

# 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 subsaharienne 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 <sup>er</sup> mariage	A la 1 <sup>re</sup> maternité	au 1 <sup>er</sup> mariage	A la 1 <sup>re</sup> 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
UGANDA (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 Bostwana, 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<sup>e</sup> 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.
- BLEDSE 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 MAURITANIENNE SUR LA FECONDITE, 1981, *Rapport principal*, volume 1, Analyse des principaux résultats, Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Mars 1984.
- ENQUETE SENEGALAISE 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<sup>e</sup> 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.