

SEANCE S84 : LES FACES MULTIPLES DE LA DEMOGRAPHIE AFRICAINE
THE MANY FACES OF THE AFRICAN DEMOGRAPHY

LE DEBUT DE LA TRANSITION DE LA FECONDITE
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire

Patrice VIMARD*, Raimi FASSASSI** et Édouard TALNAN***

Resumé

L'Afrique subsaharienne se caractérise depuis près de deux décennies par un mouvement significatif de baisse de la fécondité, aux modalités parfois distinctes de ce que d'autres continents ont pu connaître par le passé. Une comparaison de différents pays caractéristiques, Kenya, Ghana et Côte d'Ivoire tout particulièrement, permet de différencier les mécanismes démographiques et les facteurs socio-économiques de cette diminution. Au Kenya, la baisse est fortement dépendante des progrès de la prévalence contraceptive et concerne, à des degrés divers, l'ensemble des groupes de la population. Au Ghana, la baisse est encore liée aux pratiques traditionnelles d'espacement des naissances et à une différenciation entre les groupes socio-économiques. Ces caractéristiques sont plus accusées en Côte d'Ivoire où les progrès de la contraception moderne demeurent réservés à certains milieux instruits et urbanisés et dépend des progrès de l'instruction. Si les mécanismes démographiques et socio-économiques diffèrent, en liaison avec la nature du développement et les politiques de population de chaque pays, l'orientation vers une baisse de la fécondité leur est commune et s'affirme chaque jour davantage en Afrique subsaharienne.

* Directeur de recherche à l'IRD (France), Unité de recherche « Santé de la reproduction, fécondité et développement ».

** Enseignant-chercheur à l'ENSEA (Côte d'Ivoire).

*** Allocataire à l'IRD (France), Unité de recherche « Santé de la reproduction, fécondité et développement ».

La pluralité des formes et des conditions de la transition démographique, établie pour les populations européennes (Knodel et van de Walle, 1979), se trouve confirmée par l'évolution de la fécondité dans les pays en développement durant ces dernières décennies. Tout d'abord, le lien entre le progrès économique et social et la baisse de la fécondité, qui a caractérisé certains pays d'Asie du Sud-Est, ne se retrouve pas dans des pays pauvres ou en pleine crise économique (Bangladesh, Brésil, Colombie...) ou dans certaines populations démunies d'Amérique latine. Ensuite, le contrôle de la nuptialité, par le retard de l'âge au mariage, facteur majeur de baisse de la fécondité au Maghreb, est absent des transitions des pays latino-américains (Cosío-Zavala, 2000). Puis, le rôle de la baisse de la mortalité comme élément initiateur de la diminution de la fécondité, mis en avant pour beaucoup de populations, semble plus incertain dans certains pays d'Afrique subsaharienne (Ghana, Côte d'Ivoire...) où la transition de la fécondité s'amorce alors que la mortalité des enfants y est encore élevée et a tendance à stagner, voire à augmenter dans certaines régions ou à certains âges (Mboup, 2000 ; N'Cho *et al.*, 1995). Enfin, l'effet des programmes nationaux de planification familiale, important en Asie (Casterline, 1994) et en Afrique de l'Est (Brass et Jolly, 1993), est plus ténu au Brésil (Martine, 1996) et plus encore dans certaines capitales ouest-africaines.

Comme on le voit à travers ces quelques éléments, les conditions du début de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, participant d'une transition démographique elle-même diverse par son calendrier et ses déterminants (Tabutin, 1997), contribuent largement à enrichir le débat sur les facteurs de la transition de la fécondité. C'est ce que nous montrerons dans cette communication en présentant tout d'abord un panorama général de la baisse, avant de détailler la situation de quelques pays représentatifs des évolutions en cours puis d'affiner notre analyse par une comparaison de la transition de la fécondité au Kenya, au Ghana et en Côte d'Ivoire qui apparaissent à bien des égards comme des pays exemplaires au regard des transformations démographiques actuelles¹.

¹ Cette analyse prolonge un travail soutenu par l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée du Fonds francophone de la recherche sur « les transitions démographiques dans les pays du Sud ». Elle développe une étude comparative sur le Kenya et la Côte d'Ivoire, présentée aux Journées scientifiques de l'AUF à Rabat en décembre 1998.

I. – L'émergence de transitions de la fécondité en Afrique subsaharienne

Pendant longtemps, la fécondité est demeurée forte dans la majorité des populations d'Afrique subsaharienne, mais la baisse est aujourd'hui amorcée. Pour l'ensemble de l'Afrique, Afrique du Nord comprise, les dernières estimations des Nations unies situent l'indice synthétique de fécondité à 5,27 enfants par femme en 1995-2000, contre 6,76 en 1960-65, période de la plus forte fécondité, soit une baisse de 1,5 enfants en trente-cinq ans. Si l'on considère l'Afrique subsaharienne par ensemble régionaux durant ces dernières décennies du XX^e siècle, la baisse a été très faible en Afrique centrale (-0,3 enfant), plus élevée en Afrique de l'Est et Afrique de l'Ouest (-1,2 enfant) et forte en Afrique australe (-3,1 enfants) (United Nations, 1998, 2001).

Les résultats des enquêtes les plus récentes, notamment ceux fournis par la série des enquêtes démographiques et de santé (EDS), confirment la diminution significative des indices de fécondité dans beaucoup de pays. Certaines études ont discuté la signification statistique des résultats des premières EDS dans les pays où la baisse fut initialement appréhendée (Botswana, Kenya et Zimbabwe), en traitant de la représentativité des échantillons et du possible déplacement des dates de naissances des enfants nés lors des cinq années précédant l'enquête utilisées dans le calcul de l'indice synthétique de fécondité (Thomas et Muvandi, 1994 ; Blanc et Rutstein, 1994). Aujourd'hui, la baisse se trouve confirmée par les résultats des deuxième et troisième phases des EDS, quels que soient les indices utilisés (indices synthétiques de fécondité, descendance cumulée moyennes par âge, taux de fécondité par âge dans les différents groupes de générations), comme par les résultats de recensements ou d'études régionales, dans les pays où ces types d'enquête ont été menés (Vimard et Zanou, 2000).

Si la diminution de la fécondité est manifeste, elle demeure très inégale, et quelques pays demeurent encore à l'écart de ce mouvement (tableau 1). Cette baisse est supérieure à 2, voire à 3 enfants lors des deux ou trois dernières décennies, dans beaucoup de pays où elle peut être mesurée. La diminution est la plus nette dans certains pays d'Afrique de l'Est et australe, déjà cités, Botswana, Kenya, Zimbabwe et dans la population noire d'Afrique du Sud. La baisse est plus modeste mais réelle dans d'autres pays de cette partie du continent : Malawi, Tanzanie et Zambie. On note également une diminution de la fécondité en Afrique centrale, au Cameroun et en République Centrafricaine, qui succède à la phase antérieure de remontée de la fécondité consécutive à la lutte contre la stérilité qui frappait cette région. La baisse est également sensible dans des pays de l'Afrique de l'Ouest auparavant marqués par une forte natalité : la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Sénégal, voire le Togo. Quelques pays se caractérisent par une relative stabilité, avec une diminution souvent inférieure à 0,5 enfant au cours des 20 ou 30 dernières années : Burkina Faso, Guinée, Madagascar, Mali, Nigeria et Ouganda. On note enfin une légère augmentation au Niger, ainsi qu'au Burundi et au Libéria où les dernières données sont anciennes en raison des conflits qui touchent ces pays. Outre les baisses enregistrées à l'échelle nationale, ayant fait l'objet de nombreuses analyses, des diminutions importantes peuvent être notées dans beaucoup de grandes villes du sous-continent (Bongaarts et Watkins, 1996 ; Caldwell *et al.*, 1992 ; Caldwell et Caldwell, 1993 ; Cleland *et al.*, 1994 ; Foote *et al.*, 1996 ; Locoh et Hertrich, 1994 ; Tabutin, 1997).

Cependant si la transition est engagée dans une majorité de pays, la fécondité demeure encore forte. Sur les 26 pays, dont les données datent de moins de dix ans, 10 ont une fécondité supérieure ou égale à 6 enfants, 10 ont une fécondité comprise entre 5 et 5,9 enfants et la fécondité est inférieure à 5 enfants pour seulement 5 pays (Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Kenya et Zimbabwe).

Cette première phase de baisse de la fécondité est concomitante d'une progression de la contraception, qui demeure cependant encore modeste (tableau 1). Seulement 10 pays ont une prévalence contraceptive supérieure à 20 %, dont 4 supérieure à 30 %. Pour ce qui concerne la contraception moderne, 6 pays ont une prévalence supérieure à 20 %, dont 3 supérieure à 30 %. Dans notre échantillon de 26 pays, l'indice synthétique de fécondité est corrélé à la prévalence contraceptive totale (figure 1). Mais la corrélation (R^2 de 0,60) est plus faible que ce qui peut être trouvé si l'on observe un ensemble de pays se situant à toutes les phases de la baisse de la fécondité. En effet, la corrélation est nettement plus forte (R^2 de 0,87) pour un panel de 25 pays en développement ayant une dispersion des indices synthétiques de fécondité comprise entre 2,5 et 7,5 enfants par femme et une prévalence contraceptive comprise entre 5 % et 65 % (Rutenber *et al.*, 1991). Cela se comprend si l'on observe que la relation entre la fécondité et la contraception est surtout significative lorsque cette dernière concerne au moins 10 % des femmes alors qu'une part significative des pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas encore arrivés à ce stade : 11 pays sur 29, soit 38 %, ont une contraception inférieure à 10 % (contre 4 pays, soit 16 % dans l'échantillon précédemment cité). Dans certains pays, l'évolution de la fécondité est peu liée à celle de la contraception et se trouve dépendante d'autres facteurs : il en est ainsi de pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo, Sénégal...), souvent situés en Afrique de l'Ouest, dont la fécondité est inférieure à 6 voire à 5,5 enfants, après une baisse de 1 à 2 enfants par femme, alors que la contraception concerne moins de 20 % des femmes. Considérer quelques pays caractéristiques d'Afrique de l'Est et australe d'une part et d'Afrique de l'Ouest d'autre part, va nous permettre de préciser ces modalités du début de la baisse de la fécondité.

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

TABLEAU 1. EVOLUTION DE LA FECONDITE ET PREVALENCE CONTRACEPTIVE
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pays (années d'enquête)	Indice synthétique de fécondité 15-49 ans ¹					Prévalence contraceptive ²		
	Recensement ou enquête avant 1985**	EDS-I 1986-90	EDS-II 1990-94	EDS-III 1994-99	RCHS ***	Contra- ception moderne (en %)	Contra- ception naturelle (en %)	Contra- ception totale (en %)
<i>Afrique australe</i>								
Afrique du Sud (1970, 1987-89, 1998)	5,8****	4,6****		2,9		55,1	0,9	56,3
Botswana (1984, 1988)	6,5	4,9				31,7	0,5	32,5
Namibie (1992)			5,4			26,0	1,0	28,9
<i>Afrique de l'est</i>								
Burundi (1970-71, 1987)	5,9	6,8				1,2	5,5	6,7
Comores (1996)				5,1		11,4	8,7	21,0
Érythrée (1995)				6,1		4,0	1,0	5,0
Kenya (1978-79, 1989, 1993, 1998)	8,1	6,7	5,4	4,7		31,5	6,7	39,0
Madagascar (1975, 1992, 1997)	6,4		6,1	6,0		9,7	9,5	19,4
Malawi (1982, 1992)	7,6		6,7			7,4	3,7	13,0
Mozambique (1997)				5,6		5,1	0,1	5,6
Ouganda (1969, 1988-89, 1995)	7,1	7,4		6,9		7,8	4,3	14,8
Rwanda (1983, 1992)	8,5		6,2			12,9	8,2	21,2
Tanzanie (1978, 1991-92, 1996, 1999)	6,9		6,3	5,8	5,5	16,9	5,7	23,5
Zambie (1980, 1992, 1996)	7,4		6,5	6,1		14,4	6,4	25,2
Zimbabwe (1984, 1988-89, 1994, 1999)	6,5	5,5	4,3	4,0		50,0	3,0	54,0
<i>Afrique centrale</i>								
Cameroun (1978, 1991, 1998)	6,4		5,8	5,2		7,1	11,2	19,3
RCA (1975, 1994-95)	5,7			5,1		3,2	5,4	9,1
Tchad (1996-97)				6,6		1,2	2,5	4,1
<i>Afrique de l'ouest</i>								
Bénin (1982, 1996)	7,1			6,3		3,4	11,8	16,4
Burkina Faso (1985, 1993, 1998-99)	7,2		6,9	6,8		4,8	4,8	9,6
Côte d'Ivoire (1980-81, 1994, 1998-99)	7,2		5,7	5,2		7,2	6,6	15,0
Ghana (1979-80, 1988, 1993, 1998)	6,5	6,4	5,5	4,5		13,3	8,1	22,0
Guinée (1983, 1992, 1999)	5,8		5,7	5,5		4,2	1,8	6,2
Liberia (1974, 1986)	6,2	6,7				5,5	0,7	6,4
Mali (1960-61, 1987, 1995-96)	7,4	6,9		6,7		4,5	1,7	6,7
Niger (1977, 1992, 1998)	7,0		7,4	7,5		4,6	0,2	8,2
Nigeria (1981-82, 1990)	6,3		6,2			3,5	1,9	6,0
Sénégal (1978, 1986, 1992-93, 1997)	7,2	6,6	6,0	5,7		8,1	1,3	10,4
Togo (1971, 1988, 1998)	6,6	6,6		5,4		7,0	6,6	13,9

Source : ¹ Locoh et Makdessi, 2000 et Rwenge, 2000, complété par les auteurs, d'après les rapports nationaux des enquêtes ; ² Rapports nationaux des enquêtes.

