

Sous la direction de  
**Francis Gendreau**  
Avec la collaboration de  
**Maud Poupard**

LES TRANSITIONS  
DÉMOGRAPHIQUES  
DES PAYS DU SUD



# AS

**actualité scientifique**

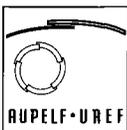


ÉDITIONS ESTEM



# LES TRANSITIONS DÉMOGRAPHIQUES DES PAYS DU SUD

**Sous la direction de Francis Gendreau**  
Chercheur à l'IRD  
Coordonnateur du Réseau Démographie de l'AUF  
**Avec la collaboration de Maud Poupard**



## **Editions ESTEM**

7, rue Jacquemont – 75017 Paris  
Tél. : 01 53 06 94 94 – Fax : 01 53 06 95 00  
Site internet : [www.estem.fr](http://www.estem.fr)  
Email : [info@estem.fr](mailto:info@estem.fr)

### **Le Réseau Démographie de l'AUF**

Le Réseau Démographie de l'AUF a été créé en avril 1990 pour promouvoir des actions dans ce domaine scientifique : appuyer des programmes de recherche (quatre appels à collaboration ont été lancés pour 1991, 1992, 1994 et 1997 sur le thème « population et développement : inégalités, crises et politiques ») ; produire de l'information scientifique (un manuel de sociologie de la population est paru, un manuel sur l'analyse qualitative est en préparation) ; et organiser des journées scientifiques : les premières ont été organisées à Bangui en 1993 sur l'évaluation des politiques et des programmes de population ; les deuxièmes se sont tenues à Ouagadougou en 1996 sur le thème « crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud ». Les Actes de ces deux premières journées ont été publiés. Les troisièmes se sont tenues à Rabat en décembre 1998 sur le thème « les transitions démographiques des pays du Sud ».

### **Les publications du Réseau Démographique**

#### **L'évaluation des politiques et programmes de population (1993)**

Sous la direction de Francis Gendreau et de Denis Nzita Kikhela  
Avec la collaboration de Valérie Guérin

#### **La sociologie des populations (1995)**

Sous la direction de Hubert Gérard et Victor Piché

#### **Démographies africaines (1996)**

Francis Gendreau

#### **Démographie de la péninsule Indochinoise (1997)**

Francis Gendreau, Vincent Fauveau et Dang Thu

#### **Changement démographique en Amérique Latine (1998)**

Maria Eugenia Cosio-Zavala

#### **Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud (1998)**

Sous la direction de Francis Gendreau  
Avec la collaboration d'Elisabete De Carvalho Lucas

### **Membres du Comité du Réseau Démographique**

**Aziz Ajbilou**

Institut National de Statistique et d'Economie Appliquée de Rabat

**Francis Gendreau, coordonnateur**

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

**Hubert Gérard**

Institut de Démographie de l'Université Catholique de Louvain

**Denis Nzita Kikhela**

Département de Démographie de l'Université de Kinshasa

**Victor Piché**

Département de Démographie de l'Université de Montréal

©2001, Édition ESTEM

ISBN 2 84371 115 0

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droits ou ayant cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

La diffusion de l'information scientifique et technique est un facteur essentiel du développement. Aussi dès 1988, l'Agence universitaire de la Francophonie (AUF), mandatée par les Sommets francophones pour produire et diffuser revues et livres scientifiques, a créé la collection *Universités francophones*. Lieu d'expression de la communauté scientifique de langue française, elle vise à instaurer une collaboration entre enseignants et chercheurs francophones en publiant des ouvrages coédités avec des éditeurs francophones et largement diffusés dans les pays du Sud, grâce à une politique tarifaire préférentielle.

Six séries composent la collection :

- les usuels : mis à jour régulièrement, ils suivent l'étudiant tout au long de son cursus ;
- les ouvrages de référence de formation à et par la recherche incluant les plus récents acquis de la recherche ;
- les monographies de recherche : livres de 3<sup>ème</sup> cycle élaborés sous forme de manuels ou d'actes de journées scientifiques, notamment par les réseaux thématiques de recherche;
- la collection Savoir Plus Universités : ouvrages de synthèse — le Que sais-je scientifique vendu à 10F au Sud — dans les disciplines prioritaires de la Francophonie scientifique ;
- les dictionnaires et grands outils : ouvrages qui s'imposent par leur pertinence et leur rayonnement sur le marché éditorial francophone;
- les ouvrages de prospective : ouvrages de réflexion donnant l'éclairage de la Francophonie sur les grandes questions contemporaines.

Notre collection, en proposant une approche plurielle et singulière de la science, adaptée aux réalités multiples de la Francophonie, contribue à promouvoir la recherche dans l'espace francophone et le plurilinguisme dans la recherche internationale.

# LE COMITÉ D'ÉDITION

Cet ouvrage a été élaboré sous la supervision d'un Comité d'édition qui a sélectionné les textes et proposé aux auteurs des recommandations en vue de leur amélioration. La composition de ce Comité était la suivante :

- AJBILOU Aziz : Professeur-chercheur à l'Institut national de statistique et d'économie appliquée (INSEA), Rabat - Maroc.
- EL GHAZALI Abdelaziz : Directeur de l'Institut national de statistique et d'économie appliquée (INSEA), Directeur de l'agence d'exécution du Programme de formation en population et développement durable, Rabat - Maroc.
- FAZOUANE Abdeslam : Professeur à l'Institut national de statistique et d'économie appliquée (INSEA), Rabat - Maroc.
- GENDREAU Francis : Chercheur à l'Institut de recherche pour le développement (IRD, ex-ORSTOM), coordonnateur du Réseau démographie de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF), Paris - France.
- GERARD Hubert : Doyen de la Faculté des sciences sociales, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve - Belgique.
- LFARAKH Abdellatif : Chercheur au Centre d'études et de recherches démographiques (CERED), Rabat - Maroc.
- NZITA KIKHELA Denis : Professeur en démographie au Département de démographie de l'Université de Kinshasa, Kinshasa - République Démocratique du Congo.
- PICHÉ Victor : Professeur et directeur du Département de démographie de l'Université de Montréal, Montréal - Canada.

# LES AUTEURS

- ADJAMAGBO Agnès : Chargée de recherche à Institut de recherche pour le développement (IRD / ex-ORSTOM)  
B.P. 1386, DAKAR, Sénégal  
Tel : 221.83.23.480. ; Fax : 221.83.24.307.  
Mel : adjamagb@ird.sn
- AGAR CORBINOS Lorenzo : Directeur du Programme en Population et développement durable.  
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, SANTIAGO, Chili  
Tel : 56.2.67.87. 715. ; Fax : 56.2.67.87.842.  
Mel : lagar@uchile.cl
- AJBILOU Aziz : Professeur-chercheur à l'Institut national de statistique et d'économie appliquée (INSEA).  
INSEA, B.P. 6217, RABAT-Instituts, Maroc  
Tel : 212.777.09.15. ; Fax : 212.777.77.94.57.  
Mel : ajbilou@insea.ac.ma
- AKOTO Eliwo Mandjale : Directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD).  
B.P. 1556, YAOUNDÉ, Cameroun  
Tel : 237.22.24.71. ; Fax : 237.22.67.93.  
Mel : akoto\_zr@yahoo.fr
- AMADOU SANNI Mouftaou : Doctorant au Département de démographie de l'Université de Montréal.  
2350, Edouard-Monpetit, App. 10237, H3T 1J4 MONTRÉAL, Québec, Canada  
Tel : 1.514.343.65.31., poste 44515 ; Fax : 1.514.343.23.53.  
Mel : mouftaou@yahoo.com
- ANGELI Aurora : Professeur de démographie au Département de statistique de l'Université de Bologne.  
Via Belle Arti 41, 40126 BOLOGNE, Italie.  
Tel : 39.51.25.82.09. ; Fax : 39.51.23.21.53.  
Mel : angeli@stat.unibo.it
- BAYA Banza : Chercheur démographe à l'Unité d'enseignement et de recherche en démographie (UERD) de l'Université de Ouagadougou.  
03 B.P. 7118, OUAGADOUGOU 03, Burkina Faso  
Tel : 226.36.18.60./36.21.15. ; Fax : 226.36.21.38.  
Mel : bayab@fasonet.bf
- BELLA Nicole : Consultante internationale.  
90, avenue Émile Zola, 75015 PARIS, France.  
Tel : 33.1.45.75.86.28.  
Mel : njbella@club-internet.fr
- BOUISRI Abdellaziz : Expert démographe et statisticien économiste, Secrétaire général de l'Association maghrébine pour l'étude de population (AMEP), Section Algérie.  
Cité KRIM Belkacem Bat. 5, Appt 20 BIR Mourad Raïs, 16300 ALGER, Algérie.  
Tel : 213.2.63.81.11.  
Mel : bouisri35@hotmail.com

- CARVAHLO (de) : Doctorante à l'Université Paris X-Nanterre.  
Elisabete  
CICRED, 133 boulevard Davout, 75980 PARIS cedex 20, France.  
Tel : 33.1.56.06.20.92. ; Fax : 33.1.56.06.21.65.  
Mel : lucas@cicred.ined.fr
- COSIO-ZAVALA : Directrice du Centre de recherche et de documentation sur  
Maria Eugenia  
l'Amérique Latine (CREDAL).  
28 rue Saint-Guillaume, 75007 PARIS, France.  
Tel : 33.1.44.39.86.71. ; Fax : 33.1.45.48.79.58.  
Mel : mecosioz@pop.univ.paris3.fr
- COURBAGE Youssef : Directeur de recherche à l'Institut National d'Études  
Démographiques (INED).  
133 boulevard Davout, 75980 PARIS Cedex 20, France.  
Tel : 33.1.56.06.21.47. ; Fax : 33.1.56.06.21.99.  
Mel : courbage@ined.fr
- COURY Diane : Doctorante à l'Institut d'études politiques de Paris, allocataire de  
recherche de l'IRD (ex-Orstom), affectée au projet MADIO  
(Madagascar-Dial-Instat-Orstom).  
INSTAT, B.P. 485, ANTANANARIVO 101, Madagascar  
Tel : 261.20.22.63.778. ; Fax : 261.20.22.33.250.  
Mel : dianecoury@yahoo.com
- DABIRE Bonayi : Chercheur démographe à l'Unité d'enseignement et de recherche  
en démographie (UERD) de l'Université de Ouagadougou.  
03 B.P. 7118, OUAGADOUGOU 03, Burkina Faso.  
Tel : 226.36.21.15. ; Fax : 226.36.21.38.  
Mel : dabireb@hotmail.com
- DELAUNAY Valérie : Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développe-  
ment (IRD/ex-ORSTOM), Harvard Center for population and  
Development Studies.  
9 Bow Street, CAMBRIDGE, MA, 02135, U.S.A.  
Tel : 1.617.495.30.14. ; Fax : 1.617.495.54.18.  
Mel : vdelaina@hsph.harvard.edu
- EL YOUBI Ali : Chercheur démographe au Centre d'études et de recherche démog-  
raphiques (CERED).  
B.P. 178, RABAT, Maroc.  
Tel : 212.7.77.42.71. ; Fax : 212.7.68.19.27.  
Mel : alyoubi@usa.net
- EVINA Akam : Chargé de cours et coordonnateur des études à l'Institut de forma-  
tion et de recherche démographiques (IFORD).  
B.P. 1556, YAOUNDÉ, Cameroun.  
Tel : 237.22.24.71. ; Fax : 237.22.67.93.  
Mel : evina@iccnet.cm
- FASSASSI Raïmi : Allocataire de recherche à l'Institut de recherche pour le dévelop-  
pement (IRD/ ex-ORSTOM).  
LPE-ORSTOM, Université de Provence, Centre St Charles, case 10,  
3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 03, France.  
Tel : 33.4.91.10.64.83. ; Fax : 33.4.91.08.30.36.  
Mel : vimard@newsup.univ-mrs.fr

- FAZOUANE Abdesselam** : Professeur à l'Institut national de statistique et d'économie appliquée (INSEA).  
B.P. 6217, RABAT-Instituts, Maroc.  
Tel : 212.777.48.60. ; Fax : 212.777.94.57.  
Mel : fazouane@insea.ac.ma
- FERRER Marcela** : Sociologue, Université du Chili.
- FERRY Benoît** : Directeur de recherche au Centre français sur la population et le développement (CEPED) et à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD/ ex-ORSTOM).  
CEPED, 15 rue de l'École de Médecine, 75270 PARIS Cedex 06, France.  
Tel : 33.1.44.41.82.33. ; Fax : 33.1.44.41.82.31.  
Mel : ferry@ceped.ined.fr
- GUEYE Mouhamadou** : Chercheur démographe au Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD).  
B.P. 1530, BAMAKO, Mali  
Tel : 223.22.30.43./22.47.06./22.80.86. ; Fax : 223.22.78.31.  
Mel : mgueye@cerpod.insah.ml
- HAMELIN Philippe** : Chercheur à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD/ ex-ORSTOM).  
32 Avenue Henri Varagnat, 93143 BONDY Cedex, France.  
Tel : 33.1.48.02.55.87. ; Fax : 33.1.48.47.30.88.  
Mel : Philippe.Hamelin@bondy.ird.fr
- KAMDEM KAMGNO Hélène** : Doctorante à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD).  
B.P. 1556, Yaoundé, Cameroun.  
Tel : 237.22.24.71. ; Fax : 237.22.67.93.
- KONATE Mamadou** : Chercheur démographe au Centre d'études et de recherche sur la population pour le développement (CERPOD).  
B.P. 1530, BAMAKO, Mali.  
Tel : 223.22.30.43./22.47.06./22.80.86. ; Fax : 223.22.78.31.  
Mel : mkonate@cerpod.insah.ml
- KOUAOUCI Ali** : Chercheur en démographie à l'Université de Montréal.  
3360 Marechel 101, MONTRÉAL, Québec H37 1M9, Canada.  
Tel : 1.514.340.15.93. ; Fax : 1.514.343.23.09.  
Mel : kouaouci@demo.umontreal.ca
- LADIER-FOULADI Marie** : Chargée de recherche au CNRS-Monde Iranien.  
27 rue Paul Bert, 94204 IVRY Cedex, France.  
Tel : 33.1.49.60.40.10. ; Fax : 33.1.45.21.94.19.  
Mel : ladier@ivry.cnrs.fr
- LEBEGUE Julie** : UNICEF  
P. Box 8318-GKFMP, JAKARTA 12083, Indonésie.  
Fax : 62.21.571.13.26./570.55.16.  
Mel : jlebegue@unicef.org
- MARCOUX Richard** : Professeur au Département de sociologie de l'Université Laval.  
QUÉBEC, Canada G1K 7P4.  
Tel : 1.418.656.51.05. ; Fax : 1.418.656.73.90.  
Mel : richard.marcoux@soc.ulaval.ca

- NGONDO a PITSHANDENGE : Professeur en démographie au Département de démographie de Séraphin  
 B.P. 176, KINSHASA XI, République Démocratique du Congo.  
 Fax : 243.88.43.675./12.20.617.  
 Mel : mpoyi.mankonda@undp.org
- NGOY Kishimba : Chercheur à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD).  
 B.P. 1556, YAOUNDÉ, Cameroun.  
 Tel : 237.22.24.71. ; Fax : 237.22.67.93.
- NZITA Denis Kikhela : Professeur en démographie au Département de Démographie de l'Université de Kinshasa (DDK).  
 B.P. 176, KINSHASA XI, République Démocratique du Congo.  
 Tél : 243.12.23.274. ; Fax : 243.88.43.675./12.60.617.  
 Mel : denis\_nitza@yahoo.fr
- PICHÉ Victor : Professeur et directeur du Département de démographie de l'Université de Montréal.  
 C.P. 6128, Succ. Centre-Ville, MONTRÉAL, Québec, Canada H3C 3J7  
 Tel : 514.343.72.25. ; Fax : 514.343.23.09.  
 Mel : pichev@demo.umontreal.ca
- RAZAFINDRATSIMA Nicolas : Doctorant à l'Institut d'études politiques de Paris, allocataire de recherche de l'IRD (ex-ORSTOM), affecté au Projet MADIO (Madagascar-Dial-Instat-Orstom).  
 INSTAT, B.P. 485, ANTANANARIVO 101, Madagascar  
 Tel : 261.20.22.63.778. ; Fax : 261.20.22.33.250.  
 Mel : razafin@represent.ird.mg
- SALA-DIAKANDA Daniel Membele : Représentant du Fonds de Nations Unies pour la Population (FNUAP).  
 B.P. 906, N'DJAMENA, Tchad.  
 Tel : 235.523.761.  
 Mel : dsaladiakanda@hotmail.com
- SALVINI Silvana : Professeur de démographie au Département de statistique de l'Université de Florence.  
 Viale Morgagni 59, 50134 FIRENZE, Italie.  
 Tel : 39.55.423.72.22. ; Fax : 39.55.422.35.60.  
 Mel : salvini@ds.unifi.it
- SCHOUMAKER Bruno : Assistant de recherche et doctorant à l'Institut de démographie de l'Université Catholique de Louvain.  
 1 Place Montesquieu, Bte 17, 1348 Louvain-La-Neuve, Belgique.  
 Tel : 32.10.47.44.61. ; Fax : 32.10.47.29.52.  
 Mel : schoumaker@demo.ucl.ac.be
- TICHIT Christine : Doctorante de l'Université Paris X-Nanterre, en accueil au CEPED, Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche à l'Université de Versailles/ Saint-Quentin-en-Yvelines.  
 CEPED, 15 rue de l'École de Médecine, 75270 Paris Cedex 06, France.  
 Tel : 33.1.44.41.82.30. ; Fax : 33.1.44.41.82.31.  
 Mel : tichit@ceped.ined.fr
- TIEMOKO Richmond : Doctorant à l'Institute of Social Studies.  
 PH 406, P.O. Box 29776, 2502 LT La Haye, Pays Bas.  
 Tel : 31.70.42.60.663. ; Fax : 31.70.42.60.755.  
 Mel : tiemoko@iss.nl

- VIGNIKIN Kokou : Unité de recherche démographique (URD), Université du Bénin.  
B.P. 12971, Lomé, Togo.  
Tel : 228.21.17.21. ; Fax : 228.22.08.89.  
Mel : urd@tg.refer.org
- VIMARD Patrice : Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD/ ex-ORSTOM).  
7 parc de la Moustelle, 13320 Bouc Bel Air, France.  
Tel : 33.4.42.22.46.31. ; Fax : 33.4.42.22.46.31.  
Mel : vimard@newsup.univ-mrs.fr
- YANA Simon David : Enseignant à l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD).  
B.P. 1556, Yaoundé, Cameroun.  
Tel : 237.22.24.71. ; Fax : 237.22.67.93.  
Mel : s.yana@caramail.com/ sidyana@hotmail.com



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction :</b>	1
Les transitions démographiques à l'aube du XXI <sup>e</sup> siècle ( <i>Francis Gendreau et Victor Piché</i> )	3
<b>Partie I : Approche générale</b>	23
Chapitre 1 : Démographie et contexte socio-économique en Amérique Latine et dans les Caraïbes ( <i>Lorenzo Agar et Marcela Ferrer</i> )	25
Chapitre 2 : Les deux modèles de transition démographique en Amérique Latine : le malthusianisme de pauvreté ( <i>Maria Eugenia Cosio-Zavala</i> )	41
Chapitre 3 : Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? ( <i>Ali Kouaouci</i> )	53
Chapitre 4 : Migration et transition démographique en Afrique ( <i>Mouhamadou Gueye, Mamadou Konaté, Kokou Vignikin, Richard Marcoux et Victor Piché</i> )	65
<b>Partie II : La baisse de la mortalité, amorce de la transition</b>	79
Chapitre 5 : Pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain marocain ( <i>Abdesslam Fazouane</i> )	81
Chapitre 6 : Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie ( <i>Youssef Courbage</i> )	93
Chapitre 7 : Baisse de la mortalité des enfants, risques économiques et comportements sanitaires acquis à Bamako (Mali) ( <i>Julie Lebègue</i> )	109
<b>Partie III : Le contexte de la transition de la fécondité</b>	127
Chapitre 8 : Déterminants de la fécondité et contexte local au Maroc rural. Une application des modèles multi-niveaux ( <i>Bruno Schoumaker</i> )	129
Chapitre 9 : La transition de la fécondité en Iran islamique ( <i>Marie Ladier-Fouladi</i> )	145
Chapitre 10 : Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne ? ( <i>Patrice Vimard et Raïmi Fassassi</i> )	157

Chapitre 11 : Mobilité sociale et fécondité à Bamako (Mali) <i>(Richard Marcoux et Victor Piché)</i>	171
Chapitre 12 : Arbitrage entre qualité et quantité d'enfants et baisse de la fécondité en milieu rural : le cas des femmes de la Vallée du Mono <i>(Kokou Vignikin)</i>	187

## **Partie IV : Nuptialité et fécondité des adolescents** 199

Chapitre 13 : Évolution des comportements matrimoniaux et fécondité au Bénin <i>(Mouftaou Amadou Sanni)</i>	201
Chapitre 14 : L'activité sexuelle entre puberté et procréation au cœur des transitions au sud <i>(Benoît Ferry)</i>	213
Chapitre 15 : Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais <i>(Valérie Delaunay)</i>	225
Chapitre 16 : Amitiés, sexualité et avortement en milieu scolaire. Le cas de la ville de Kikwit (République Démocratique du Congo) <i>(Séraphin Ngondo a Pitshandenge)</i>	241

## **Partie V : Planification familiale et contraception** 251

Chapitre 17 : L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? <i>(Akam Evina et Kishimba Ngoy)</i>	253
Chapitre 18 : Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique <i>(Eliwo Akoto et Hélène Kamdem)</i>	269
Chapitre 19 : Impact de la distribution de produits contraceptifs en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazèga <i>(Banza Baya)</i>	287
Chapitre 20 : Condition féminine, milieu social, planification familiale et santé infantile au Maroc <i>(Aurora Angeli et Silvana Salvini)</i>	301
Chapitre 21 : Niveau, structure et raisons de la discontinuation de la contraception au Maroc <i>(Ali El Youbi)</i>	315
Chapitre 22 : La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil <i>(Elisabete de Carvalho)</i>	327

## **Partie VI : Statut de la femme et autres déterminants** 343

- Chapitre 23 : Attitudes des femmes à l'égard d'une planification  
des naissances en contexte africain d'agriculture de rente 345  
(*Agnès Adjamagbo*)
- Chapitre 24 : Fécondité et statut des femmes dans le ménage au Cameroun 357  
(*Christine Tichit*)
- Chapitre 25 : Pauvreté et fécondité au Maroc 371  
(*Aziz Ajbilou*)
- Chapitre 26 : Baisse de la fécondité et demande d'éducation  
à Antananarivo (Madagascar) 379  
(*Diane Coury et Nicolas Razafindratsima*)
- Chapitre 27 : Politique de population et transition démographique  
dans les pays d'Afrique à forte stérilité 393  
(*Denis Nzita Kikhela*)
- Chapitre 28 : Le confiage des enfants, alternative à une transition de crise 407  
(*Bonayi Dabire*)

## **Partie VII : Le rôle des politiques de population** 343

- Chapitre 29 : Le rôle des politiques de population dans la transition  
de la fécondité : l'exemple de la Thaïlande 425  
(*Nicole Bella*)
- Chapitre 30 : La transition démographique en Algérie :  
réflexions sur l'avenir 441  
(*Abdellaziz Bouisri*)
- Chapitre 31 : Transitions démographiques contrastées :  
Argentine, Brésil et Chili 457  
(*Philippe Hamelin*)
- Chapitre 32 : Environnement institutionnel et transition  
de la fécondité au Cameroun 469  
(*Simon David Yana*)
- Chapitre 33 : Politique de développement économique, politique migratoire  
et changement de la fécondité en milieu rural forestier ivoirien 481  
(*Richmond Tiemoko*)

## **Synthèse** 493 (*Daniel Sala-Diakanda*)

- Annexe :** 499
- Les troisièmes Journées Scientifiques du Réseau démographie de l'UREF 501
- A : Organisation et déroulement 501
- B : Programme 502



# **INTRODUCTION**



# Introduction : Les transitions démographiques à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle

*Francis Gendreau<sup>1</sup> et Victor Piché<sup>2</sup>*

Les questions suscitées par la transition démographique retiennent l'attention des démographes depuis de nombreuses années. L'objectif de cet ouvrage issu des Journées scientifiques du Réseau Démographie de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF)<sup>3</sup>, est de contribuer à la réflexion collective et au débat sur ces questions, importantes non seulement d'un point de vue théorique, mais pour les politiques de population et de développement mises en œuvre. En ce sens, il s'inscrit dans la dynamique qui fait suite à la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994, et dont la communauté internationale a dressé le bilan en 1999, cinq ans après.

De plus, il paraît particulièrement opportun pour les pays n'ayant amorcé que depuis peu la baisse de leur natalité (dont beaucoup sont francophones), d'explorer les scénarios possibles de la poursuite de leur transition. D'ailleurs, le thème de cet ouvrage reprend celui des travaux menés depuis 1995 dans le cadre de l'action de recherche concertée (ARC) sur « les transitions démographiques » lancée par l'AUF et réalisée par 8 équipes<sup>4</sup>. Enfin, ce thème constitue une suite logique aux précédentes Journées du Réseau sur « Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud » puisque certaines interrogations lancées lors de ces Journées [2] trouvent un prolongement naturel ici.

Avant d'aller plus loin dans cette réflexion, il nous semble utile d'examiner le contexte idéologique dans lequel se sont développées les théories de la transition démographique. Notre discipline, comme toute autre, se développe et progresse en effet dans des situations historiques déterminées et au sein de communautés scientifiques constituées dans des sociétés présentant des caractéristiques et des dyna-

---

1. Chercheur à l'IRD, président du Conseil du CICRED, coordonnateur du Réseau Démographie de l'AUF.

2. Directeur du Département de Démographie de l'Université de Montréal.

3. Ces Journées scientifiques, les troisièmes du Réseau, se sont tenues à Rabat (Maroc) du 9 au 12 Décembre 1999 et ont été co-organisées avec l'Institut National de Statistique et d'Économie Appliquée (INSEA). On trouvera en annexe une présentation de ces Journées.

4. Cette Action de recherche concertée (ARC) regroupe des équipes du CEPED (Paris), du CERPOD (Bamako), de l'IFORD (Yaoundé), de l'IDP (Université de Paris IV), de l'INSEA (Rabat), de l'IRD (Marseille), de l'URD (Lomé) et du Département de démographie de l'Université de Montréal. Son objet est l'étude de la transition démographique en Afrique à partir du cas de 8 pays (Maroc, Tunisie, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo, Cameroun) et de leur comparaison avec quelques autres (Égypte, Kenya, Algérie).

miques données. Ensuite, nous brosserons un panorama des transitions démographiques en cours dans le monde contemporain, notamment dans les régions et pays étudiés dans les différents chapitres de cet ouvrage, en nous limitant volontairement à ce stade à une approche descriptive et quantitative permettant de poser le cadre des travaux présentés. Enfin, dans une troisième partie, nous introduirons les différents chapitres qui, de façon souvent approfondie, replacent ces évolutions dans leur contexte économique et social pour les caractériser et mettre en évidence les dynamiques à l'œuvre.

