus récentes estimations pour la période 1950-1990 (Nations Unies, 1990). Les indicateurs socio-économiques et de santé proviennent, d'une part, des rapports de la Banque mondiale sur la crise et la croissance durable en Afrique, la pauvreté, le développement dans le monde, les programmes d'ajustement structurel (Banque mondiale, 1978, 1984, 1989 ; World Bank, 1989, 1990) et, d'autre part, des rapports de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde (UNICEF, 1987, 1991). Au total, des informations relatives à 116 variables ont été rassemblées pour chacun des pays retenus. Bien que toutes ces données ne soient que des données transversales agrégées couvrant un nombre limité d'années ou de périodes spécifiques entre 1960 et 1990 et, donc, mesurant très mal les évolutions démographiques et économiques, elles constituent néanmoins une précieuse base pour l'étude des relations entre la population et le développement en Afrique.

Mise en évidence des apparitions concomitantes de faits

Il convient de signaler d'emblée que pour bien dégager les corrélations entre les facteurs démographiques et économiques, mettre en évidence aussi bien les tendances d'évolution des indicateurs du développement que leurs éventuels effets de rétroaction et/ou d'interaction, et apprécier la mesure dans laquelle sont satisfaits les besoins essentiels d'une population au cours du temps, il aurait fallu non seulement adopter une approche diachronique, mais aussi utiliser un outil statistique bien plus varié et surtout plus complexe qu'une analyse de corrélation simple. Cela supposerait notamment que l'on dispose, pour les trente dernières années, des séries chronologiques par pays

et par indicateur. Une telle information n'est évidemment pas encore disponible pour la grande majorité des pays africains. Faute de mieux, nous avons essayé de tirer parti des données disponibles en adoptant une approche de type synchronique (Sala-Diakanda, 1984). Il s'agit donc d'examiner, au cours d'une période donnée, quelques indicateurs socio-économiques dans leurs rapports réciproques ainsi que dans leurs relations avec les grandeurs démographiques pour des pays se trouvant à des stades différents de développement, en les traitant comme un tout, certes fictif, observé à des moments différents de développement. Ce faisant, nous voudrions réunir, dans la limite des données disponibles, les éléments susceptibles d'apporter une réponse, forcément partielle, aux questions ci-après : quelles sont, en Afrique, les conséquences et les contraintes d'une croissance naturelle élevée sur la mise en oeuvre des diverses politiques de développement ? Qu'en est-il de la pertinence et de l'efficacité des solutions proposées ou tentées pour atténuer ces conséquences ? Et, enfin, quelles leçons en tirer ?

Les relations entre la population et le développement peuvent cependant changer à la fois de nature et d'intensité à la suite, notamment, de modifications susceptibles de se produire dans l'environnement socio-économique et culturel considéré. Aussi trois périodes ont-elles été retenues pour le calcul des coefficients de corrélation : des indépendances au début des années 70, la décennie 70 et, enfin, la décennie 80. D'une façon générale, ces différents moments correspondent respectivement à la période d'euphorie planificatrice des premières années d'espoir, au désenchantement consécutif à la grande crise pétrolière de 1973, et à l'entrée en scène de manière plus ouverte et plus agressive des institutions de Bretton Woods avec l'introduction des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel (PAS) dont les objectifs initiaux, essentiellement axés sur le court terme, contrastaient étrangement avec ceux du Plan d'Action de Lagos (PAL) adopté précisément en 1980 par les Chefs d'Etat et de gouvernement africains (CEA, 1989).

Pour chacune de ces périodes, une matrice de corrélation a été calculée avec, respectivement, 27 variables pour la première période, 30 pour la deuxième et 59 pour la troisième. La richesse de l'information disponible est donc inégale d'une période à une autre, ce qui ne facilite pas toujours la comparaison des relations entre variables au cours du temps. Pour tenir compte de l'influence possible des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel sur les relations entre indicateurs de développement, une matrice de corrélation a aussi été calculée en ne retenant que les pays, selon le classement de la Commission économique pour l'Afrique (CEA, 1989), ayant adopté ces programmes avec l'aide du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale entre 1980 et 1990. Une autre matrice de

corrélation, limitée cette fois aux seuls pays d'Afrique au Sud du Sahara, a aussi été calculée et ce, pour tenir compte de la spécificité de cette partie du continent par rapport à sa région nord dont la situation socio-économique est dans l'ensemble moins dramatique.

DES INDÉPENDANCES AU DÉBUT DES ANNÉES SOIXANTE-DIX

Fécondité et croissance démographique : une relation privilégiée

L'examen de la matrice des corrélations montre qu'au cours des années 60, le taux annuel moyen d'accroissement démographique était très significativement corrélé ($r = 0,508^{**}$) (1) avec le nombre moyen d'enfants par femme et, dans une moindre mesure, négativement corrélé avec la proportion de femmes en âge de procréer ($r = -0,345^*$); ce sont là les seules variables qui, à l'époque, avaient une relation significative avec l'indicateur de la croissance démographique sur un total de 16 variables socio-économiques retenues. La matrice montre également que le niveau de fécondité avait à son tour une très forte relation négative ($r = -0,609^{**}$) avec la proportion de femmes en âge de procréer. On peut dès lors supposer que plus le nombre de mères potentielles est élevé dans une société (ou dans une famille), moins le contrôle social s'exerce sur chacune d'elles pour assurer la reproduction du groupe !

Il est par ailleurs intéressant de noter que la fécondité était également négativement corrélée avec la proportion de filles inscrites à l'école primaire ($r = -0,346^*$). En dehors des variables strictement démographiques, l'instruction des femmes apparaît comme une variable importante dans l'explication du niveau et des tendances de la fécondité observés en Afrique à l'époque et, donc, un facteur essentiel du lien entre croissance démographique et développement.

Le niveau d'instruction, une variable-clé

Déjà significativement corrélée avec la fécondité, la scolarisation des filles semble encore avoir une relation encore plus étroite avec la mortalité aux jeunes âges. Il ressort en effet de la matrice de corrélation que les pays dans lesquels la scolarisation des filles, au niveau primaire surtout, était

(1) Les seuils de signification des coefficients de corrélation retenus sont les suivants : $\alpha = 0,01$ pour une relation significative (symbolisé par *) et $\alpha = 0,001$ pour une relation très significative (symbolisé par **).

favorisée sont aussi ceux où la mortalité infantile était la plus basse ($r = -0,535^{**}$); ce sont aussi des pays fortement urbanisés dans lesquels on observait une proportion importante de la population active travaillant dans le secteur industriel et dans les services, au détriment du secteur agricole.

Il convient de signaler également que quasiment tous les indicateurs du niveau d'instruction avaient une relation positive significative avec le degré d'urbanisation, d'industrialisation et du développement du secteur tertiaire, avec la proportion des dépenses publiques consacrées au secteur social tel que les équipements collectifs, l'habitat, la sécurité sociale,... et, dans une moindre mesure, avec la croissance du produit national brut (PNB) par habitant, alors qu'ils étaient tous négativement corrélés avec, d'une part, la proportion d'individus travaillant dans le secteur agricole et, d'autre part, la proportion de dépenses publiques consacrées à la défense ! Il y a en effet lieu de préciser que plus la croissance annuelle moyenne du PNB par habitant était importante, plus élevée était la proportion de filles, pour 100 garçons, inscrites dans le primaire et dans le secondaire, et plus important aussi était le taux d'accroissement de la population urbaine ⁽²⁾. Par contre, plus la proportion des dépenses publiques consacrées à la défense était élevée, moins l'Etat consacrait à la santé publique, aux dépenses sociales et à l'éducation ⁽³⁾, plus particulièrement celle des filles.

Il ressort donc des relations observées entre ces différentes variables que c'est dans les villes que sont généralement concentrés les infrastructures scolaires, les industries et les services et que, d'autre part, la scolarisation des filles est fortement tributaire non seulement des facteurs d'ordre sociologique et du niveau de vie des familles mais encore du degré de priorité que l'Etat accorde à la formation des hommes et des femmes (surtout) en tant que principe de développement, par rapport notamment aux efforts consentis en matière de sécurité et de défense.

DE LA CRISE PÉTROLIÈRE AU PLAN D'ACTION DE LAGOS

Une période charnière

La période 1970-1980, véritable tournant pour le continent africain, est caractérisée d'une part par le choc pétrolier de 1973 qui a secoué bien des économies africaines au point de compromettre leur évolution et, d'autre

(2) Avec un indice de corrélation respectivement égal à 0,484**, 0,355* et 0,381*.

(3) Avec un indice de corrélation respectivement égal à -0,475**, -0,438** et -0,373*.

part, par la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974 qui a ébranlé tant de certitudes en matière de relations entre population et développement. Les bouleversements que ces événements ont entraînés au niveau mondial ainsi que la situation peu enviable dans laquelle le continent était progressivement plongé avaient poussé les Chefs d'Etat et de gouvernement africains à concevoir et à adopter en 1980 une stratégie de développement à long terme et auto-entretenu connue sous le nom de Plan d'action de Lagos. Quelles ont été, au cours de ce tournant, les relations entre la population et le développement ?

Le volume et le taux moyen de croissance de la population urbaine : une relation différenciée avec le niveau de la fécondité

Contrairement à la période précédente, aucune relation significative n'était observée entre le niveau de fécondité et la croissance démographique. Celle-ci était cependant corrélée ($r = 0,345^*$) avec le taux de croissance urbaine, qui était d'autant plus fort que la population agricole était importante ($r = 0,368^*$), mais plus faible que la proportion d'actifs engagés dans les services et dans le secteur industriel étaient élevées⁽⁴⁾. La relation négative de ces deux dernières variables avec la fécondité était du reste très significative⁽⁵⁾. Le nombre moyen d'enfants par femme était aussi d'autant plus faible que la population était urbanisée ($r = -0,429^{**}$). Par contre, plus la population travaillant dans l'agriculture était importante, plus la fécondité était élevée ($r = 0,522^{**}$) et plus élevée également était la proportion de la population rurale vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté ($r = 0,426^*$). En dehors de la variable "pauvreté" qui n'est pas disponible pour la période 1960-70, toutes les autres relations observées en 1970-1980 n'étaient pas significatives durant la décennie 1960, bien qu'elles fussent de même nature. On aurait donc assisté, durant ces années 1970, à une différenciation progressive de la fécondité selon le milieu d'habitat et selon le secteur d'activité. Il est par ailleurs clairement apparu, au cours de cette période, que le degré d'urbanisation d'une population et la rapidité de la croissance urbaine sont certes deux aspects d'une même réalité, devenue centrale dans le processus de développement, mais dont la relation avec le niveau de la fécondité des femmes était très fortement différenciée.

(4) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $-0,398^*$ et $-0,392^*$.

(5) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $-0,547^{**}$ et $-0,413^{**}$.

Villes et campagnes : l'écart se creuse

Comme le signale si justement A. Tévoédjré (1990), la situation sociale africaine ne peut s'analyser et se comprendre si l'on néglige une préoccupation majeure : l'antagonisme grandissant ou la dichotomie ville/campagne. La matrice de corrélation montre d'ailleurs que plus la proportion de la population travaillant dans l'agriculture était élevée, plus la mortalité infantile était forte ($r = 0,597^{**}$) et plus le niveau de cette mortalité en 1970-80 était semblable à celui observé dix ans auparavant ($r = 0,703^{**}$). Cette mortalité était en revanche négativement corrélée avec des variables socio-économiques et sanitaires importantes ⁽⁶⁾.

On note aussi que la mortalité infantile observée en 1970-80 était d'autant plus faible par rapport à celle observée dix ans auparavant que les secteurs tertiaire ($r = -0,491^{**}$) et industriel ($r = -0,445^{**}$) étaient développés, que la population urbaine était importante ($r = -0,461^{**}$) et que le PNB par habitant était élevé ($r = -0,419^*$). Il est par ailleurs bien établi que plus le PNB par habitant était élevé, moins il y avait de personnes vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté, plus la mortalité était faible et plus vite elle baissait ⁽⁷⁾. Mais la croissance du PNB était d'autant plus faible que l'inflation était forte ($r = -0,428^*$).

Cette relation entre la mortalité infantile, la rapidité de sa baisse, le secteur d'activité, le niveau de vie et le milieu d'habitat suggère que la baisse de la mortalité a été plus rapide en milieu urbain où cette mortalité était déjà faible, et elle a été moins rapide dans les zones rurales où la mortalité était déjà plus élevée. Ceci confirme bien que la ville s'impose donc de plus en plus comme la réalité centrale de nos pays sur les plans économique, social et culturel (Tévoédjré, 1990). Lorsqu'on sait cependant que dans tous les pays africains la grande majorité de la population vit encore en milieu rural, on conçoit aisément que la mortalité et, donc, la fécondité, restent élevées sur le continent. Cette situation met en danger tout effort de développement équilibré et solidaire.

(6) Il s'agit des corrélations suivantes : avec la proportion de la population travaillant dans les services ($r = -0,585^{**}$) et dans l'industrie ($r = -0,577^{**}$), le PNB par habitant ($r = -0,423^*$), l'âge des femmes à la première union ($r = -0,416^*$), au plan socio-économique ; et avec la proportion d'enfants vaccinés contre la poliomyélite ($r = -0,374^*$) ou la tuberculose ($r = -0,341^*$) dans le domaine sanitaire.

(7) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $-0,421^*$, $-0,423^*$ et $-0,419^*$.

Une discrimination aux conséquences graves

Les fortes corrélations également observées entre les fréquences des différentes vaccinations d'une part, et entre certaines fréquences de vaccination (Polio, DTC, BCG) et le degré de scolarisation des filles au niveau primaire d'autre part, montrent en outre que lorsqu'un enfant était vacciné contre l'une des maladies, il l'était généralement aussi contre l'autre et que la pratique de la vaccination des enfants était plus répandue là où la scolarisation des filles était favorisée. On note aussi que plus la mortalité maternelle était élevée, plus faible était la proportion d'enfants vaccinés contre la tuberculose et le DTC ⁽⁸⁾. Par ailleurs, plus la proportion de filles scolarisées au niveau primaire et secondaire, pour 100 garçons, était forte, plus élevé était l'âge moyen des femmes au premier mariage ($r = 0,441^{**}$ pour le niveau primaire, $0,408^*$ pour le niveau secondaire) et plus faible était le taux de mortalité infantile ($r = -0,416^*$).

Bien que toutes ces relations établissent, entre autres choses et s'il en était encore besoin, l'importance de la scolarisation des filles sur la fécondité – via la nuptialité notamment – comme sur la mortalité, on observe que plus la dette totale extérieure, publique et privée, d'un pays était élevée, plus faible était la proportion de filles pour 100 garçons inscrites dans l'enseignement primaire ($r = -0,333^*$). Les filles, plus que les garçons, semblent donc faire les frais d'une situation de crise caractérisée notamment par un endettement excessif des Etats. L'importance de la scolarisation en général, celle des filles en particulier, qui se dégage des relations observées entre indicateurs de développement, montre que cette discrimination dont souffre la frange majoritaire de la population, à savoir les femmes, a pour conséquence ultime de retarder le décollage socio-économique de l'Afrique.

La situation du continent africain est d'autant plus grave et loin de s'améliorer qu'aucun effort n'est fait pour mettre fin à cette discrimination, et que les femmes ne sont pas les seules victimes des stratégies et des comportements discriminatoires. On a déjà noté que, suite aux politiques de même type, l'écart entre les villes et les campagnes ne faisait que se creuser provoquant ainsi un important exode rural suivi d'une détérioration progressive de la production alimentaire. Dans un contexte de croissance démographique rapide et d'absence quasi totale de progrès techniques, une telle situation entraîne inéluctablement la réduction de la capacité des pays à nourrir leurs populations, mais aussi un alourdissement de la dette publique extérieure.

Développement du secteur des services au détriment des secteurs plus porteurs

Si la nature des relations ci-dessus mentionnées est celle déjà observée au cours de la décennie précédente, l'intensité a cependant changé pour certaines d'entre elles, attestant de la dégradation progressive de la situation socio-économique du continent. On note par exemple que le coefficient de corrélation entre le degré d'urbanisation et la population active agricole est passé de $-0,543^{**}$ à $-0,601^{**}$ pendant que celui avec la population active dans l'industrie est passé de $0,501^{**}$ à $0,480^{**}$, et celui avec les personnes engagées dans les services de $0,555^{**}$ à $0,656^{**}$. Ces modifications de l'intensité de corrélations sont pleines de signification ; elles montrent que, d'une période à une autre et du fait de l'exode rural, il y a partout de moins en moins de personnes travaillant aussi bien dans l'agriculture et que dans l'industrie, alors qu'il y en a de plus en plus dans les services. La relation industrie-services perd par ailleurs de plus en plus de son intensité comme le montre le coefficient qui les lie et qui est passé de $0,891^{**}$ en 1960-1970 à $0,782^{**}$ en 1970-1980. L'urbanisation effrénée de l'Afrique s'est donc accompagnée d'un développement concomitant du secteur des services au détriment des secteurs plus porteurs que sont l'industrie et l'agriculture. Les conséquences immédiates d'une telle évolution sont, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation du chômage et le ralentissement de la croissance économique du fait notamment de la baisse des capacités nationales de production agricole et industrielle, fragilisant ainsi plus encore des économies fortement extraverties et désormais incapables de subvenir aux besoins élémentaires mais combien fondamentaux de leurs populations respectives en dépit d'un endettement extérieur de plus en plus prononcé et néfaste.

LES ANNÉES 80 : UNE DÉCENNIE PERDUE

Eliminer les discriminations pour relever les défis de la croissance démographique rapide

Les relations entre indicateurs de développement observées au cours de cette période sont plus nombreuses que pour les périodes précédentes ; elles témoignent, faut-il le rappeler, de la dégradation progressive de la situation déjà peu réjouissante du continent. Ainsi, on note par exemple que l'accroissement démographique est positivement corrélé non seulement avec l'indice synthétique de fécondité ($r = 0,640^{**}$) et la rapidité de la croissance urbaine ($r = 0,415^*$), mais aussi avec la croissance annuelle de la production de bois de feu et de charbon au cours des dernières années ($r = 0,519^{**}$) et le niveau

actuel de la mortalité infantile par rapport à celui de la période précédente ($r = 0,363^*$). Il est par contre négativement corrélé avec la proportion de femmes en âge de procréer ($r = -0,620^{**}$), le pourcentage des dépenses publiques consacrées au secteur social ($r = -0,461^{**}$) et la prévalence de la contraception ($r = -0,437^{**}$). Ces relations montrent clairement que plus la fécondité est élevée, plus la croissance démographique est rapide, plus la déforestation est importante affectant ainsi l'environnement, plus la croissance urbaine est rapide et moins la mortalité baisse. On note par contre que la croissance démographique est plus faible là où la proportion de femmes en âge de procréer est élevée, où les dépenses sociales sont élevées et où la proportion de femmes pratiquant la contraception est élevée. L'influence de cette dernière variable est encore plus marquée lorsqu'on la considère dans sa relation directe avec le niveau de fécondité.

La matrice de corrélation montre en effet qu'en dehors de la proportion de femmes en âge de procréer ($r = -0,857^{**}$), c'est la proportion de femmes pratiquant la contraception ($r = -0,710^{**}$) qui est le plus négativement corrélée avec la fécondité. Des variables, de nature socio-économiques sont également négativement corrélées avec la fécondité, mais avec une relation plus faible ⁽⁹⁾.

Les pays africains à faible fécondité sont donc aussi ceux où : la prévalence de la contraception est élevée, la scolarisation des filles est plus répandue aussi bien au niveau primaire que secondaire, les dépenses consacrées au secteur social sont importantes, la population bénéficie d'un certain niveau de vie (possession d'un poste de radio, accès à une source d'eau potable, etc.) et où la population urbaine est relativement importante et la croissance du PNB rapide. A l'inverse, les pays à forte fécondité se caractérisent généralement par une faible baisse de la mortalité entre 1970-80 et 1980-90, un taux de croissance urbaine élevé, une dégradation rapide de l'environnement du fait de la déforestation, une surmortalité féminine avant l'âge de 5 ans, une très forte mortalité infantile, une forte proportion de la population vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté et une proportion élevée de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance ⁽¹⁰⁾.

(8) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $-0,366^*$ et $-0,333^*$.

(9) On trouve, dans l'ordre décroissant, les corrélations négatives avec les variables suivantes : la proportion d'enfants - surtout de sexe féminin - inscrits dans le secondaire ($r = -0,682^{**}$ pour les filles, $r = -0,664^{**}$ pour les deux sexes réunis), le pourcentage des autres dépenses sociales ($r = -0,527^{**}$), la possession d'un poste radio ($r = -0,395^*$), le degré d'urbanisation ($r = -0,394^*$), l'accès à une source d'eau potable ($r = -0,374^*$), la croissance du PNB par habitant ($r = -0,352^*$),

(10) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $0,716^{**}$, $0,577^{**}$, $0,548^{**}$, $0,538^{**}$, $0,516^{**}$, $0,508^{**}$, $0,342^*$.

Le rôle de premier plan qu'occupe la contraception mérite que soit examiné en détail le contexte dans lequel cette pratique peut être favorisée. Il ressort de la matrice de corrélation que les populations où la prévalence de la contraception est élevée sont aussi celles où la scolarisation – des filles surtout – est non seulement répandue mais élevée et où les dépenses sociales et de santé sont élevées. La pratique de la contraception est en revanche négativement corrélée avec le niveau et la rapidité de baisse de la mortalité infantile, la pauvreté et l'analphabétisme. Une scolarisation généralisée et un cadre socio-économique et sanitaire relativement adéquat semblent donc constituer les éléments susceptibles de favoriser la pratique de la contraception et, en définitive, la maîtrise de la fécondité.

Comme pour la fécondité, les facteurs "éducation de la femme", "niveau de vie" et "santé publique" constituent des éléments déterminants du niveau et de l'évolution de la mortalité des enfants. En effet, l'examen de la matrice de corrélation permet de constater que le taux de mortalité infantile reste généralement très élevé là où l'on observe une surmortalité féminine importante dans l'enfance ($r = 0,824^{**}$), une très forte proportion d'adultes illettrés ($r = 0,591^{**}$) et de femmes analphabètes ($r = 0,559^{**}$), une forte fécondité ($r = 0,516^{**}$), une proportion importante de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance ($r = 0,424^*$) et une forte pauvreté ($r = 0,384^*$). En revanche, les pays à faible mortalité infantile sont ceux où la scolarisation – celle des filles surtout – est répandue et élevée, la pratique de la vaccination des enfants est importante, la prévalence de la contraception est forte ($r = -0,511^{**}$), la population bénéficie d'un certain niveau de vie et a facilement accès à des services de santé et à un apport calorique suffisant dans son alimentation. C'est aussi dans un tel contexte que la baisse de la mortalité infantile est plus rapide. Il n'est pas non plus sans intérêt de faire remarquer que le taux de mortalité des filles dans l'enfance ainsi que la surmortalité féminine infantile sont négativement corrélés avec la proportion de naissances suivies par du personnel médical qualifié ⁽¹¹⁾, suggérant, une fois de plus, la discrimination dont souffre le "sexe faible". Les défis de la croissance démographique rapide de la population africaine ne pourront donc être relevés si des politiques discriminatoires continuent à être appliquées.

Les relations entre les indicateurs de développement dans le contexte de l'ajustement

Pour examiner les relations entre divers indicateurs dans le contexte des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel au cours de la période

(11) Avec un indices de corrélation respectivement égal à $-0,378^*$ et $-0,344^*$.

1980-1990, une matrice de corrélation limitée aux seuls pays ayant adopté ces programmes a été calculée. Il ressort de l'examen de cette matrice que la nature des relations déjà observées pour l'ensemble des 50 pays s'est certes maintenue mais que, pour chacune de ces relations, l'intensité s'est plus ou moins modifiée : certains liens sont devenus plus solides, d'autres plus lâches. On observe en effet dans ce cas soit une augmentation, soit une diminution de l'intensité du coefficient de corrélation en valeur absolue et/ou en termes de seuil de signification. Examinons très brièvement les cas de figure les plus importants aussi bien en termes de nombre de variables impliquées, qu'en termes de modification de l'intensité de la relation.

Considérons le cas des relations qui n'étaient pas significatives mais qui le sont devenues. Le phénomène le plus frappant qui ressort de l'examen de la matrice est l'importance toute particulière que prend la variable "PNB par habitant" dans sa relation avec les autres indicateurs de développement. Ainsi, alors que les relations ci-après n'étaient pas du tout significatives au seuil de 0,01, le seul fait d'exclure les pays n'ayant pas adopté les programmes d'ajustement fait littéralement bondir la valeur de leurs coefficients au niveau très significatif de 0,001 ! Il s'agit des relations entre le PNB par habitant et la fécondité, le rapport entre la mortalité féminine et la mortalité masculine dans l'enfance et la proportion de filles inscrites à l'école secondaire ⁽¹²⁾. On note également la relation entre le taux de croissance annuelle moyenne du PNB par habitant et la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable ($r = 0,480^{**}$).