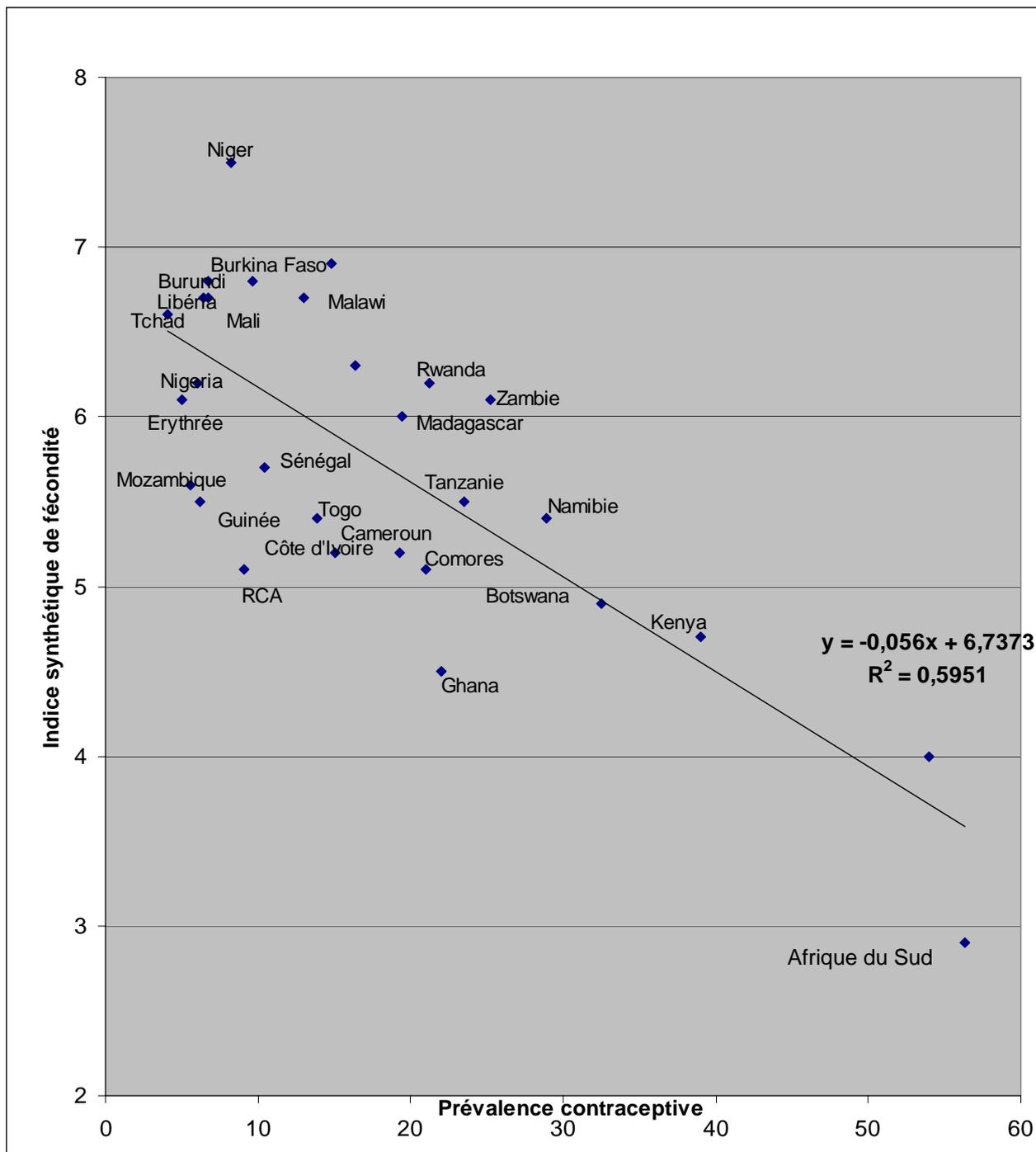
* Indices mesurés chez les femmes mariées lors de l'observation la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait et la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde. La contraception totale comprend l'ensemble des méthodes, moderne, naturelle et traditionnelle, dite encore populaire (à l'exception de l'abstinence post-partum et de l'abstinence prolongée, qui n'ont pas été considérées dans toutes les enquêtes).

** Recensement : Swaziland, Ouganda, Zambie, Liberia, Madagascar, Burkina Faso, République centrafricaine ; Enquête post-censitaire : Togo ; Enquête du programme EMF : Kenya, Ghana, Nigeria, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal ; Enquête sur la santé familiale : Botswana ; Enquête démographique nationale : Malawi, Rwanda, Mali ; Enquête sur la santé reproductive : Zimbabwe ; Enquête nationale démographique à passages répétés : Burundi ; Source des données et méthode de calcul non indiquées (Chimere-Dan, 1993) : Afrique du Sud.

*** Reproductive and Child Health Survey.

**** Population « noire » seulement ; l'indice synthétique de fécondité de la population noire est de 3,1 en 1998.

FIGURE 1. INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE ET PREVALENCE CONTRACEPTIVE SELON LE PAYS, EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE (ENQUETE LA PLUS RECENTE)



La baisse de la fécondité dans les pays pionniers de la transition

Le début de la baisse de la fécondité dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara où elle a été la plus précoce et la plus nette durant ces dernières années (Botswana, Kenya et Zimbabwe) se distingue quelque peu dans ses composantes des expériences antérieures d'autres régions en développement. Dans ces pays, on note en effet une quasi universalité de la diminution de la fécondité dans la première phase de la baisse : celle-ci atteint dans le même temps tous les rangs de naissance, tous les groupes d'âges, l'ensemble des niveaux d'instruction et des milieux et régions de résidence² (Brass et Jolly, 1993). Par exemple, en 1994 au Zimbabwe, après une première phase de transition, l'indice synthétique de fécondité est de 3,1 enfants par femme dans les villes et 4,8 en milieu rural, de 3,3 chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure et de 5,2 chez les femmes analphabètes.

Ceci diffère de ce qui a pu être constaté en Amérique latine et en Asie où la diminution a atteint en priorité dans un premier temps les parités moyennes et les femmes de plus de 30 ans, pour s'étendre aux rangs supérieurs puis aux rangs inférieurs ainsi qu'aux femmes plus jeunes, et n'a longtemps concerné que les villes et les couches instruites, avant de se diffuser plusieurs décennies après dans les campagnes et les couches pauvres et faiblement scolarisées (Cosio-Zavala, 2000).

Cette baisse se fonde sur une contraception d'espacement, en grande partie basée sur une utilisation croissante de contraceptifs modernes diffusés par des programmes publics de planification développés dans le cadre de politiques de population datant des années 1960 et 1970, renforcées dans les années 1980. Elle se base également sur un maintien relatif des effets inhibiteurs de l'allaitement et de l'abstinence durant la période post-partum. Ce mode de régulation familiale par le contrôle de l'intervalle entre les naissances est conforme aux traditions culturelles de l'Afrique, et la contraception moderne vient peu à peu conforter les pratiques anciennes d'espacement adoptées pour la santé de la mère et de l'enfant (tableau 2).

Par contre, ce début de transition de la fécondité ne semble pas s'appuyer sur un recul de l'âge au premier mariage, qui n'est ni systématique ni très important dans les pays où la transition est la plus affirmée. Au Zimbabwe, en 1994, l'âge médian au premier mariage a augmenté de moins d'un an entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,9 à 19,8 ans) (Central Statistical Office et Macro International Inc., 1995). Au Kenya, la baisse est un peu plus prononcée : en 1998, l'âge médian au premier mariage a augmenté de près de deux ans entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,4 à 20,2 ans) (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999). Mais cet effet est d'autant moins prononcé que, souvent, la hausse de l'âge au premier mariage s'accompagne d'un accroissement des naissances pré-nuptiales et par conséquent d'un découplage croissant entre nuptialité et fécondité³. Ainsi, toujours au Zimbabwe, en 1994, l'âge médian à la première naissance est-il stable entre les générations 45-49 ans et les générations 25-29 ans (19,6 et 19,7 ans respectivement), et au Kenya, en 1998, cet âge moyen a même légèrement baissé (de 19,9 à 19,6 ans). Le postulat d'un retard de l'âge au mariage comme préalable à la diminution de la fécondité et vecteur de cette diminution, défini en tant

² On peut estimer que la baisse de la fécondité avait touchée certains groupes urbanisés et instruits de ces pays avant cette période, mais cela ne concernait qu'une petite élite.

³ Le pourcentage de femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels avant le mariage est élevé au Kenya (63 %) et au Botswana (85 %), plus faible au Zimbabwe (26 %). Dans les deux premiers pays, le pourcentage de mères célibataires est important (plus de 40 % au Kenya, plus de 50 % au Botswana) et, malgré le recul de l'âge au premier mariage, la majorité des femmes ont leur premier enfant avant 20 ans (Mboup, 2000).

que mécanisme commun à toutes les populations, paraît peu fondé pour certaines populations d'Afrique subsaharienne, pas plus d'ailleurs que dans le contexte européen⁴.

La baisse de la fécondité concerne également l'ensemble des catégories socio-économiques, ce qui tend à démontrer que les déterminants de la baisse ont une forte composante centrale valable pour toutes ces catégories. Les facteurs socio-économiques et géographiques individuels et communautaires interviennent seulement sur l'intensité relative de la baisse de la fécondité, inégale d'une catégorie de population à l'autre, et non sur l'orientation générale du mouvement (Brass et Jolly, 1993).

À partir de la mise en évidence de cette composante centrale, il convient de s'interroger sur les fondements de ce schéma démographique et social de début de la transition, par souci d'analyse du cas de ces pays pionniers, mais aussi pour évaluer les possibilités de reproduction d'un tel modèle dans d'autres pays du continent africain et juger de son exemplarité éventuelle⁵. On a constaté précédemment que la baisse de la fécondité repose dans ces pays sur une forte prévalence contraceptive, notamment des moyens modernes. Si la progression de l'utilisation des moyens de contraception est récente, avec un début qui correspond à la fin des années 1970 et au début des années 1980, elle a été particulièrement rapide et l'utilisation de moyens modernes concerne 42 % des femmes au Zimbabwe (en 1994), 32 % au Botswana (en 1988) et au Kenya mais dix ans plus tard (en 1998) (tableau 1). Cette pratique contraceptive concerne tous les groupes de la population, à des degrés divers il est vrai mais toujours de manière notable. Au Zimbabwe, en 1994, 37 % des femmes rurales utilisent une contraception moderne (contre 54 % en milieu urbain), 26 % des femmes sans instruction font de même (contre 55 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure). Au Kenya, en 1998, ce sont 36 % des femmes rurales qui utilisent une contraception moderne (contre 50 % en milieu urbain) et 23 % des femmes sans instruction qui font de même (contre 57 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure). Comme on le voit, la diffusion de la contraception à toutes les couches de la population est réelle même si une différence dans le niveau de prévalence contraceptive existe et semble se maintenir au fil du temps, si l'on observe les résultats des enquêtes successives dans les différents pays. Cette diffusion est l'un des facteurs de la baisse de la fécondité dans ces pays comme le confirment les analyses sur le Kenya précédemment citées, et comme nous le préciserons dans la suite du texte.