## Les théories de la transition démographique : de la modernisation à la mondialisation

On peut dire que le XX<sup>e</sup> siècle aura été le siècle où les travaux des démographes auront été dominés par le schéma de la transition démographique. Déjà, dans les années quarante, tant en France qu'aux États-Unis, l'accumulation de statistiques démographiques, encore très modeste certes, commençait à révéler des signes de transformations importantes dans la dynamique des populations. Mais au-delà des chiffres et des courbes si caractéristiques des travaux démographiques depuis lors (voir la seconde partie ci-après), ce sont les interprétations des changements en cours et projetés qui fascineront les historiens de demain. C'est que ces interprétations sont indissociables des évolutions sociales et politiques qui ont marqué la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle. A l'échelle de l'histoire de l'humanité, la transition démographique et la croissance qu'elle aura engendrée n'auront été qu'une parenthèse très courte et atypique de l'histoire démographique. Cette parenthèse aura eu pourtant des conséquences considérables sur cette histoire. C'est sans doute ce qui explique la place prépondérante qu'elle occupe dans les écrits démographiques : la transition et les théories qui tentent de la circonscrire, constituent ainsi des enjeux cruciaux ancrés dans l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle et qui continueront à mobiliser les chercheurs pour une bonne partie du XXI<sup>e</sup> siècle. Sans prétendre écrire l'histoire de ces enjeux, nous proposons quelques pistes de réflexion qui permettent de situer les travaux présentés ici dans leur contexte socio-historique et d'en dégager les enjeux actuels.

### *Évolutionnisme et modernisation*

Les premières formulations de la théorie de la transition démographique sont apparues en pleine période coloniale et sont fortement teintées d'évolutionnisme. *Les théories de la modernisation* sont dominantes et présentent les sociétés traditionnelles et non industrialisées (vocabulaire du temps) comme des miroirs inverses des sociétés industrialisées et modernes. Les sociétés traditionnelles sont alors décrites essentiellement en référence aux sociétés modernes par une série de manques ou d'insuffisances : manque de capitaux, insuffisance des marchés intérieurs, importance du passé, absence de planification, absence de structures politiques démocratiques, absence de rationalisme, etc. Dans une perspective évolutionniste, ces sociétés se développeront en adoptant des structures plus modernes et bien sûr les attitudes qui les sous-tendent. La *théorie structuro-fonctionnaliste* en sociologie et en anthropologie et la *théorie néo-libérale* en économie viendront apporter un support scientifique

à ces conceptions. Ce qu'il est intéressant de souligner, c'est l'accent mis sur les facteurs macrostructurels comme moteurs de la transition vers la modernité, en particulier l'industrialisation et l'urbanisation. Il s'agit bel et bien d'une théorie globale de la société<sup>5</sup>.

Appliquée à la démographie, la *théorie évolutionniste* postule que la transition démographique est ou sera le produit des transformations structurelles profondes accompagnant la modernisation économique d'abord, et la modernisation sociale et culturelle ensuite. Notons que dans ces premières formulations, la fécondité n'est pas isolée de son contexte familial ni des autres phénomènes démographiques, en particulier la baisse de la mortalité infantile et la migration rurale-urbaine.

Cette approche ne résistera pas à la grande vague anticommuniste qui caractérisera le monde occidental après la deuxième guerre mondiale. En particulier, l'hégémonie américaine s'étendra à tous les domaines, y compris celui de la démographie des pays sous-développés (pour reprendre la terminologie de l'époque). Avec l'Amérique Latine et l'Asie d'abord, puis l'Afrique ensuite comme « terrains » de recherche, les fonds américains vont nourrir les recherches démographiques. En effet, la croissance démographique rapide des pays sous-développés est considérée comme une menace pour le monde occidental dans la mesure où elle engendre pauvreté, misère des masses et sous-développement, ingrédients favorisant l'expansion du communisme. La causalité scientifique se trouve en quelque sorte inversée presque du jour au lendemain et par ceux-là mêmes qui avaient contribué à développer l'approche macrostructurelle [4]. Un tel revirement ne doit pas surprendre si l'on se réfère au climat idéologique de l'époque.

L'enjeu scientifique tourne alors autour de la question : comment ralentir la croissance démographique ? Ce n'est pas un hasard si c'est à cette époque que les fondations américaines (dont le Population Council) financent les premières grandes enquêtes sur la fécondité (et les premiers programmes de planification familiale) dans les pays du Tiers Monde. Le support scientifique est alors fourni par l'apparition d'un nouveau modèle analytique qui, jusqu'à aujourd'hui, dominera la recherche démographique : le modèle des « variables intermédiaires » de Davis et Blake [1]. Encore une fois, ce n'est pas un hasard si un modèle assez limité deviendra universel et incontournable. En effet, il produira deux effets durables sur la théorie de la transition démographique : il éloignera l'attention des facteurs macrostructurels pour la concentrer sur les facteurs micro-individuels, en particulier la planification familiale, et il isolera la fécondité de son contexte familial [5]. Dès lors, si la transition démographique est toujours souhaitable et souhaitée, la théorie scientifique, ne pouvant pas attendre que les transformations structurelles se réalisent, énonce dorénavant que les comportements démographiques peuvent être changés par des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC). Certes, il existe quelques voix discordantes se réclamant du féminisme et du marxisme et insistant sur les inégalités sociales produites par un système économique mondial lui aussi fortement inégalitaire, et qui sous-tendent les différences de comportements démographiques. En démographie, ces voix sont demeurées fortement périphériques.

Depuis quelques années, nous assisterions à un certain « révisionnisme », du moins selon quelques auteurs américains (voir par exemple [4]). Le contexte des deux der-

---

5. On trouvera dans [7] les références aux auteurs qui ont développé les théories de la transition démographique.

nières décennies du siècle y est certainement pour quelque chose : en effet, l'effondrement du bloc communiste a modifié les rapports de force internationaux et mis fin à ce que l'on appelait la guerre froide. L'hégémonie du monde occidental semble pour le moment acquise, de sorte que l'attention se porte de nouveau sur des facteurs plus macrostructurels et institutionnels, la théorie de la mondialisation constituant le nouveau paradigme des sciences sociales actuelles.

## *Mondialisation, crises et pauvreté*

La pauvreté des pays en développement est maintenant considérée comme le résultat de deux phénomènes inter-reliés : l'insuffisance de compétitivité sur le marché mondial et l'absence d'institutions démocratiques, en particulier l'étouffement de la société civile par des Etats interventionnistes, autoritaires, voire dictatoriaux. L'idéologie de la mondialisation suppose que le développement économique est et sera engendré par la libéralisation des marchés, l'ouverture aux marchés mondiaux (ce que les anglophones appellent « export-led development »), le développement de structures démocratiques, le retrait de l'État des activités économiques et son corollaire, la privatisation. La théorie de la mondialisation ne serait-elle qu'une version actualisée de la théorie de la modernisation ?

L'impact de ce nouveau courant de pensée sur la démographie des pays en développement n'est pas encore très apparent, encore qu'en Afrique, « terre d'innovation » [6], on peut déjà entrevoir de nouvelles pistes de recherche qui enrichiront la théorie de la transition démographique. Dans le prolongement de la théorie de la mondialisation, au moins deux nouvelles approches peuvent être d'ores et déjà identifiées comme pouvant marquer la recherche démographique au cours du XXI<sup>e</sup> siècle. Premièrement, les effets des nouvelles politiques de développement axées sur l'ajustement structurel ont exacerbé les « crises » africaines. Après plus d'une dizaine d'années de ce régime économique, il est clair aujourd'hui que ce modèle accroît les inégalités socio-économiques entre pays et entre groupes dans un même pays. La recherche démographique africaine n'a pas tardé d'ailleurs à montrer les effets des crises sur les comportements démographiques, comme en témoignent les précédentes Journées scientifiques du Réseau Démographie de l'AUF sur « Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud » déjà mentionnées [2]. Une des avancées importantes de ces recherches aura été de démontrer, s'il le fallait encore, que les comportements démographiques ne se laissent pas facilement réduire à un ou deux facteurs et que les stratégies des ménages sont complexes et multiples. Les individus, les couples, les ménages utilisent les options disponibles selon les contraintes spécifiques qu'ils vivent dans leur famille, leur quartier, leur village, leur pays, leur région. De ce point de vue, les effets de la crise ne sont pas univoques et peuvent toucher le mariage (par exemple retard de l'âge au mariage, séparation, divorce), la maladie et la mort (par exemple diminution du recours aux soins de santé), la migration, la déscolarisation, etc. Un des grands scandales de la période actuelle est l'accès inégal aux soins de santé, qui se traduit en Afrique par une augmentation de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et de la mortalité due au VIH/sida.

Le deuxième effet de la mondialisation, que celle-ci soit réelle, souhaitée ou purement idéologique, sera de détruire le mur qui sépare depuis trop longtemps la recherche dans les pays développés et celle dans les pays en développement. Contrairement au premier point, celui-ci peut s'avérer positif dans la mesure où les populations et les

groupes subissant les effets de la mondialisation ne sont pas tous cantonnés dans « les réserves » du Sud. La pauvreté et ses effets se font sentir partout. Ainsi, des problématiques communes sont en émergence concernant par exemple les défis de l'insertion des populations migrantes, la défense des droits de la personne en relation avec les migrations de refuge et les droits sociaux (y compris le droit à la santé, à l'éducation et à l'égalité entre les hommes et les femmes), le développement de modèles pluralistes, etc. On voit à quel point la démographie, qui s'est trop souvent tenue à l'écart des grands problèmes de l'heure, devra reprendre son indépendance (par exemple face aux bailleurs) et redéfinir ses priorités de recherche en lien étroit avec de nouveaux partenaires sociaux davantage issus de la société civile. La théorie de la transition démographique ne pourra plus être uniquement une théorie de la baisse quantitative de la fécondité mais une théorie qui montre la voie de la transition vers un régime démographique équitable pour tous. Pour certains, cela peut ressembler au Programme d'action du Caire. Nous sommes en effet convaincus que ce programme constitue certainement un pas énorme dans la direction d'une plus grande équité démographique. Mais pour nous, ce programme souffre d'un grave défaut, celui de ne pas prendre véritablement en compte la question des relations entre la population, la croissance économique et le développement durable. Ce champ et la théorie de la transition démographique qui le sous-tend, restent à l'heure de la mondialisation plus ouverts que jamais.

## Du XX<sup>e</sup> AU XXI<sup>e</sup> siècle, des transitions aux multiples visages

La transition démographique s'est donc imposée progressivement comme mode de description de l'évolution de la plupart des populations du monde. Mais si les démographes admettent généralement sa portée universelle, il n'en demeure pas moins que les différents pays du monde se trouvent à des étapes différentes de leur transition : certains l'ont achevée, ou presque, d'autres n'en sont encore qu'à la première phase, celle de la baisse de la mortalité, la baisse de la natalité ne s'étant pas encore amorcée. Ce dernier cas est notamment celui de certains des pays de l'Afrique subsaharienne. Dans d'autres pays, la baisse de la natalité n'est amorcée que depuis peu de temps.

Par ailleurs, au-delà d'une formulation très générale réduisant la théorie « à une expression presque squelettique » [3], la transition se manifeste selon des modalités très diverses. Dans la réalité, on observe en effet de grandes variations dans les conditions pré-transitionnelles, dans le décalage entre l'amorce de la baisse de la mortalité et celle de la baisse de la natalité, dans le rythme de chacune de ces baisses, dans les changements de la nuptialité, etc. De plus, la transition, censée se produire dans un contexte de progrès économique et social (la « modernisation »), apparaît et se poursuit aujourd'hui dans des situations de crise, au point que l'on parle parfois de transition de crise ou de transition de pauvreté. Enfin, la transition peut connaître des hoquets liés à ces crises, notamment des retours en arrière dans la baisse de la mortalité.

Pour donner un aperçu de cette diversité, nous nous appuyons sur les dernières évaluations et perspectives des Nations Unies [9] pour examiner les évolutions de quelques ensembles (Amérique latine, Asie et Afrique) et des pays étudiés dans les différents chapitres de cet ouvrage.

- Argentine, Brésil et Chili en Amérique latine ;
- Iran, Thaïlande et Turquie en Asie ;
- Algérie, Maroc, Tunisie (Maghreb), Cameroun, Congo (Rep. Dem.), Kenya, Madagascar (Afrique du centre et de l'est), Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal (Afrique de l'ouest).

La figure 1 fournit les différents schémas de transition de chacun des trois continents et des 18 pays, sous la forme classique des courbes des taux de natalité, de mortalité et d'accroissement naturel pour la période couverte par les perspectives des Nations Unies : 50 ans de reconstitution (1950-2000) et 50 ans de projection (2000-2050)<sup>6</sup>. Les figures 2 et 3 apportent quelques premiers éléments d'explication à travers les évolutions respectives de l'espérance de vie à la naissance et de l'indice synthétique de fécondité.

6. Il s'agit de la variante moyenne des Nations Unies fondée sur une poursuite de l'accroissement de l'espérance de vie (à l'exception des 34 pays les plus touchés par la pandémie du SIDA qui est prise en compte) et de la baisse de la fécondité jusqu'à son niveau de remplacement en fin de période.

**Figure 1 : La diversité des transitions démographiques, 1950-2050**

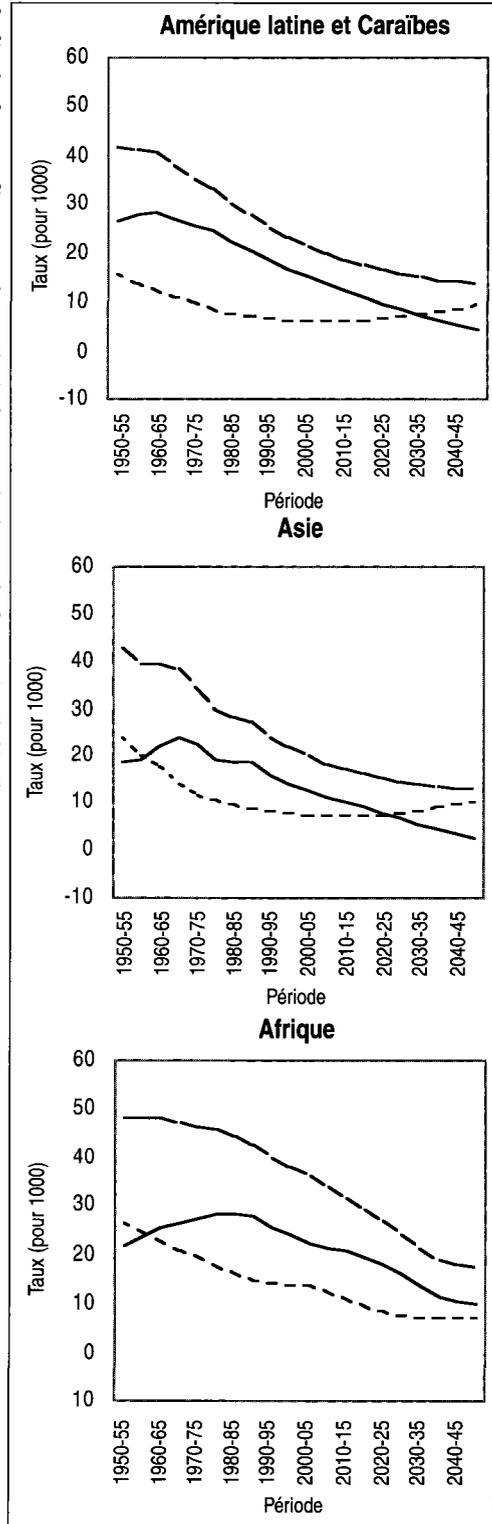


Figure 1 (suite 1) : La diversité des transitions démographiques, 1950-2050

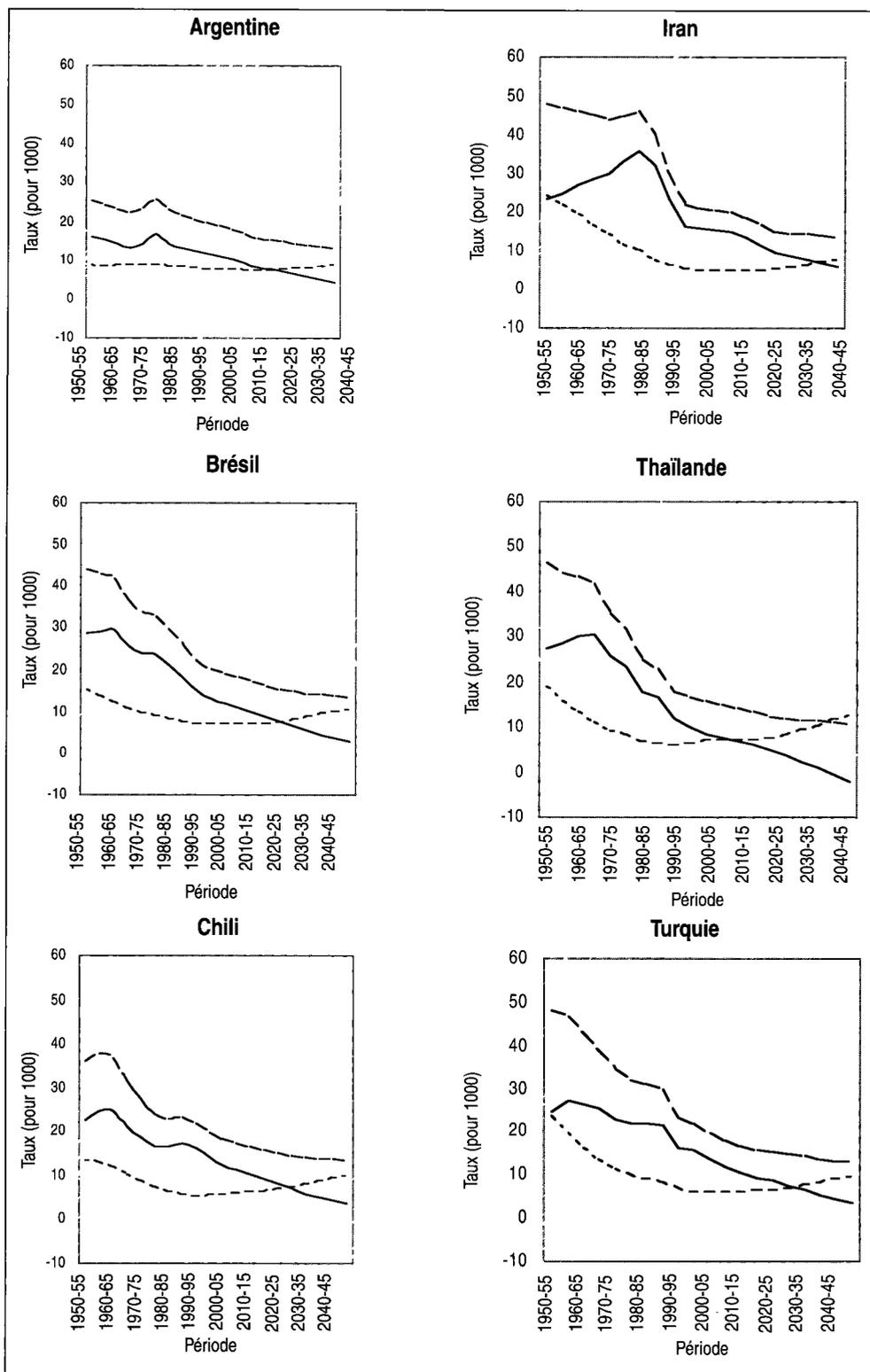


Figure 1 (suite 2) : La diversité des transitions démographiques, 1950-2050

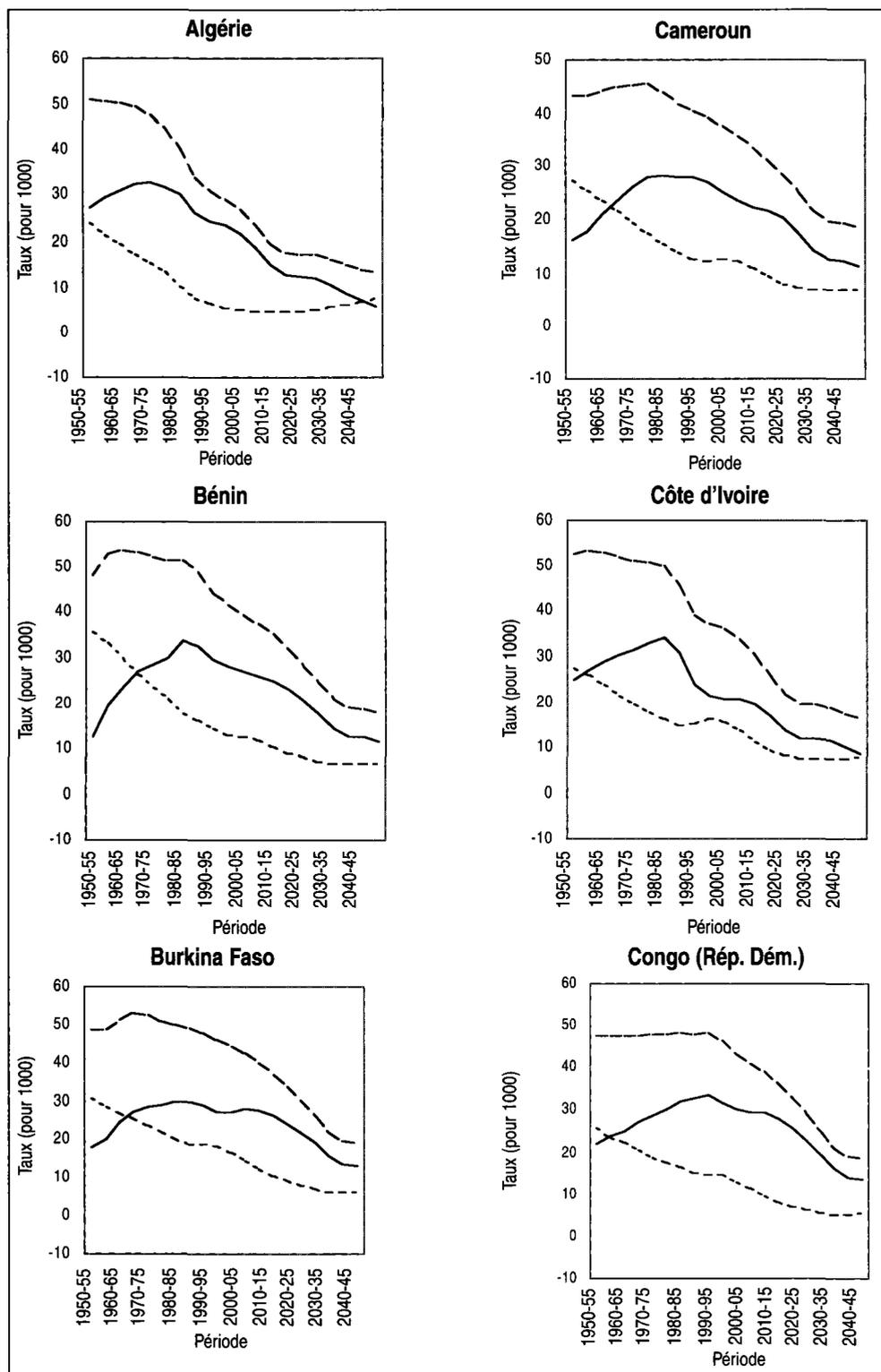
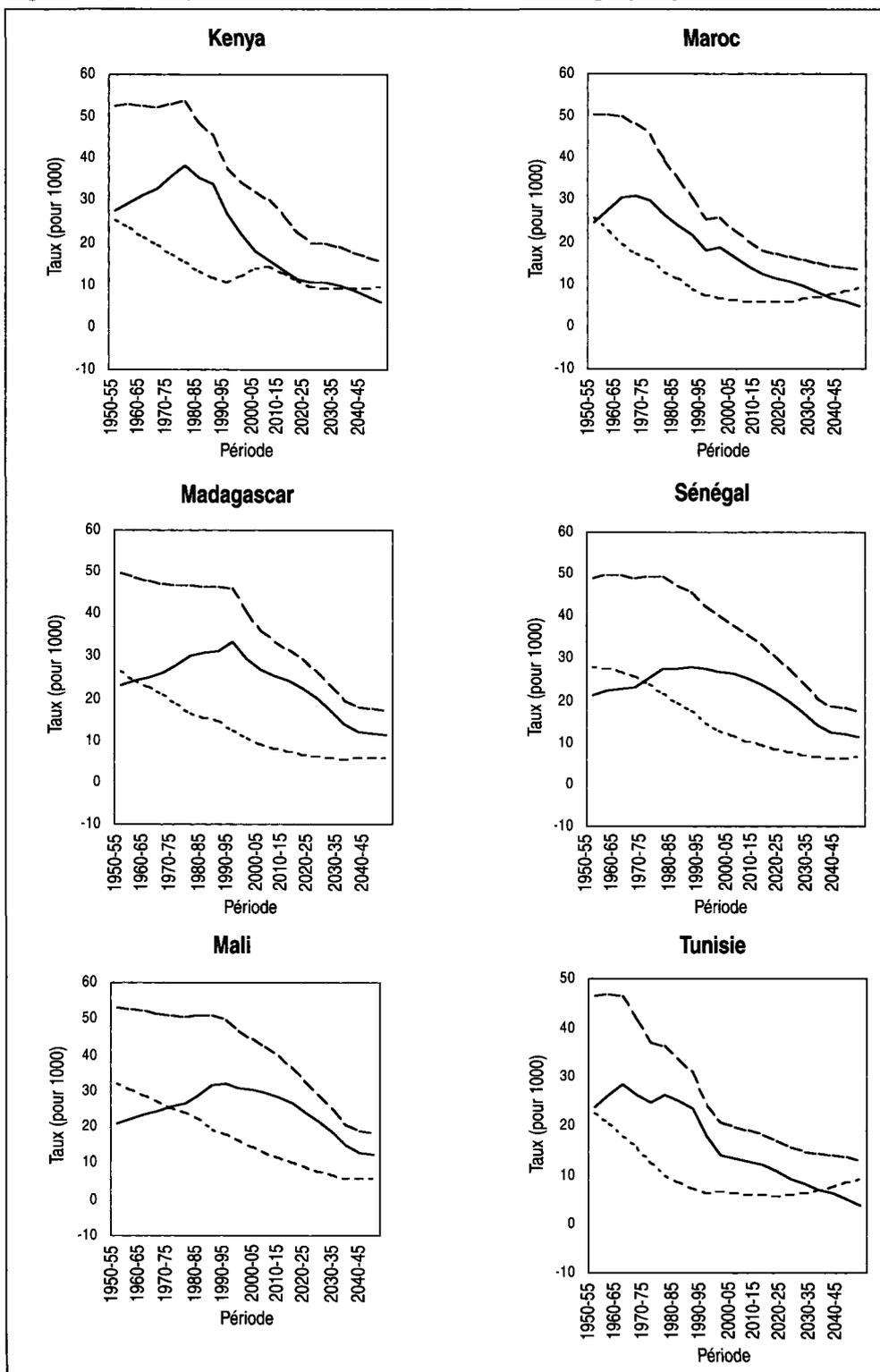


Figure 1 (suite 3) : La diversité des transitions démographiques, 1950-2050



## Mortalité

En 1950, les pays sous revue présentaient une grande dispersion dans leurs taux bruts de mortalité : certains pays, comme l'Argentine (9,1‰), ayant déjà atteint des niveaux très faibles, alors que pour tous les pays d'Afrique sub-saharienne, ce taux était encore supérieur à 20‰ et atteignait 35,8‰ au Bénin. L'éventail va donc, pour notre échantillon, de 1 à près de 4. En même temps que la mortalité se réduisait, l'éventail s'est un peu réduit depuis (de 1 à un peu plus de 3 aujourd'hui). La remontée des courbes en fin de période de projection n'est due qu'à l'effet de la transformation de la structure par âges. Par contre, les petits pics de mortalité constatés sur certaines courbes sont dues à l'épidémie de sida, notamment en Côte d'Ivoire et au Kenya.