Bien qu'à un degré moindre, les relations entre le PNB par habitant et les variables suivantes sont aussi devenues significatives alors qu'elles ne l'étaient pas : analphabétisme des femmes ($r = -0,448^*$), taux d'inscription à l'école secondaire ($r = 0,432^*$), proportion de filles dans le primaire ($r = 0,397^*$), niveau de mortalité infantile en 1980-90 par rapport à celui de 1970-80 ($r = -0,395^*$), pauvreté absolue ($r = -0,375^*$), dépenses sociales ($r = 0,368^*$) et déforestation ($r = -0,358^*$). D'autres relations significatives méritent d'être signalées. C'est notamment le cas entre l'indice moyen de production alimentaire par habitant et la prévalence des retards de croissance de la taille parmi les enfants du groupe d'âge 24-59 mois ($r = -0,389^*$). C'est aussi le cas entre la croissance du PNB par habitant et, d'une part, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance ($r = -0,385^*$) et, d'autre part, la prévalence de la contraception ($r = 0,366^*$). Enfin, bien que déjà significatives, les relations ci-après se sont très fortement renforcées. Il s'agit

(12) Avec un indice de corrélation respectivement égal à $-0,564^{**}$, $-0,466^{**}$ et $0,460^{**}$.

notamment des relations positives entre l'accroissement démographique et la fécondité, le taux de croissance urbaine et la déforestation ; mais aussi des relations négatives avec la prévalence de la contraception et le pourcentage des dépenses consacrées au secteur social (habitat, équipements collectifs, sécurité et aide sociales, etc.).

Toutes ces relations montrent à l'évidence que les pays qui ont dû adopter des programmes d'ajustement sont généralement caractérisés, plus que les autres, par : un PNB par habitant faible, une croissance démographique rapide liée à une forte fécondité, une surmortalité féminine dans l'enfance, une proportion importante de femmes analphabètes, une faible baisse de la mortalité des enfants, une forte pauvreté, une faible prévalence de la contraception, une forte proportion de nouveau-nés ayant une faible poids à la naissance, une faible production alimentaire par habitant liée à une forte prévalence des retards de croissance de la taille chez les enfants de 2 à 5 ans, une dégradation rapide de l'environnement, etc. Mais, c'est aussi dans ces pays qu'un effort substantiel est fait dans le domaine de la scolarisation des filles. En ce qui concerne les autres dépenses sociales, leur relation positive avec le PNB par habitant ($r = 0,368^*$) et "négative renforcée" avec la croissance démographique ($r = -0,551^{**}$) montre que la proportion consacrée à ces dépenses croît avec le PNB par habitant mais que, plus la croissance démographique est rapide, moins l'Etat consacre à ce secteur.

L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE FACE AUX DÉFIS DE SON DÉVELOPPEMENT

La scolarisation des filles, un rôle plus déterminant

Le caractère privilégié de la relation entre la croissance démographique et la fécondité, déjà évoqué au niveau de l'ensemble du continent, se trouve légèrement renforcé en Afrique au sud du Sahara où l'intensité de cette relation est de $0,533^{**}$ pour la période 1960-1970, contre $0,508^{**}$ pour l'ensemble du continent. On observe au même moment que non seulement la relation entre le nombre moyen d'enfants et la proportion de filles inscrites à l'école primaire s'est aussi renforcée ($r = -0,402^*$ au lieu de $-0,346^*$), mais aussi que d'autres relations de même type sont devenues significatives. C'est notamment le cas entre la fécondité et la proportion d'enfants inscrits à l'école primaire ($r = -0,416^*$), la proportion de filles inscrites dans l'enseignement secondaire ($r = -0,354^*$), le niveau d'urbanisation ($r = -0,378^*$). Par ailleurs, alors qu'il n'était pas établi, contrairement à l'attente, que "plus il y a de filles à l'école primaire, plus il y en aura au niveau secondaire", cette relation devient plus évidente dans la partie sub-

saharienne du continent. La probabilité pour une fille inscrite à l'école primaire de poursuivre des études secondaires serait donc plus élevée au sud qu'au nord du Sahara.

Le rôle relativement plus déterminant que joue donc la "scolarisation des filles" au sud du Sahara apparaît aussi clairement lorsqu'on considère les indicateurs y afférents dans leur relation avec le niveau de la mortalité infantile et le secteur d'activité. Ainsi, l'intensité de la corrélation entre la proportion de filles dans le secondaire et les variables ci-après s'est fortement renforcée : de $-0,369^*$ à $-0,460^{**}$ pour le taux de mortalité infantile, de $0,604^{**}$ à $0,732^{**}$ pour la population active engagée les services, de $0,563^{**}$ à $0,674^{**}$ dans l'industrie et de $-0,605^{**}$ à $-0,727^{**}$ dans l'agriculture.

En définitive donc, plus les filles sont instruites, moins la fécondité est élevée, plus la mortalité infantile est faible, plus il y a d'actifs dans les services et dans l'industrie, et moins il y en a dans le secteur agricole. Le renforcement de l'intensité de ces diverses relations implique donc que la probabilité pour que ces apparitions concomitantes soient observées est plus élevée au sud du Sahara que dans la partie nord du continent.

De plus grandes disparités entre villes et campagnes

Au cours de la période 1970-1980, d'autres relations pertinentes se sont aussi précisées. C'est notamment le cas des relations entre le PNB par habitant et les divers secteurs d'activité. Ces relations, qui n'étaient pas significatives au niveau de l'ensemble du continent, le deviennent au seuil de 0,01 montrant par là que les disparités entre villes et campagnes sont plus prononcées au sud qu'au nord du Sahara. Ces fortes disparités sont notamment confirmées par le renforcement des relations entre le niveau de pauvreté et la proportion de la population active rurale (de $0,381^*$ à $0,465^{**}$) ou celle travaillant dans les services (de $-0,417^*$ à $-0,527^{**}$), mais aussi entre le PNB par habitant et le degré d'urbanisation (de $0,391^*$ à $0,574^{**}$), entre le niveau de la mortalité infantile observé en 1970-1980 par rapport à celui de 1960-1970 et la proportion de la population active dans les différents secteurs d'activité⁽¹³⁾. Comparativement donc à la partie nord du continent, l'Afrique noire se caractérise aussi par une plus faible production agricole, une plus grande pauvreté en milieu rural, une mortalité plus élevée et dont la baisse est très timide et, enfin, une plus grande disparité entre la ville et la campagne.

(13) Selon le secteur d'activité, l'indice de corrélation passe de $0,461^{**}$ à $0,505^{**}$ dans l'agriculture, de $-0,445^{**}$ à $-0,487^{**}$ dans l'industrie et de $-0,491^{**}$ à $-0,540^{**}$ dans les services.

Signalons enfin que la richesse relative de l'information disponible au cours de la période 1980-90 par rapport aux périodes précédentes non seulement confirme le rôle plus déterminant de la scolarisation des filles et l'antagonisme grandissant entre villes et campagnes en Afrique subsaharienne, mais permet également de préciser que c'est dans cette partie du continent que la dégradation de l'environnement est plus rapide du fait d'une urbanisation effrénée et d'une faible proportion de dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux. Plutôt que de s'amenuiser, les disparités entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au sud du Sahara augmenteraient donc au cours du temps ; ce qui renforcerait l'idée d'une Afrique des contrastes !

QUE CONCLURE ?

Réunis en avril 1980, les Chefs d'Etat et de gouvernement africains avaient fait un diagnostic accablant de la situation économique du continent depuis les indépendances. Le préambule du Plan d'action de Lagos observe d'ailleurs que : "les effets des promesses non réalisées de stratégies globales de développement ont été plus profondément ressentis en Afrique que dans les autres continents du monde. En effet, au lieu d'apporter une amélioration dans la situation économique du continent, les stratégies successives ont mis le continent dans un état de stagnation et l'ont rendu plus vulnérable que les autres régions, aux crises sociales et économiques dont souffrent les pays industrialisés. Ainsi l'Afrique s'est trouvée incapable d'atteindre le moindre taux significatif de croissance ou un niveau satisfaisant de bien-être général au cours de ces vingt dernières années" (OUA, 1982).

Le bilan fort contrasté entre le nord et le sud du Sahara notamment, et dans l'ensemble peu réjouissant, des initiatives prises au cours des années 80 pour sortir l'Afrique de la zone de turbulences dans laquelle elle se trouve depuis deux décennies environ montre que la situation – alimentaire surtout – du continent s'est très fortement dégradée. Les relations entre les divers indicateurs de développement retenus dans la présente étude montrent par exemple que c'est dans les villes que sont généralement concentrés les infrastructures scolaires, les industries et les services et que, de plus, la scolarisation sur une large échelle et à tous les niveaux d'instruction reste à promouvoir. En cette matière, les filles, plus que les garçons, semblent faire les frais d'une situation de crise caractérisée notamment par un appauvrissement de plus en plus prononcé des ménages et des Etats.

Il convient de signaler aussi que l'urbanisation effrénée de l'Afrique depuis les indépendances s'est accompagnée d'un développement concomitant du secteur des services au détriment des secteurs plus porteurs que sont

l'industrie et l'agriculture. Les conséquences d'une telle évolution sont, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation du chômage, la baisse des capacités nationales de production et le ralentissement de la croissance économique, fragilisant plus encore ainsi des économies mal structurées et désormais incapables de subvenir aux besoins élémentaires de leurs populations respectives, en dépit d'un endettement extérieur de plus en plus prononcé et néfaste.

L'adoption des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel par la très grande majorité des pays africains ne semble pas avoir amélioré cette situation déjà peu enviable, bien au contraire. En effet, l'examen des apparitions concomitantes de faits dans le contexte de l'ajustement montre que la situation des pays ayant adopté ces programmes est en général plus dramatique que celle de l'ensemble des pays du continent même si, il est vrai, l'Afrique est une région des contrastes. On a d'ailleurs observé que les différences au sein du continent sont particulièrement prononcées entre l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne. Dans cette dernière partie du continent, la pauvreté est plus répandue, les disparités entre le monde rural et le milieu urbain sont plus grandes, la dégradation de l'environnement est plus rapide, etc. ; mais c'est aussi là que les filles ont le plus de chance d'être scolarisées !

La discrimination dont souffre, sur l'ensemble du continent, la frange majoritaire de la population, à savoir les femmes, fait que le continent utilise très mal ses ressources humaines. Or, on a noté qu'en dehors des variables strictement démographiques, l'instruction des femmes apparaît comme une variable cruciale dans l'explication du niveau et des tendances de la fécondité et de la mortalité infantile observés au cours des dernières années et est, par conséquent, un facteur important du lien entre croissance démographique et développement. L'importance de la scolarisation en général, celle des filles en particulier, qui se dégage des relations ainsi observées, confirme ainsi que la formation des hommes et des femmes reste la prémisse du développement car l'éducation interagit avec la population et exerce également une influence indirecte sur le bien-être des populations. Les stratégies discriminatoires déjà mentionnées ont donc pour conséquence ultime de retarder le décollage socio-économique, comme le montre la dégradation progressive de la situation du continent au cours des dernières décennies. Ceci est surtout vrai en Afrique subsaharienne du fait d'une croissance démographique rapide et d'une urbanisation effrénée. Cet état de fait semble être le résultat de stratégies discriminatoires dont souffrent aussi bien les populations rurales que les femmes, et qu'il faut absolument proscrire afin de donner à l'Afrique de meilleures chances de développement à l'avenir !

BIBLIOGRAPHIE

- BLANCHET D., 1990, Prévoir les effets économiques du vieillissement. *Economie et Statistique*, n° 233, Juin 1990, pp. 9-17, 86, 88.
- BANQUE MONDIALE, 1978, *Rapport sur le développement dans le monde*, Washington D.C., Août 1978, 133 p.
- BANQUE MONDIALE, 1989, *L'Afrique subsaharienne : De la crise à une croissance durable. Etude de prospective à long terme*, Washington D.C., 346 p.
- BANQUE MONDIALE, 1984, *World Development Report 1984*, Oxford University Press, Washington D.C., 286 p.
- HOGBE-NLEND H. (Interview de), 1991, *Jeune Afrique Economie*, n° 141, pp. 99-109.
- NATIONS UNIES/CEA, 1989, *Statistiques et politiques : observations préliminaires de la CEA sur le rapport de la Banque mondiale intitulé "L'ajustement et la croissance en Afrique pendant les années 80"*, Addis Abeba, 27 p.
- NATIONS UNIES/CEA, 1989, *Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel en vue du redressement et de la transformation socio-économiques (CARPAS)*, E/ECA/CM.15/6/Rev. 3, Addis Abeba, 64 p.
- OUA, 1982, *Plan d'action de Lagos pour le développement de l'Afrique, 1980-2000*, Institut International d'Etudes Sociales, Genève, 2^e édition.
- SALA-DIAKANDA M., 1984, "Relations entre population et quelques variables du développement en Afrique", in *Deuxième Conférence Africaine sur la Population, Documents présentés à la Conférence*, Arusha, République-Unie de Tanzanie, 9-13 janvier 1984, Nations Unies/CEA, ST/ECA/POP/1 UNFPA PROJ. NO.RAF/83/P02, Addis Abeba, pp. 58-70.
- TEVOEDJRE A., 1990, "Inégalités et déséquilibres villes/campagnes", *CAFRADES*, Série Recherche n° 12, 17 p.
- THE WORLD BANK, 1989, "Social Development in Africa Report. Social Actions Country Tables", Social Dimensions of Adjustment Project Unit, Washington D.C., 23 p.
- THE WORLD BANK, 1990, *World Development Report 1990. Poverty*, Oxford University Press, Washington D.C./New York, 260 p.
- UNICEF, 1987, *La situation des enfants dans le monde*, Genève, 147 p.
- UNICEF, 1991, *La situation des enfants dans le monde*, Genève, 128 p.
- UNITED NATIONS, *Global Population Estimates and Projections, 1990 Revision*, DIESA, New York, 197 p.

CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA : LE CAS DU SÉNÉGAL

Papa Demba DIOUF

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays en voie de développement, et au Sénégal en particulier, l'accroissement de la population a longtemps été sous-estimé par les pouvoirs publics. Son importance a été négligée à tel point qu'ils ont omis d'incorporer de façon explicite des politiques et programmes d'actions en matière de population dans les projets nationaux de planification du développement économique et social.

Une des raisons de cet état de fait est que la relation entre croissance démographique et développement économique reste assez controversée. Par exemple, le plan de Lagos (OUA, 1982) et la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique (C.E.A.) (Nations Unies, 1989) ont souligné l'effet négatif du taux actuel de la croissance de la population africaine sur le développement économique et social du continent.

Par contre, dans un rapport récent, la Banque mondiale (1986) a établi que *“la croissance rapide de la population n'est pas nécessairement un frein à la croissance du revenu par tête ; la croissance de la population peut même contribuer au développement”*. Mais elle mentionne également : *“cependant dans la plupart des cas, une croissance de la population, particulièrement une rapide croissance de la population, rend difficile l'accroissement du revenu par tête”*.

Cependant, il est généralement admis que l'accroissement rapide de la population a des répercussions sur les efforts de développement des pays du sud tel le Sénégal. Mais cette croissance ne nous semble pas responsable de tous les maux dont souffre le continent africain.

Dans cette étude, nous tenterons de montrer, à partir du cas sénégalais, que les politiques de développement mises en oeuvre sont tout autant responsables des échecs enregistrés sur le plan économique et social que la croissance démographique.

Des recommandations et solutions seront ensuite proposées pour la prise en compte de la variable population dans les politiques de développement économique et social.

CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL : EN GUISE DE DIAGNOSTIC

Lorsque l'effectif d'une population augmente, ses besoins en matière de santé, d'éducation et d'alimentation progressent en conséquence. L'adéquation de ces évolutions est trop souvent source de problèmes délicats pour les gouvernements qui ont à charge la mise en oeuvre des politiques de développement dans nos pays. L'analyse de ces évolutions, à partir d'un certain nombre d'indicateurs, va nous permettre de mesurer les conséquences de la croissance démographique et des politiques de développement mises en oeuvre dans les différents secteurs mentionnés.

Population et santé

La couverture sanitaire

Nous analyserons l'évolution du taux de la couverture sanitaire en fonction du taux de croissance de la population. Pour cette étude, nous retiendrons au niveau national, trois indicateurs : les rapports population-lit, population féminine (de 15 à 49 ans)-lit de maternité et population-infirmier.

Ces différentes évolutions ne sont pas uniformes sur le territoire national et il en résulte une inégale répartition qui privilégie particulièrement la région de Dakar.

L'indicateur population-lit ne prend en compte que les lits des hôpitaux et des centres de santé. Pour la période 1960-1988, nous constatons une dégradation de cet indice qui du niveau de 880 personnes-lits en 1960 atteint 970 en 1970, 1 420 en 1980 et plus de 2 000 en 1988.

Le ratio population en âge de procréer (15-49 ans) par lit de maternité connaît également une nette détérioration puisqu'il est passé de 720 à plus de 1 000 femmes entre 1960 et 1989. Par contre, l'indicateur population par infirmier, a enregistré une nette amélioration : cet indice est passé de 4 900 en 1962 à 3 000 en 1982.

L'évolution de ces différents indices montre bien une relative inadéquation entre l'évolution de la population et celle des besoins sanitaires dont le résultat est la dégradation continuelle de la couverture sanitaire pour les populations sénégalaises.

Les politiques en matière de santé

En matière de politique sanitaire, les maigres ressources allouées ont été mal affectées et inégalement réparties. De 1968 à 1985, la part des crédits dévolue à la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat est passée de 9 % à 5,3 %. Et les trois quart de ce budget sont consacrés aux services hospitaliers et aux soins curatifs, et seulement 16 % sont alloués aux dépenses des soins communautaires préventifs.

Malgré l'existence depuis l'époque coloniale d'infrastructures hospitalières (certes insuffisantes), le pays a continué à investir dans des infrastructures lourdes telles que des hôpitaux et centres hospitaliers universitaires (C.H.U.) : structures ultra-modernes et très sophistiquées qui entraînent des coûts récurrents dépassant les possibilités budgétaires du secteur de la santé. Il en résulte d'ailleurs un fonctionnement défectueux dès les premières années de leur création et l'on assiste généralement à une paralysie quasi-permanente des services. Ces infrastructures sont essentiellement implantées dans les grandes villes et ne touchent qu'une infime partie de la population ; les populations rurales, qui représentent 70 à 80 % de la population totale, ne sont pas concernées par cette médecine élitiste.

L'efficacité d'un système de santé ne saurait être appréciée uniquement en terme quantitatif (moyens, personnels, budget, distribution géographique), mais elle s'exprime également en termes qualitatifs de compétence, de disponibilité et de responsabilité. Il convient de souligner la mauvaise répartition des responsabilités entre les personnels, à tous les niveaux, et l'inadéquate définition des tâches du personnel de santé qui est mal payé, et par conséquent peu motivé. Il en résulte un laxisme qui altère la qualité des services de santé.

Il faut enfin noter qu'à l'instar des autres pays en développement, le Sénégal a toujours cherché à déterminer un taux de croissance maximal au niveau de l'économie nationale, sans se préoccuper de ses effets pervers. De ce fait, il n'a jamais su tenir compte des apports qui peuvent provenir des secteurs sociaux tels ceux de la santé et surtout de l'éducation, second élément de notre analyse.

Population et éducation

Les besoins en matière d'éducation

Les effectifs globaux des élèves ont augmenté régulièrement d'année en année. Par exemple, les effectifs de l'enseignement primaire sont passés de 128 755 élèves en 1960 à 269 997 en 1972, puis à 533 394 en 1984 et 609 383 élèves en 1987. Ils ont été ainsi multipliés par 2,1 entre 1960 et 1972 puis par 4,1 entre 1960 et 1984 et 4,7 entre 1960 et 1987.

Pour les autres niveaux d'enseignement, secondaire et supérieur, la progression des effectifs est plus nette ; pour 100 élèves dans le primaire en 1960-61 on comptait 7,26 élèves dans le secondaire et moins d'un étudiant dans l'enseignement supérieur et, en 1978-79, ces ratios étaient respectivement de 22,7 dans le secondaire et 2,7 dans le supérieur.

Il résulte de cette croissance des effectifs scolaires un déficit en infrastructures scolaires, qui ont connu un rythme de croissance plus lent, mais cette inadéquation est également due aux politiques mises en oeuvre.

Les politiques en matière d'éducation

Les disparités en matière d'éducation, entre régions comme entre établissements, sont importantes et se caractérisent par une répartition inégale des infrastructures sur le territoire, avec une grande concentration (qualitative et quantitative) dans la région de Dakar.

Ce déséquilibre, apparu lors de la période coloniale, s'est accentué après l'Indépendance. Il convient de ne pas le sous-estimer, car il intervient pour une grande part dans l'explication des flux migratoires actuels vers Dakar, les capitales régionales et la plupart des villes secondaires.

Les structures du système éducatif sénégalais correspondent en grande partie au modèle français. La principale critique, déjà formulée par la Banque mondiale (1970) et qui est toujours d'actualité, concerne le fait que le "*système sénégalais ne correspond ni dans ses structures ni dans son contenu ni dans sa qualité aux exigences locales*". On note tout particulièrement un manque de matières d'enseignement adaptées au monde rural.

Malgré la réforme de 1971, qui prévoyait d'une part une amélioration qualitative et une meilleure intégration dans le monde rural, d'autre part une plus grande adaptation du contenu de l'enseignement aux besoins du pays, l'éducation est restée essentiellement l'instrument pour la formation d'une petite élite. Dans la mesure où l'enseignement à l'école primaire se fait en français, nombreux sont les enfants, surtout issus du milieu rural, qui ne

peuvent pas suivre ou qui éprouvent des difficultés : nombre de ces enfants quittent l'école au bout de deux ou trois ans et restent presque analphabètes. Les résultats du recensement général de la population de 1976 révèlent que 90 % de la population de 15 ans a une formation scolaire très rudimentaire voire inexistante, relevant de l'école coranique ou de peu d'années d'école primaire en français. En 1988, le taux d'analphabétisme relevé lors du recensement était de 68 % pour l'ensemble du Sénégal (59 % pour les hommes et 77 % pour les femmes).

La définition des besoins de formation en rapport avec les capacités d'absorption de l'économie, une meilleure adéquation formation-emploi, l'élaboration d'une politique de gestion des ressources humaines sont autant de priorités définies dans le cadre d'une réforme du système éducatif. Cette réforme, qui se veut globale, doit prendre en compte l'introduction des langues nationales et faire un effort pour promouvoir l'alphabétisation.

Aujourd'hui la situation semble avoir changé mais, au-delà de la volonté politique, avec la création d'un ministère délégué auprès du ministère de l'Education Nationale, chargé de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales, il reste beaucoup à faire.

Population et besoins alimentaires

Une situation caractérisée par la dépendance vivrière

Le Sénégal a une superficie de 196 722 km² et une population essentiellement agricole. Son agriculture n'est pas assez diversifiée : la culture de l'arachide domine, avec un taux d'accroissement naturel de l'ordre de 2,9 %, et le déficit vivrier global se creuse de plus en plus. Face à cette situation, le pays se voit obligé de consacrer plus du tiers de ses dépenses d'importations à des produits alimentaires. Bien que la majeure partie des revenus d'exportation tirés de l'arachide serve à compenser les importations de céréales, le Sénégal connaît un déficit chronique et croissant de sa balance commerciale. Celui-ci est passé de 15,9 milliards FCFA en 1972 à 137,3 milliards en 1982 et cette situation ne semble pas s'améliorer actuellement.

Si l'on considère les normes définies dans le plan céréalière de 1987, la consommation moyenne de céréale par habitant est de 170 kg par an soit un besoin net de céréale de 1 169 000 tonnes pour l'ensemble du Sénégal. Pour l'année 1987, le déficit structurel net a été de 547 400 tonnes soit un taux de couverture de 53,5 % des besoins. Il a fallu recourir aux importations de riz (340 000 tonnes) et de blé (984 000 tonnes) pour faire face à ce déséquilibre.

La situation de 1987 n'est pas une exception, en effet entre les années 1960-1972 et 1984-1985, la moyenne de la production céréalière nationale brute (mil, sorgho, maïs) était de 706 000 tonnes par an, alors qu'il fallait satisfaire une demande nationale moyenne en céréale d'un million de tonnes. Compte tenu de l'accroissement relativement rapide de la population (2,9 % par an), la tendance est à un recul de l'auto-suffisance alimentaire.

En définitive, la production nationale structurellement déficitaire, l'accroissement rapide de la population et la forte propension à consommer des céréales importées contribuent à la dépendance du Sénégal vis-à-vis de l'extérieur. Les importations des céréales ont plus que triplé en valeur, entre 1967 et 1980, passant de 7,12 milliards de francs CFA à 24,23 milliards de francs CFA, avec un doublement des quantités pour la même période de 259 000 tonnes à 524 500 tonnes.

Ainsi pour un pays où l'activité économique est essentiellement agricole, ce constat donne une idée de la gravité de sa situation alimentaire.