En utilisant le modèle de Bongaarts de mesure de l'effet des déterminants proches de la fécondité, C. Jolly et J. Gribble (1996) montrent que ceci se vérifie dès la fin des années 1980⁶. Au Zimbabwe, la contraception est le déterminant proche qui réduit le plus la fécondité, et au Kenya et au Botswana elle vient en deuxième position, derrière la période du temps mort *post-partum* mais devant le régime de nuptialité. Ces auteurs montrent également que la croissance de la prévalence contraceptive au Kenya est le principal facteur de la baisse de la fécondité entre 1979 et 1989. Les analyses de G. Mboup (2000) confirment cette importance croissante de la contraception dans la réduction de la fécondité. Au Kenya en 1978, l'infécondabilité post-partum avait un pouvoir réducteur de 36 % et la contraception de 5 % seulement ; 15 ans après, en 1993, leur effet réducteur est devenu équivalent : celui de la contraception (30 %) ayant été multiplié par 6 et celui de l'infécondabilité post-partum ayant

⁴ Si le retard de la primo-nuptialité est intervenu en Europe comme un élément de baisse de la fécondité, il a été souvent postérieur au début de la baisse de la fécondité légitime (Lesthaeghe, 1980 : 539).

⁵ Relevons que ce processus de transition n'est pas un modèle de nature régionale puisqu'en Tanzanie et au Swaziland la baisse de la fécondité est limitée aux jeunes générations et aux couches urbanisées et se trouve liée notamment au recul de l'âge au premier mariage (Cleland *et al.*, 1994).

⁶ Les analyses de C. Jolly et J. Gribble portent sur la première enquête démographique et de santé qui a eu lieu en 1989 au Kenya comme au Zimbabwe.

légèrement décliné (32 %). La diffusion de la contraception a par conséquent été décisive dans la baisse de la fécondité, et cela tout particulièrement dans les groupes les plus avancés dans la voie de la transition⁷.

Le début de baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest

Pour d'autres pays en revanche la baisse de la fécondité ne correspond pas à une utilisation de la contraception aussi prononcée. Cela est particulièrement vrai en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, l'indice synthétique de fécondité est de 4,5 enfants par femme, plus faible que celui du Kenya, mais les prévalences de la contraception moderne (13,3 %) et de la contraception totale (22 %) sont nettement inférieures à celles du Kenya. La Côte d'Ivoire est un peu dans le même cas, avec un indice synthétique de fécondité de 5,2 enfants par femme et des prévalences de la contraception moderne de 7,2 % et de la contraception totale de 15 %. Le Sénégal et le Togo se situent également dans cette même perspective, avec un début de baisse de la fécondité et une contraception peu répandue.

La faible progression de la prévalence contraceptive est par ailleurs assez inégale selon les catégories. Au Sénégal, en 1997, la prévalence, de 10 % à l'échelle nationale, varie de 7 % en milieu rural à 24 % en milieu urbain et de 8 % chez les femmes sans instruction à 43 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure. En Côte d'Ivoire, en 1998-99, les chiffres sont respectivement de 10 % et 24 %, et de 7 % et 40 % pour une prévalence de 15 % à l'échelle nationale.

Cette distinction s'explique en partie par des différences dans les autres facteurs de contrôle de la fécondité, que nous pouvons apprécier à travers la situation des pays pionniers de la transition d'Afrique de l'Est et australe (Botswana, Kenya et Zimbabwe) et de trois pays d'Afrique de l'Ouest caractéristiques de l'évolution de cette région (Ghana, Côte d'Ivoire et Sénégal) (tableau 2).

En considérant tout d'abord les variables caractéristiques du début de la vie reproductive, on discerne une certaine tendance régionale. La proximité du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe est certaine pour les âges au premier mariage (autour de 19 ans) et à la première naissance (proche de 19,5 ans), même si elle ne se retrouve pas dans l'âge au premier rapport sexuel, de près de 2 ans supérieur au Zimbabwe qu'au Kenya, le Botswana se situant à un niveau intermédiaire. La diversité est plus grande en Afrique de l'Ouest, même si les premiers mariages ont tendance à être plus précoces et les premières naissances plus tardives qu'en Afrique de l'Est et australe.

Si l'on observe les facteurs de l'exposition au risque de grossesse, on constate que l'allaitement maternel prolongé est un comportement qui perdure dans tous les pays, en relevant qu'il est un peu plus court dans deux des trois pays pionniers de la transition, le Zimbabwe et le Botswana, où il est inférieur à 19 mois. Liée à cela, l'aménorrhée *post-partum*, comprise entre 8,9 et 13,4 mois, est sensiblement plus courte dans les pays d'Afrique de l'Est et australe qu'en Afrique de l'Ouest. La durée de l'abstinence *post-partum* est le facteur qui différencie le plus ces pays les uns par rapport aux autres. Elle est très courte au Kenya et au Zimbabwe, comme au Sénégal (3 mois), et beaucoup plus longue au Ghana (8,5 mois), au Botswana (12,7 mois) et en Côte d'Ivoire (14,5 mois). On retrouve là une distinction ancienne entre les populations des régions littorales du Golfe de Guinée et celles des plateaux

⁷ De 1978 à 1993, le pouvoir réducteur de la contraception passe, par exemple, de 96 à 82 % chez les femmes sans instruction et de 83 à 53 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (Mboup, 2000, p.152).

de l'Est africain. Cette moindre durée de l'abstinence *post-partum* peut expliquer le niveau très élevé qu'avait atteint la fécondité, dans certains pays de cette région, avant l'émergence de la pratique contraceptive (8,1 enfants par femme au Kenya par exemple, à la fin des années 1970). Il s'ensuit une durée d'insusceptibilité⁸ plutôt plus longue en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique de l'Est, alors qu'il n'existe pas de différence sensible entre les intervalles intergénésiques médians rencontrés dans ces deux régions.

Il apparaît par conséquent que la fécondité parvient à un premier stade de transition dans certains pays d'Afrique de l'Ouest alors que l'utilisation des moyens contraceptifs concerne une frange restreinte de la population, inférieure à 23 % dans tous les pays de la région, au contraire de ce qui se passe dans les pays pionniers en Afrique de l'Est et australe, où la moitié des pays ont une prévalence contraceptive supérieure à ce chiffre de 23 %. En dehors de cette opposition forte, relative aux comportements de contraception, on ne note pas dans les autres facteurs de la fécondité de distinction très nette entre ces deux groupes de pays, certaines diversités pouvant apparaître dans chacun de ces groupes, en relation avec une hétérogénéité culturelle. On note cependant une pratique plus forte des comportements de réduction de l'exposition au risque de grossesse dans des pays comme le Ghana et la Côte d'Ivoire, qui pourrait expliquer comment la fécondité peut être proche de 5 enfants alors que la contraception moderne est encore peu répandue.

TABLEAU 2 : VARIABLES RELATIVES A LA TRANSITION DE LA FECONDITE DANS SIX PAYS AFRICAINS

	Botswana (1988)	Kenya (1998)	Zimbabwe (1994)	Ghana (1998)	Côte d'Ivoire (1998-99)	Sénégal (1997)
ISF (1)	4,9	4,7	4,3	4,5	5,2	5,7
Contraception totale (2)	32,5	39,0	48,1	22,0	15,0	10,4
1 ^{er} mariage (3)	Nd	19,2	18,9	19,1	18,1*	17,4
1 ^{ere} naissance (3)	19,6	19,4	19,6	20,3	18,8*	19,8
1 ^{er} Rapport sexuel (4)	17,3	16,7	18,4	17,6	15,8*	17,5
Allaitement (5)	18,8	20,9	18,8	21,5	20,0*	20,9
Aménorrhée (6)	11,6	8,9	12,9	10,9	13,4*	13,2
Abstinence (6)	12,7	3,1	3,5	8,5	14,5*	2,9
Insusceptibilité (6)	15,6	11,1	14,1	14,0	17,6*	15,1
Intervalle intergénésique (7)	Nd	32,9	37,4	38,2	33,2*	33,0
Mortalité infanto-juvénile (8)	53	111	77	108	181	139

Source : Rapports EDS.

(1) Indice synthétique de fécondité pour les femmes de 15 à 49 ans.

(2) Prévalence contraceptive totale pour les femmes en union (en %).

(3) Âge médian pour les femmes de 25 à 49 ans (en années).

(4) Âge médian pour les femmes de 20 à 49 ans (en années).

(5) Durée moyenne (en mois).

(6) Durée médiane, sauf pour le Botswana où il s'agit de la durée moyenne (en mois).

(7) Durée médiane (en mois).

(8) Quotient de mortalité avant 5 ans pour 1000 naissances, 0-4 ans précédant l'enquête.

* 1994

⁸ L'insusceptibilité correspond à la situation d'une femme qui n'est pas exposée au risque de grossesse, parce qu'elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance ou qu'elle est en aménorrhée *post-partum*.

II. – Calendrier et facteurs de la baisse de la fécondité au Kenya, au Ghana et en Côte d’Ivoire

Afin de mieux appréhender les différents calendriers et facteurs de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, nous examinerons en détail trois pays : Côte d’Ivoire, Ghana et Kenya. Ces pays ont des niveaux de fécondité proches (avec un ISF de respectivement 5,2, 4,5 et 4,7 enfants par femme), mais des prévalences contraceptive distinctes (respectivement 15 %, 22 % et 39 %).

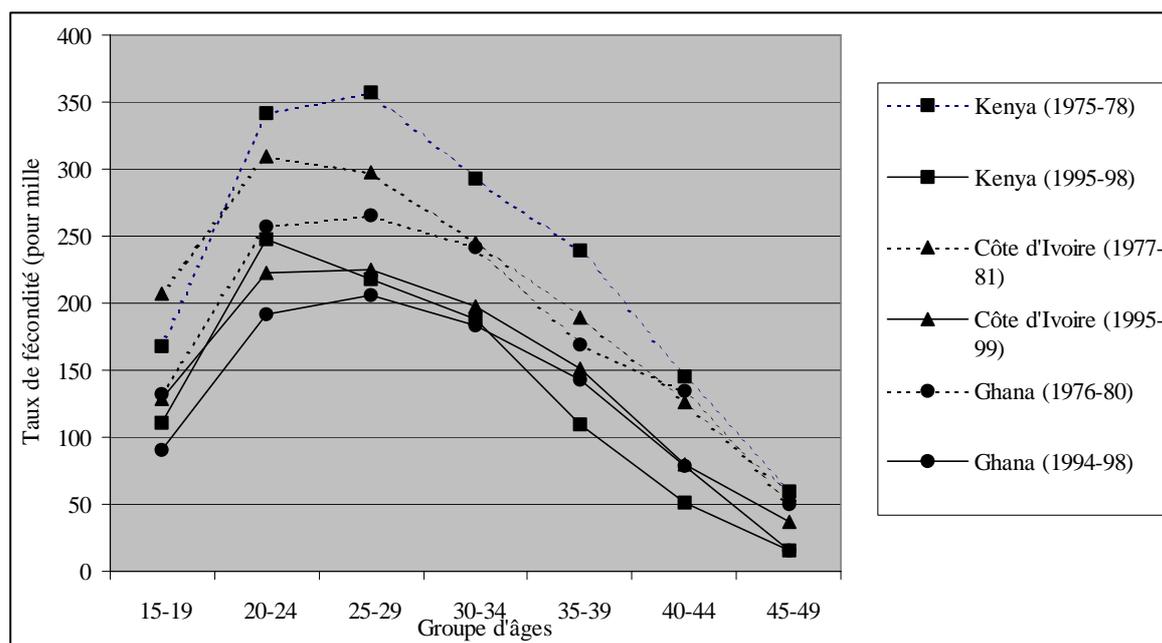
L’évolution différente du calendrier de la fécondité

La fécondité au Kenya a augmenté du début des années 1960, où l’indice synthétique de fécondité était de 5,3 enfants par femme, à la fin des années 1970, où il était de 8,1. Cette période de progression de la fécondité correspond à une phase initiale de la transition, connue par beaucoup de pays en développement, où l’amélioration de la situation sanitaire et sociale des femmes entraîne une baisse de la stérilité, de la mortinatalité et une amélioration de la fécondabilité (Robinson, 1992). À partir de la fin des années 1970, la diminution de la fécondité est continue : 8,1 en 1975-78, 6,7 en 1984-89, 5,4 en 1990-93 et enfin 4,7 en 1995-98, soit une diminution de l’indice synthétique de fécondité de 42 % en une vingtaine d’années (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999).