L'examen de l'évolution de l'espérance de vie confirme la grande dispersion de début de période, qui se réduit par la suite dans le mouvement général de baisse de la mortalité, avec quelques accidents de baisse temporaire de l'espérance de vie : 1,5 ans au Burkina Faso entre 1985-90 et 1995-00, 1,0 ans au Cameroun entre 1995-00 et 2005-10, 0,9 ans au Congo (R. D.) entre 1990-95 et 1995-00 ; mais surtout 4,1 ans en Côte d'Ivoire entre 1985-90 et 1995-00, et 9,2 ans au Kenya entre 1985-90 et 2005-10.

## Natalité, fécondité

L'évolution des taux bruts de natalité est plus complexe puisque dans notre échantillon de 18 pays, la moitié présente des courbes constamment décroissantes alors que l'autre moitié affiche des courbes avec un maximum. On retrouve une certaine dispersion entre les valeurs maximales de chaque pays (valeur pour 1950-55 ou maximum plus tardif), mais cette dispersion est moins marquée que pour les taux de mortalité ; toutefois, elle s'est accrue du fait des décalages dans les débuts de baisse de la natalité. L'examen de l'évolution des indices synthétiques de fécondité confirme ces grandes tendances, mais surtout nous permet d'apprécier les périodes d'amorce de la baisse de la fécondité, par exemple en prenant pour critère une baisse supérieure à 5 % (Tab. 1). On voit sur ce tableau les différents pays s'inscrire progressivement dans la baisse de la fécondité, celle-ci étant, d'après les Nations Unies, déjà amorcée dans tous les pays sous revue sauf le Burkina Faso et le Congo (R. D.).

## Taux d'accroissement naturel

Comme prévu par le schéma de la transition démographique, les courbes des taux d'accroissement naturel présentent toutes un maximum (sauf pour l'Argentine dont le maximum est antérieur à la période retenue). La période à laquelle est atteint ce maximum et la valeur de ce maximum figurent au tableau 1.

Ce tableau montre bien les décalages temporels entre les différents pays et continents ainsi que les valeurs élevées atteintes par ces taux maximaux du fait du délai souvent long séparant les débuts des baisses de la mortalité et de la natalité. Pour les 17 pays examinés, le taux maximal est toujours supérieur à 2,7 % et dépasse 3 % dans 11 cas.

Finalement, on se trouve dès ce stade descriptif en présence d'une très grande diversité. Cette diversité demande à être étudiée à la lumière des données accumulées par les enquêtes réalisées au cours des dernières années, pour la rendre intelligible, dresser une typologie des situations, voire examiner les cas où le schéma serait remis en question. Cette étude doit être menée en mettant en relation les évolutions démographique et socio-économique et en examinant le rôle joué par les politiques de population.

Figure 2 : Évolution des espérances de vie à la naissance, 1950-2050

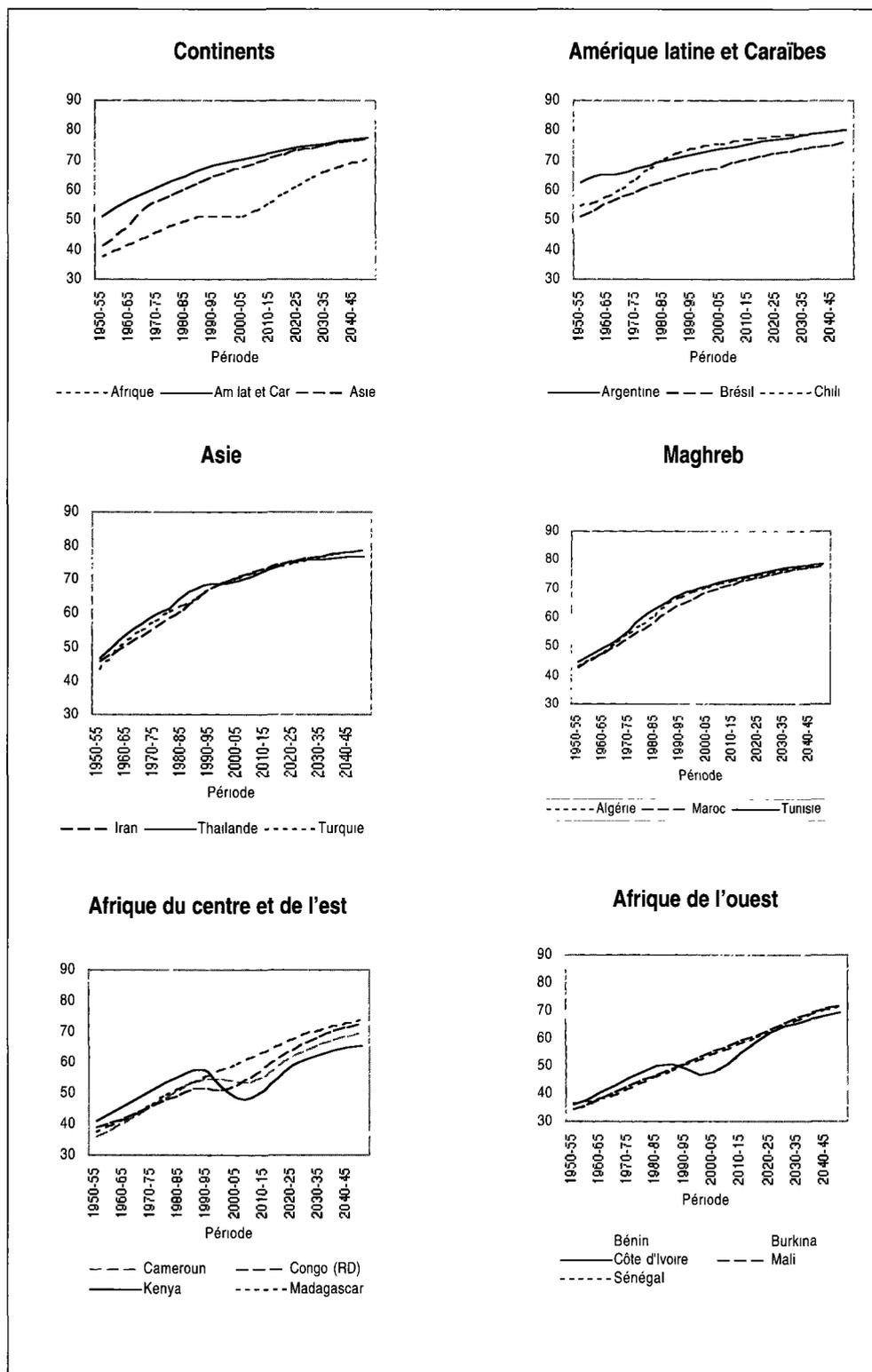
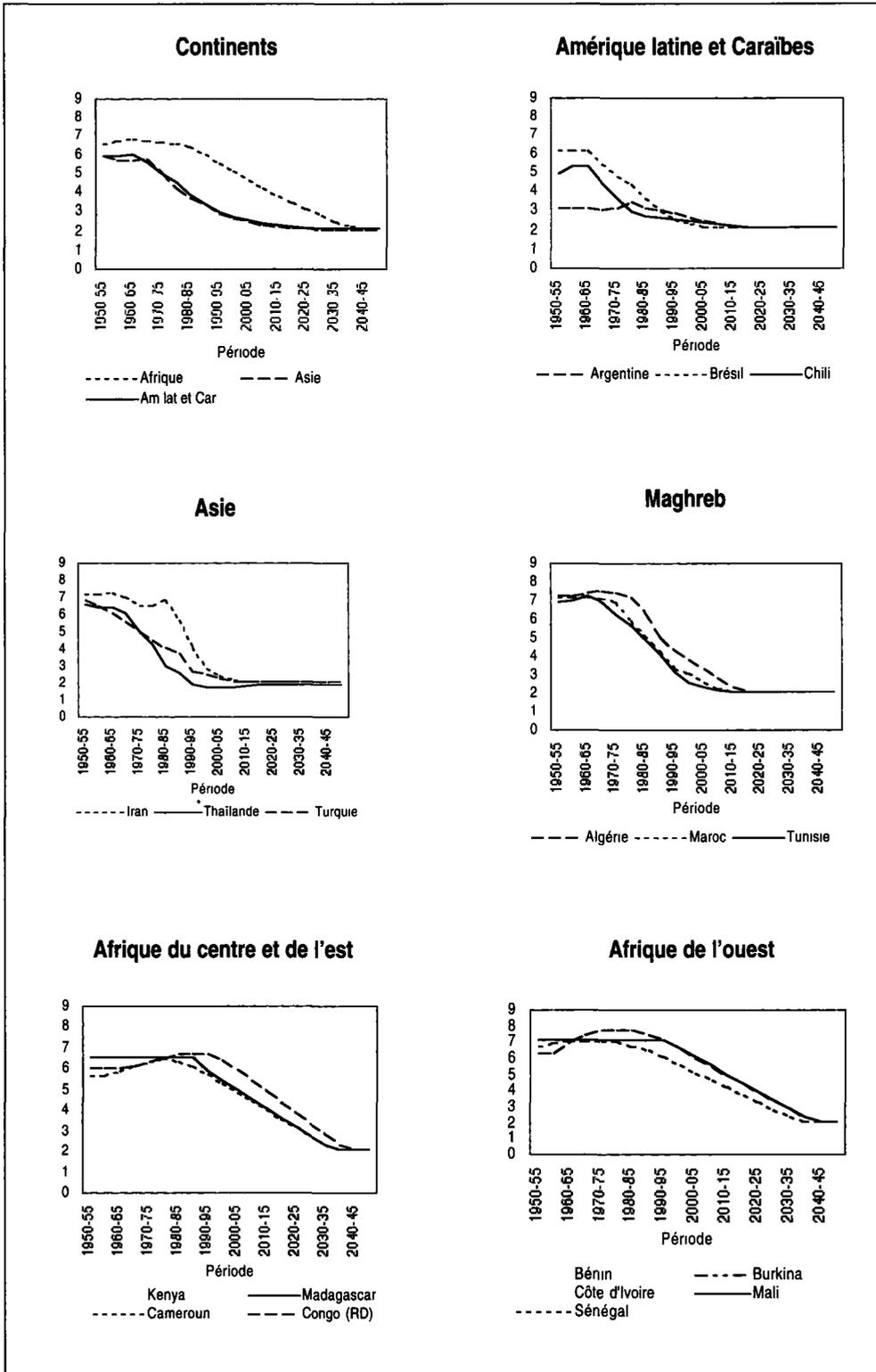


Figure 3 : Évolution des indices synthétiques de fécondité, 1950-2050



**Tableau 1 : Amorce de la baisse de la fécondité et maximum de l'accroissement naturel**

Pays, Continent	Période d'amorce de la baisse de la fécondité	Maximum de l'accroissement naturel	
		Période	Valeur (%)
Argentine	Avant 1950	Avant 1950	—
Turquie	1960	1955-60	2,70
Chili	1965	1955-65	2,46
Amérique latine et Caraïbes	1965	1960-65	2,85
Brésil	1965	1960-65	2,96
Tunisie	1970	1960-65	2,86
Asie	1970	1965-70	2,42
Thaïlande	1970	1965-70	3,04
Maroc	1975	1965-70	3,08
Algérie	1980	1970-75	3,26
Kenya	1980	1975-80	3,81
Afrique	1985	1980-85	2,85
Côte d'Ivoire	1985	1980-85	3,41
Iran	1985	1980-85	3,56
Bénin	1990	1980-85	3,37
Cameroun	1990	1980-85	2,82
Sénégal	1990	1985-90	2,78
Madagascar	1990	1990-95	3,33
Mali	1995	1990-95	3,20
Burkina Faso	2005	1980-90	3,00
Congo (R. D.)	2005	1990-95	3,35

## Présentation de l'ouvrage

### *Approche générale*

La diversité des modalités de réalisation de la transition démographique est soulignée par quelques chapitres qui se placent d'un point de vue assez général et qui fournissent à l'ouvrage un cadre de référence. Lorenzo AGAR et Marcela FERRER montrent ainsi qu'en Amérique latine, la transition n'est pas engagée de façon uniforme, que les trajectoires suivies sont multiples et que diverses situations démographiques coexistent, liées aux profils socio-économiques des différents pays. Maria Eugenia COSIO-ZAVALA affine cette analyse en identifiant deux modèles de

transitions démographiques en Amérique latine : celui vécu par les couches sociales privilégiées et rapidement modernisées et celui vécu par les couches défavorisées (le *malthusianisme* est alors induit par des conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs : c'est le *malthusianisme* de pauvreté). Par conséquent, « dans l'analyse des transitions démographiques, il faut réintroduire une dimension sociale » et « le développement social est une condition tout à fait nécessaire à une véritable transition démographique ».

Pour le Maghreb, Ali KOUAOUCI analyse la transition démographique comme un phénomène pénible, douloureux pour la société car il implique des changements considérables dans la famille, le marché du travail et même le système politique, « changements que la jeunesse réussira peut-être à imposer ». Enfin, Victor PICHÉ et ses coauteurs, à propos de l'Afrique, introduisent la migration dans le schéma de la transition démographique, estimant que « la théorie de la transition démographique intègre l'ensemble des phénomènes démographiques » et soulignent l'importance des stratégies familiales : « seule l'approche des stratégies familiales permet de cerner la totalité du régime démographique dans les sociétés africaines ».

### *La baisse de la mortalité, amorce de la transition*

L'accent mis dans l'étude de la transition démographique sur la fécondité renvoie souvent au second plan l'étude de la baisse de la mortalité. Même si celle-ci est abordée, ce n'est pas en elle-même, c'est le plus souvent par rapport à la fécondité (la baisse de la mortalité infantile comme condition de celle de la fécondité). Pourtant, la diversité des modalités de la baisse de la mortalité mérite qu'on s'y arrête. C'est en tout cas ce à quoi nous invitent trois chapitres. Le premier, dû à Abdesselam FAZOUANE, examine les relations entre pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain au Maroc. Il montre que, s'il y a eu une forte baisse de la mortalité des enfants en milieu urbain marocain, la pauvreté introduit une grande hétérogénéité. Celle-ci est cohérente avec les analyses classiques, puisqu'il montre l'importance de facteurs comme la nutrition des enfants et l'éducation des mères.

Youssef COURBAGE, qui étudie la mortalité des enfants en Turquie, rappelle que celle-ci « reste une énigme » car on n'a pu expliquer son niveau relativement élevé (le taux de mortalité infantile est encore de 53 pour mille alors que la fécondité est à peine supérieure à 2 enfants par femme). Estimant que « la mortalité des enfants est un révélateur, aussi silencieux que significatif, des styles de vie, de la valeur relative accordée aux sexes et aux âges de la vie, ainsi que des normes culturelles régissant l'équilibre des pouvoirs entre générations », il étudie « l'environnement social non matériel », « l'atmosphère culturelle autour de l'enfant et de la mort ». Son analyse le conduit à conclure que les changements de mentalités et d'attitudes vis-à-vis de l'enfant ont été très lents et n'ont pas précédé ou accompagné le déroulement de la transition démographique. Nous sommes donc en présence d'un cas très particulier où la transition de la fécondité s'est déroulée à vive allure, alors que « la révolution de l'enfance n'a pas encore eu lieu » et devra donc la suivre.

Julie LEBEGUE enfin, à partir d'une étude portant sur un quartier spontané de Bamako (Mali), montre que la ville n'est pas forcément synonyme de progrès. Dans un contexte de crise économique et de paupérisation des ménages, la population vit à la lisière de l'exclusion sociale, le processus d'intégration urbaine s'est allongé et

avec lui le temps où existe un risque d'exclusion. Dans ces conditions, l'amélioration de la santé et la baisse de la mortalité des enfants risquent d'être compromises à cause d'une promiscuité croissante, d'une insalubrité généralisée et d'un accès difficile aux services de santé.

## *Le contexte de la transition de la fécondité*

Plusieurs chapitres permettent de comprendre l'importance du contexte culturel, social et économique dans la transition de la fécondité. C'est ainsi que Bruno SCHOUAKER, en utilisant les modèles multi-niveaux qui lui semblent bien adaptés à cela, montre l'importance de la prise en compte des différentes caractéristiques du contexte dans l'explication des changements récents de fécondité en milieu rural au Maroc. Marie LADIER-FOULADI, analysant les calendriers respectifs de la baisse de la fécondité et des mutations politiques en Iran, montre que la dynamique de la société est plus importante que les lois et les mesures politiques : la révolution de 1979 n'a pas interrompu la transition de la fécondité car cette dernière s'insère dans le mouvement long des sociétés, avec l'apparition de nouvelles logiques sociales et une nouvelle place de la femme dans la société. Patrice VIMARD et Raïmi FASSASSI, comparant les transitions au Kenya et en Côte d'Ivoire, montrent que des niveaux de fécondité voisins peuvent être obtenus avec des différences importantes non seulement dans les prévalences contraceptives ou dans les pondérations des déterminants proches, mais encore dans les modes de développement. Ils concluent en se demandant si l'on n'est pas en présence finalement d'un double modèle de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne.

Ces analyses au niveau national sont complétées par deux études ponctuelles approfondies. Richard MARCOUX et Victor PICHÉ, revenant sur le cas de Bamako, n'y décèlent pas d'amorce de transition démographique de crise, malgré la dégradation du pouvoir d'achat, l'appauvrissement individuel et familial, et les difficultés grandissantes d'insertion sur le marché du travail. Il semble au contraire que la crise provoque l'entrée en activité des femmes et que celle-ci accélère l'arrivée d'une première et d'une deuxième naissance par rapport aux femmes qui demeurent au foyer. Ils concluent en reprenant l'interrogation de Jean-Marc ELA : « après l'ajustement structurel, va-t-on imposer à l'Afrique l'ajustement de la fécondité ? ». Kokou VIGNIKIN de son côté, plaide pour la réconciliation des approches démographique, économique et sociologique de la fécondité dans une tentative d'explication de la transition de la fécondité en milieu rural africain. A partir d'une enquête dans la vallée du Mono, zone rurale du Sud-Bénin, il montre que la baisse de la fécondité est liée à un changement des idéaux de fécondité, avec passage d'un idéal de quantité à un idéal de qualité.

## *Nuptialité et fécondité des adolescents*

Quatre chapitres permettent de saisir les changements qui se produisent dans les comportements en matière de nuptialité et de fécondité à l'âge crucial de l'adolescence. Sanni AMADOU, s'intéressant aux comportements matrimoniaux et aux formes d'unions au Bénin, analyse leur évolution, notamment sous l'effet de la crise. Mais il ne décèle pas encore d'effet notable sur la fécondité. Dans une analyse s'appuyant sur des données relatives à six pays, Benoît FERRY montre les bouleverse-

ments intervenus dans les comportements : dissociation entre activité sexuelle et mariage, entre activité sexuelle et conception, entre mariage et conception. Pour lui, la nuptialité n'est plus opérationnelle, elle est « disqualifiée » comme phénomène explicatif des transitions car la sexualité prémaritale devient la norme et tout se joue avant le premier mariage ou avant la première conception.

Valérie DELAUNAY rappelle que « la fécondité des adolescentes en Afrique n'est pas un fait récent puisque traditionnellement encouragée dans le cadre d'un mariage précoce. Le changement réside dans l'apparition de grossesses avant le mariage dans des sociétés où les normes l'interdisent ». A Niakhar, en milieu rural sénégalais, les comportements des adolescents en matière de sexualité, de procréation et de mariage se modifient : premier rapport sexuel (des garçons comme des filles) de plus en plus tôt avant le mariage, diminution de l'écart d'âge entre partenaires, accroissement du réseau des partenaires. Elle souligne le rôle que jouent les migrations vers Dakar.

Séraphin NGONDO a PITSHANDENGE insiste, dans le cas de la ville de Kikwit (RDC), sur la pratique de l'avortement en milieu scolaire. Le déclin de la fécondité ne passe pas ici par l'augmentation de la prévalence contraceptive, mais par le recours à l'avortement en l'absence de pratique contraceptive ; ce sont l'émancipation de la femme par la scolarisation, la dissociation entre sexualité et procréation, la volonté d'exercer un emploi, l'abandon des normes anciennes (valeur de la virginité, etc.), qui conduisent alors à l'avortement.

### *Planification familiale et contraception*

Akam EVINA et Kishimba NGOY procèdent à une comparaison entre neuf pays africains : deux du Maghreb, sept d'Afrique noire francophone. Les deux premiers en sont déjà au stade de la famille planifiée et sont donc passés de l'espacement à la limitation des naissances. Ce n'est pas le cas des sept autres où le désir d'enfant reste important et où l'utilisation de la contraception moderne demeure faible ; mais les auteurs indiquent l'apparition d'une certaine volonté de limiter la descendance, permise par la scolarisation et les discussions entre conjoints. Eliwo AKOTO et Hélène KAMDEM s'intéressent aux facteurs (macro et micro) favorisant la pratique contraceptive. Pour cela, ils comparent trois pays, le Cameroun, le Kenya et la Tunisie (le premier et le dernier étaient compris dans l'échantillon de la communication précédente). Ils reviennent sur l'environnement socio-politique, économique et culturel évoqué ci-dessus, qui influence les connaissances et les comportements des couples en matière de pratique contraceptive (en particulier moderne). Ils insistent surtout sur l'importance d'un appui réel, concret, de l'Etat et de la mise en place d'une structure forte chargée des divers aspects des programmes : coordination, adhésion populaire, IEC, etc. Les facteurs individuels qui favorisent le plus la pratique de la contraception moderne sont connus : la scolarisation féminine, l'activité économique, l'urbanisation. S'ils insistent sur l'influence prépondérante du mari, ils soulignent la nécessité de l'amélioration du statut de la femme pour que s'instaure une discussion entre l'homme et la femme et que la femme puisse participer à la prise de décision dans le ménage.

Banza BAYA analyse l'impact de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs sur les comportements en matière de planification familiale en milieu

rural au Burkina Faso (région du Bazega). Il montre que, pour améliorer la couverture de la prévalence contraceptive, il faut s'appuyer sur les réseaux sociaux traditionnels car les points fixes que constituent les centres de santé sont trop « coupés » de la vie quotidienne des villageois. L'expérience de Bazega montre aussi que le succès des « volontaires communautaires » est mieux assuré s'ils ne parlent pas uniquement de planification familiale, mais aussi d'autres prestations, notamment en matière de mortalité des enfants.

Sur la question de la contraception, deux chapitres portent sur le Maroc. Aurora ANGELI et Silvana SALVINI retrouvent certaines des conclusions précédentes : liaison entre la baisse de la mortalité infantile et la pratique contraceptive ; importance de la résidence urbaine, du fait de pouvoir parler de la contraception avec le mari et du fait que la femme a suivi des soins prénataux et a reçu une assistance à l'accouchement ; d'où la nécessité de services intégrant planification familiale, suivi des grossesses et accouchement. Ali EL YOUNI, analysant le taux de discontinuation, montre que celui-ci varie avec l'âge de la femme, son niveau d'instruction, le milieu (rural ou urbain) et le type de méthode.

Cette dernière question est reprise par Elisabete de CARVALHO qui traite du seul exemple non africain de ce thème : le Nordeste du Brésil. Elle rappelle tout d'abord les singularités du Brésil : absence d'une politique nationale et de programmes publics de planification familiale, proportion importante d'accouchements par césarienne et de stérilisations féminines. Elle conclut en insistant sur la nécessité de satisfaire ces besoins contraceptifs : « la contraception peut permettre aux femmes d'avoir un meilleur contrôle de leur vie. Certes, ce n'est pas la solution à tous les problèmes et c'est loin d'être le seul facteur intervenant dans la situation et les conditions de vie des femmes. Cependant, une bonne maîtrise de leur fécondité peut en partie leur permettre de procéder à des choix, leur donner plus de chances de les réaliser et améliorer leur qualité de vie ».

## *Statut de la femme et autres déterminants*

La question du statut de la femme et des relations de genre, très présente dans les textes cités précédemment comme on vient de le voir, est le thème central de deux chapitres. Le premier, d'Agnès ADJAMAGBO, traite d'une région rurale de Côte d'Ivoire (Sassandra). Elle aborde la question des choix en matière de planification familiale par le biais des relations entre hommes et femmes, en insistant sur le contexte socio-économique. Elle souligne l'influence des formes d'organisation sociale et familiale, du mode de production, de l'accès aux ressources : « c'est dans cette interaction que les choix et les décisions en matière de fécondité trouvent leur cohérence ». On ne peut donc pas séparer le culturel, l'économique et le démographique de l'organisation sociale et politique. Les cadres explicatifs se situent alors à plusieurs niveaux : couple, famille, village, nation. Quant à Christine TICHIT, elle montre les différences de fécondité selon le statut de la femme dans le ménage au Cameroun, ce statut étant défini par sa position par rapport aux autres membres du ménage (chef du ménage, épouse du chef de ménage ou dépendante du chef de ménage).

Trois chapitres abordent enfin divers autres aspects de la fécondité. Aziz AJBILOU examine les relations entre la pauvreté et la fécondité au Maroc. Si les pauvres ont

en général une fécondité supérieure à celle des riches, la relation entre pauvreté et fécondité « est loin d'être une chose claire ». Toutefois, il montre que « la fécondité est fortement influencée par le niveau de vie des ménages » car la pauvreté favorise « le maintien des normes et coutumes traditionnelles liées au mariage précoce et à une forte procréation ». Diane COURY et Nicolas RAZAFINDRATSIMA s'intéressent aux motivations des parents en matière de fécondité et de demande d'éducation dans l'agglomération d'Antananarivo. Ils montrent qu'à niveau de richesse donné, les parents décident d'avoir moins d'enfants afin de mieux les éduquer car c'est parmi les ménages dont les enfants réussissent le mieux que la fécondité est la plus faible. Denis NZITA KIKHELA examine le cas des pays à forte stérilité, notamment ceux d'Afrique centrale où elle est en hausse. Il regrette que les politiques de population prennent imparfaitement en compte ce problème et insiste sur la nécessité de lutter contre les MST.

Enfin, Bonayi DABIRE aborde la question du confiage des enfants. Il rappelle qu'au Burkina Faso, 11,5 % des enfants de moins de 15 ans ne vivent pas avec leurs parents biologiques. Il met en évidence que les plus gros ménages et ceux où il y a beaucoup d'enfants de moins de 5 ans sont des « capteurs d'enfants » : cela semble indiquer que les nécessités économiques prennent le pas sur la tradition, l'enfant confié devenant un « véritable appoint de main d'œuvre pour la famille accueillante » : alternative à une transition de crise ?

## *Le rôle des politiques de population*

Nicole BELLA insiste sur le rôle accélérateur des politiques et programmes. Dans le cas de la Thaïlande, elle voit dans la baisse « révolutionnaire » de la fécondité la conséquence du programme de planification familiale. Pour elle, ce n'est pas nier pour autant l'importance des facteurs socio-économiques et culturels, mais c'est reconnaître aussi l'importance des changements d'ordre institutionnel. L'exemple de la Thaïlande la conduit d'ailleurs à formuler des conditions de réussite d'un programme : objectifs clairs et précis, engagement politique, mobilisation de l'aide internationale, organisation intégrée des services de planification familiale, offre satisfaisante (en qualité et en quantité) de contraception, formation des personnels, coopération public-privé.