Les politiques alimentaires

Pendant une longue période, le Sénégal a bénéficié de conditions favorables, aussi bien sur le plan interne que sur le plan externe, qui lui ont permis d'assurer un certain équilibre entre les dépenses d'importations de riz et les revenus d'exportations des arachides.

Actuellement la situation alimentaire devient alarmante avec la sécheresse, la baisse des prix mondiaux de l'arachide, les chocs pétroliers et la part importante dans la consommation sénégalaise du riz et de produits dérivés du blé, surtout pour les populations des villes.

Cette situation est liée à la politique agricole qui a longtemps privilégié la culture de l'arachide qui domine l'économie sénégalaise. L'importance des revenus tirés de la récolte de l'arachide a des incidences aussi bien sur le niveau du budget national et les moyens de fonctionnement de l'Etat, que sur l'équipement des exploitations rurales les plus reculées et les ressources monétaires des paysans. Ce choix de l'arachide comme principale production a été imposé pendant la période coloniale mais s'est maintenu après l'indépendance alors qu'une diversification aurait été souhaitable.

L'introduction de la culture du coton, en 1963, au Sénégal, n'a pas réellement contribué à la diversification. Il s'agit d'une culture qui présente des caractéristiques analogues à l'arachide : dépendance de son prix envers le marché mondial, perspectives déclinantes avec la concurrence des textiles synthétiques. Les pays qui se sont spécialisés dans ce type de culture (Tchad,

République Centrafricaine,...) connaissent aujourd'hui des problèmes similaires à ceux du Sénégal. Le Sénégal doit donc diminuer la surface réservée aux cultures arachidières tout en procédant à une intensification des techniques de production, de manière à obtenir une meilleure rentabilité. Les surfaces ainsi libérées pourraient être utilisées pour des cultures de céréales afin de réduire le déficit vivrier du pays : la diversification doit rester la priorité absolue. Selon S. Bessis (1979), *"l'ensemble des pays sahéliens, c'est-à-dire également le Sénégal, peuvent avec les moyens techniques et humains appropriés, produire 29 à 30 millions de tonnes de céréales par an, chiffre qui tomberait à 22 millions en année de pluviométrie déficitaire, pour des besoins estimés à 14 millions en l'an 2000, compte tenu d'une population qui devrait atteindre 45 millions d'habitants à cette date"*. Pour améliorer la productivité agricole, l'Etat a décidé d'améliorer l'approvisionnement en eau en construisant des grands barrages. Si des investissements pour améliorer l'irrigation des terres semblent judicieux, on peut s'interroger sur l'opportunité de réaliser des grosses infrastructures qui, selon certains spécialistes, ne répondent pas aux besoins du pays et vont accroître son endettement.

Au terme de ce bilan, il nous semble que la croissance démographique sert bien souvent d'alibi aux autorités nationales ou internationales, soit pour masquer leur incapacité à faire face aux problèmes qui les assaillent, soit pour dégager leurs responsabilités des situations qu'elles ont créées ou qu'elles aident à entretenir.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

Etant donné les avantages économiques et sociaux qu'offre à un pays en développement une pression démographique réduite, il semble important pour le Sénégal où les niveaux de fécondité sont élevés (7,1 enfants par femme), de tenter de maîtriser sa croissance démographique.

Mais la réduction de la croissance de la population à elle seule ne suffit évidemment pas à un pays pour assurer son développement économique et social. Celui-ci exige des transformations économiques et sociales importantes qui passent par des politiques de développement au sein desquelles le contrôle de la croissance de la population peut apporter une contribution non négligeable.

En effet, une diminution de la croissance démographique peut contribuer à une amélioration de l'état de santé des populations, l'accès d'un plus grand nombre d'individus à l'éducation et une plus grande disponibilité des denrées alimentaires.

Certains de ces objectifs pourraient être atteints avec des politiques efficaces qui prennent en compte à la fois les réalités locales, la conjoncture internationale et les inter-relations entre les différents secteurs de la société. Pour ce faire nous proposerons quelques recommandations pour ces différents secteurs.

Propositions dans le domaine de la santé

“Il a fallu des siècles à l’Occident pour réduire son taux de mortalité et accroître de façon notable l’espérance de vie des populations, et pour que la croissance du revenu réel par tête et du stock de connaissances chimiques, biologiques et médicales permette d’éradiquer, au moins de juguler un grand nombre d’affections” (Engelhard, 1981).

Dans les pays en voie de développement, et au Sénégal en particulier, le problème de santé se pose différemment dans la mesure où le bien-être médical et la santé ne sont pas du seul ressort de la médecine sophistiquée de type occidental.

La solution résiderait dans une médecine de masse, plus orientée vers le préventif, qui prendrait en compte la médecine dite traditionnelle. Aussi convient-il de multiplier les centres de santé et de procéder à la meilleure répartition des infrastructures avec un équipement adéquat en matériel et médicament.

Il faut également accroître l’effectif des personnels médicaux (infirmiers, sages-femmes) et veiller à leur formation. Il faut encourager les professions de matrones, d’accoucheuses traditionnelles et chercher à stimuler le personnel de santé. Il faut enfin prendre en compte la médecine traditionnelle pour une meilleure combinaison des pratiques médicales et pharmaceutiques propres aux cultures locales et des pratiques dites modernes.

L’ensemble de ces éléments nous semble moins coûteux et mieux adapté aux besoins que la politique de santé telle que nous la vivons actuellement au Sénégal, qui repose sur une médecine avec une technologie de pointe et des produits pharmaceutiques importés qui coûtent de plus en plus chers. La solution ne nous semble donc pas être principalement un problème de budget ou de financement et encore moins de croissance démographique. Elle est beaucoup plus dans une conception différente du développement où la santé et l’éducation n’apparaîtraient plus comme un luxe mais comme des moyens fondamentaux du développement.

Propositions dans le domaine de l'éducation

Le Sénégal utilise 20 à 23 % de son budget national, pour scolariser au plus 46 % (taux brut) de ses enfants, avec au sommet de la pyramide, des intellectuels dont l'emploi sera de plus en plus difficile à garantir. En cela le système éducatif sénégalais ne correspond pas exactement aux exigences locales. Mais l'erreur la plus grave serait de croire qu'il n'y a pas moyen d'y remédier car le modèle actuel risque de conduire à une impasse ou de nécessiter une assistance généralisée.

Ainsi la solution résiderait dans une école plus accessible aux masses rurales et mieux orientée vers les exigences nationales. Pour cela, il faut :

- augmenter le nombre d'établissements scolaires, en procédant à leur meilleure répartition sur le territoire national ;
- former des cadres enseignants, en quantité et en qualité, capables d'assumer pleinement leurs responsabilités d'éducateurs ;
- mettre sur pied des programmes adaptés aux exigences nationales ;
- réaliser une alphabétisation fondamentale et fonctionnelle, en langues nationales.

Une telle refonte du système éducatif ne saurait être supportée par le seul budget de l'éducation et devrait reposer sur des formules adaptées pour rendre possible une généralisation des activités éducatives qui ne soit pas trop onéreuse.

Il est évident qu'un tel système éducatif, ouvert à tous, devra être le moteur des transformations sociales que réclame l'établissement de la future société sénégalaise car un développement authentique est impossible sans la participation de tous les individus.

Propositions dans le domaine alimentaire

Des études menées dans les secteurs de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche ont conclu que le Sénégal avait la possibilité de nourrir de façon adéquate sa population, du moins pour les vingt ou trente prochaines années.

Même si cela est vrai, il reste que l'inadéquation entre les productions locales et les demandes intérieures de céréales demeure, avec comme toile de fond, une demande nationale fortement caractérisée par une préférence pour le riz importé et le blé. Cette situation ne fait qu'accroître la dépendance du pays vis-à-vis de l'extérieur, dépendance à l'origine du développement de la culture arachidière, aujourd'hui source de nos difficultés.

Aussi la solution alimentaire passe-t-elle nécessairement par la diversification des cultures qui doit rester la priorité des priorités avec les problèmes de la maîtrise de l'eau. Il faut donc :

- dans le cadre d'une politique d'auto-suffisance alimentaire et de réduction de déficit de la balance commerciale, assurer des prix plus rémunérateurs aux céréales comparativement à l'arachide (ou de façon plus générale aux cultures de rente), afin de substituer les céréales locales aux céréales importées ;
- garantir l'écoulement de la production par le développement de la recherche en technologie alimentaire pour déboucher sur une filière agro-industrielle permettant de procéder à la transformation des céréales, et de mettre sur le marché des produits céréaliers dont l'utilisation est plus aisée (farine de mil, pamible, semoule de maïs,...) ;
- développer la production et la productivité agricole.

Des actions qui sont difficiles à réaliser sans des politiques efficaces pour garantir les prix au producteur, promouvoir les céréales locales (prix et qualité), orienter la consommation vers les productions nationales.

En conclusion, la solution à tous ces problèmes de santé, d'éducation et d'alimentation réside dans des opérations intégrées au centre desquelles se trouve la population dont la maîtrise de son évolution doit être une préoccupation permanente pour tout gouvernement. Dans ce cadre, nos recommandations vont dans le sens d'une politique de population dont l'objectif principal est l'intégration réelle de la variable population dans les politiques de développement.

En effet, bien que l'intégration de la variable population dans la planification du développement économique et social soit de nos jours, selon l'avis général, d'une impérieuse nécessité, les efforts accomplis dans ce domaine demeurent encore sans portée réelle. La routine acquise en matière de planification ainsi que l'absence d'implication des personnels qualifiés à chacun des stades de l'élaboration des plans contribue au maintien de cette situation. Il est, par conséquent, plus que jamais nécessaire de développer la multidisciplinarité au niveau des équipes chargées de la planification.

BIBLIOGRAPHIE

BANQUE MONDIALE, 1970, *Rapport annuel*, cité par Luc Pagaz, le Sénégal : analyse du développement, U.C.L., Belgique, Juillet 1981, 173 p.

BANQUE MONDIALE, 1986, *Rapport annuel*, cité dans DIOP A., *Politique de population au Sénégal, évaluation et analyse des mesures de politique économique et des instruments*, 1987, 50 p.

BESSIS S., 1979, *L'arme alimentaire*, Maspero, Paris, 1979, 303 p.

DIOGUE B., 1986, *Niveaux et facteurs explicatifs de la santé au Sénégal de 1960 à 1982*, Avril 1986.

ENGELHARD P., ROBINEAU L., 1981, *La pharmacopée composante de l'économie de santé au Sénégal*, Dakar, Juin 1981, 95 p.

F.U.A.N.A.P., BANQUE MONDIALE, 1985, *Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'études en matière de population pour le Sénégal*, Dakar 1985.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, 1982, *Situation économique du Sénégal*, édition 1982.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, 1987, *Situation économique du Sénégal*, édition 1987.

NATIONS-UNIES/CEA, 1989, *Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel en vue du redressement et de la transformation socio-économiques (CARPAS)*, ELECA/CM, 15/06/Rev. 3. Addis Abeba, Avril 1989, 64 p.

NIANG M., 1985, *Population et éducation, le cas du Sénégal*, Sénégal, Dakar 1985, 70 p.

NOUVELLE IMPRIMERIE DU SENEGAL, 1981, *Carte d'identité du Sénégal 1981*, Sénégal, Dakar 1981, 154 p.

OUA, 1982, *Plan d'action de Lagos pour le développement de l'Afrique, 1980-2000*, Institut International d'Etudes Sociales, Genève, 2^e édition.

SENEGAL, 1976, *Recensement de la population*, Avril 1976, analyse des résultats nationaux, 67 p.

SENEGAL, 1988, *Recensement Général de la population et de l'Habitat* Mai-Juin 1988, résultats au 10^e (échantillon), Direction Statistique, Juin 1989, 165 p.

SENEGAL, *V^e plan de développement économique et social*.

VERS UNE POLITIQUE DE POPULATION EN CÔTE-D'IVOIRE

**Une réponse aux conséquences sociales
de la croissance démographique et de la crise économique**

C. Benjamin ZANOU

INTRODUCTION

La Côte-d'Ivoire a connu durant les deux premières décennies de son indépendance un taux de croissance économique relativement élevé. En effet, le produit intérieur brut (PIB) croissait de 7,6 % en moyenne par an contre 4 % pour la population. Cette différence entre le taux de croissance des ressources et celui de la population aurait dû se traduire par une augmentation du niveau de vie, mais depuis 1980, la situation a beaucoup évolué.

A partir de cette date, le pays a enregistré une baisse importante des prix de ses matières premières d'exportation, principalement le café et le cacao, entraînant le fléchissement de la croissance économique. Le PIB n'augmentait plus, en terme réel, que de 0,3 % par an durant la période 1980-1985, alors que la croissance démographique n'a que légèrement décliné (3,5 % par an).

Ce ralentissement de la croissance économique a entraîné une détérioration des conditions sociales sans pour autant infléchir le taux d'accroissement de la population. La pression démographique s'est alors faite sentir dans toute son ampleur aussi bien sur les secteurs économiques que sur les secteurs sociaux. Comment s'est instaurée une telle situation ?

LA SITUATION ET L'AVENIR DÉMOGRAPHIQUE

La situation démographique de la Côte-d'Ivoire était mal connue jusqu'en 1975, date du premier recensement général de la population (RGPH), où l'on a dénombré 6 710 000 habitants. Au recensement de 1988, la population

s'élève à 10 816 000 habitants. Au cours de la période intercensitaire, l'Institut National de la Statistique a réalisé :

- une enquête démographique à passages répétés (EPR) en 1978-1979 ;
- une enquête budget-consommation des ménages en 1979 ;
- une enquête sur la fécondité en 1980-1981 ;
- deux recensements des communes d'Abidjan et Bouaké en 1979-1980 et 1984-1985 ;
- une enquête socio-économique à passages répétés auprès des ménages en 1986-1989.

La synthèse de toutes ces opérations nous permet de relever les principales caractéristiques suivantes de la population :

- une fécondité élevée, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain ; 6,5 enfants en moyenne par femme (RGPH, 1988) ;
- une mortalité encore élevée, surtout en bas âge ; un taux de mortalité infantile de 103 pour mille (EPR, 1978)
- un rythme d'accroissement naturel élevé : 3,5 % (RGPH, 1988) ;
- une espérance de vie à la naissance de 56 ans (RGPH, 1988) ;
- un apport migratoire en régression ; le taux de migration net est passé de 1,3 % en 1978-1979 à 0,3 % en 1987-1988 (RGPH, 1988) ;
- une forte propension à l'urbanisation, marquée par une concentration sur la ville d'Abidjan ; la population urbaine représente 39 % de la population totale en 1988 et Abidjan compte 46 % des citadins (RGPH, 1988).

Comme on peut le constater, la population de la Côte-d'Ivoire croît à un taux élevé (3,5 % par an) : à ce rythme, elle double tous les 19 ans, ce qui correspondrait à une population de plus de 20 millions d'habitants en l'an 2005. L'une des caractéristiques de cette population est son extrême jeunesse : les moins de 15 ans représentent plus de 46 % du total de la population tandis que 3,6 % seulement des individus ont 60 ans et plus. S'agissant de la population urbaine, elle est passée de 25 % de la population totale en 1965 à 32 % en 1975, à 39 % en 1988 avec un taux d'accroissement annuel moyen de 6,5 % sur la période 1965-1988.

L'urbanisation croissante est la conséquence de l'accroissement naturel mais surtout de l'apport migratoire, tant interne qu'international. Au plan interne, il s'agit essentiellement des courants migratoires, dus aux activités agro-commerciales liées à la culture du café et du cacao très développées dans le sud forestier, qui entretiennent les disparités régionales entre le nord et le sud. Cette migration a accentué la concentration de la population à

Abidjan. Les personnes non natives représentent 59 % de la population totale des Abidjanais en 1988.

Tableau 1 : Evolution prévisible de la population

Indicateurs	1975	1988	1998	2008
Population totale	6 709 600	10 816 000	16 245 000	23 847 000
Population rurale	4 563 307	6 596 000	7 863 000	9 563 000
Population urbaine	2 146 293	4 220 000	8 383 000	14 284 000
Taux d'urbanisation	32 %	39 %	51,6 %	59,9 %
% des 0-4 ans	18,7	19,6	19,4	19,2
% des 5-14 ans	26,2	27,2	28,5	28,1
% des 15-64 ans	53,2	51,1	50,1	50,7
% des 65 ans et +	2,1	2,1	2,0	2,0

Source : Perspectives démographiques, Institut National de la Statistique, 1991.

Il apparaît que les tendances actuelles sont peu susceptibles d'être modifiées au cours des 20 prochaines années. Globalement, la population a de fortes chances de poursuivre son accroissement à un rythme élevé. La forte jeunesse de la population va se maintenir. En l'an 2008, 11,3 millions d'habitants auront moins de 15 ans parmi eux, la population en âge scolaire (5-14 ans) représentera 6,7 millions d'individus.

Vu la persistance de la crise économique et la nouvelle politique du gouvernement en matière de migration, il est probable que le taux net de migration continuera à fléchir.

Quant à l'évolution de la population urbaine, elle va continuer à augmenter à un taux annuel moyen de l'ordre de 6 % durant les vingt prochaines années, de sorte que le pays atteindra près de 60 % de population urbaine en 2008. A cette date l'agglomération d'Abidjan compterait plus de 4 millions de personnes soit moins d'un tiers des citadins, au lieu de près de la moitié en 1988 : le fléchissement de la population d'Abidjan se ferait au profit des villes de l'intérieur qui croîtront plus rapidement.

CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET SECTEURS SOCIAUX DE L'ÉCONOMIE

L'ampleur de la croissance démographique pose le problème de la non satisfaction des besoins essentiels de la population (alimentation, éducation, santé, emploi, logement...) face à la diminution des ressources disponibles.

Aussi, la prise en compte de la variable population dans les différents plans de développement économique, social et culturel s'avère nécessaire. Examinons dans les pages qui suivent, l'impact de la croissance rapide de la population concomitante à la diminution des ressources disponibles sur la satisfaction de certains besoins essentiels.

Agriculture

La Côte-d'Ivoire tire l'essentiel de ses ressources de l'agriculture qui occupe plus des 2/3 de la population active. Le problème de pression démographique, tel qu'il se pose actuellement, devient inquiétant quand on se situe au niveau de l'agriculture. En effet, après deux décennies d'expansion rapide, le secteur agricole commence à connaître des difficultés en ce qui concerne son développement futur. Jusqu'à maintenant, l'accroissement de la production agricole était lié à la mise en valeur de nouvelles terres, mais aujourd'hui le caractère extensif de l'agriculture se heurte à l'insuffisance des terres qui se font de plus en plus rares en zone de forêt. Chercher à mettre en valeur les terres moins fertiles de la zone de savane ou pratiquer une culture intensive dans la zone forestière nécessiterait de grands investissements et la maîtrise de techniques nouvelles par la population.

Sur le plan alimentaire, l'Etat consacre déjà une bonne partie de ses ressources à l'importation des denrées comme le riz. Si le pays veut éviter cette situation de dépendance alimentaire, il faudrait accorder une attention particulière à la production des cultures vivrières comme on l'a fait pour les cultures d'exportation jusqu'à une date récente. Ce faisant, l'Etat économiserait ses devises pour d'autres secteurs d'activité.

Santé

L'effectif des enfants de moins de 5 ans qui était de 2 122 000 en 1988 passera à 4 578 000 à l'an 2008. Cette tranche d'âge de la population est la plus exposée aux maladies et aux décès. Les indices démographiques calculés à partir de l'enquête à passages répétés de 1978-1979 sont assez parlants dans ce domaine : le risque d'un nouveau-né de décéder avant d'avoir un an est de 103 pour mille et le risque d'un enfant qui a un an de décéder avant d'en avoir 5 est de 85 pour mille.

Avec l'évolution des mentalités, les populations fréquentent de plus en plus les centres de santé. Pour satisfaire leurs besoins en la matière et compte tenu du taux de croissance démographique, l'Etat aurait dû accroître les moyens matériels et humains dans des proportions suffisantes en matière de santé. Or nous constatons que cela n'a pas été réalisé. En effet, en 1969 pour

une population de 4 626 000 habitants, la Côte-d'Ivoire ne disposait que de 9 grands hôpitaux de première catégorie, 33 de 2^e catégorie, de 58 centres de santé et maternités répartis sur l'ensemble du territoire. Ces infrastructures offraient 4 895 lits d'hôpitaux et 2 389 lits de maternité soit un total de 7 284 lits. A cette période, on comptait 945 personnes par lit d'hôpital (Plan quinquennal de développement économique social et culturel 1976-1980, Ministère du Plan).

En 1983, le nombre total de lits dans les différents secteurs publics de la santé est passé à 11 165, et le nombre d'habitants pour un lit d'hôpital a augmenté du tiers atteignant 1 254 en moyenne : ce qui prouve que la population augmente plus vite que les équipements (Direction de la Planification et des Statistiques Sanitaires, Ministère de la Santé Publique et de la Population).

Au niveau du personnel de la santé, la situation n'est pas meilleure (tableau 2).

Tableau 2 : Personnel de la santé en 1981 et 1988 (en effectif)

Catégorie	1981	1988	accroissement 1981-1988 en %	personnel pour 100 000 habitants en 1988
Médecin	511	711	39,1	7
Pharmaciens	95	117	23,2	1
Chirurgiens-dentistes	55	106	92,7	1
Sages-femmes	781	1260	61,3	12
Infirmiers et infirmières d'Etat	1938	2674	38,0	25
Infirmiers et infirmières brevetés	1307	783	- 40,1	7
Agents techniques de santé	171	*	-	-
Assistants d'assainissement	*	126	-	1

* Données non disponibles

Source : Direction de la Planification et des Statistiques Sanitaires, Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Si le rapport population/personnel médical s'améliore depuis 1981, force est de constater que son niveau reste encore élevé. En effet, les données indiquent qu'un médecin doit s'occuper de 14 700 personnes en 1988 au lieu de 5 000 comme l'indiquent les normes de l'O.M.S. De même, on compte une infirmière d'Etat pour 4 000 habitants alors que la norme de l'O.M.S. est de 300 habitants pour une infirmière. Par ailleurs le taux de morbidité (nombre de consultations/population moyenne) est d'environ 70 %, et on estime à 39 le nombre de malades reçus par jour ouvrable par un médecin, ce qui représente une charge de travail énorme. Ces quelques données font apparaître l'effort qui reste à faire par l'Etat pour mettre en place un système sanitaire efficace.

Education

La Côte-d'Ivoire était l'un des pays les moins favorisés de l'Afrique noire francophone en matière d'éducation au moment de son accession à l'indépendance en 1960. L'un des objectifs poursuivis par l'Etat depuis cette date est la scolarisation à 100 % des enfants en âge scolaire, cette échéance étant fixée pour les années 1980. Aussi, toutes les actions du gouvernement ont-elles tenu compte à la fois du dynamisme propre à l'éducation et de l'évolution de l'environnement socio-économique.

Cette volonté s'est traduite par l'évolution rapide de la part du budget de l'Etat consacré à l'éducation et à la formation qui est passé de 12,5 % (3,5 milliards) en 1960 à plus de 40 % (132,5 milliards) en 1980 ⁽¹⁾ Ces efforts ont permis de constater que :

- dans le primaire, le nombre d'écoles est passé de 1 543 en 1960 à 4 418 en 1989, soit un accroissement moyen de 14 % par an, tandis que les effectifs ont progressé de 200 046 élèves en 1960 à 954 190 en 1989, soit une évolution du taux net de scolarisation de moins de 10 % à 67 % sur la même période ;
- dans le secondaire, et toujours sur la même période, le nombre d'établissements est passé de 47 à 215 soit un accroissement de plus de 22 % alors que les effectifs des élèves ont été multipliés par près de 13, passant de 8 326 à 172 280 élèves.

Mais la situation a changé depuis 1980. On observe une réduction des investissements de l'Etat dans l'enseignement consécutive à la crise économique, liée à la mévente des produits d'exportation. Si cette diminution des investissements n'a pas eu d'effets négatifs sur l'accroissement des infras-

(1) Ministère de l'Education Nationale, statistiques scolaires, 1980-1981, 1983-1984, 1985-1986.

structures du primaire, c'est grâce aux efforts des populations qui construisent elles-mêmes les classes. Ce n'est malheureusement pas le cas pour l'enseignement secondaire : en effet, le rythme de création des établissements par l'Etat est passé de 17 % (1960-1980) à moins de 13 % (1980-1990) entraînant une progression nette du nombre d'élèves par classe de 33 en 1960 à 53 en 1980 et 71 en 1990. Ce ralentissement des investissements affecte également la progression des effectifs dans les différentes filières de formation au niveau du secondaire, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, de l'Université et des Grandes Ecoles.

Bien que l'Etat consacre déjà une part importante de son budget à l'éducation, il lui sera indispensable, pour faire face aux problèmes qui se posent dans ce secteur, d'accroître sans cesse ses efforts pour tenir compte de la croissance de la population. En effet, les perspectives font état de 6,7 millions d'enfants de 5 à 14 ans en l'an 2008, Ce qui constituerait une charge considérable pour lui et la société si l'on considère que tous ces enfants doivent être scolarisés.