Les diminutions sont moins prononcées au Ghana et en Côte d’Ivoire, respectivement 31 % et 28 % durant une période comparable. En Côte d’Ivoire, la fécondité maximum est atteinte au début des années 1970, à un niveau un peu plus faible qu’au Kenya (7,9 enfants par femme), et la baisse commence à partir de cette date : 6,9 en 1977-81, 5,7 en 1991-1994 et 5,2 en 1995-1999 (Cochrane et Farid, 1989 ; N’Cho *et al.*, 1995). Au Ghana, la fécondité maximale a été mesurée plus tôt et à un niveau plus faible qu’en Côte d’Ivoire (7,2 enfants au début des années 1960), mais la diminution, commencée à partir de cette date, a été interrompue durant une dizaine d’années (1978-1988) avant de reprendre à un rythme très soutenu durant la dernière décennie : 6,5 en 1976-80, 6,4 en 1984-1988, 5,5 en 1989-1993 et enfin 4,5 en 1994-1998 (Singh *et al.*, 1985 ; Ghana Statistical Service et Macro International Inc., 1999).

En observant la baisse de la fécondité par âge de la fin des années 1970 à la fin des années 1990, on constate des différences marquées entre les trois pays quant à son intensité et à sa répartition par groupe d’âges (figure 2). Au Kenya, la diminution est rapide pour tous les groupes d’âges et jamais inférieure à 27 %. Mais, si cette baisse était relativement égale d’un groupe d’âges à l’autre jusqu’en 1994, on observe en 1998 une accentuation de la baisse à partir de 35 ans. On peut penser que l’on assiste là au passage d’une phase à l’autre de la transition où la contraception d’espacement, relative à tous les âges de la vie féconde, s’articule à une contraception d’arrêt, aux âges avancés, de plus en plus marquée (tableau 3).

FIGURE 2. TAUX DE FECONDITE PAR GROUPE D'AGES (POUR MILLE)
AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE SELON LA PERIODE



Au Ghana, la baisse de la fécondité est importante aux âges élevés (40-49 ans) jusqu'en 1993, durant la première partie de la transition. En 1998, cette diminution a touché les autres groupes quinquennaux, surtout les plus jeunes, tout en s'accroissant durant les dix dernières années de la vie féconde ; les tranches de 25 à 39 ans ont la baisse la plus faible (de 15 à 25 % seulement).

En Côte d'Ivoire, la diminution est supérieure dans les tranches extrêmes, les plus jeunes d'une part, les plus vieux d'autre part ; les groupes d'âges de 30 à 39 ans étant moins touchés avec moins de 10 % de baisse en 1990-92 et à peine 20 % en 1995-99 par rapport à 1977-81. On note cependant une forte homogénéisation de la baisse durant la décennie 1990, la Côte d'Ivoire ayant, des trois pays, la diminution par âge la moins irrégulière, alors que le Kenya et le Ghana sont marqués par une baisse plus forte durant la seconde partie de la vie féconde.

TABLEAU 3. TENDANCES DE LA FECONDITE PAR AGE AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE

Groupe d'âges	KENYA				
	1975-78 (1)	1990-93 (2)	1995-98 (3)	Taux de réduction (en %) (1)-(2)/(1)	Taux de réduction (en %) (1)-(3)/(1)
15-19	168	110	111	34,5	33,9
20-24	342	257	248	24,9	27,5
25-29	357	241	218	32,5	38,9
30-34	293	197	188	32,7	35,8
35-39	239	154	109	35,6	54,4
40-44	145	70	51	51,7	64,8
45-49	59	50	16	15,3	72,9
Indice synthétique de fécondité	8,1	5,4	4,7	33,3	42,0
Groupe d'âges	GHANA				
	1976-80 (1)	1988-93 (2)	1994-98 (3)	Taux de réduction (en %) (1)-(2)/(1)	Taux de réduction (en %) (1)-(3)/(1)
15-19	132	119	90	9,8	31,8
20-24	257	231	192	10,1	25,3
25-29	266	244	206	8,3	22,6
30-34	242	215	183	11,2	24,4
35-39	169	163	143	3,6	15,4
40-44	135	99	79	26,7	41,5
45-49	50	29	16	42,0	68,0
Indice synthétique de fécondité	6,5	5,5	4,5	15,4	30,8
Groupe d'âges	COTE D'IVOIRE				
	1977-81 (1)	1989-93 (2)	1995-99 (3)	Taux de réduction (en %) (1)-(2)/(1)	Taux de réduction (en %) (1)-(3)/(1)
15-19	207	151	129	27,1	37,7
20-24	310	254	223	18,1	28,1
25-29	298	240	225	19,5	24,5
30-34	245	227	198	7,3	19,2
35-39	189	172	151	9,0	20,1
40-44	126	82	80	35,0	36,5
45-49	57	26	37	54,4	35,1
Indice synthétique de fécondité	7,2	5,7	5,2	20,8	27,8

Source : rapports EDS

Des prévalences contraceptives inégales

Comme nous l'avons signalé, la contraception des femmes mariées est très inégale entre les pays, la contraception au Kenya (39 %) étant nettement supérieure à ce qu'elle est au Ghana (22 %) et plus encore en Côte d'Ivoire (15 %). Cette différence repose exclusivement sur une inégalité d'emploi des méthodes modernes de contraception (respectivement 31,5 %, 13,3 % et 7,2 %). Les prévalences de la contraception naturelle (environ 7 %) et de la contraception traditionnelle (environ 1 %) sont par contre proches dans les trois pays.

Mais les prévalences contraceptives chez les femmes mariées, qui sont les données les plus communément citées et examinées dans la littérature, ne rendent pas exactement compte du contrôle réel de la fécondité à l'aide de la contraception. Cette mesure est calculée en effet sur un échantillon de femmes qui ne sont pas toutes soumises à un risque de conception, car certaines d'entre elles se trouvent sans partenaire (du fait d'un veuvage, d'un divorce ou d'une

séparation) ou dans une période d'abstinence *post-partum*⁹. C'est pourquoi nous pouvons lui préférer, comme mesure de l'intensité de la contraception, la prévalence contraceptive chez l'ensemble des femmes sexuellement actives¹⁰ et non ménopausées, quel que soit leur état matrimonial. Cette prévalence de la contraception chez les femmes qui se trouvent effectivement soumises à un risque de conception au moment de l'enquête donne une idée plus exacte du contrôle réel de la fécondité par la contraception (Fassassi et Vimard, 1999).

TABLEAU 3 : PREVALENCE CONTRACEPTIVE (EN %) SELON LA SITUATION DES FEMMES
AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE

	KENYA, 1998	GHANA, 1998	COTE D'IVOIRE, 1998-99
Femmes mariées	39,0	22,0	15,0
Femmes soumises au risque de conception	49,3	33,1	35,2
Ensemble des femmes	29,9	18,0	21,0

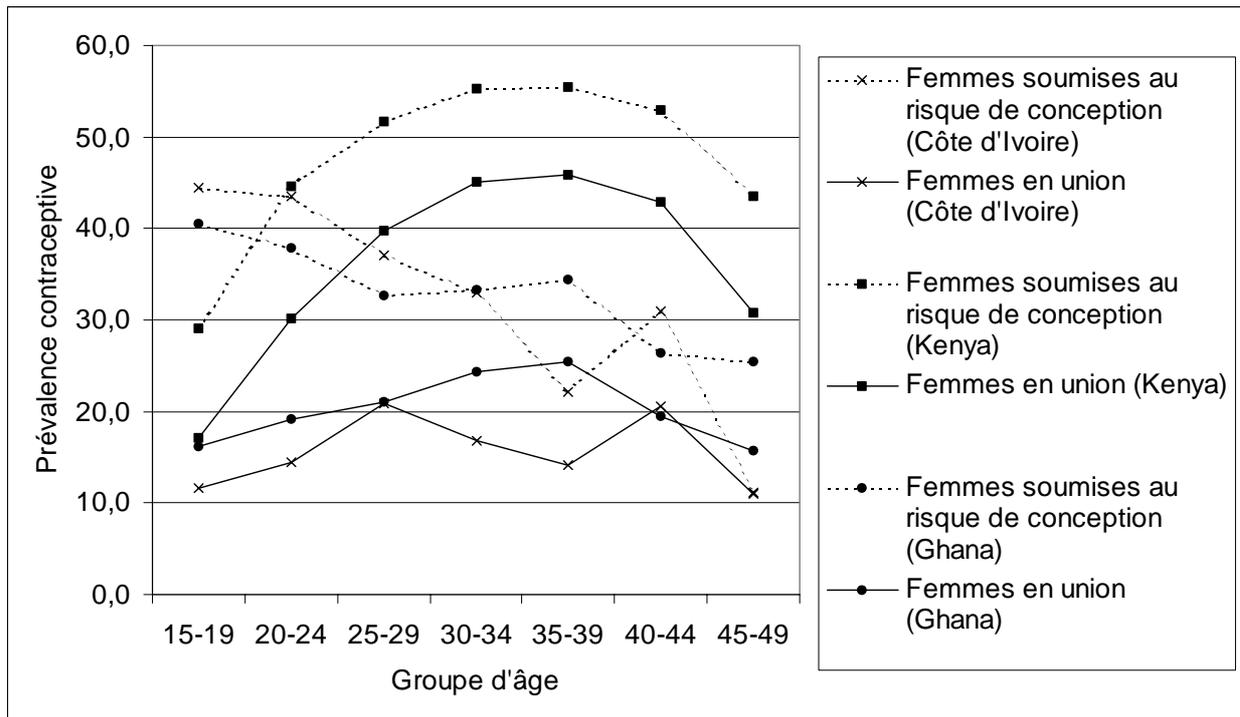
Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.

Chez les femmes sexuellement actives, la différence entre le Kenya et la Côte d'Ivoire n'est que de 14 points, alors qu'elle est de 24 point chez les femmes mariées, la différence entre le Kenya et le Ghana étant par contre peu réduite d'une mesure à l'autre, de 17 à 16 points (tableau 3). Le retard de la Côte d'Ivoire, quant à la pratique contraceptive en usage chez les femmes mariées, est ainsi nettement atténué si l'on considère les femmes soumises au risque d'une grossesse par rapport au Kenya et se trouve inversé vis-à-vis du Ghana. Cette tendance est encore plus nette aux jeunes âges. En effet, chez les femmes soumises au risque de conception, la prévalence contraceptive est supérieure en Côte d'Ivoire à 15-19 ans et égale à 20-24 ans à ce qu'elle est au Kenya, et elle est supérieure jusqu'à 25-29 ans à ce qu'elle est au Ghana (figure 3).

⁹ Celle-ci n'étant pas comptée comme une méthode de contraception.

¹⁰ Sont considérées comme sexuellement actives, les femmes qui ont eu au moins un rapport sexuel durant les 28 jours précédant l'enquête.

FIGURE 3 : PREVALENCE CONTRACEPTIVE (EN %) SELON L'AGE ET LA SITUATION DES FEMMES AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE



Nous pouvons par conséquent avancer que la mesure de la contraception chez les femmes mariées, traditionnellement utilisée dans la littérature, surestime l'écart de prévalence contraceptive entre le Kenya et la Côte d'Ivoire et sous-estime le rôle de la contraception comme moyen de contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire et au Ghana¹¹. Au contraire, la forte prévalence aux âges jeunes en Côte d'Ivoire, mais aussi au Ghana, chez les femmes soumises à un risque de grossesse, révèle la volonté de limitation des naissances qui s'exprime dans ces deux pays durant la première phase de la vie reproductive.