Dans le cas de l'Algérie, Abdellaziz BOUISRI et ses coauteurs mettent l'accent sur les aspects culturels (par exemple l'importance de la religion) et soulignent que « la population a été dans le domaine de la planification familiale plus vite que les politiques ». Pour eux, « l'activité de planification familiale déployée dans les structures publiques reste en deçà des attentes d'un programme qui se veut énergique ». Pour Philippe HAMELIN qui analyse les transitions démographiques contrastées de l'Argentine, du Brésil et du Chili, les politiques de population n'ont un rôle que s'il existe une demande sous-jacente ; s'il existe une demande forte (cas brésilien), elles ne sont pas nécessaires. Simon YANA, à partir du cas du Cameroun, souligne que l'environnement institutionnel peut enclencher ou amplifier la baisse de la fécondité ; mais ce n'est pas obligatoire, car cette baisse dépend d'un changement sociétal qui intègre les dimensions économique, sociale et culturelle de la vie des populations.

Enfin, Richmond TIEMOKO met en relation la politique de développement économique, la politique migratoire et les changements de la fécondité en milieu rural ivoirien. Il estime que les politiques de développement entraînent des changements dans la fécondité par la modification du cadre matériel, légal, institutionnel et culturel de la procréation ; en effet, ces politiques contribuent à créer les conditions d'une mise en œuvre efficace de la planification familiale.

\*

\* \*

La transition démographique doit être examinée de très près si l'on veut éviter de se cantonner à des généralités. Les chemins de la transition sont multiples et diversifiés. La description doit être fine et laisser rapidement la place à l'explication, à la compréhension des mécanismes. Cela est particulièrement nécessaire si l'on veut que les travaux des démographes soient utiles aux responsables politiques. Car après la Conférence du Caire qui a renouvelé l'approche des politiques de population, on sait que ces dernières doivent être dynamiques, évolutives et adaptées aux contextes sociaux.

Cet ouvrage montre bien qu'« il n'y a pas une transition démographique causée par des forces communes à chaque place et à chaque époque, ni une théorie universelle qui pourrait en rendre compte. Les transitions démographiques s'inscrivent dans les changements socio-structurels plus globaux ; c'est donc l'ensemble du système social qu'il faut étudier et non pas juste quelques variables ou indicateurs » [8]. Les recherches devront être poursuivies car si l'on veut vraiment parler de « théorie de la transition démographique », il faut en renforcer les capacités prédictives qui sont encore très limitées. Puisse cet ouvrage être une contribution à cette démarche.

## Bibliographie

1. DAVIS K. et BLAKE J., 1956, Social Structure and Fertility : An Analytical Framework, *Economic Development and Cultural Change*, Volume 4, p. 211-235.
2. GENDREAU F., DE CARVAHLO LUCAS E. (éds), 1998, *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Éditions ESTEM, AUPELF-UREF, Paris, 416 p.
3. GERARD H., 1986, La transition démographique à la merci de la politique de population ?, in ORSTOM, *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, p 397-411.
4. HODGSON D., 1988, Orthodoxy and Revisionism in American Demography, *Population and Development Review*, Volume 4, N° 4, p. 541-569.
5. LOCOH T. (1995), Structures familiales : l'apport de la démographie, in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P. (éds), *Ménages et familles en Afrique*, Paris : Études du CEPED, N° 15, p. 11-30.
6. PICHÉ V. et LUTUTALA M., 1992, L'Afrique, terre d'innovation et d'imagination en démographie, *Cahiers québécois de démographie* (numéro thématique sur « Démographie sociale en Afrique), Volume 21, N° 1, p. 1-5.
7. PICHÉ V. et POIRIER J., 1990, Les théories de la transition démographique : vers une certaine convergence, *Sociologie et sociétés*, Volume XXII, N° 1, p. 179-192.
8. PICHÉ V. et POIRIER J., 1995, Divergences et convergences dans les discours et théories de la transition démographique, in TABUTIN D., EGGERICKX T., GOURBIN C., *Transitions démographiques et sociétés*, Academia, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 111-132.
9. UNITED NATIONS, 1999, *World Population Prospects. The 1998 Revision. Volume 1: Comprehensive Tables*, New-York, 627 p.

# **PARTIE I**

## **APPROCHE GÉNÉRALE**



# 1. Démographie et contexte socio-économique en Amérique Latine et dans les Caraïbes

Lorenzo Agar<sup>1</sup>, Marcela Ferrer<sup>2</sup>

*Au milieu des années soixante, la majeure partie des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC) ont entamé la transition de leur fécondité. Ce processus ne s'est pas engagé de façon uniforme, tant au niveau régional qu'au sein des pays. Diverses situations démographiques et sociales coexistent, les différences étant atténuées par le processus de modernisation et la prédominance de la vie en ville et dans les mégapoles.*

*Nous proposons dans ce chapitre une analyse descriptive et comparative des différentes étapes de la transition démographique dans l'ALC. Pour cela, nous regroupons des pays ayant une dynamique démographique semblable (en utilisant les taux bruts de natalité et de mortalité pour la période 1990-95) et nous dressons des profils tenant compte de diverses variables socio-économiques.*

*L'objectif de cette étude est de mettre en évidence dans les pays de l'ALC, la relation généralement admise entre le processus de développement socio-économique et la dynamique démographique. On montre en effet que plus la transition démographique en est à un stade avancé, plus les indicateurs de développement associés au processus de modernisation sont meilleurs. Même si les indicateurs de développement et les indicateurs démographiques ne sont pas liés mécaniquement, il est néanmoins possible d'affirmer qu'en observant les trajectoires de ces pays, on peut tirer profit de l'expérience de ceux qui se situent à des étapes plus avancées. Finalement, on doit considérer que les différences au sein des pays, aussi bien dans le domaine territorial que social, sont suffisamment importantes pour justifier une révision au cas par cas des politiques publiques sectorielles ou intersectorielles localisées, en appréciant d'une part la situation démographique, d'autre part les conséquences des politiques de développement sur les variables démographiques.*

La population de l'Amérique Latine et des Caraïbes (ALC) est le produit du mélange des divers peuples indigènes et des colonisateurs européens. A ce mélange initial, réalisé avec des intensités différentes selon les pays, se sont ajoutés des courants migratoires qui ont connu une importance croissante entre la période de la conquête espagnole et la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ce n'est qu'au début du XX<sup>e</sup> siècle que la population a retrouvé les 70 millions d'habitants, chiffre estimé de la population du continent américain à l'arrivée des Espagnols.

1. Sociologue, Université du Chili.

2. Sociologue, Université du Chili.

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, la population de l'ALC comptait 166 millions d'habitants. Le taux de croissance a été le plus important de son histoire au début des années soixante (2,8%), dans un contexte général d'explosion démographique. Cependant, la fécondité élevée (environ 6 enfants par femme) a suivi la tendance à la baisse déjà enregistrée par la mortalité à partir des années trente. Parallèlement à une immigration externe chaque fois moins importante, on a enregistré une baisse du taux de croissance qui se situe actuellement aux environs de 1,7%. La population totale aujourd'hui est voisine des 470 millions d'habitants<sup>3</sup>.

L'évolution des indicateurs démographiques au cours des dernières décennies indique que le processus de la transition démographique est en cours.

C'est au milieu des années soixante que la majeure partie des pays de l'ALC ont entamé la transition de leur fécondité. Ce processus ne s'est pas engagé de façon uniforme, tant au niveau régional qu'au sein des pays. Diverses situations démographiques et sociales coexistent, les différences étant atténuées par le processus de modernisation et la prédominance de la vie en ville et dans les mégapoles.

On peut observer que la baisse de la mortalité et surtout celle de la fécondité, commencent dans les couches sociales les plus élevées pour se répandre ensuite dans le reste de la société. Cela voudrait donc dire que la transition démographique est plus avancée dans les pays présentant un plus haut niveau de développement et au sein des pays, dans les couches bénéficiant des meilleures conditions de vie.

Au-delà des interrelations entre la population et le développement et des diverses approches existantes, il est certain que l'état et la dynamique de la population imposent des conditions différentes à l'élaboration des politiques de développement. Cela conduit les pays possédant des caractéristiques socio-économiques semblables, mais des conditions démographiques différentes, à adopter des mesures divergentes en matière de politiques publiques (avec ou sans effet direct au niveau de la population), en fonction d'une structure de la demande distincte. Ainsi, la dynamique et les conditions démographiques déterminent des conditions spécifiques au niveau de la structure de l'offre et de la demande d'une société donnée, indépendamment de ses conditions socio-économiques [3]. Bien qu'il y ait certaines constantes au niveau du développement des pays, de leur dynamique et de leur structure démographique, les facteurs présents dans les processus de changement — ou le passage d'une étape « primaire » à une étape « avancée » de la transition démographique — ne sont néanmoins pas homogènes [1].

Nous réalisons dans ce chapitre, une analyse descriptive et comparative des différentes étapes de la transition démographique. Nous montrons que ce n'est pas le fruit du hasard si l'on peut regrouper des pays ayant une dynamique démographique semblable (en utilisant les taux bruts de natalité et de mortalité pour la période 1990-95) et dresser des profils tenant compte de diverses variables socio-économiques<sup>4</sup>.

Cette étude est donc basée sur la relation généralement admise entre le processus de développement socio-économique et la dynamique démographique et permet d'apprécier cette relation dans le contexte particulier de l'ALC.

3. Nous n'avons considéré ici que les pays de plus de 2 millions d'habitants de langue espagnole et portugaise, ainsi qu'Haiti.

4. Un exercice semblable peut se faire à l'intérieur des pays. L'existence de différences (par groupe social et lieu de résidence) est liée au stade de la transition démographique auquel se trouve chaque pays. On s'aperçoit généralement que plus un pays est à un stade avancé de la transition démographique, moins les différences d'ordre démographique (par exemple la fécondité et la mortalité infantile) sont importantes. Cela ouvre évidemment la discussion sur le rôle que joue le contexte général de développement dans les diverses étapes de la transition démographique.

# Les indicateurs démographiques et socio-économiques par groupe de pays

## Vue d'ensemble

### *Situation démographique*

Le rythme de croissance de la population de l'ALC n'a pas cessé de diminuer au cours des dernières décennies. Cependant, malgré la baisse du nombre d'enfants par femme, la croissance naturelle reste élevée en raison d'une pyramide encore jeune du fait de la forte fécondité des dernières décennies. A partir de l'an 2000 et jusqu'à ce qu'elle ait atteint une croissance zéro, la population va croître d'environ 327 millions de personnes [9]. Entre 1965 et 1996, la croissance démographique annuelle a été de 2,1% alors que la population économiquement active (PEA) a augmenté de 2,8%. Le groupe d'âges 15-64 ans est passé de 200 millions en 1980 à 300 millions en 1996 et la PEA dans la même période a augmenté de 130 à 200 millions. Un des facteurs principaux de cette croissance importante est l'augmentation de la participation des femmes au monde du travail salarié. Ainsi, en 1980, 28% de la PEA était constituée de femmes, pourcentage qui s'est élevé à 33% en 1996.

En 1990-1995, l'indice synthétique de fécondité est de 3 enfants par femme et l'espérance de vie à la naissance est de 69 ans. Les tendances avancées font prévoir que vers la fin du premier quart du XXI<sup>e</sup> siècle, la fécondité atteindra le niveau de remplacement.

La répartition par âges est la suivante : moins de 15 ans, 42% ; entre 15 et 64 ans, 53% ; plus de 65 ans, 5%. Le rapport de dépendance est actuellement de 63,5% et estimé à 49,7% en 2020. S'il est certain que ce rapport diminuera, la part des 65 ans et plus augmentera par contre à 7%, provoquant ainsi une charge supplémentaire pour la population active (le coût économique des personnes âgées étant environ le triple du coût de la population des enfants).

Les changements dans la structure par âges de la population sont dus à la baisse de la fécondité et à l'augmentation de l'espérance de vie. Cinquante-cinq pour cent de cet accroissement correspond à l'inertie démographique, 36% à la baisse de la mortalité et seulement 9% à un taux de fécondité supérieur au taux de remplacement.

Le fort potentiel de croissance qu'implique une structure par âges relativement jeune (avec une forte interaction de la population active et en âge de reproduction) implique un délai important avant que le taux de croissance ne s'annule, aboutissant ainsi, lentement, à constituer une population stationnaire [2 : 25].

### *Urbanisation et variables socio-économiques*

Le caractère urbain est très accentué: en 1995, 7 habitants sur 10 vivent en zone urbaine, avec un rythme de croissance annuelle de 2,4%. Or il y a trente ans, ce phénomène ne touchait que la moitié de la population. La concentration et la prédominance des grandes villes constituent une caractéristique importante de la distribution territoriale: 1 latino-américain sur 3 vit dans une ville de plus d'un million d'habitants, et 1 sur 4 habite dans la plus grande ville du pays.

La Banque Mondiale (1998) estime à 3 710 US\$ le PNB par habitant pour l'ALC en 1996. Environ 40% des ménages se situent en dessous du seuil de pauvreté et la distribution du revenu reste très inégale : 20% des ménages (les plus pauvres) ne perçoivent que 4% des revenus alors que 20% (les plus riches) en concentrent presque 60% [4].

Le taux d'analphabétisme revêt une très grande importance et possède un effet de différenciation primordial pour le comportement reproductif et le taux de mortalité infantile, pour ne citer que ces deux indicateurs. L'ALC dans son ensemble compte 12% d'analphabètes parmi les hommes de plus de 15 ans et 15% parmi les femmes du même âge.

### Présentation des cinq situations

En observant les taux de natalité et de mortalité de la période 1990-1995, on peut ainsi recenser cinq types de situations. La combinaison des taux de natalité (élevé : 33-40‰, intermédiaire : 24-33‰, faible : 24‰ et moins) et des taux de mortalité (élevé : 10-12‰, intermédiaire : 6-10‰, faible : 6‰ et moins) permet en effet de constituer des groupes de pays aux situations relativement homogènes, malgré des écarts inévitables (Tab. 1).

**Tableau 1 : Mouvement naturel de la population (1990-1995)**

Pays et catégorie*	Taux de natalité (‰)	Taux de mortalité (‰)	Taux d'accroissement naturel (%)	Mortalité infantile (‰)	Espérance de vie à la naissance	Indice synthétique de fécondité
Total	25,4	6,5	1,9	40,8	68,7	3,0
A	34,7	11,1	2,4	74,6	57,4	4,8
Bolivie	35,7	10,2	2,6	75,1	59,3	4,8
Haiti	33,6	12,0	2,2	74,1	55,4	4,8
B	37,2	6,7	3,1	46,4	66,2	5,0
Guatemala	38,6	8,1	3,1	51,1	62,6	5,4
Honduras	37,1	6,1	3,1	43,0	67,7	4,9
Nicaragua	39,0	6,6	3,2	48,1	66,1	4,9
Paraguay	34,1	6,0	2,8	43,3	68,5	4,6
C	28,5	6,6	2,2	48,5	67,5	3,5
Équateur	28,3	6,2	2,2	49,7	68,8	3,5
El Salvador	29,6	6,7	2,3	40,2	67,1	3,5
Pérou	27,6	6,9	2,1	55,5	66,7	3,4
D	26,5	5,2	2,1	28,9	71,7	3,1
Colombie	27,0	6,4	2,1	35,2	68,6	3,0
Costa Rica	25,3	3,8	2,2	13,7	75,7	3,0
Mexique	27,0	5,2	2,2	34,0	71,5	3,1
Panama	25,0	5,3	2,0	25,1	72,9	2,9
Rép. Dominicaine	27,0	5,5	2,2	42,0	69,6	3,1
Venezuela	27,4	4,7	2,3	23,2	71,8	3,3
E	19,6	7,5	1,2	23,1	72,2	2,4
Argentine	20,8	8,2	1,3	24,3	72,1	2,8
Brésil	22,2	7,1	1,5	47,2	66,4	2,5
Cuba	14,9	6,8	0,8	10,0	75,3	1,6
Chili	21,8	5,5	1,6	14,0	14,4	2,5
Uruguay	18,2	9,8	0,8	20,1	73,0	2,5

Source : [5]. \* : Pour les diverses situations, on a calculé des moyennes simples.

La place d'un pays dans l'un de ces cinq types découle de l'évolution de ses indicateurs démographiques en relation avec les différentes phases de la transition. Afin d'illustrer les interrelations de la dynamique de la population et du développement, nous allons passer en revue les groupes de pays en examinant leur situation démographique ainsi que leurs indicateurs socio-économiques (Tab. 2 à 6).

**Tableau 2 : Population en 1995**

Pays et catégorie	Population (milliers)	Structure par âge (en %)				Rapport de dépendance (en %)
		0-14 ans	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et +	
Total	468888	42,2	17,3	36,1	4,4	63,5
A	15036	41,7	19,7	34,9	3,8	83,3
Bolivie	7414	40,6	20,0	35,6	3,8	79,8
Haïti	7622	42,8	19,4	34,1	3,7	86,8
B	24884	43,8	20,0	32,9	3,3	89,3
Guatemala	9976	45,0	20,3	31,3	3,4	93,9
Honduras	5654	43,7	20,2	32,7	3,1	88,4
Nicaragua	4426	45,0	20,5	31,5	3,0	92,3
Paraguay	4828	41,6	18,8	36,1	3,5	82,4
C	40661	36,6	21,2	37,8	4,5	69,6
Équateur	11460	36,4	20,5	38,7	4,4	68,9
El Salvador	5669	37,4	22,5	35,6	4,6	72,4
Pérou	23532	35,9	20,6	39,1	4,4	67,4
D	165539	34,6	19,9	41,0	4,5	64,8
Colombie	38542	34,5	19,5	41,5	4,5	63,7
Costa Rica	3554	34,6	18,6	42,2	4,6	64,4
Mexique	91145	35,5	21,9	38,3	4,3	66,1
Panama	2631	33,4	19,5	41,9	5,2	62,9
Rép. Dominicaine	7823	35,1	19,9	41,0	4,0	64,2
Venezuela	21884	36,2	19,3	40,4	4,1	67,5
E	222768	27,5	17,6	46,5	8,4	56,2
Argentine	34768	28,9	17,7	44,0	9,4	62,1
Bésil	159608	31,7	19,7	43,8	4,8	57,5
Cuba	10964	22,3	16,9	51,8	9,0	45,6
Chili	14210	29,5	17,2	46,8	6,6	56,4
Uruguay	3218	25,1	16,5	46,1	12,3	59,6

Source : [5].

## Situation A : les pays à taux de natalité et de mortalité forts

### *Situation démographique<sup>5</sup>*

Ce groupe est constitué de la Bolivie et de Haïti (au total un peu plus de 15 millions de personnes, soit 3,2% de la population totale de l'ALC), pays qui présentent des taux élevés de natalité et de mortalité (supérieurs respectivement à 33‰ et 10‰). Le taux d'accroissement naturel est de l'ordre de 2,4% (Tab. 1). Ces pays se trouvent au stade le moins avancé de la transition démographique de la région : la fécondité reste encore élevée (4,8 enfants par femme) et la mortalité infantile est la plus élevée avec un taux de 74,6‰ (Tab. 1). La mortalité des enfants de moins de 5 ans atteint 118‰ [8]. L'écart entre la mortalité infantile et celle des moins de 5 ans montre l'im-

5. On indiquera les tableaux uniquement pour ce groupe-ci. Pour les autres groupes, la source est la même.

portance des facteurs associés à la qualité de vie. En effet, dans la mesure où les pays présentent de meilleures conditions de vie, l'écart entre ces deux indicateurs s'atténue. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance évaluée à 57,4 ans seulement, est cohérente avec de forts taux de mortalité générale, infantile et juvénile. Le pourcentage des 65 ans et plus est faible (3,8%) alors que la population de moins de 25 ans est de l'ordre de 61% (Tab. 2). Selon la Banque Mondiale [9], la croissance de la population de ces pays à partir de l'an 2000 et au-delà, sera attribuable pour 38% à l'inertie démographique, pour 31% à la fécondité supérieure au niveau de remplacement et pour 31% à la baisse de la mortalité (Tab. 6).

**Tableau 3 : Urbanisation et éducation**

Pays et catégorie	Population urbaine 1995 (%)	Taux de croissance de la population urbaine 1990-95		Taux d'analphabétisme des 15 ans et + (%) en 1995		Différence Hommes-Femmes
		Urbaine	Totale	Hommes	Femmes	
Total	73	2,4	1,7	12	15	-3
A	47	4,2	2,2			
Bolivie	60	4,1	2,4	10	24	-14
Haïti	34	4,2	1,9	52	58	-6
B	47	3,8	2,8			
Guatemala	39	2,9	2,6	38	51	-13
Honduras	44	4,7	3,0	27	27	0
Nicaragua	54	3,4	2,9	35	33	+2
Paraguay	52	4,2	2,7	7	9	-2
C	61	3,1	2,0			
Équateur	59	3,5	2,2	8	12	-4
El Salvador	53	3,2	2,1	27	30	-3
Pérou	71	2,5	1,7	6	17	-11
D	66	2,9	2,2			
Colombie	72	2,7	2,0	9	9	0
Costa Rica	49	3,9	3,1	5	5	0
Mexique	73	2,4	1,8	8	13	-5
Panama	56	2,6	1,9	9	10	-1
Rép. Dominicaine	57	3,1	1,9	18	18	0
Venezuela	86	2,7	2,3	8	10	-2
E	84	1,7	1,1			
Argentine	88	1,7	1,3	4	4	0
Brésil	78	2,3	1,5	17	17	0
Cuba	78	1,4	0,6	4	5	-1
Chili	84	2,0	1,6	5	5	0
Uruguay	92	0,9	0,7	3	2	+1

Sources : [5, 9].

### *Urbanisation et variables socio-économiques*

La population urbaine de ce groupe est de l'ordre de 47% (Tab. 3). Toutefois, la différence entre les deux pays est importante: 60% en Bolivie et 34% en Haïti. Le taux de croissance urbaine, au cours de la période 1990-1995 a été de 4,2% par an face à une croissance totale de 2,2%.

**Tableau 4 : Données socio-économiques**

Pays et catégories	Classification IDH	Niveau de développement humain	Place en ALC	PIB par habitant (dollars de 1990)	Foyers en situation de pauvreté (%)
A					
Bolivie	116	Moyen	17	892	57 (1997)
Haïti	159	Bas	20	a)	a)
B				881	61,0
Guatemala	111	Moyen	15	964	63 (1989)
Honduras	119	Moyen	18	722	74 (1997)
Nicaragua	126	Moyen	19	591	66 (1997) b)
Paraguay	91	Moyen	14	1248	40 (1996) b)
C				1528	45,0
Équateur	73	Moyen	10	1284	50 (1997) b)
El Salvador	114	Moyen	16	1161	48 (1997)
Pérou	86	Moyen	12	2139	37 (1997)
D				2227	35,0
Colombie	53	Haut	8	1442	45 (1997)
Costa Rica	34	Haut	2	2030	20 (1997)
Mexique	49	Haut	7	3394	43 (1996)
Panama	45	Haut	5	2711	27 (1997)
Rép. Dominicaine	88	Moyen	13	1104	32 (1997)
Venezuela	46	Haut	6	2681	42 (1997)
E				4086	17,0
Argentine	36	Haut	3	5790	13 (1997) b)
Brésil	62	Haut	9	3214	29 (1996)
Cuba	85	Moyen	11	a)	a)
Chili	31	Haut	1	3557	29 (1996)
Uruguay	38	Haut	4	3783	6 (1997)

Notes : a) : Non disponible ; b) : uniquement zone urbaine. Sources : [4, 7].

Ces deux pays se trouvent en queue du classement de l'indice de développement humain (Tab. 4)<sup>6</sup>, la Bolivie au 17<sup>ème</sup> rang avec un développement intermédiaire et Haïti au 20<sup>ème</sup> et dernier rang, seul pays de l'ALC montrant un faible développement humain. Le PIB par habitant de la Bolivie est de 892 US\$ et 57% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté (Tab. 4). En Haïti, plus de la moitié de la population de 15 ans et plus est analphabète (Tab. 3). Pendant la période 1990-1996, les indicateurs de condition de vie (Tab. 5) sont, quant à eux, les moins bons de l'ALC.

## Situation B : les pays à taux de natalité forts et à taux de mortalité intermédiaires

### Situation démographique

Ce groupe est formé du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Paraguay. La population de ces pays avoisine les 25 millions d'habitants, soit 5,3% du total des

6. L'Indice de Développement Humain (IDH) correspond à une moyenne simple de l'indice d'espérance de vie à la naissance, de l'indice du niveau d'éducation (alphabétisation des adultes et taux d'inscription aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire) et de l'indice du PIB réel par habitant ajusté [7].

pays de l'ALC. Ces pays affichent des taux de mortalité (6,7‰ en moyenne) inférieurs à ceux du groupe précédent, mais ont encore des taux de natalité (37,2‰) élevés, ce qui les place en tête des pays à fort taux d'accroissement naturel (3,1‰) au cours de la période 1990-1995. La fécondité est de 5 enfants par femme, indice supérieur à celui de tous les autres groupes. La mortalité infantile atteint 46,3‰ et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 66,2 ans. La part des 65 ans et plus ne représente que 3,3% du total alors que 64% de la population a moins de 25 ans. La croissance démographique de ce groupe de pays à partir de l'an 2000 et au-delà, proviendra à 46% de l'inertie démographique, à 34% de la fécondité au-delà du niveau de remplacement et à 20% de la baisse de la mortalité.

**Tableau 5 : Indicateur de conditions de vie**

	Pays et catégories				
	A	B	C	D	E
Accès à l'eau potable (en %) (1990-96)	50	71	68	84	84
Accès aux services d'hygiène (en %) (1990-96)	42	61	76	77	68
Accès aux prestations de santé (en %) (1990-96)	64	68	57	80	92
Proportion de femmes bénéficiant de soins pendant l'accouchement (en %) en 1995	24	63	69	84	94
Taux de mortalité maternelle (en pour cent mille) en 1995	423	174	164	61	47

### *Urbanisation et variables socio-économiques*

Les quatre pays regroupent 47% de population urbaine. Le taux de croissance urbaine durant la période 1990-1995, a été de 3,8% par an face à un rythme de croissance totale de 2,8%. Ces quatre pays, bien qu'ils appartiennent à la catégorie des pays à développement humain intermédiaire, font partie du peloton de queue en ce qui concerne l'IDH global et régional. Le PIB moyen par habitant de ce groupe de pays est de 881 US\$, avec au premier rang le Paraguay qui totalise 1 248 US\$. Soixante-et-un pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le taux d'analphabétisme des plus de 15 ans est voisin de 35%, sauf pour le Paraguay dont le taux est inférieur à la moyenne de l'ALC.

## **Situation C: les pays à taux de natalité et de mortalité intermédiaires**

### *Situation démographique*

Ce groupe, formé de l'Équateur, du Salvador et du Pérou, représente une population de plus de 40 millions de personnes, soit 8,7% du total de la population de l'ALC. Les taux de natalité (28,5‰) et de mortalité (6,6‰) sont intermédiaires par rapport à la

région et le taux d'accroissement naturel est de 2,2% au cours de la période 1990-1995. La fécondité est de 3,5 enfants par femme ; elle est très inférieure à celle des groupes précédents, montrant ainsi à partir de cette situation démographique une tendance très nette à la transition. La mortalité infantile présente un taux de 48,5% et l'espérance de vie à la naissance est de 67,5 ans. La part de population des 65 ans et plus correspond à 4,5% du total et celle des moins de 25 ans en représente 58%. La croissance démographique de ce groupe de pays à compter de l'an 2000 et au-delà sera attribuable à hauteur de 61% environ à l'inertie démographique, de 9% à la fécondité au-delà du niveau de remplacement et de 30% à la baisse de la mortalité.