Emploi

Si la situation de l'emploi en Côte-d'Ivoire s'est caractérisée pendant la période 1970-1980 par une progression annuelle moyenne des emplois modernes de 7 % (Direction de la Planification, 1986), les effets de la crise économique ont limité ce taux de croissance à partir de 1980. Pendant les cinq premières années de la décennie 1980, l'ensemble des emplois urbains n'a progressé que d'environ 2 % par an. Par contre pour la même période, la population à la recherche d'un emploi a augmenté à un taux annuel de 8,4 %. Il en résulte, selon la même source, un excédent de la main-d'oeuvre urbaine qui passe de 183 000 en 1980 à 277 000 en 1983.

Ce surplus de la main-d'oeuvre urbaine va toujours croître si rien n'est fait pour le résorber, puisque les prévisions démographiques font apparaître un nombre de plus en plus important des personnes en âge actif.

Notre analyse a fait ressortir deux phénomènes contradictoires : d'un côté l'accroissement continu de la population et de l'autre la diminution rapide des ressources disponibles.

Face à ce dilemme, les autorités ont mis en place en 1989 un programme d'ajustement structurel soutenu par le Fond Monétaire International, avec l'appui financier de la Banque mondiale. Ce programme a été renforcé au premier trimestre de l'année 1990, compte tenu de la poursuite de la chute des cours mondiaux des matières premières. Parallèlement, des transformations politiques sont intervenues avec l'instauration du multipartisme et la

désignation d'un premier ministre, garant de la gestion coordonnée des politiques économiques et financières. Dans la foulée, une politique de population est en train d'être mise en place.

ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE DU GOUVERNEMENT EN MATIÈRE DE POPULATION

“La valorisation des ressources humaines constitue l'un des volets essentiels de notre programme économique et financier ; elle vise l'objectif fondamental d'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi. La stratégie, dans ce domaine sera fondée sur un ensemble cohérent d'action concernant à la fois la demande et l'offre. Les actions sur la demande visent la maîtrise des phénomènes démographiques pour alléger à long terme, la charge du système éducatif et sanitaire et pour réduire les déséquilibres entre l'offre et la demande d'emploi.

Dans ce contexte, les mesures que le Gouvernement envisage de mettre en oeuvre concernent :

- La mise en oeuvre d'une politique de population visant notamment à ralentir le rythme de la croissance démographique, à travers la planification familiale et la maîtrise de l'immigration.*
- L'amélioration de la capacité de planification et de gestion des secteurs constitutifs des ressources humaines pour traduire la volonté de mettre en oeuvre une stratégie globale et intégrée de valorisation des ressources humaines qui établissent les liens clairs et cohérents avec le développement économique. Le renforcement des liens entre la formation et l'emploi tels qu'ils sont reflétés par les signaux du marché du travail et de promouvoir la création d'emplois sur des bases saines.” (2)*

Ce qu'il faut retenir de cette intervention est le changement d'attitude du gouvernement vis-à-vis du problème de population. En effet, depuis l'indépendance en 1960, c'est la première fois qu'il s'est prononcé pour le ralentissement du rythme de la croissance démographique, alors que le taux d'accroissement de la population a toujours été relativement élevé au cours

(2) Extrait de la communication de Monsieur le Ministre délégué auprès du Premier Ministre, chargé de l'Economie, des Finances, du Commerce et du Plan à la Conférence Internationale sur “Développement et Croissance Démographique Rapide : Regard sur l'Avenir de l'Afrique”, Paris, 1991.

des 25 dernières années (au moins 4 % l'an), et que depuis une décennie, les spécialistes des questions de population ne cessent d'attirer l'attention des gouvernants sur les effets d'une croissance démesurée.

Ce changement de position est d'autant plus spectaculaire que, même au cours des 5 dernières années, le discours officiel est resté pronataliste. Ce discours officiel affirme que la population ivoirienne était insuffisante au regard de la superficie du pays, et comparait la Côte-d'Ivoire à certains pays européens et asiatiques dotés de populations 7 fois à 15 fois supérieures à la sienne avec une superficie équivalente.

Des mises en garde ont été faites parfois à l'encontre de ceux qui prônent le planning familial : *“Notre pays peut tolérer la planification familiale en ce qu'elle signifie un espacement des naissances et donc une meilleure santé pour les mères et les enfants, mais il ne saurait pour des raisons indiquées ci-dessus, favoriser à l'heure actuelle, une quelconque limitation des naissances, ainsi que cela se pratique dans d'autres pays du globe”* (3).

Plusieurs questions viennent à l'esprit au moment où le gouvernement de la Côte-d'Ivoire vient d'exprimer la volonté de réduire le rythme d'accroissement de la population : aura-t-il les moyens de sa politique ? Comment va-t-il s'y prendre pour atteindre ses objectifs ?

Pour les pays en développement qui en ont fait l'expérience, il semble que, pour réussir un programme de planning familial l'on doit prendre en compte les dimensions économiques, sociales et culturelles de la population : ce qui nécessite des moyens suffisants, surtout au niveau financier. Au moment où la Côte-d'Ivoire exécute un programme d'ajustement structurel avec la caution de la Banque mondiale et du Fond Monétaire International, il semble difficile de dégager suffisamment de moyens pour mener à bien une politique de planification familiale. Cependant, l'Etat peut laisser le soin aux Organisations Non Gouvernementales (ONG) d'exécuter à sa place le programme en question. Dans ces conditions, les ONG accepteront-elles d'intégrer les dimensions sociales et culturelles à leur programme ? L'Etat sera-t-il en mesure de coordonner les actions des ONG ? La réussite de ce programme passe par des réponses convenables à ces questions.

(3) Discours du Ministre de la Santé Publique et de la Population à la clôture du séminaire national sur *“la Population et le Développement”*, 13-18 décembre 1982.

EN GUISE DE CONCLUSION

Nous avons tenté d'aborder dans les grandes lignes, les problèmes que pose à la Côte-d'Ivoire, la croissance rapide de sa population face à la diminution des ressources.

Il est apparu à la lumière de la situation actuelle et des prévisions pour l'avenir, que pendant les 20 premières années de notre indépendance, la relative abondance des ressources a permis à l'Etat de satisfaire sans trop de difficultés, les besoins essentiels de la population. Mais depuis 1980, la crise économique a fait apparaître une inadéquation entre les ressources et la population, surtout que celle-ci n'a jamais été prise en compte de façon sérieuse dans les différents plans de développement économique, social et culturel du pays.

Pour les décennies à venir, la situation pourrait être préoccupante si aucune mesure tendant à rapprocher le taux de croissance démographique du rythme de progression des ressources n'est envisagée. Telle que la situation est décrite, nous constatons qu'il faut trouver des solutions ; mais seul le Gouvernement est en mesure de prendre les décisions qui s'imposent. C'est pourquoi nous pensons que la politique économique et de ressources humaines, définie par le gouvernement, devrait être appliquée dans toutes ses dimensions.

BIBLIOGRAPHIE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION, 1986, *Prévision du Plan 1986-1990, résumé des bilans disponibles* volume II, Abidjan.

DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DES STATISTIQUES SANITAIRES, *Infra-structures sanitaires par région ; situation du personnel de la santé*, Abidjan.

DIRECTION DE L'EVALUATION, DES STATISTIQUES ET DE L'INFORMATIQUE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, *Statistiques scolaires*, Abidjan.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE, 1980, *Perspectives de population 1975, 1985 et 1990*, Abidjan.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE, 1983, *Résultats du Recensement Général de la Population de 1975*, Abidjan.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE, 1990,

Résultats du Recensement Général de la Population de 1988, Abidjan.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITE NATIONALE, 1991, *Perspectives démographiques de la Côte-d'Ivoire 1988-2028*, Abidjan.

MINISTERE DU PLAN, *Plan quinquennal de développement économique social et culturel, 1976-1980*, Ministère du Plan, Côte-d'Ivoire.

ZANOU B., BONFIN A.M., TIAPANI L., 1989, *Population et développement*, Communication au séminaire des parlementaires africains francophones au sud du Sahara sur le thème : "Le suivi de l'enfant, la population et le développement", Abidjan, 11-13 mars 1987.

ZANOU B., 1991, *L'orientation des élèves en classe de 6ème un aspect inexploré des migrations scolaires en Côte-d'Ivoire*, Communication aux quatrièmes Journées Démographiques de l'ORSTOM, Paris, 11-13 sept. 1991.

EXPANSION DÉMOGRAPHIQUE ET DÉVELOPPEMENT AU BURUNDI : L'IMPOSSIBLE ADÉQUATION ?

Gervais BARAMPANZE, François NKURUNZIZA

INTRODUCTION

Avec une croissance démographique rapide et une situation d'enclavement, (qui lui coûte chaque année entre 30 et 50 millions de dollars), sans ressources minières importantes exploitées, le Burundi apparaît comme un pays défavorisé dans la course au développement.

Malgré les efforts de développement entrepris ces dernières années, les résultats n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes et la croissance économique est demeurée faible. Ainsi, la croissance du PIB a-t-elle été de 2,3 % entre 1980 et 1986 : taux qui doit être comparé à la croissance moyenne de la population qui pendant la même période s'élevait à 2,6 %. Comme le mentionne le préambule du V^e plan quinquennal de développement économique et social (1988-1992), la croissance économique réalisée jusqu'à nos jours a été entièrement absorbée par une population en constante progression. L'idée d'une forte population facteur de développement se trouve donc aujourd'hui éloignée et l'on constate plutôt que ce peuplement dense est un handicap majeur au processus de développement du pays, si l'on considère ses incidences sur les conditions de vie des populations.

Après avoir étudié le niveau de croissance démographique actuel du Burundi et les raisons d'un tel peuplement, nous analyserons la relation étroite existant entre la population et les principaux secteurs socio-économiques : agriculture, nutrition et santé, travail et emploi, éducation et environnement. Nous terminerons par quelques réflexions sur les actions envisagées aujourd'hui pour tenter de résorber l'écart sans cesse croissant entre l'expansion démographique et le développement socio-économique.

LE NIVEAU DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE DU BURUNDI

Un pays aux densités de peuplement exceptionnelles

Depuis la période coloniale, les estimations de population faites sur le Burundi concluait que la population était trop dense pour ce petit pays.

En effet, la densité relevée apparaît comme exceptionnelle en Afrique. Ainsi, elle était estimée à 71 habitants au km² en 1950, 86 et 1960, 124 en 1965, 139 en 1970, 154 au recensement de 1979 et serait aujourd'hui de l'ordre de 206 habitants au km², d'après les résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 1990 (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution de la population du Burundi de 1935 à 1990

Années	Effectifs	Densités (hab/km²)
1935	1 524 000	59
1940	1 716 000	66
1945	1 523 000	59
1950	1 836 000	71
1955	2 035 000	78
1960	2 234 000	86
1965	3 210 090	124
1970	3 621 000	139
1975	3 934 000	152
1980	4 055 122	156
1985	4 617 226	178
1990	5 356 266	206

Source : Enquête Démographique 1970-1971, Projection de la Population du Burundi 1980-2000, Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1990.

Ces chiffres n'ont pas de signification en eux-mêmes, mais il est important de souligner que dans le cas précis du Burundi, pays essentiellement agricole, la densité de la population par rapport à la surface agricole utilisée est très élevée. Elle atteindrait, selon les estimations du Département de la Population en 1982, 536 habitants au km² pour l'ensemble du pays et serait pour les régions le plus densément peuplées, le Buyenzi et le Kirimiro, respectivement de 782 et 761 habitants au km². Une densité exceptionnelle en Afrique, qui ne se retrouve que chez le voisin du Nord, le Rwanda. Comment expliquer une telle situation ?

Différents éléments ont concouru à cette forte expansion humaine. On a, à juste titre, évoqué la relation entre l'altitude, l'organisation politique et sociale du pays dans le passé et la forte concentration humaine. La configuration géographique et les institutions politiques du passé auraient constitué en effet une barrière aux invasions extérieures, notamment celles des esclavagistes qui ont ravagé les autres régions d'Afrique. L'altitude en tant que facteur de salubrité aurait contribué également à la formation de fortes densités humaines sur les hauts plateaux. De plus, cette altitude, par le regain de pluviosité qu'elle provoque, aurait permis des conditions culturelles relativement favorables pour les légumineuses, essentiellement le haricot (deux à trois récoltes annuelles) qui fournit ainsi à lui seul environ 45 % des calories, 79 % des protéines, 59 % des lipides, et plus de la moitié des vitamines disponibles dans le régime alimentaire burundais. Un livre d'histoire récent sur le Burundi résume bien à notre avis les conditions d'une telle croissance démographique : "toutefois, le succès d'une telle croissance supposait l'absence d'agressions extérieures. L'étude comparée des populations africaines du XIX^e siècle a démontré que les plus dangereuses perturbations résidaient dans les déséquilibres exogènes : la traite d'une part, la diffusion des maladies stérilisantes et abortives d'autre part, ont entraîné des ponctions et réduit, voire annihilé, la fécondité et la croissance naturelle. Jusqu'à la veille de la colonisation, le Burundi ne connût ni l'une, ni l'autre. Le XIX^e siècle apparaît donc comme un moment important, favorable à un "infléchissement à la hausse". Le Burundi cumula alors des conditions avantageuses : une situation écologique à l'écart des grandes endémies, une base nutritionnelle en expansion, une fécondité peu perturbée, enfin la stabilité politique, contribuèrent à appuyer et à relancer la croissance contrariée épisodiquement par des aléas climatiques" (Mworoha *et al.*, 1987).

Une mortalité en baisse mais une fécondité restée élevée

Cette croissance de la population, traditionnellement forte, s'est trouvée accélérée durant les dernières décennies. En effet, ici, comme ailleurs en Afrique, la mortalité a progressivement chuté. Cette baisse a été attribuée principalement aux progrès de la médecine moderne. Le taux de mortalité est ainsi passé de 26 pour 1000 en 1965 à 20,4 pour 1000 en 1970-71, et à 18 pour 1000 en 1986 et pourrait baisser jusqu'à 14,2 pour 1000 entre 2000 et 2005 selon les projections des Nations-Unies.

Le taux de natalité reste stationnaire, il s'est pratiquement maintenu à 47 pour 1000 de 1965 à 1986 (tableau 2). Quant à l'indice synthétique de fécondité, il reste élevé, passant, selon le rapport sur le développement dans

le monde de la Banque mondiale, de 6,5 en 1982 à 6,4 en 1985 et à 6,5 en 1986 ; en 1987, il était de 6,8 enfants par femme d'après l'enquête démographique et de santé.

Tableau 2 : Mouvement naturel selon diverses sources

Indice	Période d'observation			
	1965	1970	1979	1987
Natalité (pour 1000)	46	42	46	46
Mortalité (pour 1000)	26	20	21	17
Accroissement naturel (%)	2,0	2,2	2,5	2,9

Source : Enquête démographique 1970-1971, Enquête post-censitaire 1979, Enquête démographique et de santé 1987.

La fécondité du Burundi est donc l'une des plus élevées d'Afrique. Si elle ne baisse pas, c'est en partie en raison des visions et des valeurs pronatalistes des Burundi et du fait également que les programmes de planning familial initiés en 1983 n'ont pas eu jusqu'ici d'impact sur les déterminants de la fécondité : le taux d'utilisation des contraceptifs modernes était seulement de 1,6 % en 1986 selon l'enquête démographique et de santé.

Cette forte fécondité et la mortalité en baisse expliquent le niveau élevé et l'augmentation du taux annuel moyen d'accroissement de la population qui est passé de 1,7 % entre 1948 et 1959 à environ 2,2 % durant la décennie 1970, et à plus ou moins 2,6 % par an entre 1979 et 1990, soit actuellement un doublement de la population environ tous les 25 ans.

Cette situation démographique se répercute nécessairement sur les différents aspects de la vie socio-économique du pays et ne manque pas d'entraver le processus de développement en cours. L'impact de cette croissance est surtout visible à travers l'analyse de chaque secteur de la vie économique.

DÉVELOPPEMENT AGRICOLE ET CONTRAINTES DÉMOGRAPHIQUES

La contrainte des densités de population sur les disponibilités agricoles

L'analyse des densités démographiques en rapport avec les disponibilités agro-pastorales montre un déséquilibre constant qui s'accompagne d'un morcellement des terres et d'une exigüité des exploitations agricoles. Ce

déséquilibre s'explique essentiellement par deux facteurs : une distribution spatiale de la population liée aux caractéristiques du milieu naturel et une insuffisance des disponibilités agro-pastorales.

Une distribution spatiale de la population influencée par le milieu naturel

La répartition spatiale de la population selon les régions naturelles montre que le fort peuplement de certaines régions interfère avec les conditions climatiques et pédologiques favorables et inversement.

Les fortes densités comprises entre 200 et 400 habitants/km² se situent dans les régions du Centre, du Nord et Nord-Est englobant principalement le Buyenzi, le Kirimiro, le Mumirwa, le Bweru, et le Bugesera. Toutes ces régions ont une altitude variant entre 1500 et 2000 mètres avec des températures comprises entre 15° et 20°. Sur le plan pédologique, ces régions correspondent également au riche terroir du pays où, malgré la forte déclivité des pentes et la précarité des instruments aratoires, les précipitations et la fertilité du sol permettent 2 à 3 récoltes par an.

Les densités moindres (200 hab/km²) se rencontrent dans la ceinture Sud, Sud-Ouest et Sud-Est ainsi que dans le Centre-Sud englobant ainsi les régions d'Imbo, du Buragane et du Kumoso, une partie du Mugamba, Butusi et Buyogoma (tableau 3). Dans cet ensemble, se dégage un sous-ensemble (Imbo, Buragane et Kumoso) inhospitalier, de basse altitude (800-1200 m) infesté d'anophèles et de glossines qui entravent la pratique de l'élevage et l'implantation des hommes.

Ainsi, on constate que 65 % de la population vit sur 45 % du territoire national et si, l'on considère seulement la population agricole (93 % de l'effectif total), environ 70 % réside dans des régions avec des densités supérieures à 200 hab/km².

Insuffisance des disponibilités agro-pastorales

Sur la superficie totale du territoire, 82 % des terres sont utilisables pour l'agriculture, l'élevage et les boisements, et 28 % de ces terres sont encore disponibles.

La répartition par régions naturelles laisse également voir un déséquilibre.

Le taux d'utilisation du sol est en moyenne de 72 % pour l'ensemble du pays avec des variations allant de 33 % dans le Mosso à 98 % dans le Bututsi, région à forte extension de pâturages. Le taux d'utilisation est plus élevé dans le Buyenzi (97 %) et le Kirimiro (94 %), région purement agricole.

G. BARAMPANZE, F. NKURUNZIZA

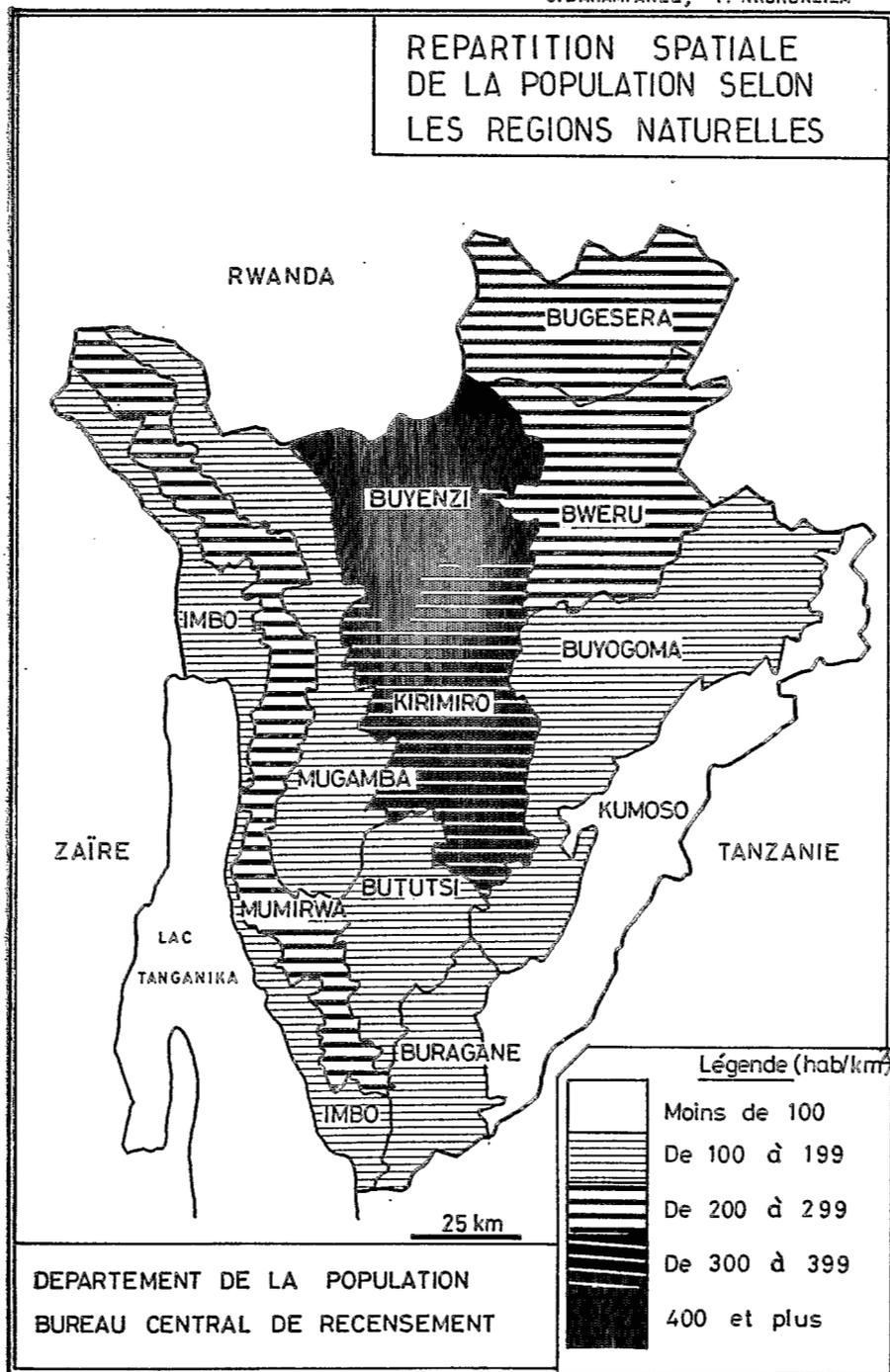


Tableau 3 : Répartition spatiale de la population selon les régions naturelles

RÉGIONS NATURELLES	Superficie (ha)	Population	Densité h/km ²
1. BUGESERA	194 170	391 319	202
2. BURAGANE	115 570	138 972	121
3. BUTUTSI	138 245	232 549	168
4. BUYENZI	207 710	850 100	410
5. BUYOGOMA	423 880	480 498	114
6. BWERU	242 140	557 978	231
7. IMBO	187 490	343 613	184
8. KIRIMIRO	281 290	954 179	340
9. KUMUSO	290 930	215 285	74
10. MUGAMBA	250 390	491 222	197
11. MUMIRWA	257 875	656 059	255
TOTAL	2 589 690	5 311 774	206

Source : Projection de la Population du Burundi 1980-2000.

Tableau 4 : Superficie agricole totale et terres encore disponibles pour l'agriculture, les pâturages et les boisements (a.p.b.)

Régions	Terres utilisables par A.P.B. (1000 ha)	Superficie agricole totale (1000 ha)	Taux d'utilisation du sol (%)	Terres encore disponibles (1000 ha)
BUGESERA	168	131	72	47
BURAGANE	103	43	42	60
BUTUTSI	125	123	98	2
BUYENZI	188	182	97	6
BUYOGOMA	382	215	56	167
BWERU	207	157	76	50
IMBO	168	155	92	13
KIRIMIRO	251	246	94	15
MOSSO	258	86	33	172
MUGAMBA	204	155	76	49
MUMIRWA	232	163	70	69
TOTAL	2 286	1 636	72	650

Source : Situation agricole du Burundi (1989).

En réalité les terres non utilisées ne sont pas réellement disponibles car elles correspondent pour la plupart à des terres de fertilité inférieure délaissées par les paysans : ce qui diminue le potentiel de terres effectivement utilisables pour l'agriculture et l'élevage.

Plus parlante encore est la répartition de la superficie par exploitation et par personne.

Tableau 5 : Superficie agricole par exploitation et densité de population

Régions	Densité (hab/km ²)	Superficie par exploit. (ares)	Superficie par personne (ares)	Terres encore disponibles (1000 ha)	Taux d'intensi- fication (%)
BUGESERA	202	116	29	47	146
BURAGANE	121	99	25	60	149
BUTUTSI	168	64	16	2	149
BUYENZI	410	70	18	6	147
BUYOGOMA	114	100	25	167	150
BWERU	231	93	23	50	144
IMBO	184	127	32	13	133
KIRIMIRO	340	65	16	15	154
MOSSO	74	99	25	172	147
MUGAMBA	197	64	16	49	166
MUMIRWA	255	77	19	69	143
TOTAL	206	89	22	650	148

Source : Situation agricole du Burundi (1989).