Cette volonté existe chez une minorité de femmes mariées, mais elle se manifeste surtout chez les femmes de 15 à 39 ans ne vivant pas en union mais sexuellement actives dont plus de la moitié utilise une méthode quelconque de contraception et plus de 20 % une méthode moderne. Ceci nous montre l'importance de ces femmes non mariées mais sexuellement actives, nombreuses en Afrique de l'Ouest, tout particulièrement en milieu urbain, mais plus marginales en Afrique de l'Est, dans le changement des comportements reproductifs. Par leur aspiration à un contrôle de leur fécondité, elles contribuent fortement à la maîtrise de la fécondité générale. Ceci confirme l'analyse de D. Kirk et B. Pillet (1998) qui, comparant la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes avec celle des seules femmes en union, déduisent la forte prévalence des femmes non mariées sexuellement actives dans plusieurs pays africains (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria et Togo), et l'importance de cette forte demande de planification familiale de la part des jeunes femmes non mariées pour l'avenir du processus de transition, qui avait déjà été soulignée par J. Caldwell *et al.* (1992).

¹¹ Et ce en considérant que, dans leur intention, l'utilisation de certains moyens contraceptifs, comme le préservatif, par des femmes non mariées mais sexuellement actives, est autant un comportement de prévention du VIH/sida qu'une pratique anticonceptionnelle.

Une hiérarchie distincte des déterminants proches

Pour mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, nous utiliserons le modèle de J. Bongaarts (1978) adapté par C. Jolly et J. Gribble (1996) pour les populations d'Afrique subsaharienne. Quatre déterminants proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique subsaharienne, sont retenus dans ce modèle : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum liée à l'allaitement et à l'abstinence, la stérilité primaire. Dans ce modèle, les effets cumulés de tous les autres déterminants proches sont considérés comme nuls : par exemple, la stérilité secondaire est négligée et l'avortement provoqué n'est pas pris en compte, faute de données fiables.

Au Kenya, l'effet de l'infécondabilité *post-partum* est sensiblement plus fort que celui de la contraception, lui-même plus élevé que l'effet de la nuptialité. En Côte d'Ivoire comme au Ghana, la situation se caractérise par une hiérarchie différente et plus nette qu'au Kenya : l'effet de l'infécondabilité post-partum est très important et nettement plus affirmé que celui de la nuptialité, lui-même plus important que celui de la contraception, qui est faible en Côte d'Ivoire (tableau 4). Si l'on compare les trois pays, on constate que l'inhibition due à la nuptialité, comprise entre 22 et 25 %, est peu différente d'un pays à l'autre. Par contre, l'inhibition due à l'infécondabilité *post-partum* est supérieure en Côte d'Ivoire et au Ghana (45 %) à celle du Kenya (35 %), traduisant essentiellement une abstinence *post-partum* plus longue. À l'inverse, l'inhibition due à la contraception est plus intense au Kenya (38 %) qu'au Ghana (14 %) et en Côte d'Ivoire (9 %). L'effet d'une prévalence contraceptive plus élevée, déjà évoqué, se conjugue ici avec une efficacité supérieure des méthodes employées, qui sont plus fréquemment modernes au Kenya. Quant à l'effet relatif à la stérilité, il est quasiment nul dans les trois pays.

L'évolution des effets inhibiteurs des années 1993-94 à la période 1998-99 est commune aux trois pays. L'inhibition par le mariage progresse assez nettement, celle de la contraception également, mais dans des proportions moindres. Quant à celle relative aux comportements post-partum, elle régresse très légèrement, hormis en Côte d'Ivoire.

Le Kenya est caractéristique d'une évolution du contrôle de la fécondité où l'impact de la contraception se rapproche progressivement de celui de l'infécondabilité *post-partum*. Au contraire, la Côte d'Ivoire et, dans une moindre mesure, le Ghana sont dans un mode de contrôle de la fécondité caractérisé par une nette prédominance de l'inhibition par les comportements *post-partum*, malgré un impact croissant de la contraception et, surtout, du régime matrimonial.

Plus qu'à une transformation radicale du contrôle de la fécondité, où certains types de comportement en remplaceraient d'autres, on assiste à une évolution des modes de contrôle, où les différentes pratiques inhibitrices tendent à conjuguer davantage leurs effets. On constate : a) le maintien, avec un impact inhibiteur élevé, des comportements anciens d'espacement des naissances durant la période *post-partum* ; b) une modification du régime matrimonial, dans le sens d'un plus grand contrôle de la fécondité, avec un retard de l'âge au premier mariage, même si celui-ci n'est pas aussi déterminant qu'il l'a été dans d'autres populations ; c) une progression de la pratique contraceptive. Bien entendu ces évolutions ne se font pas au même rythme dans les pays considérés et le Kenya a pris une avance certaine en matière d'utilisation de la contraception, alors que les comportements d'espacement des naissances comme l'abstinence y ont des durées plus courtes qu'en Afrique de l'Ouest, et ce depuis longtemps.

Avec ce modèle, l'indice synthétique de fécondité estimé sur la base des effets inhibiteurs calculés en 1998-1999, à partir d'une fécondité potentielle de 15,3 enfants, généralement admise, est de

5,2 enfants au Kenya, 5,6 enfants au Ghana et de 6,0 enfants en Côte d'Ivoire. L'écart avec l'indice synthétique de fécondité observé est important au Ghana (1,1 enfant) et en Côte d'Ivoire (0,8), et plus faible au Kenya (0,5). Ces écarts peuvent correspondre à l'effet de l'ensemble des facteurs qui n'ont pu être appréciés dans le modèle. Parmi ceux-ci, il faut souligner les avortements provoqués, dont des études récentes en Côte d'Ivoire montrent la progression durant ces dernières années (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume *et al.*, 1999). Ceci pourrait expliquer une partie de la réduction de la fécondité, notamment dans les villes et les couches instruites où les femmes utilisent l'interruption volontaire de grossesse comme un moyen de contrôle de la fécondité, faute d'un accès aisé à des méthodes contraceptives efficaces. D'après une application du modèle de Bongaarts aux différentes catégories de femmes en Côte d'Ivoire, l'effet inhibiteur des avortements provoqués était équivalent en 1994 à celui de la contraception et, égal à 6 % pour l'ensemble des femmes, il s'élevait à 14 % chez les femmes résidant en milieu urbain et ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieure (Fassassi et Vimard, 1999). On peut penser que cette situation ivoirienne se retrouve au Ghana, proche culturellement, même si l'accès à la contraception y est un peu plus aisé. Par contre, au Kenya, l'offre mieux structurée et plus accessible de produits contraceptifs modernes doit réduire le recours aux avortements comme moyen de contrôle des naissances.

TABLEAU 4. EFFETS INHIBITEURS DE LA NUPTIALITE, DE LA CONTRACEPTION, DE L'INFECONDABILITE POST-PARTUM ET DE LA STERILITE SELON L'ANNEE AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE *

	KENYA, 1993	GHANA, 1993	COTE D'IVOIRE, 1994
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,730	0,746	0,740
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,123	1,098	1,129
Indice de mariage (Cm) ¹²	0,820 (18,04 %)	0,820 (18,03 %)	0,835 (16,49 %)
Indice de contraception (Cc)	0,726 (27,38 %)	0,878 (12,17 %)	0,934 (6,55 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,643 (35,74 %)	0,559 (44,13 %)	0,562 (43,81 %)
Indice de stérilité (Ip) ¹³	1,015 (-1,51 %)	1,006 (-0,56 %)	0,995 (0,45 %)
ISF estimé, à partir d'une FC de 15,3	5,9	6,2	6,7
Écart ISF estimé – ISF observé	0,5	0,7	1,0
	KENYA, 1998	GHANA, 1999	COTE D'IVOIRE, 1998-99
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,665	0,707	0,695
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,121	1,064	1,125
Indice de mariage (Cm)	0,746 (25,40 %)	0,752 (24,82 %)	0,782 (21,85 %)
Indice de contraception (Cc)	0,696 (30,42 %)	0,864 (13,62 %)	0,905 (9,46 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,652 (34,84 %)	0,565 (43,51 %)	0,558 (44,15 %)
Indice de stérilité (Ip)	1,015 (-1,51 %)	1,024 (-2,41 %)	1,045 (-4,52 %)
ISF estimé, à partir d'une FC de 15,3	5,2	5,6	6,0
Écart ISF estimé – ISF observé	0,5	1,1	0,8
Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.			
* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse.			

¹² Pour tenir compte des naissances hors mariages, fréquentes en Afrique subsaharienne, non prises en compte par la méthode de Bongaarts, C. Jolly et J. Gribble ont calculé Cm comme le rapport de l'ISF et de l'ISFM (ISF des femmes en union) et l'ont décomposé en deux éléments. D'une part Mo, qui mesure l'effet des naissances hors union, et d'autre part C'm, qui mesure l'effet des modèles d'union sur la fécondité dans l'hypothèse où l'ensemble des naissances survient au sein de ces unions. Ainsi Cm = Mo x C'm.

¹³ Tous ces indices sont normalement compris entre 0 (inhibition totale de la fécondité cumulée) et 1 (effet nul sur la fécondité). Il arrive toutefois que Ip dépasse l'unité. Ce cas se présente lorsque le taux de stérilité, estimé par la proportion des femmes non célibataires âgées de 40 à 49 ans n'ayant pas eu d'enfants, est inférieur à 3 %. La stérilité primaire est alors si faible que son influence est négligeable sur la fécondité. C'est le cas au Kenya et au Ghana, où nous l'avons ignoré pour le calcul de l'indice synthétique de fécondité estimé.

Les différences de fécondité et de pratique contraceptive selon les caractéristiques sociales et économiques

Nous considérerons ici les variations de l'indice synthétique de fécondité et de la prévalence contraceptive selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction, afin de mesurer l'effet de ces facteurs généralement admis comme les plus importants dans la baisse de la fécondité (tableau 5). Dans les trois pays, la fécondité est nettement plus basse et la contraception plus fréquente lorsque les femmes résident en ville et sont instruites, ce qui confirme les résultats d'autres études. La fécondité est inférieure de 2 enfants par femme en ville au Kenya et en Côte d'Ivoire et de 2,5 enfants au Ghana, où la baisse de la fécondité urbaine est très sensible, avec moins de 3 enfants par femme. L'écart est plus important selon le niveau d'instruction, entre les femmes d'instruction secondaire ou supérieure et les femmes analphabètes : -2,3 enfants par femme au Kenya, -3 au Ghana et -3,8 en Côte d'Ivoire. Alors que la fécondité des femmes analphabètes est plus faible au Kenya que dans les deux autres pays, de peu il est vrai, la fécondité y est plus élevée pour les femmes ayant été scolarisées et cela quel que soit le niveau d'instruction atteint. L'effet de l'instruction sur la baisse de la fécondité semble plus fort dans les deux pays de Afrique de l'Ouest qu'au Kenya. Ainsi, peut-on penser que le retard de la baisse de la fécondité ivoirienne vis-à-vis de celle du Kenya, et du Ghana, tient beaucoup à la moindre progression de la scolarisation¹⁴. L'éducation intervient ici de deux manières. D'une part, l'éducation des adultes facilite un changement des comportements de fécondité qui deviennent moins dépendants des normes de la communauté d'appartenance. Elle augmente également les opportunités d'un travail salarié des femmes et par là leur plus grande autonomie dans la famille et la société qui limite leur assujettissement à leur fonction dans la reproduction. Deux éléments qui entraînent une baisse de la fécondité (Diamond *et al.*, 1999). D'autre part, lorsque l'éducation de masse des enfants est atteinte dans un pays, cela conduit les parents à investir dans la « qualité » de leurs enfants plutôt que dans leur « quantité », davantage que dans les pays où la scolarisation des enfants est moins répandue. Ceci suscite une baisse de la fécondité plus précoce et plus rapide dans ces pays engagés dans l'éducation de masse, comme le montre une analyse comparative récente de différents pays d'Afrique subsaharienne¹⁵ (Lloyd *et al.*, 2000).

Quelle que soit la résidence ou l'instruction, la prévalence contraceptive est supérieure au Kenya à ce qu'elle est au Ghana où elle est plus forte qu'en Côte d'Ivoire. Les effets de la résidence et de l'instruction en terme de progression de la prévalence sont relativement comparables d'un pays à l'autre.