**Tableau 6 : Perspectives**

Pays et catégories	Rapport de dépendance en 2020 (en %)	Accroissement de la population à partir de l'an 2000 et au-delà (millions) (a)	Facteurs de cet accroissement (millions)		
			Inertie démographique (b) et %	Fécondité (c) et %	Mortalité (d) et %
Total	49,7				
A	58,8	20,7	7,9 (38,2)	6,4 (30,9)	6,4 (30,9)
Bolivie	58,2	11,8	4,6	4,3	2,9
Haïti	59,3	8,9	3,3	2,1	3,5
B	60,9	44,4	20,3 (45,7)	15,2 (34,2)	8,9 (20,1)
Guatemala	63,5	19,7	8,2	7,5	4,0
Honduras	55,4	10,9	4,8	4,0	2,1
Nicaragua	64,3	7,1	3,7	1,9	1,5
Paraguay	60,4	6,7	3,6	1,8	1,3
C	49,3	39,6	24,1 (60,9)	3,7 (9,3)	11,8 (29,8)
Équateur	48,3	11,0	7,0	1,0	3,0
El Salvador	51,6	7,0	4,1	1,2	1,7
Pérou	48,1	21,6	13,0	1,5	7,1
D	49,4	141,3	99,2 (70,2)	5,5 (3,9)	36,6 (25,9)
Colombie	49,7	27,7	17,5	0,4	9,8
Costa Rica	51,7	2,7	2,2	0,1	0,4
Mexique	48,1	82,2	60,2	2,9	19,1
Panama	48,0	1,9	1,5	0,0	0,4
Rép. Dominicaine	48,2	6,8	4,6	0,4	1,8
Venezuela	50,6	20,0	13,2	1,7	5,1
E	50,8	135,5	84 (62,0)	-1,9 (-1,4)	53,4 (39,4)
Argentine	53,4	20,2	13,5	0,8	5,9
Brésil	47,0	106,5	61,6	0,3	44,6
Cuba	47,0	0,0	2,0	-3,0	1,0
Chili	51,2	7,7	6,2	0,0	1,5
Uruguay	55,4	1,1	0,7	0,0	0,4

Notes : a) : Accroissement de la population à partir de l'an 2000 et jusqu'à ce qu'elle soit stationnaire, plusieurs décennies après que la fécondité ait atteint le seuil de remplacement. b) : tendance à l'accroissement de la population après que le taux de fécondité ait atteint le seuil de remplacement. c) : croissance de la population due à un taux de fécondité supérieur au taux de remplacement. d) : croissance attribuable à la baisse des taux de mortalité et à la migration nette. Sources : [5, 9].

### Urbanisation et variables socio-économiques

Les pays qui appartiennent à ce groupe, présentent une moyenne de 61% de population urbaine. Le Pérou cependant fait état d'un pourcentage bien plus élevé (71%).

Le taux de croissance urbaine au cours de la période 1990-1995 a été de 3,1% par an face à un rythme de croissance totale de 2%. Ces trois pays occupent des places moyennes dans le classement de l'IDH au niveau régional. Le PIB moyen par habitant se chiffre à 1528 US\$, le Pérou montrant toutefois un montant supérieur avec 2 139 US\$. Quarante cinq pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. Tous les pays du groupe présentent des taux d'analphabétisme des 15 ans et plus équivalents à la moyenne régionale, à l'exception du Salvador dont le taux est supérieur. Parmi les indicateurs de condition de vie, mentionnons la mortalité maternelle du Pérou qui est plus importante que dans les autres pays avec un taux de 265 pour cent mille contre 164 pour cent mille pour le reste du groupe.

## Situation D: les pays à taux de natalité intermédiaires et à taux de mortalité faibles

### *Situation démographique*

La Colombie<sup>7</sup>, le Costa Rica, le Mexique, Panama, la République Dominicaine et le Venezuela font partie de ce groupe dont la population dépasse les 165 millions d'habitants, soit 35,3% du total de la population de l'ALC (20% de cet effectif correspondant au Mexique). Le taux de mortalité (5,2‰) est faible et le taux de natalité intermédiaire (26,5‰), donnant lieu à un taux de croissance naturelle de 2,1% au cours de la période 1990-1995. La fécondité correspond à 3,1 enfants par femme. La mortalité infantile est de l'ordre de 29‰. A souligner le cas du Costa Rica dont le taux de mortalité infantile de 13,7‰, est très inférieur à la moyenne du groupe et l'un des plus bas de toute la région. Enfin, l'espérance de vie à la naissance est de 71,7 ans. La part des 65 ans et plus atteint 4,5% du total et la population des moins de 25 ans représente 55% du total. La croissance de la population à partir de l'an 2000 et au-delà sera attribuable à 70% à l'inertie démographique, à 4% à un niveau de fécondité au-delà du niveau de remplacement et à 26% à la baisse de la mortalité.

### *Urbanisation et variables socio-économiques*

Ces pays détiennent 66% de population urbaine, avec un record pour le Venezuela à 86%. Le taux de croissance urbaine au cours de la période 1990-1995 s'élève à 2,9% par an face à une croissance totale de 2,2%. Tous les pays, à l'exception de la République Dominicaine (qui enregistre un niveau intermédiaire) montrent un niveau de développement humain élevé (dans les dix premiers pays de l'ALC). Le Costa Rica est au 2<sup>ème</sup> rang de l'ALC. Le PIB moyen par habitant pour ce groupe de pays est de l'ordre de 2 227 US\$. Il faut souligner néanmoins le faible PIB de la République Dominicaine qui, avec 1 104 US\$ apparaît très inférieur à la moyenne et bien plus proche du PIB du groupe précédent. Trente-cinq pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, pourcentage qui descend à 20% pour le Costa Rica. L'analphabétisme des 15 ans et plus est en général inférieur à la moyenne régionale sauf dans le cas de la République Dominicaine où il est plus élevé. Au niveau des indicateurs de condition de vie, notons encore le cas du Costa Rica qui a une mortalité maternelle en-dessous de la moyenne, avec 39 pour cent mille.

7. Quoique la Colombie présente un taux brut de mortalité un peu supérieur au niveau maximal défini pour ce groupe, on a décidé de la classer dans ce groupe en raison des autres indicateurs tels que la structure par âge, la mortalité infantile, la fécondité et l'espérance de vie.

## Situation E : les pays à taux de natalité faibles et à taux de mortalité variables

### *Situation démographique*

L'Argentine, le Brésil, Cuba, le Chili et l'Uruguay représentent une population de 223 millions de personnes, soit presque la moitié de la population de la région (47,5%). Il est important de souligner que le Brésil regroupe à lui seul un tiers de la population de l'ALC, et qu'en conséquence, les changements démographiques de ce pays ont un impact considérable, non seulement sur le groupe auquel il appartient, mais aussi sur l'ensemble de la région. Ces pays possèdent des indicateurs démographiques qui les placent dans le groupe des pays qui ont bien entamé leur transition démographique. En effet, ils affichent les taux de natalité (19,6‰) les plus bas de la région et des niveaux hétérogènes de mortalité (entre 7,1‰ et 9,8‰), phénomène lié à la structure par âge de leur population. Le taux de croissance naturelle enregistré au cours de la période 1990-1995 a été de 1,2%, la fécondité de 2,4 enfants par femme et la mortalité infantile de 23,1‰ (mais elle varie entre 10‰ à Cuba et 47,2‰ au Brésil). L'espérance de vie à la naissance atteint les 72,2 ans, sauf au Brésil où elle n'est que de 66,4 ans. La part des 65 ans et plus représente en moyenne 8,4% de la population, l'Argentine, l'Uruguay et Cuba se situant au-dessus de cette moyenne alors que le Brésil et le Chili se placent nettement en dessous. La population des moins de 25 ans représente 45% du total. La croissance démographique de ces pays à partir de l'an 2000 et au-delà montre une particularité : elle ne sera obtenue que grâce à deux facteurs : l'inertie démographique à hauteur de 62% et la baisse de mortalité à hauteur de 39% (la fécondité intervenant pour -1%).

### *Urbanisation et variables socio-économiques*

Les pays qui partagent cette situation démographique ont le plus fort taux d'urbanisation : 84%. Le taux de croissance urbaine s'élève au cours de la période 1990-1995 à 1,7% face à un taux de croissance total de 1,1% par an. La classification de l'indice de développement humain les place tous à de bons niveaux mondiaux. Au niveau régional, ils sont parmi les dix premiers (sauf le Chili qui est 11<sup>ème</sup>). Le PIB moyen par habitant est estimé à 4086 US\$ (exception faite de Cuba). Dix sept pour cent des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté. C'est dans ce groupe que se produit la plus grande inégalité au sein de la distribution des revenus, dépassant largement la moyenne régionale. Ainsi 20% des ménages (les plus pauvres) ne disposent que de 3% des revenus alors que 20% des ménages (les plus riches) concentrent 63% des revenus. A l'exception du Brésil qui présente un niveau d'analphabétisme des 15 ans et plus supérieur à la moyenne de l'ALC, les niveaux des autres pays du groupe sont parmi les plus bas de la région. Le Chili avec 30 pour cent mille et Cuba avec 24 pour cent mille présentent les taux de mortalité maternelle les plus bas de l'ALC.

## Transition démographique et niveau de développement

Après cette rapide présentation des cinq groupes, nous allons comparer les indicateurs démographiques et socio-économiques qui illustrent les ressemblances et les différences relevées au cours des étapes du processus de transition démographique dans lequel se situent les pays de l'ALC.

## Croissance naturelle

Nous remarquons tout d'abord que les pays du groupe B présentent le rythme de croissance naturelle le plus élevée (3,1%), alors que celui-ci n'est que de l'ordre de 1,2% dans les pays du groupe E. Toutefois, ce dernier groupe concentre près de la moitié de la population totale de l'ALC. Ses tendances marquent donc fortement les moyennes régionales.

## Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile sont très différents entre les groupes : 74,6‰ pour le groupe A contre 23,1‰ pour le groupe E. En ce qui concerne le taux de mortalité des moins de 5 ans [8], on constate non seulement de grandes différences entre les groupes mais également au sein d'un même groupe entre les deux taux de mortalité (taux de mortalité infantile et taux de mortalité des moins de 5 ans). Ainsi le groupe A présente un taux de mortalité des moins de 5 ans de 118‰, très loin du taux de mortalité infantile (74,6‰) ; le groupe E affiche au contraire deux taux très proches (respectivement 24‰ et 23,1‰). Ceci confirme l'influence de la qualité de l'environnement, car plus l'écart est grand entre les taux, plus les facteurs exogènes occupent une place prépondérante dans la possibilité de survie des enfants. Par ailleurs, on constate des irrégularités, notamment dans le cas du Costa Rica qui possède un taux de mortalité infantile équivalent à celui des pays du groupe E et dans le cas du Brésil dont le taux est proche de celui des groupes B et C.

## Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance montre des différences importantes selon les groupes. De 57,4 ans pour les pays du groupe A, elle passe à 72,2 ans pour ceux du groupe E, soit un écart de 14,8 ans entre ces deux groupes. Au Brésil, l'espérance de vie est proche de celle des groupes B et C, alors que celle du Costa Rica est proche du niveau du groupe E.

## Fécondité

Les niveaux de fécondité se distinguent selon trois ensembles bien définis : les groupes A et B avec une fécondité autour de 5 enfants par femme, encore élevée et présentant peu de différence (en moyenne 15%) par rapport aux années cinquante ; les groupes C et D, affichant une fécondité intermédiaire (aux environs de 3 enfants par femme) mais en franc recul (environ 35%) par rapport aux années cinquante ; enfin le groupe E, avec une fécondité faible, voisine de 2 enfants par femme. L'Argentine et l'Uruguay (qui ont connu une baisse précoce de la fécondité par rapport aux autres pays de la région si l'on considère que pendant les années cinquante leur fécondité atteignait déjà 3 enfants par femme, taux moyen actuel) ont réduit leur taux de 10% par rapport à cette époque. Le Chili, le Brésil et l'Uruguay l'ont diminuée quant à eux de 50%.

## Structure par âge

La structure par grands groupes d'âges permet de classer les situations démographiques dans trois catégories. La première inclut les groupes A et B, où les moins de 15 ans représentent un peu plus de 40% de la population et les 65 ans et plus près de

4%. La deuxième catégorie comprend les groupes C et D où les données sont respectivement 35% et 4,5%. Enfin, la dernière catégorie est constituée par le groupe E qui se caractérise par une population de moins de 15 ans inférieure à 30% du total (sauf le Brésil qui présente un taux légèrement supérieur), et une population des 65 ans et plus qui se divise en deux sous-groupes : l'Argentine, Cuba et l'Uruguay avec une part d'environ 10% tandis que le Brésil et le Chili, seraient plus proches du groupe D.

## Dépendance

La jeunesse de la structure par âge se manifeste également à travers les rapports de dépendance. En effet, en comparant la population d'âge potentiellement inactif (moins de 15 ans et 65 ans et plus) à la population en âge potentiellement actif (15-64 ans), nous obtenons, pour l'année 1995, un rapport au-dessus de 80% (80 dépendants pour 100 actifs potentiels) dans les groupes A et B, et en dessous de 70% pour les groupes C, D et E. Les projections actuelles prévoient une diminution de ce ratio dans tous les groupes pour l'année 2020. Les groupes C, D et E verront leur rapport de dépendance s'équilibrer autour de 50%, quoique le groupe E aura une proportion bien plus importante de personnes âgées (proche de 13%).

## Croissance au-delà de l'an 2000

La croissance de la population à partir de l'an 2000 et au-delà permet de distinguer deux évolutions différentes. Dans la première (groupes A et B), la part de l'inertie démographique dans l'augmentation de la population est respectivement de l'ordre de 40% et 45%. L'effet de la fécondité au-delà du taux de remplacement est évalué respectivement à 30% et 34%. Dans la seconde catégorie (les groupes C, D et E), l'inertie démographique constitue un facteur de poids de la croissance, respectivement à hauteur de 60%, 70% et 61%. La fécondité compte pour 10% environ dans le groupe C, 4% dans le groupe D et n'a pratiquement aucune incidence dans le groupe E.

## Urbanisation

La transition démographique a souvent été associée à une accélération des processus d'urbanisation. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on observe une augmentation de la population urbaine au fur et à mesure que l'on passe du groupe A au groupe E, qui rassemble les pays les plus urbanisés de la région à l'exception de Cuba et du Brésil. Le Venezuela, dans le groupe D, présente des niveaux d'urbanisation semblables à ceux des pays du cône sud, dont la transition est plus avancée.

## Développement humain

Selon l'Indice de Développement Humain (IDH), 9 pays de la région ont un « développement humain élevé » en 1998, 10 un « développement humain intermédiaire » et un seul, Haïti, un « développement humain bas ». En général, on observe une nette tendance à l'augmentation du niveau de développement humain, avec l'avancement de la transition démographique. Les groupes A, B et C affichent un niveau de développement humain intermédiaire (sauf Haïti) et les groupes D et E montrent un niveau de développement élevé, à l'exception de la République Dominicaine et de Cuba classés à un niveau intermédiaire.

## Produit intérieur brut

L'économie des pays d'ALC présente des situations variées. Après plusieurs années de crise, certains pays ont atteint des niveaux de croissance économique relativement importants, alors que d'autres connaissent des taux de croissance négatifs. En les observant à travers la catégorisation que nous avons effectuée, nous constatons que les pays présentent une économie plus robuste au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de la situation A et qu'ils se rapprochent de la situation E. Ainsi, le PIB par habitant dans le groupe B a été de 881 US\$ en 1997 par rapport à 4 086 US\$ à la même date pour le groupe E. En outre, le passage à travers les différentes situations témoigne d'une plus grande part relative de l'industrie et des services au détriment de l'agriculture. A ce niveau, les différences sont assez illustratives. A titre d'exemple, alors que dans le groupe B (à plus forte croissance démographique), près du tiers du PIB est produit par l'agriculture et la moitié par les services, dans le groupe E (sauf Cuba), le secteur agricole n'intervient qu'à hauteur de 10% et les services à hauteur de 60% du PIB.

## Pauvreté

Les interrelations population et pauvreté constituent l'un des thèmes qui suscite le plus de débats parmi les chercheurs. Au-delà des divers points de vue, l'évidence empirique montre une dynamique démographique particulière de la population vivant dans des conditions de pauvreté. Les statistiques disponibles pour l'ALC révèlent que la population en état de pauvreté tend globalement à diminuer au fur et à mesure que l'on parcourt les situations démographiques du groupe A au groupe E. La diminution de la pauvreté aide les pays à avancer dans le processus de transition démographique. Cependant, il n'y a pas d'association mécanique. Ainsi le Brésil présente des niveaux de pauvreté supérieurs à ceux du Costa Rica et de Panama qui sont pourtant situés dans le groupe précédent de la transition démographique. Par ailleurs, il s'avère important de souligner que si le revenu par habitant est supérieur dans les pays les plus avancés de la transition, la distribution des richesses au sein des pays n'est pas pour autant plus égalitaire.

## Éducation

Les pays de la région présentent en général des indices élevés d'alphabétisation (sauf Haïti) et d'inscription dans l'éducation primaire. Ces indices montrent néanmoins une tendance très nette à l'augmentation au fur et à mesure que l'on s'approche du groupe E. C'est ainsi que les groupes A et B (sauf la Bolivie et le Paraguay) ont des indices moins favorables que les autres groupes. Cependant, on peut citer l'exemple contraire du Salvador, de la République Dominicaine et du Brésil dont les niveaux sont proches de ceux des pays moins avancés dans la transition. Les groupes A et B (à l'exception du Paraguay) présentent un taux d'alphabétisation des 15 ans et plus voisin de 35%, alors que les groupes D et E (sauf la République Dominicaine et le Brésil) approchent les 7%. L'écart entre les hommes et les femmes est très accentué, avec une différence de plus de 10 points en Bolivie, au Guatemala et au Pérou. Ces écarts sont minimes ou quasiment nuls dans les pays plus avancés dans la transition démographique. Les taux bruts d'inscription dans l'enseignement secondaire sont différenciés selon les groupes de transition [7] : en moyenne 36% pour le groupe B, 53% pour le groupe D et 77% pour le groupe E.

## Conditions de vie

L'accès de la population aux services primaires, à savoir eau potable, services d'hygiène et services de santé, montre également des différences marquées au cours de la transition [7]. Il reste cependant des exceptions. L'accès au réseau d'eau potable varie de 50% dans le groupe A à 84% dans le groupe E. L'accès aux services d'hygiène en Haïti, au Nicaragua et au Paraguay ne dépasse pas 40% (pays des groupes A et B), alors qu'il est supérieur à 70% dans les autres pays de la région. Il en est de même pour les services de santé où le pourcentage augmente de 60% (moyenne des groupes A, B et C) à près de 90% (cas des groupes D et E), à l'instar des prestations professionnelles lors de l'accouchement. Les variations du taux de mortalité maternelle suivent de façon tout à fait cohérente la voie de la transition démographique [6]. Ainsi la moyenne du groupe A est de l'ordre de 420 pour cent mille, celle des groupes B et C d'environ 170 pour cent mille, alors que la moyenne des groupes D et E est inférieure à 50 pour cent mille. Des exceptions existent là aussi, comme le Brésil et la République Dominicaine pour lesquels la mortalité maternelle oscille autour de 100 pour cent mille.

\*

\* \*

De façon générale, il existe des liens évidents entre les indicateurs démographiques et les indicateurs sociaux et économiques. Au fur et à mesure que la transition démographique en est à un stade plus avancé, les indicateurs de développement associés au processus de modernisation sont meilleurs. Cela confirme ce qui a été signalé dans un document du CELADE au début de la décennie, selon lequel « en comparant une typologie de la transition démographique proposée par le CELADE à une modernisation proposée par la CEPAL en 1989 pour l'Amérique latine, on décèle une association empirique entre les deux. Cela appuie la conclusion générale selon laquelle la transition démographique hétérogène selon les pays reflète les spécificités du développement de chaque pays. Le schéma de la transition démographique est donc plus utile si on l'associe à des aspects de la transformation économique et sociale » [2 : 7].

Il y a cependant des exceptions qui méritent une analyse plus détaillée et qui démontrent également que les indicateurs de développement ne sont pas toujours associés à des indicateurs démographiques correspondant à des étapes avancées de la transition et vice-versa. Il y a une plus grande homogénéité des indicateurs dans les stades initiaux et avancés de la transition démographique ; par contre on constate une plus grande hétérogénéité dans les pays se trouvant dans une situation intermédiaire. Les différences entre les indicateurs des pays partageant la même situation démographique s'expliquent en grande partie par leur date d'entrée dans le processus de la transition démographique. A ce niveau, il nous paraît nécessaire, aussi bien pour approfondir nos connaissances que pour aider à l'élaboration des politiques de développement, d'effectuer des analyses socio-démographiques transversales et longitudinales.

Bien que le classement des pays selon leur situation démographique ne semble pas suffisant pour formuler des politiques de développement différenciées, il est néanmoins possible d'affirmer qu'en observant les trajectoires de ces pays, on peut tirer profit de l'expérience de ceux qui se situent à des étapes plus avancées. Finalement,

on doit considérer que les différences au sein des pays, aussi bien dans le domaine territorial que social, sont suffisamment importantes pour justifier une révision au cas par cas des politiques publiques sectorielles ou intersectorielles localisées, en appréciant d'une part la situation démographique, d'autre part les conséquences des politiques de développement sur les variables démographiques.

## Bibliographie

1. CELADE, 1992a, *América Latina y el Caribe : dinámica de la población y el desarrollo*, Presentado a la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Preparatoria de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994, Santa Lucia 6-9 octubre 1992, DDR/1, Santiago, 104 p.
2. CELADE, 1992b, *Transición demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950*, Santiago, 28 p.
3. CELADE/BID, 1996, *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas*, Santiago, 297 p.
4. CEPAL, 1998, *Panorama social de América Latina 1997*, Santiago, 231 p.
5. CEPAL/CELADE, 1999, *América Latina : proyecciones de población urbana y rural 1970-2025*, Boletín demográfico, n° 63, Santiago, 256 p.
6. OPS, 1998, *La salud en las Américas, Publicación Científica*, n° 569, Washington, D.C., 2 volumes.
7. PNUD, 1998, *Rapport mondial sur le développement humain*, Oxford university Press, New York, 228 p.
8. UNICEF, 1998, *El progreso de las naciones. Las naciones del mundo clasificadas según sus logros en la satisfacción plena de los derechos de los niños y en sus avances hacia el progreso de las mujeres*, Nueva York, 38 p.
9. WORLD BANK, 1998, *World development Indicators*, New York, 389 p.

## 2. Les deux modèles de transition démographique en Amérique latine : le malthusianisme de pauvreté

Maria Eugenia Cosio-Zavala<sup>1</sup>

*Après la baisse de la mortalité commencée en 1930, l'Amérique latine a connu deux modèles de transition de la fécondité. Le premier, initié vers 1965, a commencé dans les grandes villes et chez les femmes les plus scolarisées, dans les groupes sociaux les plus favorisés. Les déterminants de cette évolution sont ceux qui sont signalés par la théorie de la transition démographique et que l'on peut résumer en une attitude plus moderne des femmes face à la reproduction, malgré une nuptialité précoce et universelle. La baisse de la fécondité s'est produite en premier lieu chez les femmes ayant fréquenté les écoles secondaires et parfois supérieures, appartenant aux groupes socio-professionnels des cadres et des professions libérales. Dès le début des années soixante-dix, cette minorité féminine montrait déjà une fécondité contrôlée.*

*Dans les couches les plus défavorisées des sociétés latino-américaines, la transition s'est produite dans un contexte où, non seulement la mortalité n'avait pas encore profondément baissé, mais où la fécondité restait relativement élevée, dans une situation de pauvreté, de faible scolarisation, de malnutrition accompagnant la carence en structures sanitaires, médicales et éducatives. Cependant, la fécondité a diminué dans la plupart des cas, même dans les campagnes et chez les groupes sociaux les moins scolarisés, comme une conséquence de la détérioration du niveau de vie, de la forte chute des salaires réels et de l'aggravation du chômage et du sous-emploi, dans le contexte de la crise économique des années quatre-vingt, parallèlement au développement considérable des services de planification familiale. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de facteurs d'offre et de demande de contraception qui expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances, notamment de la stérilisation. On assiste donc à l'émergence de ce que l'on peut qualifier de malthusianisme de la pauvreté, la naissance de nombreux enfants étant alors perçue par les familles comme mettant en danger leur survie immédiate.*

Dans les années quatre-vingt-dix, la grande majorité des pays d'Amérique latine avaient déjà vu se réduire considérablement leur mortalité et leur fécondité. De fait, la transition démographique latino-américaine a débuté tôt dans le siècle, commençant par une baisse rapide de la mortalité à partir de 1930, puis la forte fécondité (entre 6 et 8 enfants par femme) a fléchi à partir de 1965, mais à des rythmes différents suivant le niveau de développement socio-économique des pays et des catégories sociales.

1. Université de Paris X-Nanterre, Credal.

Nous allons montrer brièvement l'originalité des transitions démographiques latino-américaines par rapport au modèle européen, comme le rôle de la nuptialité universelle et précoce et des techniques médicales modernes pour réduire rapidement la mortalité et la fécondité, ainsi que la grande hétérogénéité entre les pays, entre les groupes sociaux et entre les villes et les campagnes. On observe nettement deux modèles de transition démographique : un modèle équivalent à celui des sociétés les plus développées, dans les couches sociales privilégiées et rapidement modernisées, où l'amélioration des conditions économiques et sociales a provoqué des modifications radicales des comportements démographiques ; puis, un second modèle qui a principalement concerné les couches sociales défavorisées, ayant gardé la plupart des attitudes démographiques traditionnelles, mais où la fécondité a baissé sous l'influence d'un malthusianisme induit par des conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs. Si dans ce second modèle il est difficile de parler de transition démographique complète, car la fécondité reste plus élevée, on assiste tout de même à un changement important des comportements reproductifs, notamment par l'utilisation courante de moyens de contraception au cours de la vie féconde.

## **L'antériorité de la baisse de la mortalité**

Le principal détonateur de la transition démographique a été dans tous les cas la baisse de la mortalité. L'équilibre traditionnel s'est rompu lorsque la mortalité infantile a commencé à diminuer rapidement, ainsi que la mortalité maternelle et adulte. Jusque-là, l'Amérique latine avait conservé tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle des niveaux de mortalité similaires à ceux de la France de 1750 (de l'ordre de 25 ans de vie moyenne à la naissance), sous l'influence de maladies infectieuses comme le paludisme et la tuberculose, auxquelles s'ajoutaient de fréquentes épidémies de variole, typhus, peste, choléra, fièvre jaune et grippe espagnole.

La mortalité a commencé à se réduire au tournant du siècle, lors des premières campagnes de santé publique et d'assainissement, et en premier lieu dans les grandes villes les mieux équipées ou chez des populations immigrantes, majoritairement venues d'Europe. C'est ainsi que La Havane enregistrait une espérance de vie de 39 ans en 1905-1907 [7], semblable à celle des pays européens de l'époque. En Amérique du Sud, les pays de la zone tempérée qui reçurent des contingents importants d'immigrés européens, connurent également une forte réduction de leur mortalité, les taux bruts se réduisant à 15‰ dès 1897 en Uruguay et en 1920-24 en Argentine.