A travers ce tableau, nous constatons que moins d'un hectare doit nourrir un ménage d'au moins quatre personnes. Dans certaines régions trop peuplées, comme le Kirimiro et le Buyenzi, la taille de l'exploitation approche même la moitié d'un hectare. Cette pression se traduit par l'émiettement progressive des parcelles dont la superficie moyenne ne dépasse pas 40 ares pour tout le pays.

Les causes de cette exiguïté des parcelles sont à chercher au niveau de :

- la taille du ménage qui détermine aussi la capacité de travail disponible,
- la superficie totale disponible par exploitation pour l'agriculture, les pâturages et les boisements (A.P.B.),
- l'existence de terres encore disponibles par exploitation,
- le taux d'intensification,
- la densité démographique.

L'analyse de corrélation entre ces variables montre que l'exiguïté des parcelles dépend en général de l'une ou l'autre des variables citées ci-dessus.

La taille de l'exploitation est en corrélation assez étroite avec le taux d'intensification ($r = -0,73$). La corrélation est bien entendue négative, car une plus petite exploitation oblige le paysan à cultiver sa terre plus intensivement.

Une corrélation assez étroite a été également constatée entre la superficie agricole utilisée et la densité démographique. Le graphique 1 illustre bien les différentes corrélations entre la superficie agricole utilisée par exploitation et la densité démographique selon les régions.

On constate que quelques régions s'écartent de la tendance générale, c'est le cas pour le Bututsi (3) et le Mugamba (10). Pour ces deux régions, la réduction de la taille de l'exploitation dépend de la forte occupation de la main-d'oeuvre par l'élevage. Un autre groupe est formé par la Buragane (2), le Buyogoma (5) et le Mosso (9) à cause de la faiblesse relative des densités démographiques et de la taille des exploitations supérieure à la moyenne nationale. Pour les autres régions le Bugusera, Buyenzi, Bweru, Imbo, Kirimiro, Mumirwa, (1,4,6,7,8 et 11), la corrélation est forte ($r = -0,86$).

Si l'on s'intéresse maintenant aux terres disponibles, la corrélation linéaire est également étroite avec les densités ($r = -0,88$) pour les régions (1, 4, 6, 8, 11) qui ont une densité en général supérieure à la moyenne nationale. Cette corrélation diminue ($-0,62$) pour les autres régions de densité inférieure à la moyenne nationale.

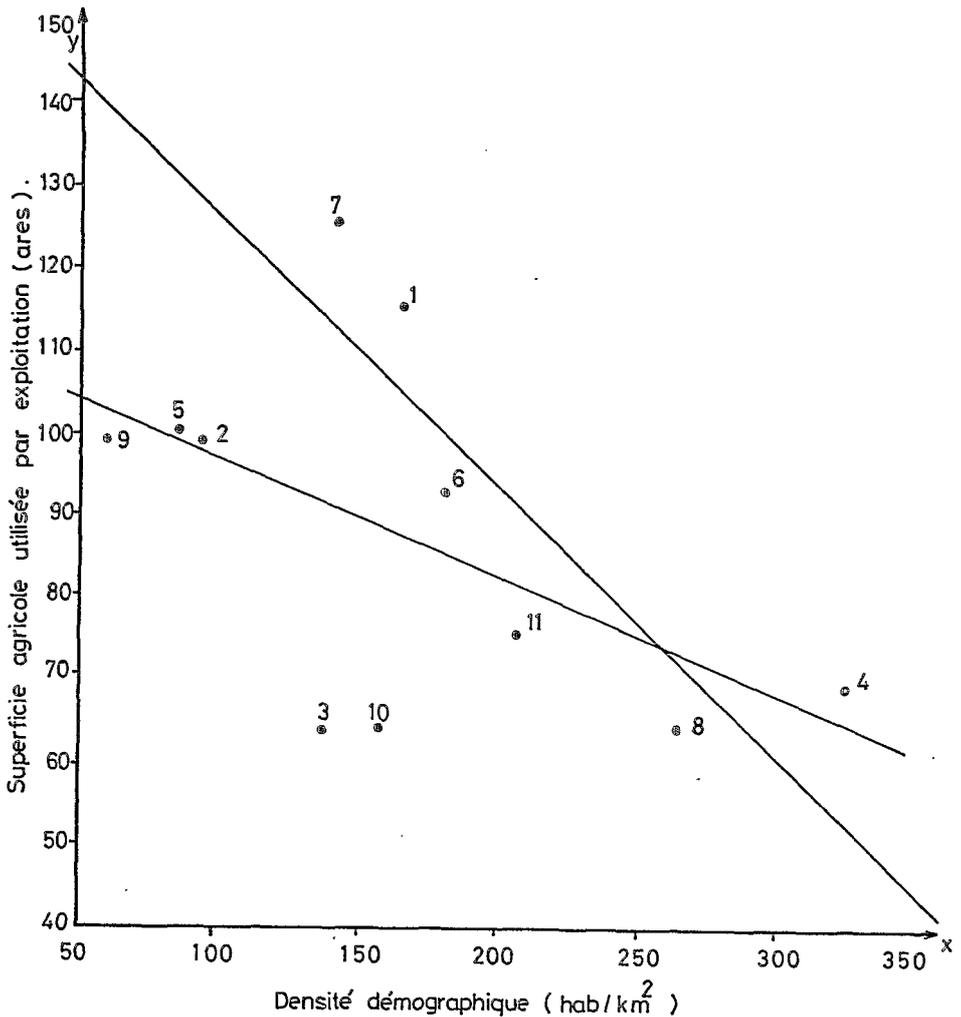
Dans tous les cas, la corrélation est négative : l'augmentation de la densité démographique, observée dans tout le pays, entraîne une diminution des terres disponibles.

Ces résultats montrent donc un déséquilibre constant entre les densités, les superficies par exploitation et les terres disponibles ; déséquilibre caractérisé par les éléments suivants :

- un accroissement annuel de l'occupation des terres de 2 % (Direction Générale de la Planification de l'Agriculture et de l'Élevage, 1988), entraînant une occupation totale des terres dans moins de 25 ans ;
- une superficie des pâturages également insuffisante par rapport à l'effectif et à la répartition du cheptel ;
- une insuffisance des terres propices à l'agriculture conduisant à la mise en valeur des terres réservées jusqu'ici aux pâturages ;
- une couverture forestière, estimée à 5 % des terres nationales, inférieure aux besoins nationaux.

Compte tenu de cette situation, il convient de s'interroger sur l'équilibre entre la population et ces ressources disponibles et sur les éventuelles tensions sur ces ressources disponibles. En raison de l'importance de l'agriculture dans l'économie burundaise, le déséquilibre existe réellement et la pression démographique s'exerce sur les ressources du fait de l'offre limitée des terres fertiles et des techniques agricoles utilisées, qui ont conduit à de nouvelles stratégies de production.

Graphique 1. Corrélation entre la superficie agricole utilisée par exploitation et la densité démographique



Stratégie paysanne et intensification du système de production

L'adaptation du système traditionnel d'exploitation du sol à l'augmentation de la pression de l'homme sur la terre a été déjà soulignée par plusieurs auteurs.

Si, selon les historiens, le passage d'une agriculture céréalière extensive à une agriculture diversifiée plus intensive au Burundi date du 17^e siècle, c'est au 19^e que la rareté relative de l'espace disponible aurait accéléré ce processus. C'est surtout pendant la période coloniale que certains facteurs ont conduit l'agriculture burundaise à un stade avancé dans la dynamique des systèmes agraires, selon le schéma proposé par Boserup, d'après lequel la pression démographique croissante conduit à un progrès dans les techniques culturales. "Les années 50 virent le début de l'explosion démographique, consécutive aux progrès de la médecine et aux efforts déployés dans le domaine agricole" (Acquier *et al.*, 1979). Dès lors, il est indéniable que le "rapport homme-surface va se modifier de façon progressive et que des techniques nouvelles d'intensification vont apparaître et d'autres s'affirmer" (Ndirmira, 1989). L'intensification fut donc une réponse à la croissance démographique et elle a permis d'éviter une rupture majeure de l'équilibre alimentaire. Comment se présente ce système de cultures ?

Globalement, cette agriculture repose sur des pratiques et sur un véritable savoir agronomique des paysans qui permet le maintien d'une certaine fertilité grâce à l'utilisation de techniques de lutte anti-érosive et de fertilisation des sols, à la rotation des cultures avec (ou sans) jachère courte et à diverses associations culturales.

Les techniques de lutte anti-érosive et la fertilisation du sol

L'exploitation particulièrement intensive du sol a été rendue possible grâce à l'utilisation de plusieurs techniques efficaces de lutte anti-érosive et de fertilisation du sol.

Pour lutter contre l'érosion provoquée par les eaux de ruissellement, des aménagements de banquettes pour les cultures ont été réalisés. Des techniques d'irrigation dans les régions les plus sèches ou de drainage dans certaines vallées ont permis une mise en valeur de certaines terres.

La fertilisation du sol a été rendue possible par l'utilisation des déchets domestiques, des engrais verts, du compost et de la fumure animale.

La rotation des récoltes

En général, trois récoltes sont pratiquées par an correspondant à trois saisons culturales, avec une grande variété de produits. Les principales

cultures sont généralement le haricot, le maïs, le bananier, la patate douce et le manioc, le petit pois, la colocase, le sorgho, le riz, le blé. Cette généralisation de trois récoltes ne connaît pas la même ampleur partout et varie selon les densités et l'association des cultures.

L'association des cultures

Soucieux d'assurer sa subsistance tout au long de l'année, malgré une exploitation de superficie limitée, l'agriculteur burundais cultive sa terre en cultures associées : 60 % des terrains sont cultivés ainsi, mais dans les régions densément peuplées ce taux est supérieur. Par exemple, dans les régions du Buyenzi et de Kirimiro, les associations de deux cultures et plus occupent 81 % des superficies cultivées. Dans les régions à densité intermédiaire, comme le Mugamba et le Bututsi, les associations y sont moins prononcées en raison des cultures pures de sorgho et de maïs. Pour celles de faible densité, les associations de deux cultures et plus n'occupent que 67 % des superficies cultivées.

Cette association des cultures s'accompagne également d'une occupation rationnelle du sol, variable selon les densités :

- Une occupation équilibrée entre les cultures pérennes et saisonnières dans la superficie (le rapport des cultures est voisin de 1) dans les régions du Kirimiro et du Buyenzi à forte densité (plus de 300 hab/km²).
- Une occupation satisfaisante dans les régions du Mumirwa, du Bweru et du Bugesera (rapport légèrement supérieur à 1 en faveur des cultures saisonnières) où les densités sont supérieures à 200 hab/km².
- Une mauvaise occupation se trouve dans les régions de Buragane, du Buyogoma et particulièrement dans le Bututsi et le Mugamba (rapport favorable aux cultures pérennes).

Une autre conséquence de cette occupation est la disparition de la jachère qui varie de 2 à 10 % des superficies cultivables pour tout le pays et a complètement disparu dans les régions très fortement peuplées du Kirimiro et du Buyenzi. Au niveau de l'élevage, les densités de population entraînent la diminution de la superficie réservée aux pâturages ⁽¹⁾. En effet, la concurrence du point de vue de l'utilisation des sols entre l'agriculture et l'élevage joue en défaveur des pâturages, tant quantitativement que qualitativement, parce que les pâturages mis en culture sont de meilleure qualité que les terres redevenues incultes suite à une surexploitation.

1. Les superficies réservées aux pâturages, s'amenuisent au profit des terres de cultures. Alors qu'elles étaient estimées à 900 000 ha en 1979, elles ne représenteraient plus que 789 690 ha en 1987.

L'intensification de l'agriculture oblige les cultivateurs à travailler davantage et plus régulièrement ; le taux moyen d'utilisation des terres à l'année (ratio surface cultivée/surface agricole) est de 148 %. Dans ce système, la productivité marginale du travail agricole est décroissante : quand le paysan intensifie son travail dans son exploitation, chaque heure supplémentaire lui rapporte moins que la précédente. Outre ces baisses de rendements, ces méthodes d'utilisation plus intensive du sol présentent d'autres inconvénients, en particulier une détérioration de la situation alimentaire.

Production et situation alimentaire

Il n'est pas aisé de connaître les chiffres de la production vivrière dans un pays où l'auto-consommation domine l'économie agricole. L'analyse des données d'environ deux décennies montre, qu'entre 1970 et 1988, la production vivrière a évolué en dents de scie, de par les variations climatiques d'une année sur l'autre.

L'analyse de la répartition de la production des principales cultures vivrières montre une situation déséquilibrée selon les régions. Les régions de fortes densités (plus de 200 hab/km²) : le Buyenzi, le Kirimiro, le Mumirwa, le Bweru et le Bugesera fournissent 68 % de bananes, 58 % de céréales, 73 % de tubercules et 56 % de légumineuses. Les régions de faibles densités (inférieures à 200 hab/km²) contribuent à moins de 25 % de la production de vivres citée (Tableau 6).

La corrélation entre densité de population et production confirme la structure de la production, expliquée à 98 % par les densités ($r = -0,978$). Par exemple, on observe, lorsque la densité augmente, une tendance à la disparition de certaines cultures, comme la banane, en raison de l'expansion des superficies réservées à la construction de l'habitat.

La distribution régionale de la production révèle que la structure de la production interfère avec la distribution régionale de la population : les régions du Buyenzi, Kirimiro, Bweru et Mumirwa produisent 60 % des produits vivriers sur moins de 34 % de la superficie nationale. La fertilité des sols, la fraîcheur des climats combinés aux modes d'exploitation hautement intensifs expliquent cette structure de production. Mais les densités peuvent également influencer sur la production : on a constaté que la production augmente toujours dans les régions d'accueil d'immigrants (Sud, Est et Nord-Est du pays).

Au niveau des rendements, les données disponibles concernent tout le pays et ne permettent pas de faire une ventilation des productions par région naturelle. Cependant, d'une manière générale, la production a baissé pour

Tableau 6 : Répartition de la production vivrière selon la population, la superficie et la densité par région

Régions naturelles	Population (%)	Superficie (%)	Densité (hab/km ²)	Bananes (%)	Céréales (%)	Tubercules (%)	Légumineuses (%)	Autres cultures (%)
Bugeresa	7,39	7,50	202	11,28	12,53	8,75	7,43	11,34
Buragane	2,63	4,46	121	1,60	2,00	3,90	2,16	3,36
Bututsi	4,39	5,34	168	1,77	4,54	4,36	4,87	6,47
Buyenzi	16,06	8,02	410	13,74	10,12	11,78	10,62	20,22
Buyogoma	9,08	16,37	114	11,50	14,05	4,03	15,57	13,00
Bweru	10,54	9,35	231	17,21	16,14	11,27	11,33	10,71
Imbo	6,49	7,24	184	10,39	5,18	6,70	4,06	4,11
Kirimiro	18,03	10,86	340	11,46	1,00	23,68	11,57	10,28
Kumusso	4,07	11,23	74	4,40	6,99	3,28	5,37	2,35
Mugamba	9,28	9,67	197	2,60	8,93	6,70	11,98	10,92
Mumirwa	12,04	9,96	255	14,05	18,52	16,36	15,04	7,24

Source : Situation agricole du Burundi (1989) et calculs des auteurs.

presque toutes les cultures vivrières qui constituent la base de l'alimentation des Burundais, durant les dix dernières années agricoles (Tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison de la production vivrière moyenne des 5 dernières années par rapport à l'année agricole 1988/89

Cultures	Productions vivrières moyennes 1984-1988 (en tonnes)	Productions vivrières 1988-1989 (en tonnes)	Augmentation	
			Tonnes	%
<i>Légumineuses</i>				
Haricot	296 200	222 294	73 906	- 25
Petits pois	29 980	22 544	7 436	- 24,8
<i>Céréales</i>				
Maïs	162 220	138 343	23 877	- 14,7
Riz	21 880	24 513	2 633	+ 12,0
Blé	7 940	6 791	1 149	- 14,5
Sorgho	82 451	71 786	10 665	- 12,9
<i>Oléagineux</i>				
Arachide	29 774	22 454	7 320	- 24,5
<i>Tubercules</i>				
Manioc	551 340	698 479	147 139	+ 26,7
Patate douce	591 760	658 505	66 745	+ 11,3
Pomme de Terre	41 000	31 658	9 342	- 22,8
Colocace	228 580	285 734	57 154	+ 25
<i>Banane</i>	1 587 320	1 608 051	20 731	+ 1,3

Source : Situation agricole du Burundi (1989)

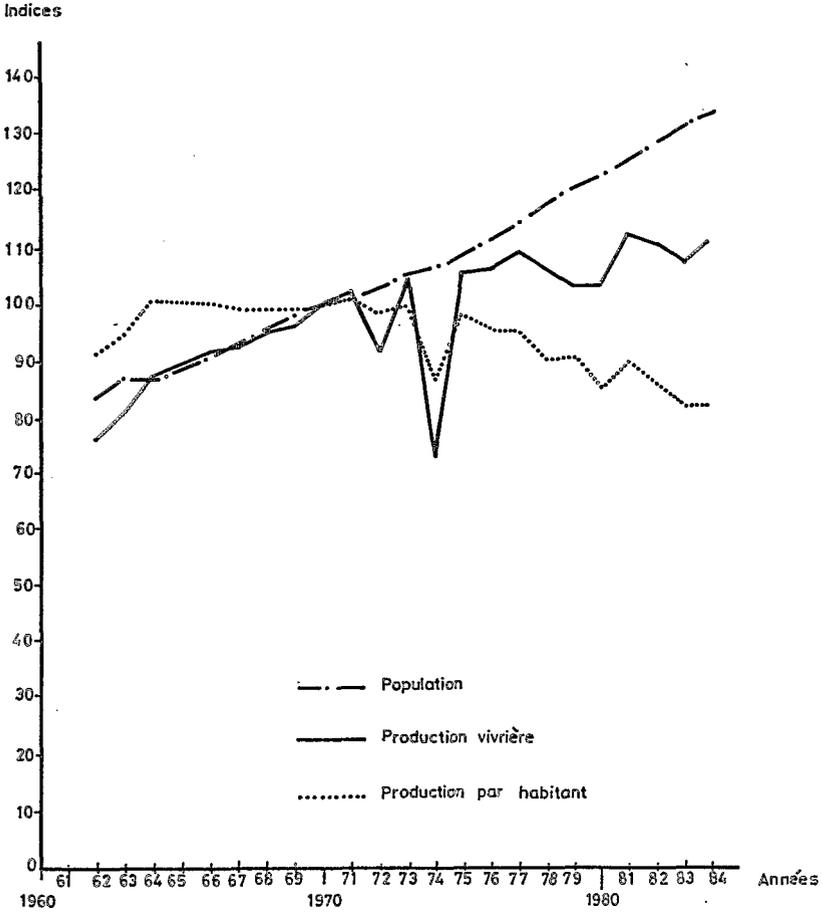
En effet, la production vivrière n'a globalement augmenté que de 33 % de 1970 à 1985 mais la population a augmenté de 37 % (graphique 2) (CURDES, 1988). Un rapport de la Banque mondiale révèle que le taux de croissance annuelle de l'agriculture vivrière entre 1978 et 1985 a été négatif certaines années : - 6,1 % en 1978, - 5 % en 1979, - 1,5 % en 1982, - 2,2 % en 1984.

Devant cette situation de pénurie de denrées alimentaires, le recours aux importations est devenu indispensable et ne fait que s'accroître. Entre 1974 et 1985 par exemple, les importations des produits alimentaires sont passées de 18 011 à 30 944 tonnes, soit une hausse de 72 % (Banque mondiale,

Graphique 2. Evolution de la production vivrière et de la population de 1962 à 1984.

Indices : base 1970 = 100

G. BARAMPANZE, F. NKURUNZIZA



Source : Graphique établi sur base de données tirées de : Ndikumana, L., *Croissance démographique et équilibre alimentaire au Burundi*, 1986, p. 68.

1987). L'aide alimentaire, qui s'élevait en moyenne entre 7 000 et 9 000 tonnes par an au cours des années 80, est passée à 21 000 tonnes en 1984 en raison des expéditions de secours d'urgence exigées par la sécheresse.

DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

Dégradation de l'état nutritionnel et sanitaire

La situation de déficit alimentaire s'accompagne d'une dégradation de l'état nutritionnel et sanitaire.

En effet en 1988, selon l'annuaire de statistiques sanitaires mondiales de l'OMS, après les maladies infectieuses et parasitaires comme première cause de décès au Burundi, viennent les maladies nutritionnelles, la malnutrition protéino-calorique, les anémies carencielles, les avitaminoses, le marasme et le kwashiorkor (déficit en protéines animales). La prévalence de ce dernier groupe de maladies indique la gravité de la situation en matière de nutrition. Si l'on en croit les données recueillies lors des enquêtes récentes dans trois régions (le Bututsi, l'Imbo et le Buyenzi) citées par la Banque mondiale (1988), 15 à 20 % des hommes et 26 à 30 % des femmes (non enceintes) n'avaient pas un poids suffisant, et étaient considérés comme "maigres" pour leur taille. La situation est peut-être plus grave pour les groupes vulnérables, à savoir les nourrissons et les femmes en âge de procréer. Ces enquêtes ont révélé en effet une malnutrition protéocalorique chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Toujours selon ces études réalisées sur 3 000 enfants, la proportion de cas de malnutrition au deuxième et au troisième degré est d'environ 32 % (en utilisant une moyenne pondérée pour tenir compte de la taille des échantillons), contre 30 % pour la Sierra Leone, 15 % pour le Togo et 21 % pour le Zimbabwe. Une autre enquête, menée en 1985-86 dans la région de Remera, très densément peuplée (plus de 400 habitants au km²), a montré que, sur les 59 exploitations agricoles enquêtées, 32 % des exploitations n'arrivaient pas à couvrir la moitié de leurs besoins énergétiques, ni la moitié de leurs besoins protéiques, et aucune exploitation n'arrivait à couvrir la moitié des besoins en lipides (Ntungwanayo, 1989). Parmi les facteurs explicatifs de ce bilan alimentaire négatif, l'auteur cite, entre autres, la faible superficie agricole utilisée, le nombre élevé d'enfants à charge et l'abandon de l'élevage du gros bétail suite à la pression démographique.

Cette dégradation de l'état nutritionnel est également vérifiée au niveau quantitatif puisque l'apport journalier en calories par habitant a diminué au niveau national en passant de 2 391 calories par habitant et par jour en 1965

à 2 275 en 1973, 2 233 en 1985 et 2 116 en 1987. Les raisons de cette détérioration de l'état nutritionnel sont à notre avis en grande partie d'ordre démographique. Sur le plan qualitatif, la situation de déficit de terres cultivables a tendance à amener un développement des cultures plus productives (par exemple les tubercules) que nutritives. Sur le plan quantitatif, la couverture énergétique moyenne connaît une régression progressive consécutive à la croissance démographique et à ses conséquences, en particulier la loi des rendements décroissants.

Travail et emploi : un écart croissant entre l'offre et la demande

Dans ce pays où plus de 90 % de la population active est employée dans le secteur agricole, l'accroissement démographique rapide et, en conséquence, la pénurie croissante de terres cultivables, la faible productivité marginale ajoutée à l'insuffisance du nombre d'emplois offerts par le secteur moderne, ont fini par susciter chômage et sous-emploi.

L'écart se creuse entre le nombre d'emplois créés et le nombre de personnes qui arrivent sur le marché du travail chaque année. Entre 1979 et 1982 par exemple, la population active du Burundi a augmenté de 2,7 % par an, soit un potentiel d'entrée en activité de 60 000 personnes alors que 1 400 nouveaux emplois permanents seulement ont été créés annuellement dans le secteur moderne, dont 27 % dans la fonction publique.

Les prévisions établies dans le domaine de l'emploi indiquent que les besoins ne seront toujours pas satisfaits dans l'état actuel de la croissance démographique.

La forte croissance démographique sera donc l'un des facteurs importants affectant l'emploi futur de la main-d'oeuvre, et le sous-emploi et le chômage continueront d'être des problèmes pour le Burundi pendant les années à venir. Même si aujourd'hui le Burundi entamait une politique efficace de maîtrise de la croissance de la population, le problème persisterait d'ici 10 à 20 ans étant donné le nombre important d'individus qui vont arriver sur le marché du travail.

Les aspects démo-économiques de l'éducation

Au niveau du secteur de l'éducation, les problèmes se posent également de façon aiguë. L'éducation est l'un des secteurs sur lesquels les effets de la croissance démographique ont été les plus flagrants.