Le nombre idéal d'enfants déclaré par les femmes est inférieur de près d'un enfant à l'indice synthétique de fécondité au Kenya, et cela dans toutes les catégories (à l'exception du milieu urbain où les indices sont comparables) alors que ces indices sont proches en Côte d'Ivoire et au Ghana (plus ou moins 0,2 enfant). Dans ces deux pays, le nombre idéal d'enfants est plus élevé que l'indice synthétique de fécondité chez les femmes de résidence urbaine ou de scolarisation secondaire ou supérieure, et il est moins élevé au Ghana, ou égal en Côte d'Ivoire, dans les autres catégories de femmes.

¹⁴ On note en effet un écart important entre ces pays dans les progrès de la scolarisation, en net défaveur de la Côte d'Ivoire, où, en 1998, au moment des dernières EDS, seulement 36 % des femmes sont alphabétisées, contre 60 % au Ghana et 73 % au Kenya. La différence est également sensible pour la scolarisation masculine avec 53 % d'hommes alphabétisés en Côte d'Ivoire, contre 78 % au Ghana et 88 % au Kenya (PNUD, 2000).

¹⁵ On constate également une nette différence entre les pays quant à la scolarisation de masse : dès les années 1990, au Kenya plus de 90 % des enfants de 15-19 ans ont bénéficié d'au moins 4 années de scolarisation, contre plus de 70 % au Ghana et seulement 50 % en Côte d'Ivoire (Lloyd *et al.*, 2000, p. 496).

La baisse de la fécondité du moment en Côte d'Ivoire et au Ghana va donc de pair avec celle de la descendance souhaitée, la précédant même dans les groupes les plus avancés sur la voie de la transition, au contraire du Kenya où la réduction de la fécondité est en retard sur l'attente des femmes, ce qui révèle un fort potentiel de baisse dans ce pays, qui associera sans nul doute la réduction de la descendance non désirée actuelle à une poursuite de la diminution de la descendance souhaitée.

À cet égard, il est intéressant de relever que les différences entre les pays relatives à la politique de planification familiale, plus active et efficace au Kenya, point que nous développerons ensuite, ont davantage creusé l'écart dans les descendances souhaitées que dans les descendances atteintes. La descendance non désirée plus importante au Kenya (0,9 enfant), qu'au Ghana (0,25), alors qu'elle se trouve inexistante en Côte d'Ivoire, révèle ce paradoxe selon lequel c'est dans le pays où les programmes de planification familiale sont les plus actifs que les « besoins de planification familiale non satisfaits » sont les plus importants, la progression de la demande de contrôle de la fécondité, notamment suscitée par les campagnes d'IEC, progressant plus vite que la pratique contraceptive effective¹⁶.

TABLEAU 5. FECONDITE, CONTRACEPTION ET NOMBRE IDEAL D'ENFANTS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION AU KENYA, AU GHANA ET EN COTE D'IVOIRE

	Résidence		Instruction				Ensemble
	Rural	Urbain	Aucune	Primaire in-complet	Primaire complet	Secondaire et +	
KENYA							
Indice synthétique de fécondité*, 1995-98	5,16	3,12	5,80	5,24	4,79	3,53	4,70
Prévalence contraceptive**, 1998	36,2	49,6	22,8	27,9	43,7	56,7	39,0
Nombre idéal d'enfants, 1998	4,0	3,2	5,2	4,0	3,7	3,2	3,8
GHANA							
Indice synthétique de fécondité*, 1994-98	5,41	2,96	5,83	4,94	3,78	2,80	4,55
Prévalence contraceptive**, 1998	18,1	30,4	13,2	20,3	26,6	42,3	22,0
Nombre idéal d'enfants, 1998	4,6	3,7	5,4	4,2 ¹	3,8 ²	3,3	4,3
COTE D'IVOIRE							
Indice synthétique de fécondité*, 1995-99	6,03	4,02	6,19		4,71	2,30	5,21
Prévalence contraceptive**, 1998	10,2	24,2	7,7		25,2	40,3	15,0
Nombre idéal d'enfants, 1998-99	6,0	4,6	6,1		4,9 ³	3,9	5,4
Source : rapports EDS							

Les déterminants individuels de la fécondité

Pour approfondir notre analyse des facteurs de la fécondité, nous pouvons explorer les déterminants individuels de la fécondité (représentée par le nombre d'enfants nés vivants au

¹⁶ J. Bongaarts et S.C. Watkins (1996) ont également démontré, à partir d'une analyse sur 69 pays en développement, qu'un niveau important de fécondité non désirée étaient associé à un degré élevé de développement humain, au début de la transition.

moment de l'enquête et au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes démographiques et de santé de 1998) à partir de deux modèles de régression (linéaire et de Poisson). Ont été introduites dans les modèles initiaux, outre les variables relatives à l'âge de la femme et à l'expérience du décès d'un enfant, les principales variables définissant la position socio-économique de chaque femme : la région et le milieu de résidence, le lieu de socialisation, la religion, l'instruction et l'activité. Ont été également incluses l'instruction et l'activité du conjoint, sauf pour la Côte d'Ivoire où ces données ne sont pas disponibles en 1998¹⁷. Les modèles ainsi constitués, à partir des facteurs généralement considérés comme ayant un effet sur le niveau de la fécondité, nous avons défini, pour chaque pays, un modèle bien spécifié à partir des variables véritablement significatives, en éliminant les variables qui n'amélioreraient pas significativement le modèle (tableau 5.1 à 5.3)¹⁸.

En Côte d'Ivoire, les décès infantiles augmentent la parité atteinte de 1,7 enfants, et par rapport aux autres femmes, la fécondité du moment accuse une hausse de 49,7 %, se traduisant donc par un nombre moyen d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années avant l'enquête 1,5 fois plus élevé chez les femmes ayant vécu cette expérience. La résidence en milieu urbain, notamment à Abidjan, diminue la fécondité. Cette baisse est de 0,3 enfant pour la fécondité cumulée et de 24 % pour les naissances du moment (elles sont 0,8 fois plus élevées chez les femmes vivant dans la capitale par rapport à celles des zones rurales). La résidence dans les autres villes n'a aucun effet significatif sur la fécondité dans ce pays. L'instruction primaire ou secondaire diminue la parité atteinte vis-à-vis d'une femme sans instruction, mais seul l'effet de l'instruction secondaire est très significatif à la fois pour la fécondité cumulée et pour la fécondité du moment. Ceci confirme l'effet négatif de l'instruction sur la fécondité, toutes choses égales par ailleurs, et l'augmentation de cet effet à mesure que le niveau d'instruction s'accroît. Les effets des différentes occupations, vis-à-vis de l'activité agricole, sont très inégaux mais tous positifs sauf celui de l'activité formelle. Le nombre d'enfants est supérieur pour les femmes ouvrières de 0,4 enfant à celui des femmes agricultrices, et il est inférieur de 0,7 enfant chez celles exerçant dans le secteur formel. Les analyses montrent que le fait d'être sans emploi ou d'exercer dans le secteur informel n'a pas d'effet important sur la fécondité qu'il s'agisse de la parité atteinte au moment de l'enquête ou des naissances vivantes au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. L'appartenance à une ethnie autre que l'ethnie Akan apparaît comme un facteur important de l'augmentation des naissances au cours des cinq dernières années avant l'enquête.

¹⁷ L'instruction de certains conjoints aurait pu être saisie à partir du fichier homme ou du fichier couple où un sous échantillon d'hommes a été tiré, mais l'effectif très faible de femmes dont les conjoints ont été interrogés ne justifiait pas leur prise en compte.

¹⁸ La construction de ce modèle ne vise pas à élaborer un modèle explicatif complet des déterminants, qui devrait inclure des facteurs proches ou lointains, de la fécondité, mais à mesurer l'effet respectif des modalités socio-économiques les plus déterminantes sur le nombre d'enfants nés vivants au moment de l'enquête et au cours des 5 dernières années précédant l'enquête. Nous ne citerons dans notre commentaire que les effets de modalités significatifs au moins à 10 %.

TABLEAU 5.1. MODELE DE REGRESSION LINEAIRE DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE CUMULEE ET
MODELE DE REGRESSION DE POISSON DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE DES CINQ DERNIERES
ANNEES EN COTE D'IVOIRE

Variables (modalité de référence)	MODELE LINEAIRE		MODELE DE POISSON	
	Paramètre β	Sig	Incidence ratio	Sig
Constante	-3,245	***		
<i>Lieu de résidence</i> (rural)				
Capitale	-0,283	***	0,758	***
Autres villes	-0,039	ns	0,984	ns
<i>Décès des enfants</i> (aucun)				
Au moins un décès	1,674	***	1,497	***
<i>Instruction de la femme</i> (aucun)				
Primaire	-0,303	***	0,9301	ns
Secondaire et +	-0,660	***	-0,5955	***
<i>Occupation</i> (agricole et autre)				
Sans emploi	0,201	ns	0,867	ns
Formel	-0,687	***	0,778	**
Informel	0,175	ns	0,814	*
Ouvriers	0,364	***	0,9906	ns
<i>Age de la femme</i>	0,261	***		
<i>Carré de l'âge</i>	-0,0004	ns		
<i>Ethnie de la femme</i> (Akan)				
Krou			1,097	ns
Mandé Nord			1,366	***
Mandé Sud			1,316	***
Voltaïque			1,249	***
Autres africains			1,368	***
<i>Groupes d'âges</i> (15-19)				
20-24			3,313	***
25-59			3,688	***
30-34			3,286	***
35-39			2,767	***
40-44			1,600	***
45-59			0,622	***

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.
*** significatif à 1 % ** significatif à 5 % * significatif à 10 % ns non significatif

Au Ghana, les modalités ayant un effet significatif sont plus nombreuses qu'en Côte d'Ivoire (20 contre 7). Les décès infantiles augmentent la parité atteinte de 1,5 enfant et la fécondité du moment de 34,7 %. La résidence en milieu urbain entraîne une baisse significative de la fécondité cumulée, plus importante lorsque cette résidence se situe dans la capitale, 0,4 enfant contre 0,2 enfant dans les autres villes. Dans le même temps, les femmes qui vivent dans la capitale ou dans les autres villes connaissent une réduction de leur fécondité du moment respectivement de 30 % et 19 % par rapport à leurs homologues des zones rurales. Pour l'instruction, contrairement à la Côte d'Ivoire, seul le niveau secondaire et plus a un effet significatif sur la fécondité car il diminue le nombre d'enfants nés vivants au moment de l'enquête de 0,4 enfant et le nombre d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années précédant l'enquête de 10 % par rapport aux femmes sans instruction. Les effets de deux types d'occupation, vis-à-vis de l'activité agricole, sont significatifs et négatifs : le nombre d'enfants nés vivants par les femmes exerçant une activité formelle ou informelle est diminuée respectivement de un enfant et 0,1 enfant par rapport aux femmes agricultrices. Pour la fécondité du moment, seule l'activité formelle se distingue par un effet significatif et réducteur (35 %) des naissances des cinq dernières années avant l'enquête. Toutes les ethnies, à l'exception des ethnies Asante, Fante ou autres, ont un effet

significatif négatif sur la fécondité cumulée par rapport à l'ethnie Akan. Ces effets disparaissent pour la fécondité du moment. Les analyses montrent que le niveau d'instruction et l'activité du conjoint ont des effets significatifs différents selon les modalités et l'indice considérée. C'est ainsi qu'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur atteint par le conjoint entraîne une hausse significative de la parité atteinte de 0,2 et n'a aucun effet sur les naissances des cinq dernières années avant l'enquête. Mais toutes les activités exercées par le conjoint en dehors du secteur agricole ont un effet significatif et réducteur de la fécondité cumulée et des naissances des cinq dernières années avant l'enquête.