A partir de 1930, tous les pays latino-américains ont commencé à bénéficier de programmes importants de santé publique. En effet, la médecine moderne et l'hygiène publique ont été au centre des priorités politiques de tous les États, aidés en cela par l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Les campagnes de vaccination, la prévention des maladies infectieuses, l'éradication du paludisme et de la variole, la construction de réseaux d'eau potable et d'égouts, de centres de santé urbains et ruraux, d'hôpitaux, de dispensaires et de cliniques ont constitué l'armature de politiques de promotion de la santé. Conséquence immédiate de ces mesures, les espérances de vie ont doublé entre 1930 et 1960, date à laquelle la plupart des pays atteignaient les 60 ans de vie moyenne. Or, témoins des inégalités dans les rythmes de développement, les pays les plus pauvres ont atteint ce seuil avec retard [6].

**Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance et mortalité infantile**

Pays	Espérance de vie à la naissance						Taux de mortalité infantile (en ‰)		
	1975-80			1990-95			1950-55	1985	1995
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble			
Cuba	71,15	74,45	72,75	73,50	77,30	75,30	82	17	9
Costa Rica	69,01	73,97	71,43	74,00	78,60	76,30	92	19	13
Uruguay	66,39	73,00	69,61	69,30	75,70	72,50	57	33	19
Panama	67,60	70,85	69,19	70,90	75,00	72,80	93	26	30
Argentine	65,43	72,12	68,71	68,60	75,70	72,10	64	35	21
Venezuela	63,61	69,00	66,24	68,90	74,70	71,70	107	39	24
Chili	62,43	69,04	65,65	71,50	77,40	74,50	126	24	12
Paraguay	61,93	66,40	64,11	66,30	70,80	68,60	106	45	43
Mexique	61,94	66,34	64,09	68,50	74,50	71,50	114	53	34
El Salvador	59,98	64,47	62,17	64,10	71,80	67,90	175	42	41
Colombie	59,96	64,48	62,16	67,10	72,40	69,70	134	53	28
Brésil	59,54	64,25	61,84	62,30	70,10	66,00	135	71	48
Rép. Dominicaine	58,42	62,22	60,27	67,60	71,70	69,60	147	64	47
Équateur	57,99	62,02	59,96	66,40	71,40	68,80	168	70	40
Guatemala	56,85	58,78	57,79	62,40	67,30	64,80	147	62	51
Honduras	55,38	58,93	57,11	65,40	70,10	67,70	169	82	43
Pérou	55,22	58,75	56,94	64,40	69,20	66,70	158	99	55
Nicaragua	55,29	57,27	56,26	63,50	68,70	66,10	167	76	49
Haïti	49,15	52,23	50,65	52,70	56,10	54,40	219	108	48
Bolivie	46,46	50,92	48,64	57,70	61,00	59,40	175	124	71

Source : CELADE, Nations-Unies et INED.

Il convient de séparer les pays latino-américains en plusieurs groupes selon les niveaux actuels de mortalité (Tab. 1). Le premier groupe formé par Cuba, le Costa Rica, l'Uruguay, Panama et l'Argentine, a des espérances de vie à la naissance qui dépassaient en 1990-95 le seuil des 75 ans pour le sexe féminin. Ce groupe se caractérise par une ancienneté de la baisse de la mortalité (en particulier pour l'Argentine et l'Uruguay), une mortalité infantile modérée, et une baisse de la mortalité rapide pour Cuba, le Costa Rica et Panama. Ces pays ont été les seuls où les progrès de l'hygiène et de l'appareil médico-social ont fait diminuer la mortalité dans de larges secteurs de la population, malgré un ralentissement du rythme de progression de l'espérance de vie après 1970, notamment en Argentine et en Uruguay.

Un second groupe est formé par les pays de mortalité moyenne: Venezuela, Chili, Mexique, Paraguay, El Salvador, Colombie, Brésil, République Dominicaine et Équateur. Ces pays ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance à la fin des années soixante-dix et sont juste au-dessus de 70 ans d'espérance de vie pour les femmes en 1990-95. Ils ont connu une réduction importante de la mortalité dans les dernières décennies. Cependant, de larges secteurs de la population, en particulier rurale, ne bénéficient pas également des progrès de l'hygiène et de la médecine, les programmes d'assainissement et de prévention étant souvent limités aux villes. Faute d'un progrès réel au niveau des sociétés nationales tout entières, un certain ralentissement de la baisse de la mortalité se manifeste et la mortalité infantile reste élevée. En effet, dans tous les pays du monde, l'expérience montre qu'il est

aisé de combattre une très forte mortalité mais que des progrès plus importants ne sont obtenus que dans les sociétés où les inégalités sociales sont relativement faibles.

Un troisième groupe est formé par le Guatemala, le Honduras, le Pérou et le Nicaragua, avec des niveaux de mortalité qui ont progressé entre 1970 et 1995. La baisse de la mortalité s'est produite à partir d'espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans en 1970-75, conséquence d'un faible niveau de vie et d'inégalités sociales très importantes, jusqu'à atteindre 65 ans dans les années 1990-95.

Finalement, il faut signaler un quatrième groupe, Haïti et la Bolivie, dont les niveaux de mortalité se situaient encore parmi les plus forts du monde, avec des espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans en 1990-95. Ces deux pays accusent un retard très important dans leur développement économique et social, s'exprimant par une forte mortalité à tous les âges et notamment chez les jeunes enfants [6].

Le ralentissement général de la baisse de la mortalité après 1980 s'explique par la persistance d'un faible niveau de vie et le maintien de taux élevés de mortalité infantile et juvénile. De plus, des épidémies de rougeole ou le retour du paludisme sont encore observés, comme ce fut le cas en 1990-91 au Costa Rica, par suite de relâchements impardonnables dans les politiques publiques de santé. Les 6 000 cas de rougeole et 40 décès en 15 mois ont été la conséquence d'une mauvaise couverture vaccinale dans les 15 dernières années ; quant au retour du paludisme, il a été purement et simplement ignoré et non traité. En outre, dans le cas de Haïti, on observe une forte prévalence du VIH et des décès par Sida.

Cette rapide description des disparités régionales de la mortalité latino-américaine reflète les difficultés dans l'éradication des maladies infectieuses ou parasitaires qui ont, depuis de nombreuses années, pratiquement disparu dans les pays les plus développés mais qui demeurent des causes importantes de décès dans la région. La progression des espérances de vie dans l'actualité est ainsi freinée là où persiste un niveau élevé de mortalité infantile et juvénile, notamment dans les troisième et quatrième groupes décrits précédemment.

## La nuptialité universelle et précoce

Traditionnellement, les effets positifs sur les descendance de la réduction de la mortalité étaient souvent contrôlés par une limitation des mariages. C'est ainsi qu'en Europe du Nord, tandis que les vies moyennes augmentaient entre 1750 et 1870, les mariages devenaient de plus en plus tardifs et le célibat définitif augmentait sensiblement dans les générations. La limitation des mariages permettait de contenir la croissance démographique dans des proportions raisonnables et de limiter la taille des familles. D'autres mécanismes étaient également utilisés, comme l'émigration de jeunes vers l'Amérique qui alimenta les flux vers l'Argentine, Cuba, l'Uruguay, le Brésil et le Chili à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et dans le premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle : au total, 30 millions d'Européens se sont dirigés vers l'Amérique latine et 52,7 millions vers l'Amérique du Nord entre 1871 et 1957 [6].

Contrairement au cas européen, le contrôle de la nuptialité n'a pas été utilisé en Amérique latine comme un moyen de limiter la croissance démographique. Tout d'abord, il y a une question d'époque : ce qui était accepté comme une solution inévitable dans l'Europe de l'Ancien Régime était socialement difficile à proposer en

Amérique latine en 1950, lors de la phase de forte croissance de la population. En effet, les changements culturels de notre siècle, notamment les modifications de la condition féminine et des relations entre les générations, se sont produits aussi en Amérique latine, rendant impossible un modèle de mariage tardif dans un contexte culturel qui ne l'avait par ailleurs jamais connu, contrairement aux pays européens où le mariage tardif existait de longue date.

Un autre facteur a également joué en faveur du *marriage-boom* des années cinquante et soixante : la forte croissance économique pendant cette période. Ce sont les années des différents « miracles » économiques (brésilien, colombien, mexicain, vénézuélien), de l'expansion de l'emploi industriel et urbain et donc des possibilités de fonder un foyer dans de meilleures conditions, les jeunes trouvant plus tôt et plus facilement des moyens de subsistance dans le secteur moderne de l'économie. Les conditions du *marriage-boom* latino-américain sont d'ailleurs les mêmes que celles du *marriage-boom* des pays d'Europe et d'Amérique du Nord à la même époque [8] : urbanisation rapide, croissance économique accélérée, abondance d'emplois dans les secteurs secondaire et tertiaire, mobilité sociale, exode rural, moindre contrôle social des jeunes par les générations antérieures.

Ces tendances à la hausse de la nuptialité se confirment dans tous les pays, y compris ceux de l'extrême sud : la proportion de femmes qui se déclaraient en union a augmenté partout entre 1950 et 1960 alors que la proportion de célibataires à 50 ans a diminué fortement à la même époque. La nuptialité légale a considérablement augmenté, tandis que se réduisaient le célibat définitif, les unions consensuelles et les ruptures d'union consécutives aux veuvages, le divorce restant encore relativement limité [2 et 14].

Les pays latino-américains peuvent être classés en trois groupes par rapport à la nuptialité :

- a) les pays à nuptialité très précoce, de 18 à 19 ans à la première union : ce sont des pays d'Amérique Centrale et des Caraïbes, tels que le Salvador, le Guatemala, Honduras, Cuba et la République Dominicaine, ainsi que des régions, comme par exemple la côte du Golfe au Mexique et la façade atlantique en Colombie. Dans ce modèle, les unions consensuelles sont plus nombreuses que dans les deux autres groupes : ainsi, en République Dominicaine, plus de la moitié des unions sont consensuelles. Il faut souligner l'originalité du cas cubain, qui montre à la fois la nuptialité la plus précoce de l'Amérique latine et la fécondité la plus réduite. Cependant, une forte proportion de divorces à Cuba signale des changements importants dans les relations de couple.
- b) les pays à nuptialité précoce, de 20 à 21 ans à la première union : Colombie, Costa Rica, Équateur, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Venezuela. On observe des pays à forte composante indigène, comme l'Équateur, le Pérou et une partie du Mexique, qui traditionnellement ont gardé une nuptialité relativement contrôlée par les communautés villageoises, et des pays d'Amérique centrale qui se distinguent des autres, comme Panama et le Costa Rica, par un niveau de scolarisation plus élevé. Dans cet ensemble, les unions consensuelles sont encore nombreuses : une première union sur trois en Équateur, au Pérou, au Venezuela et une première union sur quatre en Colombie et au Mexique. Plus de la moitié d'entre elles sont cependant légalisées au cours de la vie féconde.
- c) Les pays à nuptialité plus tardive, 22 ou 23 ans à la première union : Argentine, Brésil, Chili et Uruguay, pays dont le peuplement comprend une proportion éle-

vée d'immigration européenne. Cependant, en raison d'une grande hétérogénéité de ses populations, le Brésil présente une variété de modèles. Mais, dans tous les cas, la nuptialité reste plus tardive au Brésil que dans les deux groupes précédents.

## Une fécondité naturelle jusqu'en 1965

Avant 1965, les indices conjoncturels de fécondité des pays latino-américains se situaient généralement entre 6 et 7,5 enfants par femme, sauf au Chili (5 enfants par femme), à Cuba (4,7), en Argentine et en Uruguay (3 enfants par femme) [4]. Jusque vers 1965, la très grande majorité des populations latino-américaines ne contrôlaient pas leurs naissances au sein du mariage. Ce que l'on connaît de la fécondité maritale montre des niveaux relativement similaires à ceux de l'Ancien Régime en Europe [15]. Mais comme la nuptialité était plus précoce et que les unions duraient plus longtemps, grâce à la réduction du veuvage, les niveaux de fécondité générale signalés ci-dessus, entre 6 et 7,5 enfants par femme, dépassaient largement ceux de l'Europe ancienne, qui n'excédaient pas 4 ou 5 enfants par femme.

Une hausse de fécondité, entre 1940 et 1965, a suivi dans un premier temps la baisse de la mortalité, comme conséquence des progrès sanitaires sur la morbidité et la mortalité maternelles, permettant une diminution des stérilités pathologiques et un meilleur déroulement des grossesses et des accouchements. De plus, la proportion de veuves s'est considérablement réduite et la précocité et l'universalité croissantes de la nuptialité ont également allongé la vie féconde des femmes en union.

Cependant, on trouvait des fécondités contrôlées en Argentine, en Uruguay, au Chili et à Cuba dès le début de ce siècle. Dans ces populations, les flux d'immigrants européens, qui ont quitté l'Europe au début de la transition démographique, ont conservé des comportements parallèles à ceux de leurs pays d'origine. Par exemple, en Argentine, la taille moyenne des familles était de 7 enfants en 1869-1914 ; elle a été divisée par deux à partir de 1930. La ville de Buenos Aires a toujours connu une moindre fécondité : 4 enfants par couple entre 1895 et 1914, 2,8 enfants en 1936, 2,4 enfants en 1947 [13]. De basses fécondités s'observaient aussi à Montevideo, dans certaines villes du Chili, dans la ville de La Havane. De fait, les immigrants européens de l'Amérique latine ont accompli leur transition démographique en même temps que leurs concitoyens restés en Europe.

Dans le reste de l'Amérique latine, la fécondité a commencé à se réduire lors de la dénommée « seconde révolution contraceptive » [9], c'est-à-dire lors de la diffusion des méthodes médicales de contraception. Il s'agit surtout de la pilule contraceptive, du stérilet et de la stérilisation, comme au Chili, au Costa Rica, et dans la plupart des îles Caraïbes après 1965, où la fécondité des femmes encore en union après l'âge de 30 ans s'est considérablement réduite. Dans l'ensemble de l'Amérique latine, l'utilisation de moyens modernes de contraception a été multipliée par quatre entre 1965 et 1985 [15].

Dès les années soixante, des différences sont apparues entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'entre les catégories sociales, notamment en fonction du niveau de scolarisation. Dans les grandes villes, les femmes les plus éduquées avaient en moyenne deux enfants de moins que les femmes peu scolarisées. L'arrivée massive de femmes migrantes dans les métropoles a eu aussi un effet réducteur sur la nuptialité urbaine, puisqu'on observait un important excédent de femmes par rapport aux hommes aux âges de forte nuptialité, donc plus de femmes célibataires et sans enfants.

Parallèlement, la stérilisation féminine devenait courante à Panama et à Puerto Rico, qui a été un pays pionnier pour cette méthode dès 1950. Par contre, les pratiques de limitation des naissances n'étaient ni connues ni utilisées dans les zones rurales où la fécondité restait à des niveaux proches de la « fécondité naturelle » [6].

## Une forte diminution de la fécondité: 1965-1985

A l'image de l'évolution de la mortalité, la baisse de la fécondité a été tardive mais rapide. En une vingtaine d'années, tous les pays ont vu se réduire leurs indices conjoncturels de fécondité dans des proportions variant entre 5 et 62%, exception faite de l'Argentine qui a adopté une attitude pro-nataliste, d'où une augmentation de la fécondité. Les baisses les plus accélérées ont été aussi les plus précoces : Cuba (62%), le Chili (48%) et le Costa Rica (50%). Des pays qui ne montraient pas encore de variations de la natalité vers 1965 ont clairement enregistré un rythme rapide de diminution de leur taux par la suite : la Colombie (46%), la République Dominicaine (44%) ainsi que Panama, le Brésil, le Venezuela et le Mexique (entre 30 et 40%). Dans d'autres pays comme le Pérou, l'Équateur, le Nicaragua, El Salvador et le Honduras, la baisse rapide de la fécondité a commencé après 1970. La baisse n'a pas été toujours régulière : par exemple le Nicaragua a enregistré un *baby-boom* post-révolutionnaire au début des années quatre-vingt. En outre, la Bolivie a gardé pendant plus de trente ans pratiquement le même niveau de fécondité (Tab. 2).

**Tableau 2 : Tendence à la fécondité (enfants par femme)**

Régions	Pays	1950-55	1960-65	1970-75	1985	1995	Variation en % 1960-85
Pays andins	Bolivie	6,75	6,63	6,50	6,30	4,80	4,98
	Colombie	6,72	6,72	4,78	3,60	3,00	46,43
	Chili	4,80	4,98	3,33	2,60	2,40	47,79
	Équateur	7,00	7,00	6,50	5,00	3,60	28,57
	Pérou	6,85	6,85	6,00	5,20	3,50	24,09
	Venezuela	6,64	6,64	5,15	4,10	3,10	38,81
Pays atlantiques	Argentine	3,15	3,09	3,15	3,40	2,80	10,03
	Brésil	6,15	6,15	4,70	4,00	2,50	34,96
	Paraguay	6,62	6,62	5,70	4,90	4,50	25,98
	Uruguay	2,73	2,90	3,00	2,80	2,30	3,45
Amérique centrale	Costa-Rica	6,72	6,95	4,26	3,50	2,80	49,64
	El Salvador	6,46	6,85	6,33	5,60	3,90	18,25
	Guatemala	7,09	6,85	6,16	6,10	5,10	10,95
	Honduras	7,05	7,35	7,37	6,50	5,20	11,56
	Nicaragua	7,33	7,33	6,71	5,90	4,60	19,51
	Panama	5,68	5,92	4,94	3,50	2,80	40,88
Mexique et Caraïbes	Cuba	4,01	4,67	3,47	1,80	1,50	61,46
	Haïti	6,15	6,15	6,08	5,50	4,80	10,57
	Mexique	6,75	6,75	6,40	4,70	3,10	30,37
	Rép. Dominicaine	7,50	7,32	6,31	4,10	3,20	43,99

Source : CELADE, INED.

En 1995, seulement six pays latino-américains, les plus pauvres, conservaient des indices conjoncturels de fécondité supérieurs à 4 enfants par femme : le Paraguay (4,5), le Nicaragua (4,6), Haïti et la Bolivie (4,8), le Guatemala (5,1) et le Honduras (5,2). Tous les autres pays se situaient, en 1995, au-dessous de 4 enfants par femme, et pour la plupart, entre 2 et 3,5 enfants par femme.

## Deux modèles de transition démographique

Le principal facteur expliquant l'évolution de la fécondité et sa baisse rapide dans les pays latino-américains est la progression de la proportion de femmes, mariées ou en union libre, utilisant des méthodes contraceptives efficaces. La diffusion récente de la contraception dans les catégories sociales les plus défavorisées a mis en évidence le rôle de facteurs différents de ceux qui ont permis, dans les années soixante, un contrôle des naissances dans les secteurs de population les plus éduqués, urbanisés et à hauts revenus. L'influence des programmes de planification familiale s'est faite sentir dans la généralisation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception (*offre de planification familiale*).

La baisse récente de la fécondité a majoritairement concerné les couches sociales les plus pauvres et les moins instruites. Vers 1980, au Mexique, on a observé des diminutions proportionnellement plus importantes dans les taux de fécondité des femmes rurales et des femmes les moins éduquées, notamment avant l'âge de 40 ans. Ayant conservé jusque-là des niveaux très élevés de fécondité, les femmes des couches sociales les plus défavorisées ont vu baisser plus vite leur taux de fécondité, surtout entre 30 et 39 ans, sous l'influence du vigoureux programme national de planification familiale [15].

Au Brésil, entre 1970 et 1976, les femmes urbaines sans aucune scolarisation ont réduit rapidement la taille de leur descendance [11 et 12], de même qu'entre 1970 et 1990, en Bolivie (-1,1 enfant par femme), au Honduras (-1,8), en Équateur et au Mexique (-2,8), en Colombie (-1,7) et au Chili (-1,4). Dans tous les cas analysés, il existe une tendance à la réduction des différences entre les sous-populations, les plus éduquées ne diminuant pratiquement plus leur fécondité après 1975, où elle était déjà basse (entre 2,5 et 3 enfants par femme), la fécondité des femmes les moins scolarisées diminuant de façon accélérée [5].

Cette réduction des différences s'observe également dans les nombres idéaux d'enfants déclarés dans les enquêtes des années quatre-vingt-dix, autour de 2,5 enfants par femme, pratiquement identiques dans tous les groupes de femmes, quel que soit leur niveau de scolarité. Il semble donc qu'après 1990, l'idéal d'une famille réduite et le contrôle des naissances soient déjà largement acceptés et désirés. Mais, puisque l'éventail des aspirations de fécondité s'est singulièrement rétréci, les fortes différences de fécondité encore observées tiennent aux difficultés rencontrées par les familles des groupes sociaux les plus défavorisés pour pratiquer effectivement les moyens de limitation des naissances.

A l'heure actuelle, les tendances de la fécondité ne semblent plus dépendre, comme dans les années soixante, de variables liées au développement d'attitudes « modernes » vis-à-vis de la reproduction provenant d'une élévation des niveaux de vie, des revenus familiaux et de la scolarisation féminine. Au contraire, les pro-

grammes de planification des naissances ont eu des effets importants dans des groupes traditionnellement considérés comme réticents à l'égard de la contraception mais qui sont devenus la « cible » des programmes officiels. La chute de la fécondité s'explique dans ce cas par l'abondance de l'offre de méthodes contraceptives faciles à obtenir, moins chères ou même gratuites, qui peut inciter les femmes des catégories sociales à bas revenu à limiter leurs naissances sous l'impulsion de ces programmes.

Cela suppose cependant que soit expliqué aussi le développement parallèle du désir de familles réduites (*demande de contraception*). En effet, l'évolution rapide vers une fécondité réduite à tous les échelons de la société, loin de signifier un développement social harmonieux, est un signe de la faillite du modèle économique, de la détérioration des niveaux de vie et des effets de la crise qui ont frappé avant tout les couches sociales les plus défavorisées. De plus, la fécondité est quand même restée plus élevée là où la croissance économique et le développement social sont les plus faibles, où domine aussi une plus forte mortalité et de bas niveaux de vie, de développement, de scolarisation et de santé. On observe des différences marquées de fécondité entre pauvres et riches, entre villes et campagnes notamment.

Dans les années quatre-vingt, dans les grandes métropoles latino-américaines, la fécondité s'établissait à moins de 2,5 enfants par femme (en Colombie, au Chili, à Cuba, au Mexique, à Panama, au Paraguay). Par contre, dans les campagnes, la fécondité est restée élevée jusqu'en 1975, augmentant encore entre 1965 et 1975 du fait de la baisse de la mortalité rurale à cette période. Aux environs de 1980, la fécondité rurale était d'autant plus élevée que le pays était moins avancé socialement et économiquement: 2,7 enfants par femme à Cuba, 3,6 enfants au Chili, 5,1 en Colombie, 5,4 au Panama, 5,5 en Équateur, 5,9 au Salvador et en République Dominicaine, 6,3 au Pérou, 6,6 au Paraguay, 7,1 au Guatemala, 8,2 au Honduras. L'écart de fécondité entre villes et campagnes était dans tous les cas considérable : de 1 enfant par femme à Cuba entre les extrêmes à 4,4 enfants par femme au Honduras. Ces différences se retrouvaient selon les niveaux de scolarisation et selon les groupes professionnels. C'étaient toujours les paysans qui montraient la fécondité la plus élevée (3,9 enfants par femme au Chili, 8,6 au Honduras) et les techniciens, patrons, cadres, fonctionnaires la fécondité la plus basse (1,9 enfants par femme au Chili, 3,8 au Honduras) [5]. Ces chiffres confirment les tendances que nous avons observées au Mexique : une transition de la fécondité plus précoce et plus avancée dans les milieux sociaux les plus modernes et favorisés socio-économiquement, peu ou en tout cas moins de changements dans les groupes sociaux en marge du développement socio-économique [15]. Cependant, la fécondité a quand même baissé plus récemment dans ces groupes, mais suivant d'autres modalités.

En effet, le soutien officiel aux actions de planification familiale dans la plupart des pays a favorisé le développement et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans des catégories sociales qui ne limiteraient pas leurs naissances si les programmes n'existaient pas. Les méthodes les plus répandues ont été la pilule et la stérilisation féminine. Dans la période la plus récente, ce sont les femmes peu scolarisées, rurales et à faible revenu qui ont été le plus largement touchées par la diffusion de la pratique de la contraception au sein des programmes organisés de limitation des naissances, avec une concentration sur un petit nombre de méthodes contraceptives, comme la stérilisation pour limiter définitivement la taille des familles. C'est ainsi que vers 1990, à Porto-Rico, El Salvador et en République

Dominicaine, respectivement 63, 60 et 69% des femmes utilisatrices de méthodes modernes de contraception étaient stérilisées [6].

## Le malthusianisme de pauvreté

En étudiant les pays d'Amérique latine en général, et le cas du Mexique en particulier, on peut spécifier les déterminants et les modalités des deux modèles de transition démographique. La transition démographique latino-américaine a commencé lorsque s'est produite une certaine modernisation des économies et des sociétés au début du XX<sup>e</sup> siècle, et qu'ont été installées les infrastructures nécessaires pour déclencher une baisse de la mortalité. Généralement, des politiques de santé et d'équipement médical furent mises en place, rendues possibles dans un contexte de croissance économique, de développement social et de paix civile, qui contraste avec la période troublée de guerres et de récession économique de l'ensemble du XIX<sup>e</sup> siècle et des premières années du XX<sup>e</sup> siècle. Les infrastructures furent concentrées, dans un premier temps, en priorité dans les grandes villes, qui se virent dotées de tous les équipements les plus modernes de l'époque pour l'hygiène (réseaux de grands collecteurs d'égouts) et la santé (construction d'hôpitaux). A cette époque, gouverner en Amérique latine c'était à la fois peupler, éduquer et soigner. L'éducation et la santé ont joué un rôle essentiel dans les différents projets des nouvelles nations latino-américaines. Mais les grandes masses paysannes ont été laissées, en général, en dehors de ce processus [6].

Suivant la baisse de la mortalité, la transition de la reproduction a commencé dans les mêmes groupes sociaux qui ont été les principaux bénéficiaires de la croissance économique et du développement social rapides après 1930. La baisse de la fécondité a reflété les profondes modifications dans les structures familiales, l'urbanisation, la scolarisation, le marché du travail, la condition féminine. La limitation des naissances s'est diffusée largement après 1965, avec les méthodes modernes de contraception (surtout la pilule) et aussi le recours à l'avortement, qui devint fréquent en ville, malgré son interdiction et les dangers qu'il faisait courir aux femmes, au point de devenir un des principaux problèmes de santé publique au cours des années soixante [6].

Ce modèle de transition démographique, qui reposait sur des changements d'attitude vis-à-vis de la reproduction, est donc très semblable à celui des pays qui se sont développés et modernisés en premier (Europe, Amérique du Nord). Il y a cependant de grandes différences entre l'Amérique latine et l'Europe, comme le décalage de plus de 100 ans entre les dates de début de chacune des deux transitions démographiques, la rapidité de la transition latino-américaine par rapport à l'europpéenne et le rôle minime de la nuptialité dans le contrôle de la reproduction en Amérique latine qui permet à Cuba, par exemple, d'avoir à la fois une nuptialité extrêmement précoce et une fécondité très faible. Le *marriage-boom* latino-américain des années cinquante et le développement des moyens modernes de contraception expliquent cette différence dans le rôle de la nuptialité.