L'expansion rapide de la population se traduit en effet par un gonflement de la demande scolaire : maîtres, écoles, infrastructures. L'incapacité du

système scolaire à suivre l'évolution de la demande amène une augmentation de la charge par unité de classe. Ainsi, chaque classe de l'école primaire comptait en moyenne 55 élèves en 1983-1984 contre 41 en 1969-1970. Malgré les efforts que le pays consent pour la formation des enseignants, le personnel reste insuffisant étant donné l'effectif croissant des élèves. Ainsi, le ratio élève/maître évolue négativement, 51 élèves par maître en 1983-84, alors qu'en 1978-79, ce chiffre n'était que de 37. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande scolaire ne fait que traduire une dégradation progressive du système éducationnel avec les conséquences sociales qui l'accompagnent : délinquance juvénile, exode rural...

Dans les circonstances actuelles d'une fécondité élevée, les dépenses afférentes à l'éducation vont connaître une augmentation accrue, alors qu'une baisse de la fécondité pourrait ralentir ces coûts.

Croissance démographique et environnement

Avec une population essentiellement rurale (le taux d'urbanisation est d'environ 7 %), les problèmes de l'environnement sont perçus au Burundi essentiellement dans ses rapports directs avec l'agriculture.

La terre étant surexploitée, il en résulte inévitablement une dégradation continue des sols et par conséquent une diminution des rendements. Suite à la réduction de la taille des exploitations, combinée avec la détérioration des sols, le défrichement s'étend sur les espaces initialement occupés par les boisements et les pâturages : ainsi les superficies de la forêt dense (Teza, Burudi,...) accusent annuellement une diminution de l'ordre de 2,9 %, et la disponibilité en boisements naturels par habitant est passée de 174 m² à 151 m² entre 1973 et 1982 (Nigugenko, 1988).

Les ressources forestières du Burundi disparaissent donc rapidement face aux défrichements intensifs pour satisfaire les besoins de la population en bois de chauffage et de construction. Avec le maintien du niveau de la fécondité, il sera difficile de satisfaire les besoins minimaux de la population malgré les programmes actuels de reboisement. Même en appliquant les directives du V^e plan quinquennal (1988-1992), plantation en moyenne de 6 000 hectares de forêts par an, les besoins en bois continueront à dépasser les disponibilités.

Pour un meilleur équilibre écologique, la couverture forestière devrait être d'au moins 20 % alors qu'elle n'excède pas 5 % du territoire. A ce recul de la forêt et des savanes s'ajoute l'exploitation des marais pour des fins agricoles, qui fait disparaître progressivement la flore diverse et la faune

variée d'antan. Le niveau de la croissance démographique constitue donc une menace pour l'équilibre écologique du pays.

CONCLUSION

La situation démographique apparaît donc comme un réel problème pour l'économie nationale, et aucune amélioration immédiate n'est à espérer. En effet, aucune tendance à la baisse de la fécondité ne se dégage à l'horizon, et le taux de prévalence actuel de la contraception n'est environ que de 2 %.

Le Gouvernement, conscient du problème, a décidé de prendre des mesures efficaces. Déjà en 1983, les autorités avaient clairement pris position pour la planification familiale après avoir reconnu le lien étroit qui existe entre la population et le développement. Plus récemment encore, le Conseil Economique et Social (1990) a souligné le rôle néfaste que joue la croissance rapide de la population dans le processus de développement et des recommandations ont été faites pour essayer de résoudre ce problème. Il s'est exprimé ainsi en ces termes: *“Le capital humain constitue un atout majeur qu'il faut valoriser pour arriver à un développement harmonieux. Au delà des problèmes posés par la croissance démographique, véritable défi qu'il faut lever au plus vite aussi bien par une politique de limitation des naissances que par l'augmentation de la production des biens pouvant satisfaire les besoins matériels de la population, celle-ci constitue une immense force de production qu'il faut bien encadrer, bien canaliser pour mener à bien l'immense chantier de travail pour le développement”*. A travers ces lignes apparaît une volonté délibérée d'aborder le défi de la croissance rapide de la population par le biais du contrôle de la dynamique démographique dont la politique de population sera la pierre angulaire. Outre la maîtrise démographique, transparaît dans ce discours l'idée d'une planification des ressources, ce qui revient finalement à prendre en compte la population et ses composantes dans l'élaboration des plans de développement. Le développement par la planification devient donc le leitmotiv du Gouvernement pour essayer de retrouver et de conserver l'équilibre population-ressources.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUIER J.L. et al., 1979, *Atlas du Burundi*, Bordeaux, 30 planches.
- BANQUE MONDIALE, 1984, *Rapport sur le développement dans le monde*, 320 p.
- BANQUE MONDIALE, 1988, *Burundi, problèmes de développement et d'ajustement structurel*, Rapport n°6754-BU, Washington, 263 p.
- CENTRE UNIVERSITAIRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (CURDES), *Actes du Colloque Population et Développement*, Bujumbura, 9-14 mai 1988, CURDES, Bujumbura, 3 volumes.
- LEURQUIN P., 1960, *Le niveau de vie des populations rurales au Rwanda Urundi*, Louvain, Edit. Naurveloerts, 351 p.
- MWOROHA E. et al., 1987, *Histoire du Burundi, des origines à la fin du 19^e siècle*, Hatier, Paris, 272 p.
- NATIONS UNIES, 1985, *World Population Prospects*, New York, 521 p.
- NDIKUMANA L., 1986, *Croissance démographique et équilibre alimentaire au Burundi*, 1986, 128 p.
- NDIMIRA P., 1989, *Evolution de l'agriculture au Burundi depuis l'ère coloniale jusqu'à nos jours, approche agro-économique et quantitative*, Université du Burundi, Faculté d'Agronomie, Bujumbura, 91 p., ronéo.
- NIGUNGKO L., 1988, *Pression démographique et évolution du secteur rural au Burundi*, Cahiers du Curdes, n° 6, 114 p.
- NKURUNZIZA F., 1990, *Les ajustements du système traditionnel d'exploitation du sol à la croissance démographique du Burundi : possibilité et limites*, CIDEF/ LOUVAIN-LA-NEUVE, 91 p.
- NTUNGWANAYO C., 1989, *Etudes des relations entre la situation nutritionnelle et la structure des exploitations agricoles. Cas de Remera (1985-1986)*, Mémoire Faculté d'Agronomie, 123 p.
- REPUBLIQUE DU BURUNDI, CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, 1990, *Synthèse du Rapport : Etude et analyse des problèmes de développement*, Bujumbura, décembre, 50 p.
- REPUBLIQUE DU BURUNDI, DEPARTEMENT DE LA POPULATION et IRD/ WESTINGHOUSE, 1988, *Enquête démographique et de santé de 1987*, Colombia, Maryland USA, 178 p.
- REPUBLIQUE DU BURUNDI, DEPARTEMENT DE LA POPULATION, 1980, *Projection de la population du Burundi 1980-2000*, Bujumbura, CRFP, 18 p.
- REPUBLIQUE DU BURUNDI, INSTITUT DES SCIENCES AGRONOMIQUES DU BURUNDI-PROGRAMME DE SOCIO-ECONOMIE RURALE, 1990, *Population et production alimentaire : étude de cas des phénomènes de changement observés au niveau des cultures de base suite à la croissance démographique*, Bujumbura, 26 p.
- REPUBLIQUE DU BURUNDI, INSTITUT NATIONAL POUR L'ENVIRONNEMENT ET LA CONSERVATION DE LA NATURE, 1990, *La préservation de notre patrimoine*

Démographie et développement au Burundi

naturel, une introduction aux Parcs Nationaux et Réserves Naturelles du Burundi, les Presses Lavigerie, Bujumbura, 1 p.

REPUBLIQUE DU BURUNDI, MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ELEVAGE, DIRECTION GENERALE DE LA PLANIFICATION AGRICOLE ET DE L'ELEVAGE, 1989, *Situation agricole du Burundi*, Bujumbura, 32 p.

REPUBLIQUE DU BURUNDI, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DEPARTEMENT DE LA POPULATION, 1990, *Recensement Général de la Population et de l'habitat, Résultats provisoires*, Gisega, 110 p.

REPUBLIQUE DU BURUNDI, MINISTERE DU PLAN, DEPARTEMENT DES STATISTIQUES, 1974, *Enquête Démographique de 1970/71*. Tome 1.

REPUBLIQUE DU BURUNDI, SECRETARIAT D'ETAT AU PLAN, 1983, *IV^e plan quinquennal de Développement économique et social (1983-1987)*, Bujumbura, 282 p.

REPUBLIQUE DU BURUNDI, SECRETARIAT D'ETAT AU PLAN, 1988, *V^e plan quinquennal de Développement économique et social (1988-1992)*, Bujumbura, 282 p.

SAINT-MOULIN (DE) L., 1975, *Les migrations dans la zone du peuplement dense de la crête Zaïre-Nil*, Actes du 4^e colloque de démographie africaine. Migrations, état-civil, recensements administratifs, Institut National de la Statistique et de la Démographie, Ouagadougou.

DÉMOGRAPHIE ET DÉVELOPPEMENT DANS LA MOYENNE VALLÉE DU FLEUVE SÉNÉGAL

Christophe Z. GUILMOTO

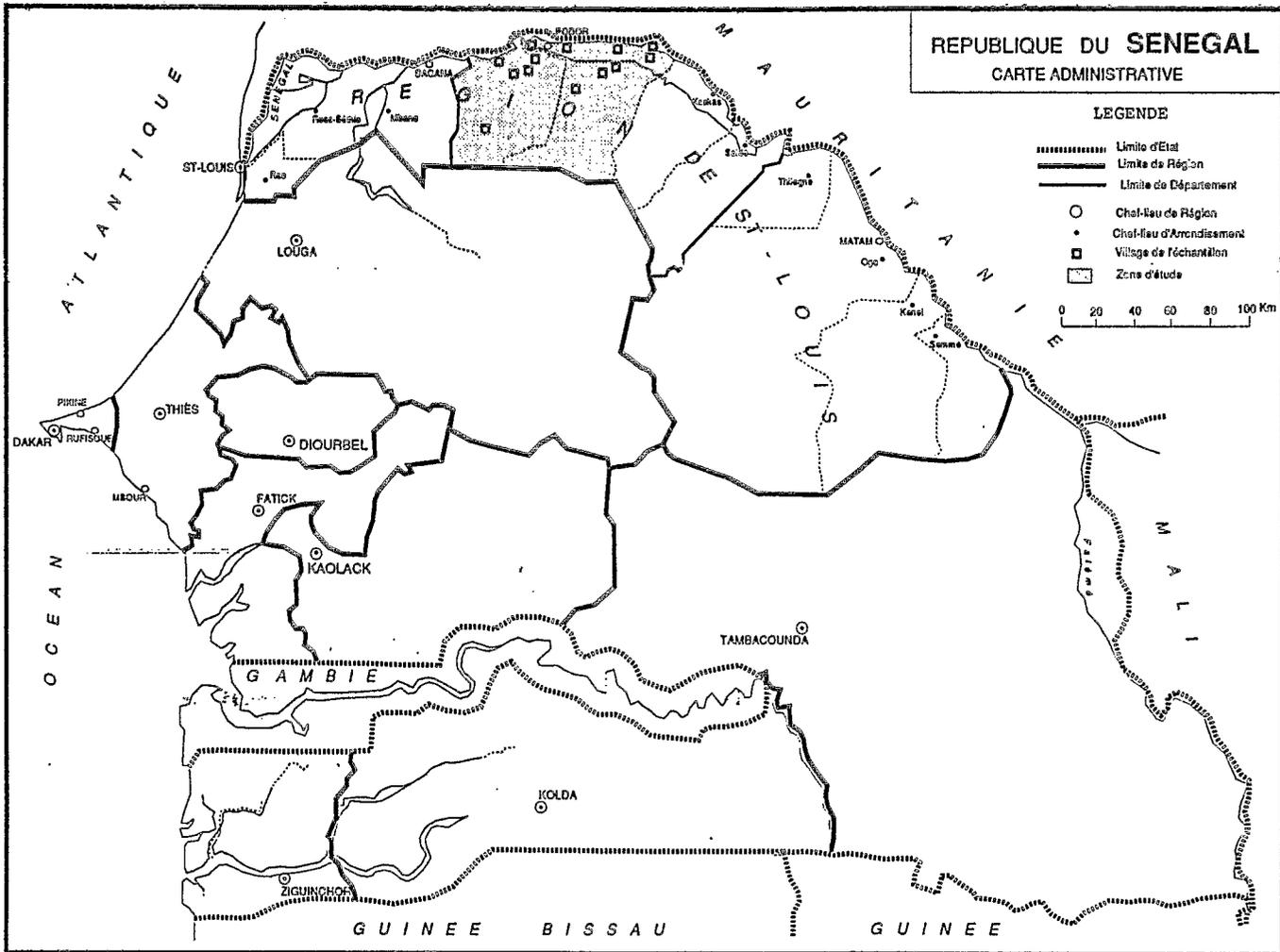
La peine qu'éprouvent les observateurs à conceptualiser une démographie africaine dont la fécondité ne semble guère vouloir s'infléchir nous contraint à faire du simple constat -la croissance rapide - la définition d'un système démographique complexe, hétérogène et en transformation. En l'absence de changement significatif des régimes de fécondité, cette croissance rapide ne peut se démarquer régionalement que sous l'action de la mortalité - en zones urbaines - ou des courants migratoires. La vallée du fleuve Sénégal offre sur ce dernier point un champ d'étude remarquable en raison d'un régime démographique spécifique, caractérisé par de très forts courants d'émigration propres à ralentir fortement la progression de la population régionale.

De plus, les facteurs exogènes des systèmes démographiques de l'Afrique sub-saharienne qui sont le plus évoqués dans l'interprétation des tendances démographiques trahissent depuis les années 1980 des signes d'évolution souvent inquiétants (crise de l'économie urbaine et de l'agriculture commerciale, expansion de l'épidémie du SIDA...). Sur ce point, la région du fleuve se démarque des tendances globales puisqu'en dépit des menaces réelles liées aux transformations climatiques, elle connaît aujourd'hui l'amarce d'un formidable développement de son potentiel agricole, qui pourrait à terme entraîner un retournement des tendances démographiques.

L'objet de cette communication est de décrire la démarche d'un démographe opérant dans une recherche plus large consacrée à la dynamique des systèmes de production dans la vallée du Sénégal (la rive sénégalaise de la moyenne vallée du fleuve) ⁽¹⁾. On s'attachera à présenter le cadre démo-

(1) Il s'agit d'un programme ORSTOM/ISRA, comprenant un volet de recherche en sciences sociales (avec un sociologue, deux géographes et deux démographes) et un volet hydro-pédologique. Ce texte a par ailleurs bénéficié des commentaires critiques d'A. Lericollais.

Carte 1 : Situation de la zone d'étude



graphique régional et à montrer comment l'approche démographique peut être mis au service d'un projet plus large évaluant l'impact des transformations économiques d'une région à la croisée des chemins.

UNE DÉMOGRAPHIE SINGULIÈRE : LA MOYENNE VALLÉE DU FLEUVE

Le bassin entier du fleuve Sénégal, et notamment les rives mauritaniennes, maliennes et sénégalaises, ont longtemps rassemblé parmi les plus fortes concentrations de population d'Afrique de l'Ouest sahélienne avant que le tissu urbain ne connaisse au XX^e siècle une forte progression sous l'influence coloniale. Ces fortes densités, d'autant plus remarquables qu'elles se situaient pour la plupart en zone sahélienne au peuplement épars, constituent encore aujourd'hui une trouée à l'intérieur de zones peu favorables aux activités économiques. Elles s'expliquent bien évidemment par la présence d'un cours d'eau, au débit certes irrégulier, mais dont les crues annuelles, qui recouvrent une zone très large autour du lit mineur du fleuve, permettent de mettre en culture de vastes superficies de terres fertiles. A l'agriculture de décrue s'ajoute un grand nombre d'autres activités (halieutiques, pastorales...) qui ont fixé historiquement une population très importante, de structure ethnique et sociale très diversifiée (carte 1).

Si les échanges de population constituent le phénomène le plus marquant de la démographie de cette partie du Sénégal, leur rôle ne s'apprécierait guère sans un rappel de la situation démographique régionale. La réalisation consécutive de deux recensements, en 1976 et en 1988, a permis de mettre fin à une longue période caractérisée par l'extrême fragilité de nos sources démographiques. En effet, avant 1976, les informations disponibles provenaient de diverses enquêtes par échantillon et des décomptes administratifs (enquêtes MISOES : Boutillier, Cantrelle, 1962) : sources bien incomplètes pour établir avec quelque assurance le rythme et les composantes de la croissance des populations. Lors du dernier recensement, les départements de Podor et de Matam qui nous intéressent regroupaient 370 000 personnes, dont moins de 5 % recensées en zones urbaines ⁽²⁾. Mais les recensements, reprenant en la matière les méthodes des dénombrements administratifs, ont pris en compte

(2) Les départements de Podor et de Matam constituent, avec celui de Dagana qui recouvre le Bas Sénégal, la région de Saint-Louis (anciennement région du Fleuve). Les chiffres présentés sont extraits des résultats régionaux définitifs du recensement de 1988 ; je remercie Papa Demba Diouf, du Bureau National du Recensement, de me les avoir communiqués. Certains résultats n'ont pas été cités en raison d'éventuelles incertitudes les concernant. Pour une analyse des résultats de 1976, voir H. Ba, 1987.

les population de jure, c'est-à-dire en adjoignant aux résidents présents les "résidents absents" (3). Si l'enregistrement administratif peut servir de modèle, il est probable que de nombreux "résidents fantômes" auront indûment trouvé leur place dans les statistiques censitaires en devenant des résidents absents. Ces "absents" sont loin d'être en nombre négligeable : ils représentent 7 % de l'ensemble de la région et cette proportion s'élève jusqu'à 11,6 % des hommes à Podor, les femmes demeurant peu nombreuses dans la population absente. Cette dernière catégorie mériterait d'être mieux connue en raison de sa ressemblance vraisemblable avec une fraction de la population émigrée, mais elle apparaît très peu dans les résultats du recensement actuellement disponibles. Un effet très visible du déficit migratoire lié à l'exode de main-d'oeuvre est le rapport de masculinité très déséquilibré, qui s'abaisse à 0,8 parmi les "résidents présents" de Podor et Matam. Ce sont donc au moins 20 % de la population masculine, enfants compris, qui résident temporairement ou définitivement hors de sa région d'origine.

Les immigrants, mieux comptabilisés, sont certes moins nombreux ; que ce soit par lieu de naissance ou par lieu de résidence antérieure, Dakar et la Mauritanie recouvrent l'immense majorité des origines de ces immigrés. On reconnaît là les effets des liens sociaux entretenus entre le Futa Toro et ces deux régions, liens qui seront évoqués plus bas.

La comparaison des chiffres des recensements de 1976 et 1988 atteste d'une croissance qui reste soutenue. Même si le niveau général de la région de Saint-Louis (à l'intérieur de laquelle se situe la moyenne vallée du fleuve) se place en deçà de la moyenne nationale, son rythme annuel de croissance de 2 % constitue un des facteurs centraux de l'évolution du paysage socio-économique régional. Nous évoquerons plus bas les contraintes en même temps que le potentiel productif que ce rythme suggère. Dès à présent, on observera que cette croissance est très inégalement répartie. Peu de villes ont connu un surcroît de croissance, excepté Richard-Toll (département de Dagana) : cette dernière, qui avec 3 500 habitants n'était pas encore une commune en 1976, en comptait en 1988 près de 30 000, après l'absorption de villages attenants. Mais il s'agit de l'unique ville dont le développement productif, d'ailleurs très lié aux aménagements fluviaux, a été notable durant la période inter-censitaire. Dans les zones rurales, quelques arrondissements enregistrent une croissance sensible, mais la moyenne vallée reste la zone la

(3) Comme en 1976, on désigne sous le terme "résident absent" en 1988 une personne absente depuis moins de 6 mois de sa résidence habituelle (d'après la définition du Manuel de l'agent recenseur) (R.G.P.H. de 1988).

moins dynamique au sens démographique. Sans rentrer trop dans le détail des différentiels de croissance, on notera que d'après les chiffres actuellement disponibles, le département de Podor a pratiquement stagné en l'espace de 12 ans, avec au moins un arrondissement (Kaskas) ayant perdu de sa population. Un ensemble compact d'arrondissements, de Podor à Thilogne, a progressé annuellement à un rythme inférieur à 1,5 % lorsqu'on étudie la croissance des départements et communes classés du delta vers l'amont, c'est-à-dire en allant vers l'est, d'importantes différences géographiques apparaissent. (tableau 1).

S'il n'est pas encore possible de tracer avec précision les composantes régionales de la croissance, l'examen des structures par âge de la population nous laisse penser que les régimes de fécondité et de mortalité sont certainement très similaires entre sous-régions. De sorte que la croissance démographique peut être considérée comme un indicateur relativement fiable de l'ampleur des courants migratoires durant la période 1976-88. Dans la région du fleuve, sans l'effet perturbateur d'une structure par âge et sexe déformée par le déficit migratoire, la croissance annuelle devrait être de l'ordre de 3 % car la très forte fécondité est de nature à compenser l'effet de la mortalité (l'espérance de vie est encore inférieure à 50 ans) dans les zones rurales. Le bilan migratoire, évalué en ces termes rapides ⁽⁴⁾, serait donc suffisamment déficitaire pour réduire la croissance de plus de la moitié durant les années quatre-vingt. Il ne fait aucun doute que la partie du fleuve sur laquelle portera notre attention, la zone de Podor, est une des régions du Sénégal les plus affectées par l'émigration. A ce titre, le régime migratoire de la moyenne vallée ne semble plus guidé, en dernière instance, que par l'intensité des échanges de population, alors que les autres composantes de la croissance démographique (natalité et mortalité) en sont reléguées à un rôle secondaire, presque externe.

MIGRATIONS ANCIENNES ET NOUVELLES

Sans remonter à l'époque esclavagiste, l'histoire migratoire de la région est assez ancienne car, à l'issue de la disparition de l'économie coloniale, elle s'est rapidement retrouvée sans autre ressource à exporter que sa population : l'émigration est rapidement devenue partie intégrante du régime démographique. En effet, alors que les migrations à l'extérieur des régions représen-

(4) En l'absence d'état civil fiable, il conviendra d'attendre l'estimation indirecte des principaux indicateurs démographiques à partir des distributions par âge définitives de 1988 pour mettre à jour les caractéristiques démographiques de la vallée.

Tableau 1 : Population de la région de Saint-Louis, 1976-1988.

	Population		croissance annuelle %
	1976	1988	
Région de Saint-Louis	514 735	656 941	2,03
Dpt Dagana	204 371	285 415	2,78
Ardt Rao	31 363	44 061	2,83
C.St-Louis	88 665	113 917	2,09
Ardt Ross-Bethio	44 470	50 123	1,00
C.Richard Toll	3 500	29 611	17,8
Ardt Mbane	26 202	32 065	1,68
C.Dagana	10 171	15 638	3,58
Dpt Podor	140 061	149 595	0,55
Ardt Thile Boubacar	20 936	25 116	1,52
C.Podor	6 760	7 469	0,83
Ardt Ndioum	45 291	47 897	0,47
Ardt Cas-Cas	44 902	43 688	- 0,23
Ardt Salde	22 172	25 425	1,14
Dpt Matam	170 303	221 931	2,21
Ardt Thilogne	31 405	33 309	0,49
C.Matam	9 849	10 722	0,71
Ardt Ourossogui	57 743	84 950	3,22
Ardt Kanel	32 996	43 871	2,37
Ardt Semme	38 310	49 079	2,06

Note : Dpt = département Ardt = arrondissement C = commune

Source : calculé à partir des recensements de 1976 et 1988

taient souvent des réponses à des situations de crise circonstancielles, elles sont devenues, dans la vallée du Sénégal, un élément permanent du système de régulation démographique dès que les courants de départs ont trouvé des points d'ancrage durables dans des zones en déficit périodique de main-d'oeuvre.

Dans la partie sénégalaise de la moyenne vallée qui nous intéresse, les migrations furent de nature extrêmement diverses. Celles qui étaient le fait de populations traditionnellement nomades, comme les Peul ou les Maures, s'appuyaient sur le cycle climatique annuel pour déterminer la géométrie

spécifique aux transhumances sahéliennes (entre régions arides durant les saisons humides et les abords de la vallée pendant les saisons chaudes) ; de nombreuses communautés villageoises oscillaient également, de manière saisonnière, entre walo et jeeri (respectivement les zones alluviales et dunaires de la vallée). D'autres migrations gardaient également un caractère saisonnier, ou du moins strictement temporaire, n'étant le fait que d'une partie de la main-d'oeuvre masculine rendue disponible par le calendrier des activités économiques. Leurs destinations étaient alors également rurales pour la plupart, profitant de la même manière du calendrier particulier de la production dans les zones d'émigration. Qu'ils s'agissent des migrations de pêcheurs vers la Casamance ou de "navétanes" (travailleurs saisonniers) vers le bassin arachidier du Sénégal, la proportion de migrants définitifs demeurait faible et l'impact de ces migrations relevait plus de l'ajustement saisonnier que d'une réponse définitive à une éventuelle pression démographique.