Au Kenya, comme au Ghana, presque toutes les modalités ont un effet significatif sur la fécondité. Les décès infantiles augmentent la parité atteinte de 1,6 enfants et la fécondité du moment de 47,6 %. La résidence en milieu urbain (à Nairobi ou dans les villes secondaires) diminue le nombre d'enfants nés vivants au moment de l'enquête et au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, et il en est de même pour les instructions primaire et secondaire. En revanche, l'instruction du conjoint, lorsqu'elle concerne le niveau secondaire et plus, tend à augmenter la fécondité cumulée de 0,5 enfant par rapport aux femmes dont le conjoint est sans instruction ou d'instruction primaire. Pour la fécondité du moment, cet effet se traduit par hausse de 122,8 % du nombre de naissances au cours des cinq dernières années avant l'enquête. Les femmes sans emploi n'ont pas de fécondité significativement différente de celle des femmes agricultrices. Cependant, les activités formelle, informelle et ouvrière (spécialisée ou non) tendent à faire baisser la fécondité cumulée. Cet effet est plus important chez les femmes du secteur formel. À l'exception de la région de la Côte et de celle de l'Ouest, toutes les autres régions ont un effet significatif négatif sur la fécondité par rapport à la région de référence (Rof). Cet effet est plus important lorsque la résidence concerne la région du Centre (-0,6 enfant), et il se traduit par une baisse 0,4 enfant dans la région de l'Est, et de 0,2 enfant dans les régions de Nairobi, de et de l'Ouest. Pour la fécondité du moment, l'effet est une baisse de 29 % dans la région du Centre, 19 % dans la région de l'Est et 18 % dans la région du Nyanza.

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

TABLEAU 5.2. MODELE DE REGRESSION LINEAIRE DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE CUMULEE ET
MODELE DE REGRESSION DE POISSON DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE DES CINQ DERNIERES
ANNEES AU GHANA

<i>Variables</i> (modalité de référence)	MODELE LINEAIRE		MODELE DE POISSON	
	Paramètre β	Sig	Incidence ratio	Sig
Constante	-1,318	***		
<i>Lieu de résidence</i> (rural)				
Capitale	-0,384	***	7007	***
Autres villes	-0,200	***	0,812	***
<i>Décès des enfants</i> (aucun)				
Au moins un décès	1,538	***	1,347	***
<i>Instruction de la femme</i> (aucun)				
Primaire	-0,088	ns	0,992	ns
Secondaire et +	-0,429	***	0,901	**
<i>Occupation</i> (agricole et autre)				
Sans emploi	-0,027	ns	1,056	ns
Formel	-0,986	***	0,654	***
Informel	-0,107	*	0,969	ns
Ouvriers	-0,110	ns	0,957	ns
<i>Instruction du conjoint</i> (aucun et primaire)				
Secondaire et +	0,198	***		
Sans conjoint	-0,243	***		
<i>Occupation du conjoint</i> (agricole)				
Sans emploi	-0,414	*	0,673	**
Formel	-0,592	***	0,743	***
Informel	-0,520	***	0,841	***
Ouvriers	-0,396	***	0,837	***
Sans conjoint	-0,628	***	0,080	***
<i>Ethnie de la femme</i> (Autres akan)				
Asante	0,097	ns		
Akwapim	-0,263	**		
Fante	0,0045	ns		
Ga/agangbe	-0,205	**		
Ewe	-0,228	***		
Mol-gagbani	-0,406	***		
Grussi	-0,456	***		
Gruma	-0,280	***		
Dagarti	-0,228	**		
Autres	-0,139	ns		
<i>Age de la femme</i>				
Carré de l'âge	0,160	***		
<i>Groupes d'âges</i> (15-19)				
20-24			2,093	***
25-59			2,217	***
30-34			1,912	***
35-39			1,578	***
40-44			1,170	ns
45-59			0,440	***

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.
*** significatif à 1 % ** significatif à 5 % * significatif à 10 % ns non significatif.

TABLEAU 5.3. MODELE DE REGRESSION LINEAIRE DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE CUMULEE ET
MODELE DE REGRESSION DE POISSON DES DETERMINANTS DE LA FECONDITE DES CINQ DERNIERES
ANNEES AU KENYA

Variables (modalité de référence)	MODELE LINEAIRE		MODELE DE POISSON	
	Paramètre β	Sig	Incidence ratio	Sig
Constante	-3,555	***		
Lieu de résidence (rural)				
Capitale	-0,737	***	0,672	***
Autres villes	-0,423	***	0,809	***
Décès des enfants (aucun)				
Au moins un décès	1,622	***	1,476	***
Instruction de la femme (aucun)				
Primaire	-0,140	***		
Secondaire et +	-0,565	***		
Occupation (agricole et autre)				
Sans emploi	0,02	ns		
Formel	-0,549	***		
Informel	-0,186	***		
Ouvriers	-0,311	***		
Instruction du conjoint (aucun et primaire)				
Secondaire et +	0,543	***	2,228	***
Sans conjoint	-0,277	***	0,811	***
Région (Rolf)				
Nairobi	-0,233	**	0,829	*
Central	-0,654	***	0,714	***
Coast	-0,330	***	0,972	ns
Easter	-0,442	***	0,811	***
Nyanza	-0,177	***	0,822	***
Western	-0,161	***	1,005	ns
Age de la femme	0,276	***		
Carré de l'âge	-0,012	***		
Groupes d'âges (15-19)				
20-24			2,99	***
25-59			2,99	***
30-34			2,44	***
35-39			1,73	***
40-44			0,93	ns
45-59			0,35	***

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.
*** significatif à 1 % ** significatif à 5 % * significatif à 10 % ns non significatif.

Les modèles de régression montrent que la résidence urbaine, surtout lorsqu'elle concerne la principale métropole, l'absence de décès infantiles et l'instruction de la femme de niveau secondaire ou supérieur ont un effet significatif de réduction de la fécondité dans les trois pays. L'occupation des femmes a un effet important, essentiellement lorsqu'il s'agit d'une occupation dans le secteur formel, aussi bien pour la fécondité du moment que pour la fécondité cumulée, sauf au Kenya où l'effet disparaît pour la fécondité du moment. Quant à l'effet d'une activité hors du secteur agricole exercée par le conjoint, il est inégal selon les pays. Au Ghana, il est négatif sur la parité atteinte au moment de l'enquête et la fécondité du moment et au Kenya, il est inexistant. L'ethnie et la région de résidence ont un impact sur la fécondité respectivement au Ghana et au Kenya, et l'ethnie a un effet en Côte d'Ivoire uniquement sur la fécondité des cinq dernières années.

Les modèles de réduction de la fécondité sont relativement différenciés. Ils font intervenir pour la parité atteinte au Kenya, la résidence urbaine, l'absence de décès infantile, les instructions de la femme et du conjoint, l'activité de la femme en dehors du secteur agricole et la résidence hors de la région du Rolf ; pour la fécondité du moment, l'instruction de la femme ou son occupation ne jouent plus dans l'évolution des naissances, et seuls l'instruction du conjoint, la résidence urbaine, les décès infantiles et la région de résidence ont un effet significatif. Au Ghana, les modèles font intervenir la résidence urbaine, l'instruction secondaire de la femme, l'instruction du conjoint (qui ne joue pas sur la fécondité du moment), l'activité formelle de la femme, l'inactivité du conjoint ou celle qu'il exerce en dehors du secteur agricole et l'appartenance à un groupe ethnique autre que les ethnies « autres Akan » (qui ne joue pas pour la fécondité du moment). En Côte d'Ivoire, la résidence dans la capitale, l'absence de décès infantile, les instructions primaire et secondaire, les activités formelles et l'appartenance à un groupe ethnique autre qu'Akan mais seulement pour la fécondité des cinq dernières années.

III. –Politique de population, crise économique et transition de la fécondité

Le début de la transition de la fécondité au Kenya, comme au Botswana et au Zimbabwe, se caractérise par une certaine homogénéité, qui n'exclut pas les écarts de niveau de fécondité et de prévalence contraceptive entre les catégories de la population. Elle se caractérise également par l'importance des progrès de la prévalence contraceptive comme facteur de la baisse. Ces éléments sont relativement absents au Ghana et surtout en Côte d'Ivoire.

L'expérience des pays de l'Afrique de l'Est et australe considérés ici, où les programmes de planification familiale sont anciens¹⁹ et où de 60 % à plus de 90 % des contraceptifs modernes sont obtenus auprès du secteur gouvernemental, nous enseigne que des programmes de planification familiale sont en mesure d'impulser une croissance importante de la prévalence de la contraception moderne et de contribuer à une baisse significative des indices de fécondité. Le caractère public et national des programmes de planification, par conséquent assez homogènes sur l'ensemble du territoire, pourrait expliquer, avec la relative égalité d'accès à l'éducation et à la santé qui caractérise ces pays, la généralisation du mouvement de baisse de par la diffusion et l'acceptation des méthodes modernes d'espacement des naissances par la plupart des catégories socio-économiques. Dans ce cadre, l'investissement dans la planification familiale joue tout autant dans le début de la transition que celui dans l'éducation, comme cela a été montré pour le Zimbabwe (Guilkey et Jayne, 1997). Cependant, l'homogénéité démographique de la baisse tend aujourd'hui à s'estomper et la

¹⁹ Au Kenya, les premiers programmes de planification familiale datent de 1967, mais leur montée en puissance s'est révélée lente et ne s'est véritablement concrétisée qu'en 1982.

forte diminution de la fécondité en fin de vie féconde indique l'émergence d'une contraception d'arrêt.

Le Ghana fut lui aussi l'un des pays pionniers en matière de formulation de politique de population, avec dès 1969 l'adoption d'un plan en la matière, mais la mise en œuvre des programmes de planification familiale y fut beaucoup plus inégale géographiquement en raison d'une désorganisation de l'État et de crises économiques. Ce n'est qu'à partir de 1985 que des services relativement satisfaisants purent commencer à être assurés aux populations (Locoh et Makdessi, 2000). En 1993, seulement 37 % des moyens modernes de contraception sont obtenus auprès du secteur public, mais 5 ans plus tard ce sont déjà 47 % qui sont obtenus auprès de ce secteur. Ceci contribue à la plus forte différenciation entre les catégories de la population quant aux progrès de la contraception et à la diminution de la fécondité, dont le contrôle repose encore souvent sur les moyens naturels de contraception et les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances.

Par rapport au Kenya, la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire accuse les traits significatifs de l'évolution ghanéenne. Elle dépend moins de la progression de la contraception et repose davantage sur le maintien de pratiques traditionnelles durant la période *post-partum*. Cette baisse concerne surtout les groupes urbains et instruits et correspond par conséquent à une plus forte différenciation des pratiques de reproduction entre les groupes socio-économiques. Ce sont des caractéristiques également rencontrées au Sénégal, où la baisse de la fécondité est cependant moins forte (Ndiaye *et al.*, 1997). Ceci semble correspondre, d'une part, à un développement social plus inégalitaire et, d'autre part, à la mise en place tardive des programmes de planification familiale.

Le contexte historique de la politique démographique est en effet radicalement différent en Côte d'Ivoire, comme au Sénégal avec de petites différences entre ces deux pays, de ce qu'il peut être au Kenya. Le gouvernement ivoirien ne s'est prononcé qu'en 1991 pour une maîtrise de la croissance démographique et la politique nationale de population a été adoptée en 1997 seulement. Jusque là, seules quelques initiatives associatives et privées d'IEC et de diffusion de contraceptifs avaient pu se développer, dans un climat de populationnisme affirmé et de restriction gouvernementale à ce type d'activités. Depuis 1991, des programmes de planification familiale ont pris leur essor, mais dans des conditions peu favorables à la mise en œuvre d'un programme public fort à l'échelle nationale (activités erratiques des bailleurs de fonds, instabilité des responsables nationaux...), ce qui explique que 70 % des moyens contraceptifs modernes soient encore obtenus auprès du secteur privé (Anoh *et al.*, 2001). Cette expérience ivoirienne, de réduction de la fécondité avec une politique tardive de population et malgré la faible utilisation des méthodes modernes de contraception, pourrait s'apparenter à l'histoire démographique de l'Europe, et notamment de la France, où le changement des mentalités de la reproduction a précédé celui des techniques. Dans le cas de la Côte d'Ivoire, comme dans celui d'autres pays comparables en Afrique de l'Ouest, le changement intervient en relation avec la diffusion de nouveaux modèles familiaux dans les médias (à travers la publicité, les feuillets...) et sous l'effet de nouvelles contraintes économiques, générales à l'ensemble du sous-continent.