Une autre différence essentielle est le rôle joué par la médecine moderne, car l'efficacité et le coût relativement modique des grands programmes de santé publique ont permis de réduire rapidement à la fois la mortalité et la fécondité. Dans les pays en développement, la transition démographique est de plus en plus associée à une

politique médicale. Cependant, si celle-ci est nécessaire, elle n'est en aucun cas suffisante. Ceci peut être illustré par le cas du Mexique, où la campagne vigoureuse de planification familiale a été moins efficace en zone rurale, car les femmes n'avaient recours aux contraceptifs, généralement la stérilisation, qu'après de nombreuses naissances, et en fin de vie féconde. Sans un changement d'attitude indispensable face à la reproduction dès le début de la vie féconde, les politiques uniquement médicales ont peu de chances de succès. Au Salvador, beaucoup de stérilisations (60% des utilisatrices de méthodes) n'équivalait pas à une faible fécondité (elle restait de 7,0 enfants par femme vers 1990 chez les femmes sans scolarisation).

Dans les couches les plus défavorisées des sociétés latino-américaines, la transition démographique s'est produite dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation, de malnutrition accompagnant la carence en structures sanitaires, médicales et éducatives où, non seulement la mortalité n'avait pas encore baissé profondément, mais où la fécondité restait relativement élevée. Cependant, la fécondité a commencé à diminuer dans la plupart des cas, même dans les campagnes, chez les groupes sociaux les moins scolarisés et les groupes professionnels les plus défavorisés. Par exemple, en Colombie, les femmes sans scolarisation ont vu baisser leur indice conjoncturel de fécondité de 7,1 à 5,0 enfants par femme entre 1970 et 1990 ; la réduction est de 8,5 à 6,2 enfants par femme en Équateur aux mêmes dates, de 7,6 à 6,5 enfants par femme en Bolivie et de 7,5 à 7,0 enfants par femme au Honduras [5].

Une étude sur le Brésil a montré que la crise économique qui l'a touché de plein fouet a eu pour effet une diminution du nombre d'enfants dans les familles les plus défavorisées, comme conséquence de la détérioration du niveau de vie, de la forte chute du salaire réel à partir de 1965, et de l'aggravation du chômage et du sous-emploi. Cette évolution s'est conjuguée au développement des services de planification familiale, notamment ceux offerts par le BEMFAM (*Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil*), organisme privé affilié à l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), soutenu par les gouvernements des États brésiliens. Les familles les plus pauvres ont commencé à contrôler leurs naissances sous la pression de la crise économique et sociale. Dans le cas de la Colombie et du Mexique également, des facteurs d'offre et de demande de contraception expliquent la diffusion rapide de la pratique de la limitation des naissances dans les catégories sociales les plus défavorisées. La baisse du niveau de vie, le chômage, la malnutrition, les carences de tout genre, ont conduit à l'émergence de ce que l'on peut qualifier de « malthusianisme de la pauvreté » [1]. La naissance de nombreux enfants est perçue actuellement par les familles comme mettant en danger leur survie immédiate [3].

De plus il existe, de la part des gouvernements latino-américains ou d'organismes privés, une offre très abondante de moyens contraceptifs, largement accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus pauvres et aux plus marginalisés, car les programmes de planification familiale bénéficient en Amérique latine d'un large consensus social. Dans ce contexte, les familles ont facilement accès à la contraception, qui est utilisée de préférence en fin de vie féconde, après une première partie de la vie reproductive qui se déroule traditionnellement, pratiquement sans aucun changement dans la nuptialité précoce, les naissances rapprochées et l'absence de limitation des premières naissances. Ce n'est qu'après avoir atteint une descendance relativement nombreuse, de 3 à 5 enfants, que les familles les plus pauvres ont recours aux moyens contraceptifs, souvent la stérilisation définitive de la femme, qui apparaît fréquemment comme une première et unique méthode au cours de la vie féconde [6].

Ces modalités de la transition démographique expliquent à la fois la baisse de la mortalité et de la fécondité dans un contexte de pauvreté, de faible scolarisation, et de comportements familiaux et individuels restés traditionnels, c'est-à-dire dans des conditions très différentes de celles qui sont à la base de la théorie de la transition démographique. Mais un facteur essentiel demeure cependant nécessaire : l'existence des infrastructures médicales, qui ne peut être assurée que dans un contexte minimal de paix civile, d'organisation administrative et d'un certain développement social indispensable.

## Bibliographie

1. BOSERUP E., 1985, Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa, *Population and Development Review*, Vol. 11, n° 3, p. 383-397.
2. CAMISA Z., 1971, *La nupcialidad femenina en América Latina durante el periodo intercensal 1950-1960*, CELADE, San José de Costa Rica, 44 p.
3. CARVALHO J., RODRIGUEZ WONG L., 1996, La transición de la fecundidad en el Brasil ; causas y consecuencias, in Guzman J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 373-396.
4. CELADE, 1983, *Boletín demográfico*, CEPAL, Santiago.
5. CHACKIEL J. et SCHKOLNIK S., 1996, América Latina : transición de la fecundidad en el periodo 1950-1990, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 3-26.
6. COSIO-ZAVALA M.E., 1998, *Changements démographiques en Amérique latine*, Paris, AUPELF-UREF, ESTEM, 120 p.
7. DIAZ-BRIQUETS S., 1981, Determinants of mortality transition in developing countries before and after the second World War : some evidence from Cuba, *Population Studies*, Vol. 35, n° 3, p. 399-411.
8. HAJNAL J., 1953, The marriage-boom, *Population Index*, Vol. 19, n° 1.
9. LERIDON H., 1987, *La seconde révolution contraceptive*, PUF/INED, Paris, 378 p.
10. LEVY M.L., 1985, *Tous les pays du monde, Population et Sociétés*, bulletin de l'INED, n° 193, 6 p.
11. MERRICK T.W., 1983, Fertility and Family Planning in Brazil, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 9, n° 4.
12. MERRICK T.W., 1984, *Recent fertility declines in Brazil, Colombia and Mexico*, Population Association of America.
13. PANTELIDES A., 1996, Un siglo y cuarto de la fecundidad en Argentina, 1869 al presente, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 345-358.
14. ROSERO-BIXBY L., 1996, Nuptiality trends and fertility transition in Latin America, in GUZMAN J.M. et al., Ed., *The fertility transition in Latin America*, Clarendon Press Oxford, p. 135-150.
15. ZAVALA DE COSIO M.E., 1992, *Cambios de fecundidad en Mexico y Políticas de Poblacion*, FCE-El Colegio de Mexico, 326 p. Traduction française : *Changements de fécondité au Mexique et Politiques de Population*, L'Harmattan, 1994, 256 p.

# 3. Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ?

Ali Kouaouci<sup>1</sup>

*La croissance démographique dans le Maghreb a connu ces dernières années un ralentissement remarquable, aussi rapide qu'imprévu. Il semble qu'on puisse parler de succès du malthusianisme pur, puisque le recul du mariage, auquel vont les faveurs du célèbre pasteur, à l'opposé du contrôle de la fécondité par des moyens contraceptifs peu « orthodoxes » pour lui, joue le rôle principal dans la transition. La croissance démographique a amené des générations de plus en plus nombreuses aux âges d'entrer en activité, de se marier et de créer de nouveaux ménages, sans une augmentation correspondante des opportunités d'emploi. Cette structure particulière qui exerce sur le marché du travail une tension inédite et redoutable modifie de nombreuses institutions comme la famille, mais aussi le marché du travail, voire même le champ politique.*

*Un cadre développé à l'origine par McNicoll et adapté à la situation du Maghreb, est appliqué et son efficacité à décrire cette situation est appréciée. Ce cadre représente un moyen possible pour comprendre comment une croissance démographique élevée peut induire des changements dans la structure familiale, puis dans les systèmes économique et social et pour finir se traduire par un changement de comportement au niveau individuel. Ce changement par rétroaction réduit la croissance démographique qui lui a donné naissance. Cependant, la croissance démographique ne s'est pas déployée en vase clos. Diffusion culturelle, politiques de population et pressions malthusiennes, paradoxalement aggravées par les programmes d'ajustement structurel, ont accompagné ce changement.*

*Le groupe des 15-24 ans apparaît à la fois comme l'une des principales victimes de cette transition mais aussi son accélérateur. S'il est impossible de dénier aux politiques de population tout effet sur la transition, il convient également de ne pas lui attribuer tout le bénéfice du changement puisque, avec des politiques commencées respectivement en 1966, 1975 et 1983, la Tunisie, le Maroc et l'Algérie présentent des niveaux relativement proches de fécondité, de nuptialité et de contraception.*

*Par ailleurs, la diffusion culturelle, avec le modèle familial alternatif qu'elle véhicule, rend possible par le recul du mariage et la baisse de la fécondité une action de freinage de la croissance démographique.*

*Enfin, les pressions malthusiennes telles qu'elles se traduisent par l'appauvrissement des populations les plus vulnérables, semblent jouer un rôle important dans la transition observée.*

1. Département de démographie, Université de Montréal.

La croissance démographique a connu ces dernières années un ralentissement remarquable, dans de nombreuses régions. Pour le Maghreb, il aura été aussi rapide qu'imprévu. La transition vécue par l'Algérie, le Maroc et la Tunisie ne saurait être réduite à un changement démographique isolé des autres changements. En particulier, les conditions difficiles que traverse la région, du point de vue économique surtout, ne sauraient être escamotées pour faire croire à une transition paisible vers des niveaux plus favorables de fécondité et de croissance. En vérité, toute transition est pénible, les sociétés ne changent pas par choix raisonné mais bien contraintes et forcées, et nous allons essayer de l'illustrer dans le cas du Maghreb. M. Godelier l'a exprimé en disant : « La transition désigne ce moment où la société rencontrant des difficultés externes et/ou internes à reproduire le système économique et social sur lequel elle se fonde, est presque forcée de se réorganiser sur la base d'un autre système » [9].

Comme l'ont suggéré des chercheurs comme S. Adnan [3] pour le Bangladesh et M.E. Cosio-Zavala [6] pour l'Amérique latine, les transitions ne s'accompagnent pas nécessairement de progrès économique et social, mais plutôt d'appauvrissement de la population, à tel point qu'on a pu parler de « malthusianisme de la pauvreté », avec son cortège de chômage et de baisse du niveau de vie.

Dans le cas du Maghreb, il semble que l'on puisse parler de succès du malthusianisme pur, puisque le recul du mariage, auquel vont les faveurs du célèbre pasteur, à l'opposé du contrôle de la fécondité par des moyens contraceptifs peu « orthodoxes » pour lui, joue le rôle principal dans la transition. Le triomphe de Malthus est d'autant plus éclatant que ce recul du mariage se produit au cœur de la « citadelle domestique » d'après la formule heureuse de P. Fargues, là où le mariage universel et précoce apparaissait incontournable, il y a quelques années à peine.

Nous nous inspirons du cadre élaboré par G. McNicoll [11] en l'adaptant à la situation du Maghreb. Nous allons essayer de montrer comment dans le cas du Maghreb, la croissance démographique a amené des générations de plus en plus nombreuses aux âges d'entrée en activité, à se marier et à créer de nouveaux ménages. Cette structure particulière qui exerce sur le marché du travail une tension inédite et redoutable va modifier de nombreuses institutions comme la famille, mais aussi le marché du travail, et par là même le champ économique, voire même le champ politique. En particulier la notion de famille et de mariage quasi universel et précoce qui caractérisait les sociétés maghrébines encore récemment, connaît un recul évident annonçant des changements importants au niveau du comportement individuel. Ce comportement va par rétroaction et généralisation progressive continuer à réduire la croissance démographique qui lui a donné naissance, bouclant ainsi la boucle.

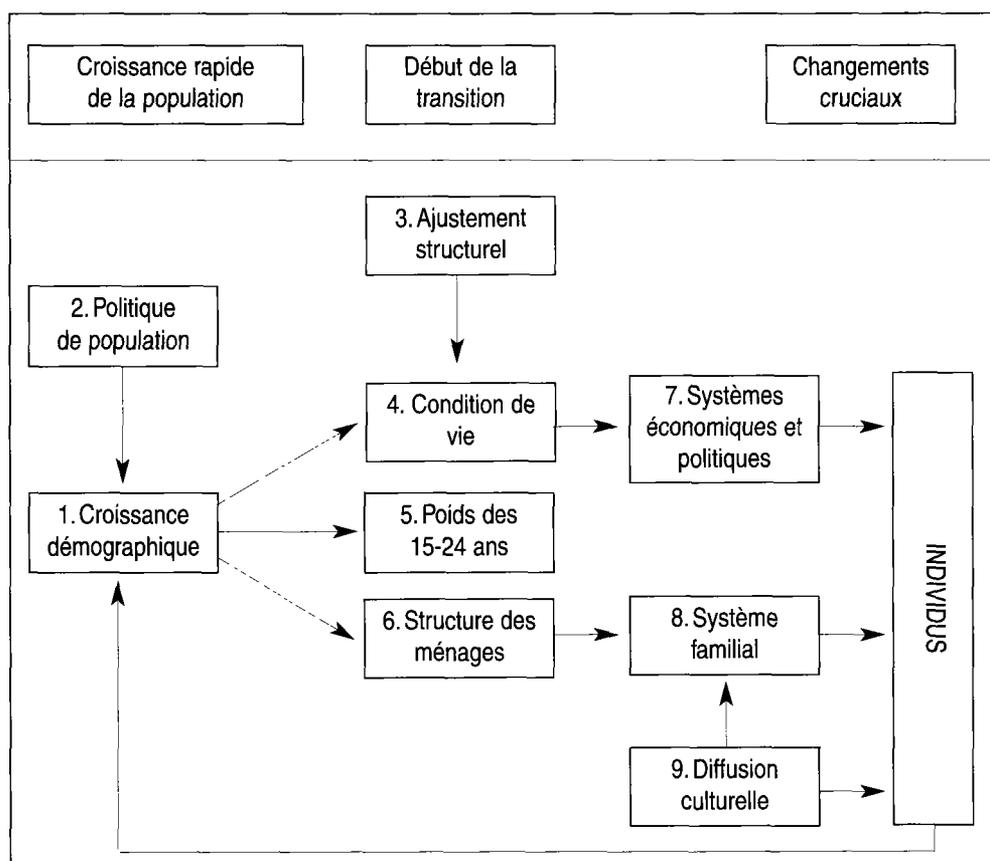
Cependant, la croissance démographique ne s'est pas déployée en vase clos. La diffusion culturelle, les politiques de population et les pressions malthusiennes, paradoxalement aggravées par les programmes d'ajustement structurel, ont accompagné ce changement.

Ce qui manque dans le cadre de G. McNicoll, ce sont les interventions politiques, la diffusion du modèle familial alternatif et les difficultés de survie quotidienne aggravées par les programmes d'ajustement structurel. Ces facteurs doivent pourtant être pris en compte comme conséquences ou résultats de la croissance démographique, mais aussi comme variables intervenant dans un premier temps au même titre que la croissance démographique elle-même. Ceci n'empêche pas dans un deuxième

temps et assez logiquement que les systèmes économiques et politiques soient aussi transformés du fait des conséquences sur le système familial, sur l'entrée dans le marché du travail, etc.

Nous tentons dans le cadre de ce travail de mettre en évidence les multiples transformations qui accompagnent ces changements de comportement lié à la reproduction. En particulier, les changements dans la nuptialité, l'emploi des jeunes et l'économie des ménages devraient être étudiés en montrant les conséquences sur la croissance démographique. Tout se passe comme si la croissance démographique élevée produisait elle-même des mécanismes qui finissent par la freiner. Idéalement, il faudrait suivre l'ordre suggéré par la figure 1.

**Figure 1 : Cadre pour la transition**



La croissance démographique vient logiquement en premier lieu. La politique de population est une réponse à cette croissance démographique. Le contexte socio-économique ne peut guère être approché si l'on fait l'impasse sur les programmes d'ajustement structurel qui transforment les conditions de vie des populations du Maghreb, en particulier par la difficulté de trouver un emploi, qui concerne les jeunes de 15 à 24 ans au premier chef. Cette crise de l'emploi des jeunes va se répercuter sur la structure des ménages, où le poids des fils et filles en âge de travailler, de se marier et de créer leur propre ménage augmente, sans que les opportunités

d'emploi évoluent parallèlement. Enfin ces pressions sur le système familial poussent à des transformations et par voie de conséquence entraînent des modifications des systèmes économique et politique. Enfin, la diffusion culturelle avec le modèle familial alternatif qu'elle véhicule rend possible par le recul du mariage et la baisse de la fécondité une action de freinage de la croissance démographique.

Dans le cadre limité de ce travail, nous nous concentrons sur les principales relations entre la croissance démographique et la politique de population, le poids des 15-24 ans, le recul de l'âge au mariage, l'évolution des possibilités d'emploi pour les jeunes, la structure des ménages et enfin les programmes d'ajustement structurel et les conditions de vie des populations. L'objectif est d'appliquer le cadre modifié de G. McNicoll au cas du Maghreb, en vue de tester son efficacité. Bien entendu, notre propos n'est pas de démontrer la validité théorique du cadre de G. McNicoll, tâche dont s'est acquitté cet auteur dans le cadre de ses propres objectifs. Il s'agit plutôt d'évaluer les effets d'une croissance démographique rapide sur les systèmes familiaux, économiques et politiques. L'idée est d'élargir ce cadre pour décrire de manière plus efficace certains mécanismes de la transition démographique du Maghreb, engagé par ailleurs dans d'autres transitions : économique (vers la libéralisation et l'ajustement), politique (vers le multipartisme) et socio-culturelle (vers des modèles familiaux et matrimoniaux alternatifs). Ce vaste programme d'études pour le futur n'est pas l'objectif immédiat de ce chapitre.

## La croissance démographique au Maghreb

**Tableau 1 : Natalité, mortalité et accroissement naturel au Maghreb, 1970-1995**

Années	Indice	Algérie	Maroc	Tunisie
1970	TBN‰	48,72	46,64	38,98
	TBM‰	16,20	16,38	13,58
	TAN%	3,25	3,03	2,54
1980	TBN‰	42,36	38,14	34,78
	TBM‰	11,78	12,04	9,04
	TAN%	3,06	2,61	2,57
1995	TBN‰	26,16	26,70	24,02
	TBM‰	5,42	7,14	6,06
	TAN%	2,07	1,96	1,80

Vers 1950, les populations algérienne et marocaine ont été estimées à environ 8 753 000 et 8 953 000. La Tunisie avait alors une population d'environ 3 530 000 habitants. D'après les données de la Banque Mondiale, l'Algérie a connu la plus forte croissance naturelle de sa population durant les trente dernières années. Vers 1970, le taux d'accroissement naturel de l'Algérie atteignait 3,2% comparativement à 3% pour le Maroc et 2,5% pour la Tunisie. Le Maroc et l'Algérie présentaient de faibles différences en termes de natalité (48,7 et 48,6) et de mortalité (16,2 et 16,4), mais la Tunisie se démarquait nettement avec 39‰ pour la natalité et 13,5‰ pour la mortalité. Vingt-cinq ans plus tard, les différences se sont presque estompées : le taux d'accroissement naturel varie entre 2% (Algérie et Maroc), et 1,8% (Tunisie). Si l'Algérie conserve la croissance la plus forte, ce n'est plus apparemment du fait de

sa natalité, mais bien de sa mortalité : 5,4‰ contre 6,1‰ pour la Tunisie et 7,1‰ pour le Maroc.

Vers 1990, les estimations des Nations Unies donnent une population de 24 935 000 pour l'Algérie, de 24 043 000 pour le Maroc et de 8 162 000 pour la Tunisie [13]. En quarante ans, les populations algérienne et marocaine auraient presque triplé et la population tunisienne plus que doublé.

Dans un travail précédent [10], nous avons commencé à mettre en évidence la convergence des niveaux de fécondité, de nuptialité et de contraception, dans ces trois pays du Maghreb. Cette convergence ne fait que se confirmer, sans pourtant qu'on puisse parler d'homogénéité, et malgré des politiques officielles assez différentes.

## Les politiques de population

C'est vers les années 1966-67 que les trois pays ont été ciblés par les bailleurs de fonds, principalement nord-américains, en vue de leur faire adopter une politique de population pour maîtriser leur croissance démographique. Des enquêtes Connaissance, Aptitude et Pratique (CAP) ont été menées à la même époque et avec les mêmes méthodologies et objectifs. La Tunisie d'abord, puis plus tard le Maroc ont adopté des politiques, l'Algérie résistant jusque vers 1980 pour suivre le mouvement. S'il est impossible de dénier au politique tout effet sur la population, il convient également de ne pas lui attribuer tout le bénéfice du changement puisque, avec des politiques commencées respectivement en 1966, 1975 et 1983, la Tunisie, le Maroc et l'Algérie présentent des niveaux relativement proches de fécondité, de nuptialité et de contraception (Tab. 2).

**Tableau 2 : Fécondité, nuptialité et contraception au Maghreb**

Rubrique	Algérie (1992)	Maroc (1995)	Tunisie (1995)
Indice synthétique de fécondité	4,4	3,6	3,2
Taux de prévalence contraceptive (%)	51	50	60
Age moyen au mariage des femmes (années)	23,8	25,3	26,6
Proportions de femmes célibataires à 20-24 ans (%)	52	60	72

« Si les programmes n'ont pas démarré en même temps, l'intérêt pour la maîtrise de la croissance démographique s'est manifesté dans les 3 pays vers 1967-68. Par rapport au Maroc et à la Tunisie, l'Algérie sortant d'une longue guerre meurtrière était encore en phase de rattrapage et d'euphorie » [10]. Cependant, il convient de souligner que bien avant l'adoption officielle d'une politique de population, l'Algérie offrait des services gratuits d'espacement des naissances. Pour le cas du Maroc et de la Tunisie, il faut citer le rôle pionnier des Associations de Planification Familiale qui ont sensibilisé la population et facilité la reprise de l'essentiel de l'effort par les services publics. L'histoire particulière de l'Algérie, avec sa guerre de libération et ses

élites politiques marquées par le tiers-mondisme, l'a rendue récalcitrante, du moins dans le discours officiel, pendant une dizaine d'années, aux « fausses solutions » de la planification familiale. Cependant, cela n'a pas empêché la mise à disposition de contraceptifs gratuits dans un réseau national de cliniques gouvernementales de Protection Maternelle et Infantile et d'Espacement des Naissances.

Par rapport à la croissance démographique, les trois pays n'ont pas eu les mêmes politiques, ou du moins, pas simultanément. L'apparent paradoxe de la convergence des niveaux de contraception, de fécondité et d'âge au mariage s'explique par contre lorsque l'on compare les programmes de planification familiale (d'espacement des naissances, pour l'Algérie), somme toute fort similaires dans les trois pays.

## L'ajustement structurel

L'endettement extérieur touche les trois pays à des degrés divers, mais de manière sévère dans tous les cas : selon les indicateurs publiés par la Banque Mondiale (1997), la dette extérieure totale algérienne est passée de 940 millions de \$ US en 1970 à 32,6 milliards de \$ US en 1995, de 985 millions de \$ US à 22,4 milliards de \$ US pour le Maroc, et de 598 millions à 9,9 milliards de \$ US pour la Tunisie. Cet endettement devient un cercle vicieux. Le poids de la dette a tellement étranglé ces pays que la priorité des gouvernements devient le remboursement de la dette au lieu du bien-être de la population. Ne pouvant honorer les échéances, les gouvernements s'endettent davantage : on emprunte pour payer la dette, etc.

Nul doute que les années quatre-vingt ont vu un changement important pour les trois pays du Maghreb. En 1981 pour le Maroc, 1984 pour la Tunisie et 1988 pour l'Algérie ont eu lieu des émeutes menées par les jeunes, qu'on a parfois appelées « émeutes de la faim ». On parle aussi des « émeutes du FMI ».

Pour le Maroc, dès 1965, une première convention est signée avec le FMI, du fait d'une crise financière. Le pays doit changer son orientation (industrialisation) et opter pour le développement du capital privé dans le secteur agricole (tourné vers l'exportation) et le tourisme. A partir des années quatre-vingt, le premier souci sera le remboursement de la dette. Dès 1981, le programme d'ajustement structurel (PAS) pousse à une augmentation du prix des produits alimentaires de 14% à 77%. Des émeutes éclatent, conduites par des jeunes sans emploi, dont une partie venait de connaître l'échec au baccalauréat (84% de recalés en 1981) [2].

Pour la Tunisie, à partir de 1986, le PAS consacre la primauté du secteur tourné vers l'exportation. Avant 1986, l'État avait déjà commencé à se désengager en supprimant les subventions des produits de base, entraînant en 1984 des émeutes du pain [4].

Pour l'Algérie, comme pour le Maroc et la Tunisie, on est passé d'une politique de développement à une politique d'ajustement structurel avec tout ce que cela comporte en terme d'augmentation du coût de la vie, d'aggravation du chômage et d'émeutes. Jusque là, les revenus pétroliers avaient réussi à cacher la crise de la dette. Mais avec la baisse du prix du principal produit d'exportation (le pétrole) en 1986, le système est mis en difficulté. En 1988, le service de la dette avait grimpé à des sommets jamais égalés (87%). A la différence du Maroc et de la Tunisie, ces émeutes ont éclaté avant même l'adoption d'accords avec le FMI et, plus tard avec la Banque Mondiale en 1989. Le remboursement de la dette ayant pratiquement épuisé les ressources cette année-là, les

importations en ont durement souffert. Ce n'est qu'en 1991 que des mesures similaires à celles contenues dans le PAS sont adoptées en Algérie, du moins en partie [14].

Les programmes d'ajustement structurel ont eu des effets divers, dont l'appauvrissement de la partie la plus vulnérable de la population. On parle de 400 000 suppressions d'emploi en Algérie ces trois dernières années, sans compter la masse de jeunes en attente de leur premier emploi.

## Le poids des 15-24 ans

Quand une population s'accroît rapidement, tous les groupes d'âges ne présentent pas le même rythme de croissance. Ainsi, si la population algérienne s'est multipliée par 2,8 entre 1950 et 1990, les effectifs des 15-24 ans se sont multipliés par 3,1 durant la même période, passant de 1,6 à 5,1 millions. Les données pour le Maroc et la Tunisie sont respectivement 2,7/2,9 et 2,3/2,6. Ce groupe d'âge est particulièrement vulnérable et explosif : les 15-24 ans sont instruits et n'arrivent pas tous à s'insérer dans le marché du travail, ni à s'intégrer par le mariage dans une forme de vie sociale ordinaire. Ces jeunes contestent, dans la plupart des populations en crise, de plusieurs manières, un ordre social qui ne peut leur offrir de place à la mesure de leur ambition. Sur les 1,26 millions de chômeurs algériens en 1991, 827 mille (soit 65%) ont moins de 25 ans.

Il faudrait en fait, fixer les limites des groupes d'âges utilisés selon les objectifs de l'analyse. L'âge démographique en effet, ne se confond pas nécessairement avec l'âge social. Dans le cas algérien, le recul de l'âge au mariage (24 ans pour les femmes et 27 ans pour les hommes) et l'importance du chômage parmi les moins de 30 ans font que la dépendance vis-à-vis des parents dure plus longtemps. On garde le statut de « fils » ou « fille » de plus en plus longtemps et peut-être de plus en plus difficilement. Nous allons travailler sur les 15-24 ans, bien qu'idéalement il faudrait envisager une limite différente pour chaque sexe.