Un nouveau type de migrations devait apparaître plus tardivement, stimulé notamment par le développement et la diversification du réseau urbain. Dakar fut très vite la destination privilégiée des Halpullar dont la contribution à l'urbanisation de la région du Cap-Vert fut considérable (Diop, 1965 ; Lericollais, Vernières, 1975).

Le champ migratoire n'a cessé depuis de s'élargir, car l'importance prise par les migrations internationales est également une caractéristique bien connue de la vallée du fleuve. Les populations Soninké, dont l'aire d'implantation s'étend de Matam au Sénégal à Kayes au Mali et au-delà, ont été gravement affectées par l'ampleur des mouvements de départs (vers la France notamment) et représentent un cas extrême de redéploiement démographique sur une échelle transcontinentale. Dans la moyenne vallée sénégalaise, où dominent les populations Halpullar, l'orientation des courants migratoires a été plus diversifiée, et la part des destinations sénégalaises et africaines en général plus importante ; toutefois, les volumes de population concernés ont atteint également, dans cette partie du Sénégal, une ampleur considérable. En 1960, lors des premières enquêtes chiffrées sur le phénomène, c'est pratiquement un quart de la population des hommes adultes qui est considéré comme migrant, avec 70 000 personnes ayant quitté le Futa Toro (Boutillier, Cantrelle, 1962 : 242 ; Diop 1965 : 51). Près de la moitié sont installés dans une agglomération dakaroise dont la croissance s'accélère à la veille de l'indépendance. Le reste des migrants se trouvait alors à Saint-Louis, la capitale régionale qui n'appartient cependant pas au pays Halpullar historique, et dans le centre du pays (Kaolack, Thiès, Rufisque). Les gens du Futa installés hors du Sénégal ne constituaient qu'une fraction marginale de la population migrante.

Quinze ans plus tard, à l'occasion de nouvelles enquêtes menées dans le Futa (Delaunay, 1984 ; Minvielle, 1985) ⁽⁵⁾, la population migrante dont la proportion globale semble avoir encore augmenté a vu son champ migratoire s'élargir. Si la France reste peu visitée des Halpollar, les pays de l'Afrique de l'Ouest suscitent au contraire une attraction remarquable sur les habitants de la vallée. La Mauritanie, au nord, vient en tête car aux mouvements traditionnels entre les rives du fleuve de groupes de population que les frontières post-coloniales écartèlent, sont venus s'adjoindre les départs de journaliers vers les villes mauritaniennes. Mais quelques autres pays accueillent désormais des effectifs conséquents de Halpollar (voir plus bas).

Une nouvelle enquête, débutée en 1990 dans le cadre de notre projet confirme cette tendance à l'élargissement de l'espace circulatoire des populations de la moyenne vallée ⁽⁶⁾. Les résultats présentés au tableau 2 présentent les destinations d'un ensemble de 3 997 émigrants de la vallée (formant environ 10 % de la population des ménages interrogés). Il s'agit d'informations recueillies dans les villages d'origine, auprès des familles des intéressés, avec par conséquent tous les risques d'imprécision liés à ce type de collecte. Toutefois, le lieu de résidence actuelle des migrants compte sans aucun doute parmi les indications les plus fiables que l'on puisse relever.

On constate que si Dakar est encore le lieux de plus du quart des migrations, les destinations hors du Sénégal correspondent désormais à la moitié des destinations migratoires, avec une part non négligeable pour la France. Hormis parmi les Soninke, les migrations internationales tenaient une place bien moindre lors des enquêtes citées de D. Delaunay et J.P. Minvielle.

En examinant les informations disponibles quant à l'année de départ des migrants, on peut mettre en évidence quelques uns des traits marquants de la géographie changeante des migrations. Ainsi, les mouvements les plus récents (datant de moins de deux ans) correspondent pour la plupart à des déplacements de courte durée, parfois saisonniers, si bien que les destinations sénégalaises y prédominent largement ; ces migrations de proximité se réduisent souvent à des séjours de quelques mois dans la capitale où le migrant venu seul, accueilli gracieusement par un parent déjà établi en ville,

(5) Voir aussi les Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, XII, 2, 1975.

(6) Il s'agit d'un premier échantillon de villages enquêtés par Christian Santoir. Je remercie ce dernier de m'avoir donné accès aux données brutes présentées ici. Les résultats ne sont que provisoires. Une enquête spécifiquement migratoire, à passages répétés, a d'autre part été conduite en 1992-93 par P. D. Diouf et l'auteur ; les villages enquêtés figurent sur la carte de situation.

Tableau 2 : Destination des migrants de la moyenne vallée, 1990-91

Destination	Migrants	Proportion
REGION DU FLEUVE	429	10,7%
Richard Toll	177	
St. Louis	113	
Petites villes et rurale	139	
RESTE DU SENEGAL	1 531	38,3%
Dakar	1 189	
Casamance	73	
Bassin arachidier et reste du S.	269	
dont Thiès	48	
et Kaolack	65	
PAYS RIVERAINS	262	6,5%
Mauritanie	120	
Gambie	116	
Mali	26	
AUTRES PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	1 075	26,9%
Côte-d'Ivoire	487	
Gabon	253	
Cameroun	103	
Congo	100	
Centre-Afrique	42	
Autres pays	90	
AUTRES DESTINATIONS	700	17,5%
France	644	
Autres Europe	20	
USA	13	
Moyen-Orient	23	
TOTAL DES REPONSES EXPLOITABLES	3 997	100,0%

Source : enquête Lericollais-Santoir 1990-91 (résultats prov.)

repartira sans avoir trouvé d'emploi stable et, à ce titre, ce phénomène nous importe moins. A l'inverse, les migrations plus anciennes (datant d'avant 1990) traduisent un transfert de population durable avec relocalisation de la main d'oeuvre, et souvent d'une partie du noyau familial. Sur le calendrier de ces mouvements, on distingue clairement l'affaiblissement relatif de Dakar depuis les années 1970 ; l'attraction de la région du Cap-Vert a en effet baissé

pratiquement de moitié parmi les migrants du fleuve durant les vingt dernières années (7). De la même façon, l'importance du bassin arachidier a singulièrement décliné. On perçoit un phénomène comparable concernant la Mauritanie, mais les événements de 1989 qui ont précipité le reflux brutal vers le Sénégal sont d'une autre nature.

Le déclin des destinations traditionnelles de l'émigration régionale a correspondu principalement au développement de deux filières : la migration de proximité vers la ville-champignon de Richard-Toll (plus fréquente parmi les populations de l'aval) et surtout les départs vers les pays d'Afrique plus lointains. Ces derniers représentèrent près de 40% des migrations de la décennie 1980, contre moins de 15% avant 1970; une analyse plus fine de l'évolution des flux tendrait même à suggérer que le report des migrations "traditionnelles" (vers Dakar et le Bassin arachidier) au profit des destinations africaines est directement à l'origine de cet essor de la migrations inter-africaine. La Côte-d'Ivoire qui en constitue le pôle dominant draine environ la moitié de ces migrants, suivie par le Gabon et deux autres pays lointains d'importance moindre (Cameroun et Congo). Aucun des groupes les plus mobiles de la région (comme les Soninké ou les Wolofs) ne semble avoir joué de rôle pionnier dans ce redéploiement; les statistiques examinées indiquent toutefois que les Maccube (anciens captifs Halpullar) ont été très présents dans cette expansion, notamment lors de la mise en place initiale des réseaux migratoires et vers les pays les plus lointains d'Afrique centrale (du Congo jusqu'à la Zambie).

POURQUOI ÉTUDIER AUJOURD'HUI LES MIGRATIONS ?

Depuis 1960, le phénomène migratoire s'est donc régulièrement renforcé, à la fois par l'intensification des départs parmi les jeunes adultes, mais aussi par la diversification des points d'arrivée. Ce développement n'a certes rien d'étonnant, car il reproduit une logique commune à l'histoire migratoire de nombreuses communautés. Mais le cycle migratoire des populations de la vallée n'est pas achevé, tant que persistent les départs et que le risque de fixation définitive au lieu d'arrivée demeure. Il faut examiner quel type de réponse donnent les populations du Futa face à ce risque de déperissement démographique.

(7) L'étude IFAN/ORSTOM sur l'insertion urbaine à Dakar, réalisée en 1989, corrobore nos observations. L'analyse historique des origines géographiques des flux migratoires vers la capitale, menée actuellement par O. BARBARY, met en évidence une chute depuis 1970 de la part relative des gens du Fleuve parmi les migrants de Dakar.

Le système pluri-résidentiel, pratiqué par certains, permet aux migrants de garder un statut et une place dans leurs villages d'origine, lesquels seront réactivés lors des retours, qu'il s'agisse de simples passages comme cela est courant à l'occasion d'un premier mariage (intervenant souvent à l'issue de la première migration) ou de retours définitifs après plusieurs années d'exil. Ce système combine simultanément plusieurs espaces d'intervention, permettant aux migrants de mettre à profit leurs avantages comparatifs (en matière monétaire, familiale, psychologique...). La gestion de la famille, dont la part féminine ou enfantine reste souvent dans les villages, est une des meilleures illustrations de ce type de stratégie segmentant les espaces selon leurs fonctions privilégiées.

Néanmoins, la démographie fléchissante du Futa Toro donne à penser que les retours définitifs restent peu nombreux et qu'en fin de compte, toutes les résidences ne sont pas traitées de manière équitable. Le mythe du retour, énoncé aussi bien par les migrants encore mal adaptés à leur lieu d'accueil que parmi les villageois aspirant à la recomposition démographique de leurs communautés, masque sans doute un déséquilibre durable dans la capacité de rétention des régions d'origine et d'immigration.

Si aujourd'hui comme hier la démographie du Futa nous ramène inlassablement à la question migratoire, un changement de perspectives s'impose, car les composantes du système sont en train de se renverser. En premier lieu, c'est le rôle des régions d'accueil dans l'absorption de main-d'oeuvre qui a connu de profondes altérations. Les villes sénégalaises, et Dakar au premier chef, subissent depuis plusieurs années les contrecoups de la stagnation conjoncturelle de l'économie nationale. La crise s'est installée dans la capitale et les nouveaux arrivants viennent buter sur les limites de l'économie informelle, alors que le secteur public a connu de forts mouvements de contraction. De la même manière, les migrations internationales sont devenues plus difficiles, en raison de problèmes économiques dans certains autres pays d'Afrique ou tout simplement de restrictions de plus en plus sévères à la circulation de la main-d'oeuvre (notamment vers la France).

En second lieu, c'est le Futa Toro lui-même qui a changé. Les années 1970 avaient été caractérisées par l'instauration progressive d'un nouveau régime climatique, de plus en plus aride, et la désertification qui l'accompagnait avait eu de graves conséquences, en particulier dans le domaine de l'économie pastorale et de l'agriculture en zone sèche. A l'inverse, la décennie qui suit marque un renouveau dans le développement du bassin du fleuve, illustré notamment par l'édification des deux barrages, en amont et en aval du Futa, qui sont appelés à réguler le cours du fleuve. Parallèlement, l'irrigation connaît une progression continue et, à la suite des premiers

aménagements à large échelle (les grands périmètres), apparaissent des projets de moindre ampleur qui s'articulent aux terroirs villageois (les P.I.V.). La maîtrise du fleuve, qui s'ébauche depuis la mise en eau du barrage de Manantali, ne va certes pas sans problème, puisqu'elle signifie à terme la disparition de l'agriculture traditionnelle de décrue (sorgho principalement). Pourtant, les rendements attendus des 300-400 000 ha que le fleuve devrait être en mesure d'irriguer, sont largement supérieurs à ceux des terres cultivées en décrue et, sauf dérive écologique, pourraient garantir à l'avenir la viabilité de cette conversion.

En fait, l'optimisme qui régnait à l'origine sur le développement des cultures irriguées a même conduit les observateurs à envisager un scénario imprévu pour la démographie régionale : le déficit démographique dans les années à venir. D'après les simulations de l'étude de l'ENDA, l'aménagement continu de nouvelles surfaces irrigables va créer un appel de main-d'oeuvre auquel la croissance démographique régionale ne pourrait plus répondre dès 1992...⁽⁸⁾. Ces résultats sont sans doute discutables en raison de certaines entrées du modèle (taux de croissance, surface requise par exploitant...), mais ils ont pour vertu d'évoquer une question singulière : l'équilibre migratoire va-t-il se renverser avec la mise en valeur de nouvelles terres et le gain de productivité liés à l'irrigation ? En somme, nous retrouvons là l'inverse exact des termes de l'équation malthusienne, avec une progression des surfaces cultivées qui dépasserait le croît démographique.

Loin d'envisager l'immigration d'autres Sénégalais vers les zones irriguées, les gens du Futa semblent très circonspects quant aux effets positifs des changements qui ont affecté le système productif régional. Au visiteur, ils préfèrent donner à entendre les difficultés liées à la disparition des crues du fleuve et à la faible taille des terres irriguées actuellement disponibles par famille. Avant de conduire notre propre enquête quantitative, les signes manifestes d'un retournement de la situation migratoire nous ont semblé loin d'être évidents. Les migrations récentes demeurent importantes et le principal frein serait plutôt la crise économique dans les régions d'accueil que les possibilités nouvelles d'emploi le long du fleuve.

Aborder la question migratoire nécessite en effet une réflexion préalable sur la nature des mécanismes en jeu dans les échanges de population affectant la Vallée. Il ne fait pas de doute que la progression démographique provoquée par la (modeste) baisse de la mortalité, et peut-être l'augmentation de la

(8) Nous suivons ici l'argumentation de P. Engelhard (1986 : 94-107). Voir également les commentaires de H. Ba (1987 : 274-6) sur les projections de l'OMVS.

fécondité des couples, a provoqué dans le passé une situation démographique nouvelle ; sans développement local des campagnes ou du réseau urbain, l'émigration hors de la zone vers les régions en développement représentait une réponse presque mécanique à la stagnation du niveau de vie rural. Dans les années récentes, nous avons vu que les paramètres de la migration semblent avoir sensiblement évolué vers le découragement progressif des mouvements. Pourtant, il est indiscutable que l'émigration se poursuit, à un rythme même très accentué en certains villages, comme indépendamment des conditions changeantes. Ce phénomène de "découplage" correspond à l'autonomisation graduelle des mécanismes conduisant à la migration face aux facteurs structurels incitatifs, qui sont le plus souvent identifiés aux déséquilibres économiques entre régions.

Il est par conséquent difficile d'imaginer que le seul statut économique des familles entre en jeu dans la détermination des comportements migratoires. Comme l'exemple voisin des Soninké qui ont massivement migré vers la France l'indique, les variables à l'oeuvre vont au delà des caractéristiques socio-économiques des individus ou des ménages pour atteindre les logiques collectives qui sont à l'origine de l'établissement de réseaux⁽⁹⁾. Ces filières migratoires, une fois institutionnalisées, ont pour caractéristique de niveler les obstacles à la migration par l'introduction de relais (sociaux, psychologiques...) à chaque étape de la trajectoire du migrant. Une fois le réseau migratoire installé et renforcé par le maintien des solidarités entre migrants et milieux d'origine, le risque est grand de le voir continuer à fonctionner en l'absence de bénéfice migratoire significatif, sous le simple effet de l'inertie de l'institution.

L'analyse bute ici sur les faiblesses de nos schémas théoriques. Si les liens structurels entre migration et déséquilibre économique font l'unanimité, la nature et le rôle des "variables intermédiaires" propres à moduler l'interaction entre ces deux phénomènes sont mal connus ; parler d'effet cumulatif ou de mécanisme de réseau est loin de clore le débat. Plus précisément, l'effet des transformations des systèmes de production sur ces variables intermédiaires, qui est justement censé conditionner l'éventuel "retournement migratoire", reste difficile à saisir⁽¹⁰⁾.

(9) Le travail de S.E. Findley *et al.* (1988), qui cherche à décrire les facteurs de la migration, fait précisément état des difficultés qu'il y aurait à vouloir définir les traits distinctifs de l'émigrant simplement en termes de profil socio-économique.

(10) On trouvera quelques considérations méthodologiques sur l'évaluation de l'impact démographique des projets de développement dans United Nations (1988).

Pour cette raison, nous devons aborder la question migratoire dans le Futa Toro de manière prospective. Le bilan qui sera fait de l'histoire passée de la migration, par analyse cartographique fine des résultats censitaires ou l'exploitation des trajectoires migratoires, risque fort de dissimuler les mécanismes nouveaux qui se sont mis en place; d'où la nécessité de suivre dans le futur des échantillons de population pour repérer, en temps réel, les modifications de stratégie migratoire.

De plus, on peut envisager sans difficulté que les possibilités d'irrigation vont contribuer à freiner le mécanisme migratoire, mais il n'est pas certain que les individus qui profiteront des nouvelles conditions économiques soient ceux dont les caractéristiques familiales suggéreraient un tel comportement. Il faut s'attendre à ce qu'à une échelle collective (lignages, villages, groupes sociaux), les comportements évoluent dans le futur; car c'est sur cette trame socio-géographique que pourront se lire les mouvements démographiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BA E.H., 1987, "Migrations et développement dans la vallée du fleuve Sénégal", in JEMAI Hedi, éd., *Population et développement en Afrique*, CODESRIA, Dakar, 249-82.
- BOUTILLIER J.L., CANTRELLE P., et al., 1962, *La moyenne vallée du Sénégal*, P.U.F., Paris, 364 p..
- DELAUNAY D., 1984, *De la captivité à l'exil: histoire et démographie des migrations paysannes dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal*, Ed. de l'ORSTOM, Paris, 1984, 209 p.
- DIOP A.B., 1965, *Société toucouleur et migration (Enquête sur la migration toucouleur à Dakar)*, Initiations et études n° XVIII, Dakar, IFAN, 232 p.
- ENGELHARD P., 1986, *Enjeux de l'après-barrage. Vallée du Sénégal*, ENGELHARD ed., ENDA et Ministère de la Coopération, Dakar, 632 p.
- FINDLEY S. E., OUEDRAOGO D. and OUAIDOU N., 1988, "From Seasonal Migration to International Migration: An Analysis of the Factors Affecting the Choices Made by Families of the Senegal River Valley", in *African Population Conference, Dakar*, vol. 2, IUSP, Liège, 4.3.39-53.
- LERICOLLAIS A., VERNIERES M., 1975, "L'émigration toucouleur: du fleuve Sénégal à Dakar", *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*, XII, 2, 161-177.
- MINVIELLE J.P., 1985, *Paysans migrants du Fouta Toro (Vallée du Sénégal)*, Ed. de l'ORSTOM, Paris, 282 p.
- DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE, 1989, *Les principaux résultats du recensement de la population et de l'habitat du Sénégal (RGPH 88)*, Dakar.
- UNITED NATIONS, 1988, *Assessing the Demographic Consequences of Major Development Projects*, proceedings of a United Nations workshop, New York, 1986, 183 p.

CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT EN AFRIQUE

RAPPORT DE SYNTHÈSE

En choisissant comme thème de ce séminaire, les relations entre la croissance démographique et les stratégies de développement en Afrique, les organisateurs souhaitaient fournir aux chercheurs, aux planificateurs et à l'ensemble des personnes concernées par les problèmes de population, l'occasion de débattre de l'évolution et des facteurs de cette croissance naturelle en relation avec les différentes transformations économiques et socio-culturelles du continent africain. Ils voulaient également susciter une réflexion sur les conditions démographiques du développement économique et social et sur la maîtrise du mouvement naturel par les différents acteurs sociaux et les Etats ⁽¹⁾.

Une baisse inégale de la mortalité

Malgré la carence de données statistiques fiables sur la mortalité dont souffrent beaucoup de pays africains, on constate que des progrès récents, sensibles mais très variables ont été accomplis sur ce continent au cours des trente dernières années. Cependant, l'Afrique reste encore le continent ayant la mortalité la plus élevée au monde : 17 des 20 pays qui ont encore une espérance de vie inférieure à 50 ans sont africains. Et si l'on se réfère à la mortalité infantile et juvénile, particulièrement sensible aux conditions socio-économiques, sanitaires et environnementales, la situation demeure préoccupante sur le continent à l'exception des pays d'Afrique du Nord, d'Afrique Australe, de la Réunion et de l'île Maurice où les quotients de la mortalité

(1) Le rapport de synthèse a été rédigé par R. M'FOULOU en collaboration avec les membres du comité d'organisation. Ce rapport fut ensuite discuté et amendé par les participants à la séance de clôture du séminaire.

infanto-juvénile sont inférieurs à 60 pour 1000. Dans les pays à forte mortalité, on note cependant des variations importantes de mortalité d'une région à l'autre : les régions urbaines étant moins défavorisées que les régions rurales.

Dans certaines zones, des réductions sensibles de la mortalité des enfants ont été obtenues grâce à des campagnes de vaccinations menées dans le cadre des Programmes Elargis de Vaccination (PEV), qui constituent généralement l'un des volets les plus actifs des programmes de soins de santé primaires. De tels programmes méritent d'être vulgarisés et étendus à toutes les régions des pays. Les facteurs de la mortalité en Afrique tendent à être mieux connus et peuvent être classés en quatre groupes :

- a) niveau des revenus et ressources ;
- b) intervention en santé publique ;
- c) comportements (individuels et collectifs) en matière d'hygiène, d'alimentation, de santé, de procréation ;
- d) apparition d'une pandémie nouvelle, impossible à éradiquer actuellement en l'état des connaissances médicales : le Sida.

Toutefois l'analyse des facteurs de la mortalité mérite d'être poursuivie et approfondie dans une optique pluridisciplinaire prenant en compte la demande communautaire et la recherche de l'amélioration des conditions de vie des populations. En particulier, les chercheurs et les spécialistes des questions de population, devraient conjuguer leurs efforts pour élaborer des stratégies de développement qui favorisent la lutte contre la morbidité et la mortalité en recourant à des interventions peu coûteuses entraînant des changements économiques et sociaux durables. Les soins de santé primaires tels que définis par la conférence d'Alma Ata constituent une base de réflexion, mais la manière dont cette stratégie a été mise en oeuvre dans bon nombre de pays y adhérant est peu satisfaisante et mériterait d'être revue.

En ce qui concerne le Sida, la situation africaine est encore très mal connue ; aussi les spécialistes des questions de morbidité et de mortalité doivent-ils redoubler d'effort pour mieux comprendre ce fléau et surtout proposer en conséquence des stratégies de lutte efficaces. Les hommes politiques quant à eux devraient dans ce cadre promouvoir une mobilisation sociale généralisée.

Une fécondité qui reste élevée malgré les facteurs de changement

La fécondité en Afrique, se situe à un niveau encore très élevé, traduisant de ce fait une relative stabilité dans le temps et dans l'espace, même si dans certaines populations on a pu observer des hausses ou des diminutions

légères au cours des décennies écoulées. Une fois de plus l'Ile Maurice et la Réunion se démarquent du reste de l'Afrique avec un niveau de fécondité relativement bas. Dans les pays d'Afrique du Nord, on note une baisse sensible de la fécondité, tout comme au Zimbabwe et au Botswana, situation qui résulterait d'une prévalence plus grande de l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Dans le reste du continent africain, la forte fécondité, associée à une structure par âge relativement jeune, engendre actuellement des taux bruts de natalité particulièrement élevés : Malawi 52 pour 1000, Ouganda 59 pour 1000, Côte-d'Ivoire 50 pour 1000, Mali 50 pour 1000. Il va sans dire que cette situation provoque une croissance naturelle élevée puisque la mortalité a commencé sa phase de déclin. Ainsi par exemple on peut relever que le taux actuel d'accroissement naturel de la population de la Côte-d'Ivoire est de 3,8 % (1988) et celui du Mali de 3,6 % (1987) : à ce rythme il faut s'attendre à un doublement de la population tous les 20 ans environ.

Les facteurs de cette forte fécondité sont nombreux. On peut citer certains d'entre eux :

- la précocité de la primo-nuptialité et l'intensité de la nuptialité ;
- la faible prévalence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception ;
- la valeur économique et sociale de l'enfant ;
- le poids de la coutume et des valeurs traditionnelles ;
- le recul de la stérilité et de la sous-fécondité ;
- le niveau élevé de la mortalité des enfants.

L'un des facteurs les plus nets de différenciation de la fécondité est l'éducation des parents ; en effet de nombreuses études africaines montrent qu'il existe une relation négative entre la fécondité et le niveau d'éducation de la mère quand celui-ci dépasse un certain seuil (niveau secondaire au moins). En fait, c'est le processus de développement socio-économique, pouvant entre autres choses être caractérisé par le niveau d'instruction, qui a pour effet de faire baisser la fécondité, quelle que soit la région considérée. C'est ainsi que dans les grandes villes africaines, on relève une baisse de la fécondité tandis qu'en région rurale celle-ci se maintient encore à un niveau très élevé. Cette différence de développement socio-économique entre régions d'un même pays explique en grande partie les variations régionales de fécondité observables dans le pays. Certains auteurs pensent que des changements s'opèrent dans le domaine de la fécondité en Afrique, même s'ils ne sont pas encore très nets au niveau national. En effet, au travers d'une analyse

plus fine des transformations sociales, l'étude de groupes sociaux plus petits peut rendre perceptibles les mutations qui s'opèrent en matière de fécondité sur le continent africain.