En effet, les crises socio-économiques ne sont pas absentes en Afrique subsaharienne durant cette période. La décennie 1980, qui correspond globalement à la première phase de baisse de la fécondité, est marquée pour tous les pays que nous avons considérés, à l'exception du

Botswana²⁰, par une récession économique qui va d'une simple stagnation (Kenya, Ghana, Sénégal) à des crises plus ou moins sévères (Zimbabwe, Côte d'Ivoire). Le début de la transition de la fécondité intervient ainsi dans une période de baisse de revenu des ménages, d'augmentation des coûts d'éducation des enfants et, pour certains pays, de réduction des budgets publics de fonctionnement et d'investissement, concernant particulièrement les services scolaires et de santé (Lesthaeghe et Jolly, 1994).

Dans cette période de récession, la baisse de la fécondité est, le plus souvent, la plus nette dans les couches socioprofessionnelles les plus élevées, comme le montrent des analyses agrégées au niveau national ou des approches plus fines (Vimard, 1996). D'une part, l'affaiblissement du contrôle social traditionnel sur la fécondité et l'émergence d'une conceptualisation par les couples eux-mêmes de leur régulation familiale, déterminants dans la baisse de la natalité, apparaissent plus affirmés dans les groupes socio-économiques les plus instruits et les plus engagés dans l'économie marchande ; les individus plus démunis demeurent quant à eux intégrés dans des cadres idéologiques de reproduction démographique traditionnels. D'autre part, même en présence de programmes nationaux de planification familiale, la réduction des budgets de ces programmes comme celle qui touche les revenus des familles font que les groupes pauvres ne peuvent véritablement accéder aux moyens de régulation de leur fécondité. À cet égard, cette première phase de baisse de la fécondité correspond davantage à une transition de crise concernant les couches moyennes et aisées qu'à un réel malthusianisme des plus démunis.

Encore faut-il s'entendre sur le concept de transition de crise déjà discuté par ailleurs (Boserup, 1985 ; Lesthaegue et Jolly, 1994). Il apparaît notamment que, si la transition de la fécondité est intervenue ou s'est accélérée, en Côte d'Ivoire et au Kenya comme dans d'autres pays africains, en période de difficultés économiques, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement des cadres sociaux traditionnels, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens, en provoquant tout particulièrement une hausse des coûts, effectif et d'opportunité, des enfants. La crise suscite en effet une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements démographiques individuels ne correspondent plus aux cadres économiques et sociaux nouveaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement ou à s'accélérer, au delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme l'évolution du Kenya et du Ghana du milieu des années 1980 à celui des années 1990 le montre (Brass et Jolly, 1993 ; Mboup, 2000).

Sur un plan davantage social, la fécondité diminue en Afrique subsaharienne, alors que les liens intergénérationnels, et les flux de ressources qu'ils sous-tendent, se maintiennent, et ceci aussi bien au Kenya (Dow *et al.*, 1994) qu'en Côte d'Ivoire (Adjamagbo, 1998), et que la famille nucléaire ne devient pas la forme familiale dominante (Vimard, 1997). En ce sens la transition de la fécondité n'est pas la conséquence ou la manifestation concomitante d'une nucléarisation qui n'est pas la règle. Elle résulte davantage d'une modification plurielle des

²⁰ Le Botswana échappe en effet à cette règle puisque la croissance économique s'y est maintenue à un niveau élevé depuis le milieu des années 1960, à l'exception de courtes récessions. Quant au Ghana, il s'en distingue également puisque la récession s'y atténue durant les années 1980 par rapport à son niveau antérieur.

projets familiaux des différentes formes de famille, sous la pression des contraintes sociales et économiques.

Les expériences différenciées de la Côte d'Ivoire et du Kenya, comme celle du Ghana, plus médiane, montrent que des éléments sensiblement comparables – progrès de l'urbanisation et des activités marchandes, autonomie des couples et des individus, diffusion de normes occidentales de comportements, coût croissant des enfants – se traduisent dans ces trois pays, comme dans d'autres, par un début de baisse de la fécondité. Mais ce processus s'effectue selon des configurations et des rythmes sensiblement différents, en référence à des contextes nationaux où l'investissement en capital humain diffère et où les politiques de population et les programmes de planification familiale n'ont ni la même antériorité ni la même efficacité. Le fait que la transition de la fécondité ait pu s'engager si fortement depuis deux décennies en Côte d'Ivoire en l'absence, d'une part, de programmes de planification familiale et, d'autre part, d'éducation de masse, montre la puissance du mouvement de baisse auxquels seuls quelques pays, enclavés ou désorganisés, demeurent encore à l'écart.

À l'avenir, le calendrier de ce mouvement de transition de la fécondité demeurera déterminé par les progrès du développement et de la planification familiale dans les différents pays. Mais elle sera également influencé par l'épidémie à VIH /sida dans les pays à forte prévalence. Si les liens entre cette épidémie et la fécondité sont complexes et mal quantifiés (Zaba et Gregson, 1998), on commence à mieux percevoir combien l'épidémie peut avoir d'effet sur les comportements de reproduction, soit directement soit indirectement en agissant sur la mortalité des adultes et des enfants, tout en altérant la fécondabilité des femmes (Desgrées du Lou, 1998 ; Gray *et al.*, 1997).

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A., 1998, Changements socio-économiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest africain : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X Nanterre, janvier 1998, 272 p. + annexes.
- ANO H. A. FASSASSI R. et VIMARD P., 2001, *Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire*, Les dossiers du CEPED, Paris, à paraître.
- BLANC A. K. ET RUTSTEIN S. O., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Yet Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), pp. 209-215.
- BONGAARTS J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4, n° 1, p. 105-131.
- BONGAARTS J. et WATKINS S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, p. 639-682.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11, n° 3, p. 383-397.
- BRASS W. et JOLLY C. L. (eds), 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
- CALDWELL J. C., ORUBULOYE I. O. et CALDWELL P., 1992, « Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ? », *Population and Development Review*, 17, n° 2, p. 211-242.
- CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, vol. XIX, n° 2, p. 225-262.
- CASTERLINE J.B., 1994, « Fertility Decline in Asia », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 1994, p. 69-86.
- CENTRAL STATISTICAL OFFICE et MACRO INTERNATIONAL INC., 1995, *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1994*, Harare et Calverton, 307 p.
- CHIMERE-DAN O., 1993, « Population policy in South Africa », *Studies in Family Planning*, 24, n° 1, p. 31-39.
- CLELAND J., ONUOHA N. et TIMAEUS I., 1994, « Fertility Change in Sub-Saharan Africa : a Review of the Evidence », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 1994, p. 1-20.
- COCHRANE S. H. et FARID S. M., 1989, *Fertility in Sub-Saharan Africa. Analysis and Explanantion*, World Bank Discussion Paper Number 43, Banque mondiale, Washington D.C.
- COSIO-ZAVALA M.E., 2000, « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine », in PILON M. ET GUILLAUME A. (éds.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Coll. Colloques et Séminaires, Éditions IRD, Paris, 2000, pp. 21-33.
- DESGRÉES DU LOÛ A., 1998, « Sida et santé de la reproduction en Afrique : enjeux et défis », *Population*, 1998, 4, pp. 701-730.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELATTI P., VIHO I. et WELFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54, n° 3, pp. 427-446.
- DIAMOND I., NEWBY M. et VARLE S., 1999, « Female Education and Fertility : Examining the Links », in BLEDSOE C. H. et al. (éds.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the developing World*, National Research Council, National Academy Press, Washington D.C., pp. 23-48.

- DOW T. E., ARCHER L., KHASIANI S. et KEKOVOLE J., 1994, « Wealth Flow and Fertility Decline in Rural Kenya, 1981-92 », *Population and Development Review*, vol. 20, n° 2, p. 343-364.
- FASSASSI R. et VIMARD P., 1999, Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire, communication au Séminaire international « La santé de la reproduction en Afrique », Abidjan, novembre 1999, 21 p.
- FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éds.), 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, INED-PUF, Paris, 371 p.
- GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., KOFFI N. et ZANOU B., 1999, *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire*, Études et Recherches n° 27, ENSEA-IRD, Abidjan, 54 p.
- GHANA STATISTICAL SERVICE ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Demographic and Health Survey 1998*, Accra et Calverton, 248 p.
- GRAY R., WAVER M., SERWADDA *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *Lancet*, 351, pp.98-103.
- GUILKEY D. K. et JAYNE S., 1997, « Fertility transition in Zimbabwe : Determinants of contraceptive use and method choice », *Population Studies*, vol. 51, n° 2, pp. 173-189.
- JOLLY C. L. et GRIBBLE J. N., 1996, « Les déterminants proches de la fécondité », in FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éds.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, INED-PUF, Paris, p. 71-117.
- KIRK D. et PILLET B., 1998, « Fertility Levels, Trends, and Differentials in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s », *Studies in Family Planning*, 29, 1, p. 1-22.
- KNODEL J., VAN DE WALLE E., 1979, « Lessons from the past : policy implications of historical fertility studies », *Population and Development Review*, vol. V, n° 2, p. 217-245.
- LESTHAEGHE R., 1980, « On the Social Control of Human Reproduction », *Population and Development Review*, vol. 6, n° 4, p. 527-548.
- LESTHAEGHE R. et JOLLY C., 1994, « The Start of the Sub-Saharan Fertility Transitions : Some Answers and Many Questions », in CAMPPELL K. L. et WOOD J. W., *Human Reproductive Ecology - Interactions of Environment, Fertility and Behaviour*, Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 709, New York, p. 379-395.
- LLOYD C. B., KAUFMAN C. E. et HEWETT P., 2000, « The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa : Implications for Fertility Change », *Population and Development Review*, 26, n° 3, pp. 483-515.
- LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), 1994, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 308 p.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 2000, Les politiques en matière de fécondité en Afrique subsaharienne, in VIMARD P. ET ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 263-296.
- MARTINE G., 1996, « Brazil's Fertility Decline, 1965-95 : A Fresh Look at Key Factors », *Population and Development Review*, 22, n° 1, p. 47-75.
- MBOUP G., 2000, « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in VIMARD P. ET ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, p. 133-170.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi et Calverton, 278 p.

- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Kenya Demographic and Health Survey 1998*, Nairobi et Calverton, 285 p.
- N'CHO S. *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut National de la Statistique - Macro International Inc., 294 p.
- NDIAYE S., AYAD M. et GAYE A., 1997, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III) 1997*, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan et Macro International Inc., Dakar et Calverton, 238 p.
- PNUD, 2000, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, Paris-Bruxelles, De Boeck Université, 290 p.
- ROBINSON W.C., 1992, « Kenya enters the fertility transition », *Population Studies*, vol. 46, n° 3 : 445-457.
- RUTENBERG N, AYAD M., OCHOA L. H. et WILKINSON M., 1991, *Knowledge and Use Of Contraception*, Demographic and Health Surveys Comparative Studies n° 6, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 67 p.
- RWENGE M., 2000, « Planification familiale et fécondité en Afrique subsaharienne francophone », in VIMARD P. ET ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, p. 171-188.
- SINGH S., OWUSU J. Y. et SHAH I. H. (éds.), 1985, *Demographic Patterns in Ghana : Evidence from the Ghana Fertility Survey 1979-80*, World Fertility Survey, Londres.
- TABUTIN D., 1997, Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements... et incertitudes, Communication au Congrès Général de la Population de Beijing (UIESP, octobre 1997), 24 p.
- THOMAS D. ET MUVANDI I., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), p.185-207.
- UNITED NATIONS, 1998, *World Population Prospects. The 1996 Revision*, New York, 839 p.
- UNITED NATIONS, 2001, *World Population Prospects. The 2000 Revision. Highlights*, New York, Draft, 34 p.
- VIMARD P., 1996, « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in COUSSY J. et VALLIN J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, Les Études du CEPED n° 13, CEPED, Paris, p. 293-318.
- VIMARD P., 1997, « Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne », *Autrepart* (2), p. 143-159.
- VIMARD P. ET ZANOU B. (dir.), 2000, *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, 297 p.
- ZABA B. et GREGSON S., 1998, « Measuring the impact of HIV on fertility in Africa » in CARAËL M. et SCHWARTLANDER B., *Demographic impact of AIDS, AIDS*, 1998, 12, sup. 1, p. S41-50.