Dans ce cadre il est nécessaire, au plan national, d'assurer une meilleure articulation entre les investigations de portée nationale menées par les Directions de la Statistique et les enquêtes locales initiées par diverses institutions de recherche, de manière à assurer une connaissance approfondie non seulement des niveaux et tendances des phénomènes démographiques mais aussi des déterminants individuels et collectifs qui les régissent, rendant possible la définition de programmes d'action dans le cadre de la planification du développement.

L'Etat Civil constitue également une source de données importante pour l'étude de la croissance naturelle. Les chercheurs sont encouragés à en tirer le meilleur profit même si la couverture nationale des données n'est pas encore assurée. Il est important que les organisations internationales soutiennent matériellement et financièrement les Gouvernements africains qui oeuvrent à l'amélioration du système d'Etat Civil dans leur pays.

Le problème de la disponibilité des données démographiques est encore aujourd'hui un problème réel en Afrique. Plutôt que des estimations démographiques actualisées qui sont porteuses de beaucoup de confusions, il est souhaitable que les organisations internationales ne publient que les estimations nationales les plus récentes obtenues à partir des recensements ou enquêtes démographiques réalisés effectivement dans le pays et mentionnent explicitement les sources des données et l'année de référence des résultats cités.

L'émergence de nouveaux modèles de reproduction démographique

L'analyse de l'émergence dans différentes sociétés de nouveaux schémas de fécondité, en articulation avec les stratégies individuelles et familiales qui les sous-tendent, a montré l'existence actuelle de modèles pluriels de reproduction démographique en Afrique. A l'échelle du continent africain, il n'est plus possible aujourd'hui de produire des analyses globales en matière de fécondité qu'il s'agisse de niveaux, d'attitudes et de comportements, mais d'ailleurs cette généralisation pour les temps passés ne fut-elle pas une illusion ou une simplification ? Quoiqu'il en soit cette émergence actuelle s'inscrit dans un double contexte. Un contexte démographique de baisse de la mortalité qui induit des dysfonctionnements dans toutes les instances sociales jusqu'alors en relatif équilibre, et un contexte de crise économique et de programme d'ajustement dont les caractères structurels ont été soulignés.

La différence entre les rôles des hommes et des femmes quant à la constitution des modèles novateurs ou à la réceptivité face à de nouvelles valeurs a été l'un des points importants du débat. Là encore les différences entre les sociétés étudiées ont été soulignées. Elles sont liées tout particulièrement aux charges respectives qui incombent à chacun des sexes dans l'élevage des enfants et à l'impact de la crise économique sur la manière dont ces charges peuvent continuer ou non à être supportées dans les mêmes conditions. En conséquence, la compréhension de l'évolution de la répartition de ces coûts des enfants (d'une part entre les sexes et d'autre part entre les parents biologiques et le lignage) doit aider à comprendre les mécanismes de formation de ces nouveaux idéaux démographiques mais aussi sans doute la différenciation des attitudes de l'homme et de la femme, du mari et de son (ses) épouse(s), en matière de procréation.

Poser la question du modèle de reproduction démographique en vigueur ou en émergence revient à s'interroger sur les logiques individuelles ou collectives de la procréation. A cet égard, on doit se demander s'il s'opère un véritable changement de la logique traditionnelle, vers une logique "moderne", ou une simple adaptation de celle-ci à des conditions externes changeantes et surtout plus contraignantes. Les formes de structuration familiale et les solidarités qu'elles révèlent montrent souvent que les modèles nouveaux qui se constituent ne font que réinterpréter ou réactiver, sous l'effet de la crise économique et des contraintes de l'habitat, des pratiques sociales anciennes.

Cette diversité des régimes de reproduction biologique et cette variation très large des comportements et des stratégies posent aux chercheurs des problèmes méthodologiques. Ils doivent conduire ceux-ci à une remise en cause de leurs indices traditionnels et rendent nécessaire à terme l'élaboration de nouveaux indicateurs et schémas de relations entre des variables capables de rendre compte de manière plus pertinente et plus efficace des évolutions des modèles et de leur diversité. Plus fondamentalement cette interrogation débouche sur un questionnement épistémologique de la démographie. N'y-a-t-il pas d'ailleurs une relation directe entre cette perception de la diversification des régimes démographiques en Afrique et la disparition des "démographes purs et durs" au profit de spécialistes en population aussi rigoureux dans le maniement des instruments méthodologiques mais plus soucieux de travailler dans la multidisciplinarité avec les économistes, les sociologues, les médecins ?

En définitive, cette pluralité des modèles de fécondité ne correspond-elle pas à une multiplicité nouvelle des champs de référence de la reproduction

biologique et au fait que la logique de procréation peut trouver aujourd'hui sa pertinence dans des champs différents et par rapport à des dimensions diverses : dimension culturelle comme par le passé, mais aussi dimension économique, dimension sanitaire, dimension institutionnelle et politique et également, ce qui n'a pas été abordé mais qui reste sous-jacent, dimension affective ? Cette multiplicité des champs de référence génère par elle-même des contradictions entre l'homme et la femme, les parents et les enfants, les familles nucléaires et le groupe social, la société civile et l'Etat ; contradictions qui créent progressivement, dans les sociétés africaines, les conditions par lesquelles la transition démographique devient peu à peu un enjeu politique et par là l'un des éléments de la transition démocratique.

La planification familiale en question

Les discussions sur la planification familiale ont été centrées autour de quatre points majeurs :

- nécessité d'une politique démographique à plusieurs volets ;
- impact limité des programmes de planification familiale ;
- nécessité d'améliorer les indicateurs de mesure et d'évaluation des programmes de santé et de planification familiale ;
- nécessité de déterminer au préalable les conditions d'une meilleure efficacité d'un programme de planification familiale.

A l'origine, le "planning familial" s'est développé en Europe pour lutter contre les avortements clandestins et répondre ainsi à un besoin croissant de limitation des naissances. En Afrique, les programmes de planification familiale ont été développés tout d'abord de façon autonome, puis sous le couvert de la promotion de la santé maternelle et infantile par la prévention des grossesses à risque ; ces programmes étaient également un moyen d'améliorer la condition de la femme et le bien-être familial. Ce discours bienveillant de la planification familiale n'est pas toujours dénué d'arrière-pensées de la part de nombreux auteurs et il faut être bien conscient que l'objectif à long terme de la planification familiale est la réduction de la fécondité.

De même, la campagne de prévention contre le Sida qui préconise l'utilisation du condom peut être perçue comme un moyen de diffusion du préservatif au service de la planification familiale. Mais inversement, les effets contraceptifs du condom peuvent nuire à la lutte contre le Sida dans une société où la forte fécondité est recherchée.

Le nombre croissant d'avortements, particulièrement chez les adolescentes, dans les villes africaines montre qu'il existe une demande assez forte de

contraception, dans la mesure où l'officialisation de l'avortement est difficile à faire accepter pour des raisons psycho-culturelles. De plus il existe aujourd'hui encore un réel problème d'accès de certaines catégories de la population, spécifiquement les jeunes, (information, coût, infrastructures sanitaires adéquates) à la contraception.

Les programmes de planification familiale qui existent ont un impact limité sur les comportements démographiques en Afrique. Les facteurs d'inhibition qui sont le plus souvent cités par les spécialistes de ces questions sont :

- les pesanteurs économiques, notamment le faible niveau de vie des populations, et le coût relativement élevé d'accès aux méthodes contraceptives ;
- l'adhésion réservée des décideurs politiques en faveur de la planification familiale ;
- l'inadéquation des méthodes de communication et de sensibilisation utilisées, vis-à-vis des besoins réels des communautés ;
- l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires capables d'assurer des prestations appropriées de planification familiale ;
- la non-intégration des programmes de planification familiale aux projets de développement global des communautés.

Concernant les problèmes de mesure et d'évaluation, il importe de prévoir dans les stratégies à mettre en place, des procédures d'évaluation des performances réalisées et de l'impact réel de ces programmes sur les objectifs assignés.

Parmi les conditions d'une meilleure efficacité des programmes de planification familiale en Afrique, on peut noter la nécessaire participation des populations en cause à l'élaboration de ces programmes, la valorisation des méthodes contraceptives traditionnelles utilisées par les communautés, la coordination au plan national des activités des organisations non gouvernementales (ONG) opérant dans ce domaine, la mise en place des infrastructures socio-culturelles appropriées et le ciblage précis des activités d'information, d'éducation et de communication, et enfin la libéralisation de la vente des contraceptifs.

La population comme acteur du développement

Pour conclure ce séminaire, certaines implications de la croissance démographique sur le développement économique et social ont été examinées, concernant le secteur agricole, l'éducation, la santé, l'emploi et l'environ-

nement. Dans le domaine de l'agriculture, on a noté l'insuffisance de la production vivrière due à une augmentation de la demande de consommation, à une stagnation des techniques culturales et à une désaffection de plus en plus grande des jeunes ruraux scolarisés vis-à-vis du travail de la terre. Le recours à l'aide alimentaire internationale et à l'importation des produits vivriers, nécessaire pour combler ce déficit, accentue et tend à pérenniser la dépendance envers l'extérieur en créant une évolution des régimes alimentaires en faveur des produits d'importation. De plus, dans certaines couches sociales les plus défavorisées, cette situation provoque des pathologies nutritionnelles importantes.

Plus globalement, on a pu constater que la croissance démographique rapide en Afrique s'est traduite par un rajeunissement de la structure par âge créant des besoins de plus en plus nombreux en matière d'éducation, de santé et d'emploi. Malgré les moyens consentis par les Etats, on constate que les écarts entre l'offre et la demande de services, d'équipements et d'investissements demeurent très importants.

Ainsi, pour ce qui concerne l'activité économique, le secteur moderne se révélant incapable de créer suffisamment d'emplois, on note une progression du chômage et du travail précaire qui touche non seulement les travailleurs non qualifiés mais aussi de plus en plus les cadres.

Au-delà de cette analyse en terme de demandes et d'offres, il s'avère que l'homme ne doit pas être considéré comme un simple consommateur de biens mais aussi un acteur à part entière du développement, et que la population est un facteur de développement, aussi bien par le nombre que par la qualité des éléments qui la composent.

S'il est reconnu par tous qu'une croissance démographique excessive pèse négativement sur l'offre de services et d'équipements dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'emploi, un large consensus s'est fait sur la nécessité de remettre en cause les politiques de développement jusqu'ici mises en oeuvre en Afrique, les choix faits dans l'affectation des ressources ainsi que la gestion globale des économies africaines.

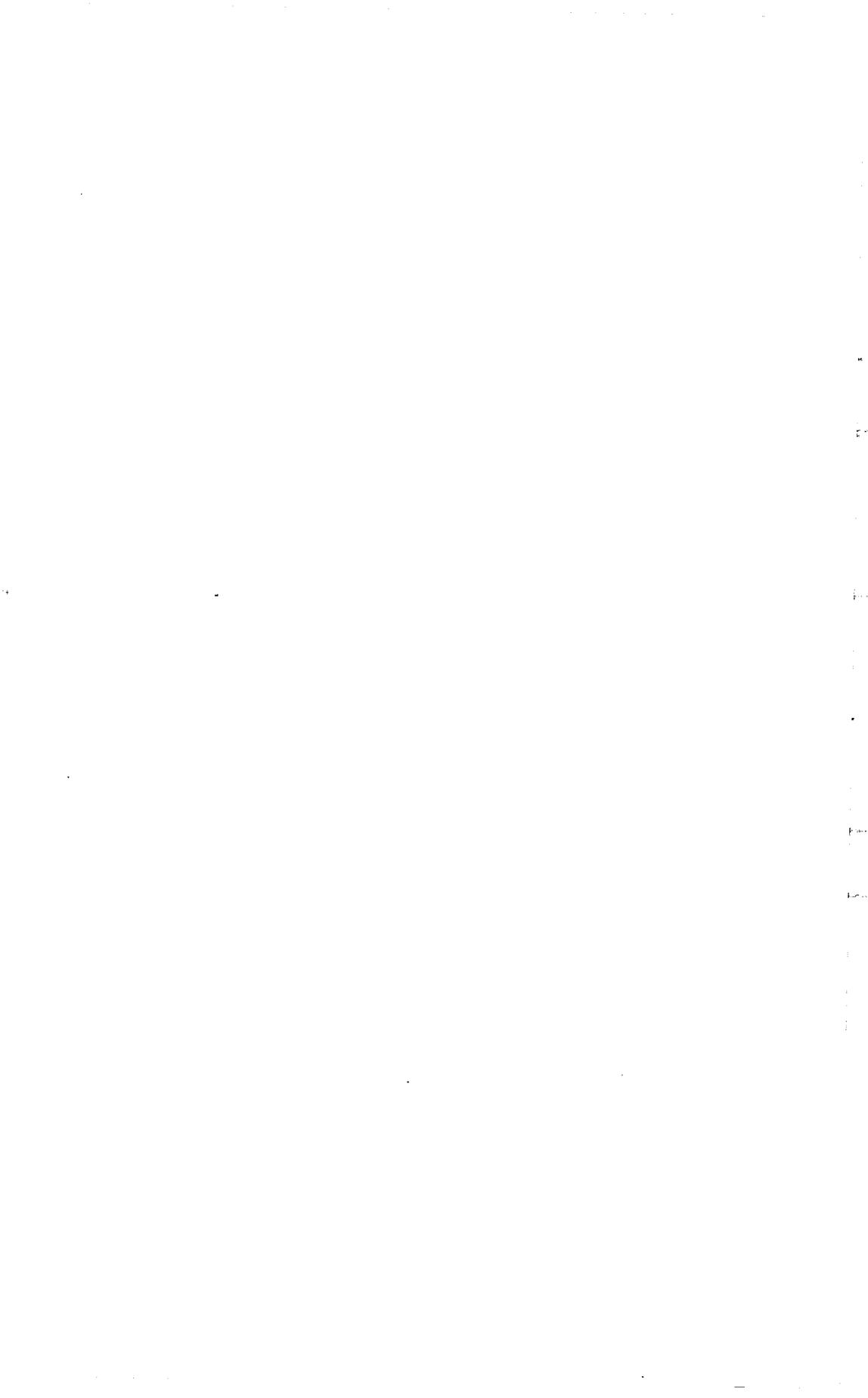
Par ailleurs il a été réaffirmé que la résolution du problème de l'adéquation entre la croissance démographique et le développement ne pouvait être limitée à des actions sur la seule variable démographique ; il est important aussi d'agir sur la croissance économique, notamment par le biais d'investissements productifs et de l'accumulation du capital.

Au-delà de ses composantes naturelles, la dynamique démographique est aussi largement conditionnée par le phénomène migratoire qui apparaît

souvent comme un élément essentiel de la régulation démographique de nombreuses sociétés africaines. Ce phénomène s'intensifie et devient plus complexe en fonction des changements économiques (localisation/délocalisation des pôles de croissance économique) et institutionnels (politiques migratoires).

En dehors de leur aspect démographique que l'on souligne trop souvent, les migrations ont souvent un effet économique qui se traduit par la contribution des migrants dans la zone d'accueil à l'accroissement de la production dans différents secteurs d'activité.

Ce séminaire a permis de mettre en évidence certains facteurs de l'évolution de la croissance démographique rapide comme des changements qui peuvent apparaître ici et là dans les modèles de reproduction démographique. Les incidences de cette croissance démographique sur les conditions de vie des populations et sur les changements économiques et sociaux, ainsi que l'insertion des politiques démographiques et des politiques de populations dans les politiques de développement ont pu être également abordées en soulevant plusieurs questions qui mériteraient de plus amples développements lors de prochaines réunions.



LISTE DES COMMUNICATIONS PRÉSENTÉES

Séance n° 1 : Evolution et facteurs de la croissance naturelle

- N'Guessan KOFFI** : L'évolution de la fécondité en Côte- d'Ivoire
Fatoumata SIDIBE : Niveaux et déterminants de la fécondité au Mali
Eliwo AKOTO : L'évolution et les facteurs de la mortalité en Afrique
Patrice VIMARD, Agnès GUILLAUME, en collaboration avec **André QUESNEL** : Evolution de la fécondité et facteurs de changements en milieu rural ouest-africain

Séance n° 2 : Nouveaux modèles de reproduction biologique et stratégies individuelles et familiales

- Odile FRANK** : Coût des transactions inter-familiales et baisse de la fécondité en Afrique
Emma AGOUNKE, Pierre LEVI, Marc PILON : Evolution contemporaine des schémas de reproduction en Afrique subsaharienne : le cas des Moba-Gurma du Togo
Agnès GUILLAUME, Patrice VIMARD : Régulation familiale : Traditions, transitions et différences socio-économiques à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)
Souleymane S. OUATTARA : L'obsession de la procréation dans le comportement démographique en Afrique
Simon David YANA : Fécondité et famille dans deux ethnies camerounaises : l'exemple des Bamiléké et des Pahouin (Fang-Beti-Bulu)
Philippe ANTOINE : Les dynamiques familiales et la crise : le cas de Dakar

Séance n° 3 : L'impact des actions et des programmes en matière de santé et de planification familiale

- Pierre CANTRELLE** : Efficacité des systèmes de santé en Afrique
- Anouch CHAHNAZARIAN, Stanley BECKER** : Impact sur la mortalité des enfants d'un programme sélectif de soins de santé primaires au Zaïre et au Libéria
- Thérèse LOCOH** : Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? Leçons de 20 années de planning familial
- Aguima Frank TANKOANO** : L'expérience de la planification familiale au Burkina Faso
- Kodjo KOTOKOU** : Identification des facteurs qui influencent l'acceptation des méthodes contraceptives à Lomé
- Jacob Kuakivi GBENYON** : Persuadeurs de villages et planification familiale au sud-est du Togo : les résultats d'une expérience nouvelle
- Jean-Paul TOTO** : Impact du planning familial et des programmes de santé sur la croissance démographique au Congo
- Diéudonné BM'NIYAT BANGAMBOULOU** : Planification familiale et problèmes de santé en RCA : quelle réalité ?
- Samba DIARRA, K. TOURE-COULIBALY, M. KONE** : Planification familiale et santé maternelle et infantile

Séance n° 4 : Relations entre la croissance démographique et le développement économique et social

- Daniel M. SALA-DIAKANDA** : Croissance démographique et développement socio-économique en Afrique : leçons d'un constat
- Iman NGONDO a PITSHANDENGE** : Problématique du développement en Afrique au sud du Sahara : au delà de la population
- Valentin ONGOTO-EPOUMA** : Croissance démographique et développement au Congo
- Papa-Demba DIOUF** : Relations entre la croissance démographique et les politiques de développement économique et social en Afrique : le cas du Sénégal
- Benjamin C. ZANO** : L'effet conjugué de la croissance démographique et de la crise économique sur certains aspects sociaux de la vie en Côte d'Ivoire

- Amadou NOUMBISSI** : Fécondité et développement : de l'Occident d'hier au Tiers-Monde d'aujourd'hui
- François NKURUNZIZA** : La forte croissance démographique au Burundi : frein ou moteur du développement ?
- Joseph-Pierre TIMNOU** : Développement équilibré et géographie spatiale au Cameroun : adaptation et divergence
- Christophe GUILMOTO** : Démographie et développement dans la vallée moyenne du fleuve Sénégal
- Gervais BARAMPANZE** : Pression démographique et production agricole : le cas du Burundi
- Ibrahima Lamine DIOP** : Programme de petites subventions pour la recherche en population, développement et les politiques urbaines : bilan des études réalisées dans le cadre du programme

LISTE DES PARTICIPANTS

ABBAS Sanoussi	Institut National de la Statistique, Abidjan
AGOUNKE Emma*	URD, Lomé
AKA Dimy	CIRES, Abidjan
AKOMIAN E. Joseph	CIRES, Abidjan
AKOTO Eliwo	CFRMP/PNUD, Cotonou
ANTOINE Philippe	ORSTOM, Paris
ASSALE Koffi	Ministère de la Promotion de la Femme, Abidjan
BACHELART Julien	M.E.F.P, Abidjan
BARAMPANZE Gervais*	Bureau National du Recensement du Burundi, Gitega
BECKER Stanley*	Johns Hopkins University, Baltimore
BEDA Kokora Samson	Ministère de l'Education Nationale, Abidjan
BELLO Toyidi	ENSEA, Abidjan
BM'NIYAT BANGAMBOULOU Dieudonné	UDEAC, Bangui
BRY Xavier	ENSEA, Abidjan
CANTRELLE Pierre	ISD, Paris
CHAHNAZARIAN Anouch	ORSTOM, Paris
COEVOET Philippe	ENSEA, Abidjan
DELAUNAY Valérie	ORSTOM, Paris
DIARRA Samba*	C.H.U. de Treichville, Abidjan

DIARRA Souleymane	I.G.T., Abidjan
DIBY Alice	C.H.U. de Cocody, Abidjan
DIOP Ibrahima Lamine	U.E.P.A., Dakar
DIOUF Papa Demba	Direction de la Prévision et de la Statistique, Dakar
DOSSO Fatoumata	I.N.S., Abidjan
ENOH Catherine	ENSEA, Abidjan
FRANK Odile	O.M.S., Genève
GBENYON Kuakuvi	Université du Bénin, Lomé
GIRIER Christian	ENSEA, Abidjan
GUILLAUME Agnès	ORSTOM, Paris
IBO Jonas	ORSTOM, Abidjan
KASSI N'guessan	Secteur de Santé Rural, Sassandra
KIBORA Koné D.	Formation Sanitaire Maternelle, Abidjan
KIPRE Pierre	E.N.S., Abidjan
KOFFI Edmé	ENSEA, Abidjan
KOFFI N'Guessan	ENSEA, Abidjan
KONE M.*	C.H.U. de Treichville, Abidjan
KOTOKOU Kodjo	URD, Lomé
KOUAKOU Dilolo B.	Ministère de la Promotion de la Femme, Abidjan
KOUAKOU Kouamé	ENSEA, Abidjan
KOUAME Koffi	AIBEF, Abidjan
LABORDERIE Bernard	M.C.A.C., Abidjan
LAPORTE Bernard	M.C.A.C., Abidjan
LEGRAIN Gaston	FNUAP, Lomé
LEVI Pierre *	ORSTOM, Paris
LOAN Odette	Ministère de l'Education Nationale, Abidjan
LOCOH Thérèse	CEPED, Paris
MEITE Abdoul Karim	ENSEA, Abidjan
MEITE Nediembo	Abidjan
MFOULOU Raphaël	IFORD, Yaounde

MOUKY Thierry	ENSEA, Abidjan
NEBOUT Françoise	Faculté des Sciences Economiques, Abidjan
NGONDO a PITSHANDENGE Iman*	Université Nationale du Zaïre, Kinshasa
NKURUNZIZA François*	Université du Burundi, Bujumbura
NOUMBISSI Amadou*	Institut de Démographie, Louvain
ONGOTO-EPOUMA Valentin	CNSEE, Brazzaville
OUATTARA Souleymane	I.E.S., Abidjan
PILON Marc	ORSTOM, Paris
QUESNEL André	ORSTOM, Paris
SALA-DIAKANDA Daniel M.*	IFORD, Yaounde
SEVERYNS Pierre	Nations Unies, Abidjan
SIDIBE Fatoumata	Direction Nationale de la Statistique, Bamako
SIE Koffi	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Abidjan
TAGLIANTE Saracino	Institut d'Hygiène, Abidjan
TANKOANO A. Frank	Ministère de la Santé, Ouagadougou
TAYE GBAOU G.	I. N.S., Abidjan
TIBALDESCHI Graziela	UNICEF, Abidjan
TIMNOU Joseph-Pierre*	CRES, Yaounde
TOURE COULIBALY	C.H.U. de Treichville, Abidjan
TOTO Jean-Paul	CNSEE, Brazzaville
TRAORE Aminata	PROWWES AFRIQUE (PNUD), Abidjan
VIMARD Patrice	ORSTOM, Paris
WELFFENS-EKRA	C.H.U. de Yopougon, Abidjan
YANA Simon David*	Institut de Démographie, Louvain
YATTIEN-AMIGUET	ENSEA, Abidjan
ZANOU Benjamin	Institut National de la Statistique, Abidjan

(*) Auteur d'une communication, absent lors du séminaire

ORSTOM Éditions
Dépôt légal : février 1994
Impression
ORSTOM BONDY

ORSTOM Éditions
213, rue La Fayette
F-75480 Paris Cedex 10
Diffusion
72, route d'Aulnay
F-93143 Bondy Cedex
ISSN : 0767-2896
ISBN : 2-7099-1176-0

150F -

Photos de couverture :
Au centre, groupe d'enfants (Côte-d'Ivoire)
En fond, tours d'Abidjan
Clichés : Agnès Guillaume