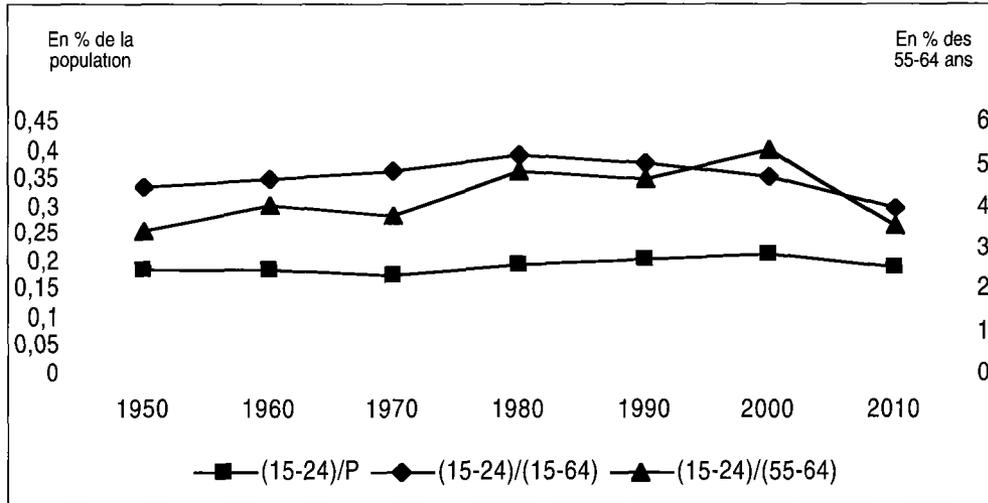
Le poids des 15-24 ans dans les trois populations est considérable. Autour de 20% de la population totale et de 35% de la force de travail, il ne reçoit que peu d'attention de la part de la société alors que les projections démographiques montrent pour les trois pays que leur poids va continuer à faire subir des tensions insoutenables sur le marché du travail, en particulier jusque vers 2010, date à laquelle un fléchissement sera probablement observé.

A titre exploratoire, nous avons essayé de comparer le poids des 15-24 ans à celui des 55-64 ans en vue d'illustrer la tension sur le marché du travail. En effet, ces deux groupes peuvent représenter les sous-populations concernées par l'entrée en activité économique (15-24 ans), et la sortie (55-64 ans). Le rapport de ces deux sous-populations varie en 1990 de 4,7 pour l'Algérie, à 4,3 pour le Maroc et 3,8 pour la Tunisie. Les prévisions montrent une aggravation de ce rapport pour 2000, puisque les chiffres passeraient respectivement à 5,4, 4,5 et 4,1. Ce n'est que vers 2010 que ces ratios baisseront respectivement à 3,5, 3,1 et 3,0 (Fig. 2). A titre de comparaison, ce rapport est de 1,5 pour le Canada en 1991.

Le poids de ces jeunes oblige la société à changer, car précisément, le système en place ne peut les intégrer. Ces changements toucheront nécessairement les principales institutions de la société : la famille, les sous-systèmes économique, politique

et culturel. Ces jeunes qui apparaissent comme le produit d'une croissance démographique passée soutenue peuvent être appréhendés comme la principale victime de cette transition, mais aussi comme le principal moteur de changement.

**Figure 2 : Le poids des 15-24 ans dans la population algérienne**



## La structure des ménages

La taille moyenne des ménages a baissé en Tunisie et au Maroc, mais pas en Algérie. Alors qu'en 1994, cette taille moyenne était de 5,4 personnes en Tunisie et de 5,8 au Maroc, elle demeurait en 1992 à environ 7 personnes par ménage en Algérie. La crise du logement en Algérie était telle que vers 1992, 3,2 personnes partageaient en moyenne une chambre à coucher, contre 2,9 en Tunisie et 2,0 au Maroc. Cette surcharge des ménages en Algérie par opposition au Maroc s'éclaire quelque peu lorsque l'on compare les membres du ménage selon la relation au chef de ménage. La proportion de « fils » ou « filles » du chef de ménage est d'environ 27% au Maroc en 1992, et de 64% en Algérie. Dans ce pays, la situation était même plus critique en 1986 puisque cette proportion était de plus de 66%. Cette situation qui fait que les chefs de ménage soient en minorité par rapport aux fils et aux filles en Algérie (15%), mais pas au Maroc (33%), est potentiellement conflictuelle lorsque les descendants sont en âge de créer leur propre ménage sans en avoir la possibilité. Les jeunes sont alors forcés de cohabiter avec les générations plus anciennes. Ils sont dans un état de dépendance financière pesante et de frustration manifeste. Malgré le recul du mariage au Maroc, la situation est encore plus grave en Algérie.

C'est bien entendu la crise de l'emploi en Algérie qui laisse les jeunes désemparés. Jusque vers 1986, grâce à la manne du pétrole, le chômage déguisé faisait croire que l'Algérie pouvait fournir un emploi (fictif) à pratiquement tous les demandeurs d'emplois. Le travail était un droit dans la mentalité des gens, au même titre que le logement social, les cantines sur les lieux de travail, le transport des travailleurs. Le réveil n'en a été que plus pénible.

**Tableaux 3 : Proportion de marié(e)s en Algérie et au Maroc (%)**

	Algérie				Maroc			
	1986-1987		1992		1982		1994	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-19	1,0	8,2	0,2	3,4	2,0	16,9	1,0	12,1
20-24	10,5	44,8	4,3	28,1	18,5	54,7	10,6	41,4
25-29	51,5	72,7	27,5	60,9	53,3	76,6	35,6	60,3

Sources : pour l'Algérie, ENAF (1986-87) et EASME (1992) ; pour le Maroc, recensements de 1982 et 1994.

**Tableau 4 : Proportions d'occupé(e)s parmi les jeunes de 15-29 ans en Algérie et au Maroc (%)**

	Algérie				Maroc			
	1986-1987		1992		1982		1994	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-19	14	3	14	2	43	15	69	64
20-24	42	10	40	7	66	17	72	60
25-29	81	11	68	14	85	18	79	66

Sources : pour l'Algérie, ENAF (1986-87) et EASME (1992) ; pour le Maroc, recensements de 1982 et 1994.

## Les changements économiques et sociaux

L'entrée de la Tunisie sur le marché international a été un choix dès 1970 [4]. Durant les années soixante-dix et quatre-vingt, le PIB s'est accru de 9,6% par an, le revenu par tête de 7% et la consommation de 12%. Cette performance est due au secteur industriel, en particulier aux activités délocalisées dans le cadre de la nouvelle division internationale du travail. Dans le même temps, la production agricole a été sacrifiée. Les prix, fixés autoritairement par l'État, ont diminué entre 1961 et 1979, de 47% pour le blé dur, 31% pour le blé tendre et 22% pour l'orge. Le taux de couverture des importations alimentaires était de 200% en 1960 et inférieur à 1/3 au début des années quatre-vingt.

Le taux de chômage qui était de 12,8% en 1980, passe à 16,4% en 1984, avec en particulier un taux de chômage des 18-24 ans qui passe à 25% en ville. La population en dessous du seuil de pauvreté diffère bien entendu selon que l'on utilise les chiffres officiels ou non, entre 12% et 50% en 1980.

Pour l'Algérie, à partir de 1986, le service de la dette est passé de 30-35% des recettes d'exportation à 60-70%, ne laissant guère de choix que de couvrir tant bien que mal l'importation de produits alimentaires et pharmaceutiques et de s'endetter de nouveau pour continuer à faire fonctionner la machine économique [1].

**Tableau 5 : Structure des ménages en Algérie et au Maroc**

	Algérie		Maroc	
	ENAF 1986-87 (%)	PAPCHILD 1992 (%)	EDS 1992 (%)	
Chef de ménage (M)	12,5	15,1	Chef de ménage	33,0
Chef de ménage (F)	1,6	2,2		
Époux (M)	0,3	0,0	Époux-Épouse	25,6
Épouse (F)	15,3	14,9		
Fils	36,3	33,5	Fils-Fille	27,2
Fille	30,0	29,5		
Père	0,4	0,3	Père-Mère	2,0
Mère	1,5	0,3		
Autre parent	2,1	4,2	Frère-Sœur	1,9
			Autre proche	2,2
			Adopté	0,3
			Sans lien de parenté	1,0
			Gendre/Bru	3,1
			Beaux parents	0,2
Petits-enfants	3,4			
Total	100,0	100,0		100,0

Après la libéralisation des prix des produits de base en 1992, les statistiques officielles indiquaient que 14 millions d'Algériens avaient besoin d'une assistance sociale, soit pratiquement la moitié de la population. Quatre millions d'Algériens n'avaient aucun revenu à ce moment-là. Les inégalités sociales avaient atteint un seuil critique : 10% de la population disposait de 30% du PIB, alors que 40% n'en consommaient que 6%. Une bonne partie de la société algérienne se trouvait ainsi poussée dans la marginalité [7].

## Changements du système familial

En Algérie, les chercheurs d'emploi sont majoritairement pris en charge par la famille (67,9%). Le reste déclare se débrouiller pour subvenir à ses besoins [8]. Par ailleurs, le recul de l'âge au mariage, combiné au chômage, oblige les jeunes, surtout de sexe masculin, à une cohabitation avec les parents. Ceci entraîne des frustrations et des situations conflictuelles.

Au Maroc, au contraire, du fait de la crise du marché du travail, la transition s'appuie sur le maintien des solidarités familiales, mais sans co-résidence forcée : l'essentiel des emplois sont créés par des entreprises familiales et 70% de l'emploi se retrouve dans l'informel. Cela est assez différent de ce que J.C. Caldwell [5] et bien d'autres ont pronostiqué : avec un mode de production capitaliste, on observe un

recul de la famille et une émergence de l'individu qui vend sa force de travail à des inconnus. La baisse de la fécondité ici s'accompagne d'une détérioration des conditions de vie et l'institution familiale développe apparemment une stratégie de survie qui assure non seulement un travail à certains de ses membres, mais aussi un maintien des valeurs familiales traditionnelles.

Le cas de l'Algérie est plus complexe. La cohabitation forcée des générations a créé une situation explosive. Les relations familiales, selon les données de l'enquête sur la jeunesse sont plutôt tendues. Mais les ménages étendus pouvant (recensement de 1987) regrouper jusqu'à 5 personnes disposant d'un emploi ont alors un pouvoir économique, politique et social indiscutable : ce sont les mieux équipés, les plus influents, etc.

\*

\* \*

La transition démographique au Maghreb est un phénomène douloureux pour la société qui va probablement entraîner des changements considérables et inattendus dans la famille, le marché du travail et même le système politique. Les sociétés maghrébines ont très peu à offrir aux vagues de jeunes qui s'impatientent à l'entrée du marché du travail. Les générations plus anciennes, après deux décennies de développement et une décennie d'ajustement structurel, n'ont pas réussi à négocier des termes honorables de l'échange dans le cadre de la division internationale du travail. Les trois pays sont maintenant bénéficiaires de l'aide alimentaire internationale, alors que trente ans plus tôt, ils étaient plutôt excédentaires. En 1990, l'Algérie a reçu 26 000 tonnes de céréales, le Maroc 200 000 tonnes et la Tunisie 348 000. Le remboursement de la dette est devenu la priorité des gouvernants, ce qui leur laisse une marge de manœuvre réduite pour faire face au défi d'intégrer les vagues successives de jeunes en âge de travailler, de former leur propre ménage et d'aspirer à une qualité de vie en rapport avec leur potentialités. C'est un défi assez inédit et sans rapport avec ce que nous connaissons des transitions dans le monde occidental. Ces transitions s'étaient inscrites dans des cycles temporels beaucoup moins rapides, ce qui permettait à ces sociétés de s'adapter graduellement aux transformations démographiques, économiques et sociales.

Le Bureau International du Travail (BIT) a donné l'alarme en fournissant le nombre de postes à créer annuellement pour avoir une chance d'amortir le choc des vagues de jeunes entre 2000 et 2010 : 359 000 pour l'Algérie, 308 000 pour le Maroc et 86 500 pour la Tunisie. Ces niveaux sont bien entendu hors de portée des économies maghrébines telles qu'elles fonctionnent. Le BIT parle de « course perdue », mais le changement incontournable qu'imposera la jeunesse permet de dire que tout n'est (peut-être) pas encore joué. Dans la plupart des sociétés contemporaines, les générations de *baby-boomers* ont radicalement changé la société, la famille, le rapport hommes-femmes et la structure du marché du travail.

## Bibliographie

1. ABDOUN R., 1996, L'endettement extérieur de l'économie algérienne, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 163-182.
2. ABOUHANI A., 1996, Le Maroc : crise du modèle de développement et perspectives de changement, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 47-88.
3. ADNAN S., 1997, Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue : aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh, in CHASTELAND J-C. et Chesnais J-C., Eds., *La population du monde- Enjeux et Problèmes*, INED-PUF, Paris, p. 41-78.
4. BEN HAMMOUDA H., 1996, Crise économique et contestation du politique en Tunisie, in Amin S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 19-46.
5. CALDWELL J.C., 1978, A Theory of Fertility ; From High Plateau to Destabilization, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 4, p. 553-577.
6. COSIO-ZAVALA M., 1995, Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine, in TABUTIN D., EGGERICKX T. et GOURBIN C., Eds., *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Academia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 401-414.
7. EL-KENZ A. et JABI A., 1996, Le mouvement social et les forces politiques dans l'Algérie des années 1990, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Montréal/Paris, p. 183-194.
8. Enquête Nationale sur la Jeunesse Algérienne, Rapport Final, Alger, C.E.N.E.A.P, 1992.
9. GODELIER M., 1990, La théorie de la transition chez Marx, *Sociologie et société*, Vol. XXII, n° 1, Montréal, p. 53-81.
10. KOUAOUCI A., 1995, Tendances démographiques au Maghreb et politiques de population, in ZAMOUN S. et al., Eds., *Population et environnement au Maghreb*, Academia, L'Harmattan, Louvain la Neuve, p. 59-80.
11. MCNICOLL G., 1984, Consequences of rapid population growth : Overview and assessment, *Population and Development Review*, Vol. 10, n° 2, p. 177-240.
12. ROYAUME DU MAROC, DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1996, *Recensement 1994. Les caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population*. Niveau national, 295 p.
13. UNITED NATIONS, 1997, *The Sex and Age Distribution of the World Populations. The 1996 Revision*, New York, 883 p.
14. YACHIR F., 1996, Algérie : l'ajustement inachevé, in AMIN S., Ed., *Le Maghreb : enlissement ou nouveau départ*, L'Harmattan, Paris/Montréal, p. 89-162.

# 4. Migration et transition démographique en Afrique

Victor Piché<sup>1</sup>, Émilien Kokou Vignikin<sup>2</sup>, Mouhamadou Guèye<sup>3</sup>,  
Richard Marcoux<sup>4</sup> et Mamadou Kani Konaté<sup>5</sup>

*L'objectif de ce chapitre est d'examiner le rôle de la migration dans la transition démographique. Dans un premier temps, nous proposons un cadre théorique qui place la migration au cœur de la transition démographique (et non à la périphérie comme c'est habituellement le cas). Nous présentons ensuite pour huit pays africains une synthèse macroscopique des liens entre certains indicateurs de la migration et les autres indicateurs démographiques. Les données analysées ici suggèrent que l'Afrique a bien entamé ce que nous avons nommé la deuxième forme de transition migratoire, à savoir la transition urbaine. En effet, depuis le début des années soixante, la population urbaine africaine a quadruplé, passant en une trentaine d'années de 50 millions à 200 millions. La confrontation des indicateurs d'urbanisation avec ceux qui sont au centre du schéma classique de la transition démographique ne laisse toutefois pas apparaître les changements auxquels on aurait pu s'attendre. En effet, le phénomène d'urbanisation, pourtant très important n'est nullement accompagné d'une baisse de la fécondité et de la mortalité à l'échelle des pays. On observe même dans certains pays une association inverse puisque la croissance urbaine s'accompagne d'une augmentation de la fécondité. Deux hypothèses peuvent alors être avancées pour expliquer ces résultats : premièrement, que la période d'étude est trop restreinte et que les changements pourront devenir apparents sur une période plus longue que celle retenue ici; deuxièmement, que cette transition urbaine n'est qu'une nouvelle forme de migration circulaire. En d'autres termes, la transition urbaine en Afrique s'inscrirait principalement dans la logique d'un modèle de migration circulaire entre les zones rurales et urbaines permettant alors le maintien d'une fécondité élevée.*

Une littérature relativement abondante traite de l'impact des migrations rurales-urbaines sur la fécondité dans les pays en voie de développement [6]. Il ressort en substance de cette littérature que la fécondité des migrants est significativement plus faible que celle des non-migrants et ce, pour trois raisons principales : i) la migration étant un phénomène éminemment sélectif, les migrants se distingueraient des non-migrants par leur jeunesse, leur éducation plus élevée et leur plus grande aspiration à l'ascension sociale ; ii) la rupture avec le milieu de départ, en contribuant à une séparation temporaire de certains couples, induirait un allongement des calendriers de fécondité et partant, participerait à une baisse de la fécondité générale ; iii) les conditions de l'insertion en milieu urbain contraindraient à modifier les comportements reproductifs des migrants et des migrantes.

1. Université de Montréal.

2. URD-Lomé.

3. CERPOD/INSAH, Bamako.

4. Université Laval, Québec.

5. CERPOD/INSAH, Bamako.

Les migrations induiraient ainsi des transformations socio-économiques. Plusieurs théories ont tenté d'expliquer la genèse et les causes des migrations contemporaines [1 et 8]. Si d'un côté ces théories ont rarement été inscrites dans la problématique plus large de la transition démographique, de l'autre, le cadre de la transition démographique est lui-même resté dominé par l'idée de la baisse de la mortalité et de la fécondité [7 et 12].

L'objectif du présent chapitre consiste à jumeler ces deux approches de recherche sur la transition démographique, lesquelles se sont développées de façon parallèle, en articulant notre raisonnement autour du postulat que la théorie de la transition démographique doit intégrer l'ensemble des phénomènes démographiques. En partant de ce postulat, nous avons essayé dans un premier temps, de circonscrire le concept de transition migratoire. Dans la deuxième partie, nous nous sommes interrogés sur l'état des transitions migratoires en cours en Afrique au Sud du Sahara. A partir d'une série d'indicateurs, nous examinons les tendances en matière d'urbanisation en fonction de certains paramètres démographiques à l'échelle des pays.

## **Migration et transition démographique: perspectives théoriques**

### **Comment définir la transition migratoire ?**

Comparativement aux autres phénomènes démographiques, la définition de la transition migratoire est fort complexe. En ce qui concerne la mortalité ou la fécondité, on s'accorde pour dire que le concept de transition fait surtout appel à la notion d'intensité. De ce fait, la transition traduit le passage d'un niveau de mortalité ou de fécondité élevé à un autre plus faible. Dans la réalité, le concept se mesure essentiellement par la baisse d'intensité de l'un ou l'autre de ces deux phénomènes. Naturellement, les théories de la transition démographique vont bien au-delà de la simple appréciation quantitative de l'évolution des phénomènes dans la mesure où elles tentent aussi de les expliquer à travers des changements sociaux et économiques plus globaux, même si le point d'ancrage de ces explications reste toujours la baisse de la fécondité ou de la mortalité.

Pour ce qui est de la migration, la référence à la notion d'intensité se heurte à un obstacle de taille. En effet, il n'y a pas de repère qui permette de dire qu'une société ou un groupe social subit une transition migratoire dans un sens ou dans un autre<sup>6</sup>. Il n'existe pas non plus de théories rassemblant les caractéristiques sociétales qui expliqueraient les changements profonds, voire séculaires, dans l'intensité du phénomène migratoire. Bien entendu, ceci ne veut nullement dire qu'il n'existe pas de modèles théoriques de l'intensité migratoire. Au contraire, nombreux sont les modèles qui sont conçus autour du changement d'intensité des flux migratoires. Mais le plus souvent, ces modèles sont de nature transversale et conjoncturelle et ne présupposent nullement le passage d'un type de société à un autre alors que les théories de la transition de la fécondité ou de la mortalité, de nature longitudinale et structurelle, impliquent un changement de société.

Comment alors définir la transition migratoire ? De notre point de vue, au-delà de l'intensité, ce sont les formes de migrations qui devraient être prises en compte dans

6. Par exemple, le passage d'une migration à forte (ou faible) intensité à une migration à faible (ou forte) intensité.

une théorie globale de la transition démographique. Dès lors, si l'on veut approfondir la notion de transition appliquée à la migration, il faut, comme pour toute transition poser les questions suivantes : 1) comment caractériser les migrations dans l'étape pré-transitionnelle ? 2) comment caractériser les formes de migrations dans l'étape post-transitionnelle ? et enfin 3) comment caractériser la transition elle-même, c'est-à-dire quels en seraient le moteur, le rythme et le caractère universel ?

## La ou les transition(s) migratoire(s) en Afrique au Sud du Sahara ?

La difficulté à opérationnaliser la notion de transition migratoire dans un contexte précis — ici l'Afrique au Sud du Sahara — résulte de la cooccurrence de formes multiples de migrations (migrations de mariage, migrations pour les études, migration de colonisation de terres, migration de travail, etc.). Du fait de la simultanéité de ces formes de migrations, il est difficile, voire impossible, de parler de transition d'une forme du phénomène à une autre radicalement différente. L'exercice conceptuel consiste donc à se demander si les divers types de migrations observables dans une société ne forment pas, en définitive, un profil migratoire caractérisant cette société. Par exemple, une société qui se distingue par une forte fécondité et une forte mortalité se distingue-t-elle également par un profil migratoire spécifique ? Si tel était le cas, il serait facile de documenter le passage d'un système migratoire à un autre, le système migratoire se définissant alors comme un ensemble intégré de formes de migrations qui caractériseraient une société donnée. W. Zelinsky [15: 221] a été l'un des premiers auteurs à tenter une conciliation de la théorie de la transition démographique et les lois des migrations énoncées par E. Ravenstein en 1985 [11].

Après avoir décomposé la transition migratoire en cinq phases, W. Zelinsky montre qu'à chacune de ces phases correspond une spécificité dans la forme, l'intensité, la fonction, la fréquence, la durée, la distance parcourue, les catégories de migrants, etc. Il établit ensuite un rapport entre cinq phases de la transition migratoire avec les cinq phases classiquement connues de la transition démographique.

Dans le cas particulier de l'Afrique au Sud du Sahara, il convient de se demander s'il existe un système migratoire spécifique aux sociétés pré-transitionnelles (traditionnelle, pré-coloniale, pré-capitaliste, etc.) et post-transitionnelle (moderne, post-coloniale, capitaliste, etc.). S'agissant des formes de migrations dans les sociétés pré-coloniales africaines, les connaissances restent très parcellaires de sorte que la migration continue d'être, le plus souvent, conceptualisée en fonction de modèles dichotomiques qui mettent en opposition des paires telles que migration anciennes/modernes, migrations de lignages/ individuelles, migrations rurales-rurales/ rurales-urbaines, migrations internes/ internationales.

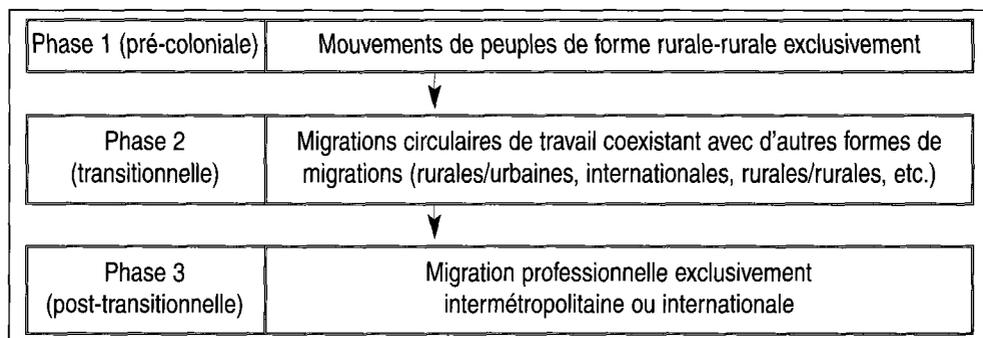
Cette vision dichotomique des formes de migrations a été abondamment critiquée quoiqu'elle continue de prévaloir [1, 2 : 11-12, 5]. Une approche plus historique permet cependant de la nuancer en documentant la multiplicité des formes de migrations dans les sociétés pré-coloniales. Cordell, Gregory et Piché [5: 31] décrivent ainsi cinq formes de migrations « anciennes » : les migrations de colonisation, les migrations liées au commerce, les migrations religieuses, les migrations forcées liées à la traite des esclaves, et les migrations de mariage. Mais ces formes de migrations constituent-elles un véritable système migratoire lié aux modes de vie (modes de production) des populations concernées ? La question est d'autant plus complexe

que d'une part, chaque forme de migration peut avoir son propre moteur ; d'autre part, chacune de ces formes peut être liée de façon plus ou moins organique aux autres. Seule une recherche historique approfondie permettrait de répondre adéquatement à la question. Dans les modèles ou typologies migratoires spécifiques à l'Afrique au Sud du Sahara, ces migrations sont dites appartenir à des sociétés agricoles, rurales et non marchandes dans lesquelles l'organisation de la production est centrée sur la famille et les rapports domestiques. Ce pourrait être là le fil conducteur ou le principe unificateur d'un ensemble de migrations en apparence hétéroclite.

Pour ce qui est des migrations dans la période coloniale, le moins qu'on puisse dire est que la recherche, s'est surtout intéressée à l'impact des politiques coloniales et de l'introduction de l'économie marchande sur les migrations tant internationales qu'internes. Cette recherche a surtout mis en exergue l'apparition d'une nouvelle forme de migration, à savoir, la migration de travail salarié. Autant les anciennes formes de migrations trouvaient leur finalité dans l'organisation familiale ou religieuse, voire même commerciale, autant cette nouvelle forme de migration se révèle fondée sur la monétarisation de l'économie et son corollaire, l'apparition d'un marché du travail salarié. Une des grandes caractéristiques de ce nouveau type de migration est d'être dans un premier temps circulaire, puis de devenir progressivement permanent (urbanisation). D'une certaine façon, on pourrait parler de la période coloniale comme d'une période de transition au cours de laquelle se sont mis en place les mécanismes de base des migrations circulaires et des migrations rurales-urbaines. Le degré d'implantation de ces mécanismes varie d'une société à l'autre. Il en est de même de la survivance des anciennes formes de migrations. La plupart des pays africains, du moins ceux de l'Afrique de l'Ouest, expérimenteraient encore cette phase transitoire.

Peut-on alors imaginer ce que pourrait être la phase post-transitionnelle ? La tentation est grande de scruter du côté des pays occidentaux (comme pour la fécondité ou la mortalité), mais même dans ces pays, la diversité des situations permet difficilement de parler d'un modèle unique. Au demeurant, les formes prépondérantes de migrations dans ces pays restent les migrations inter-métropolitaines et internationales, lesquelles sont pour la plupart, des migrations de travail (migrations professionnelles). Dans une optique de transition, le plus important demeure la disparition des anciennes formes de migrations au profit d'une émergence puis de l'exclusivité des migrations de travail. Précisons ici qu'il est surtout question de migrations volontaires. Les migrations forcées tout comme les migrations de refuge font appel à d'autres considérations.

En somme, les trois phases de migrations passées en revue pourraient être schématisées de la façon suivante :



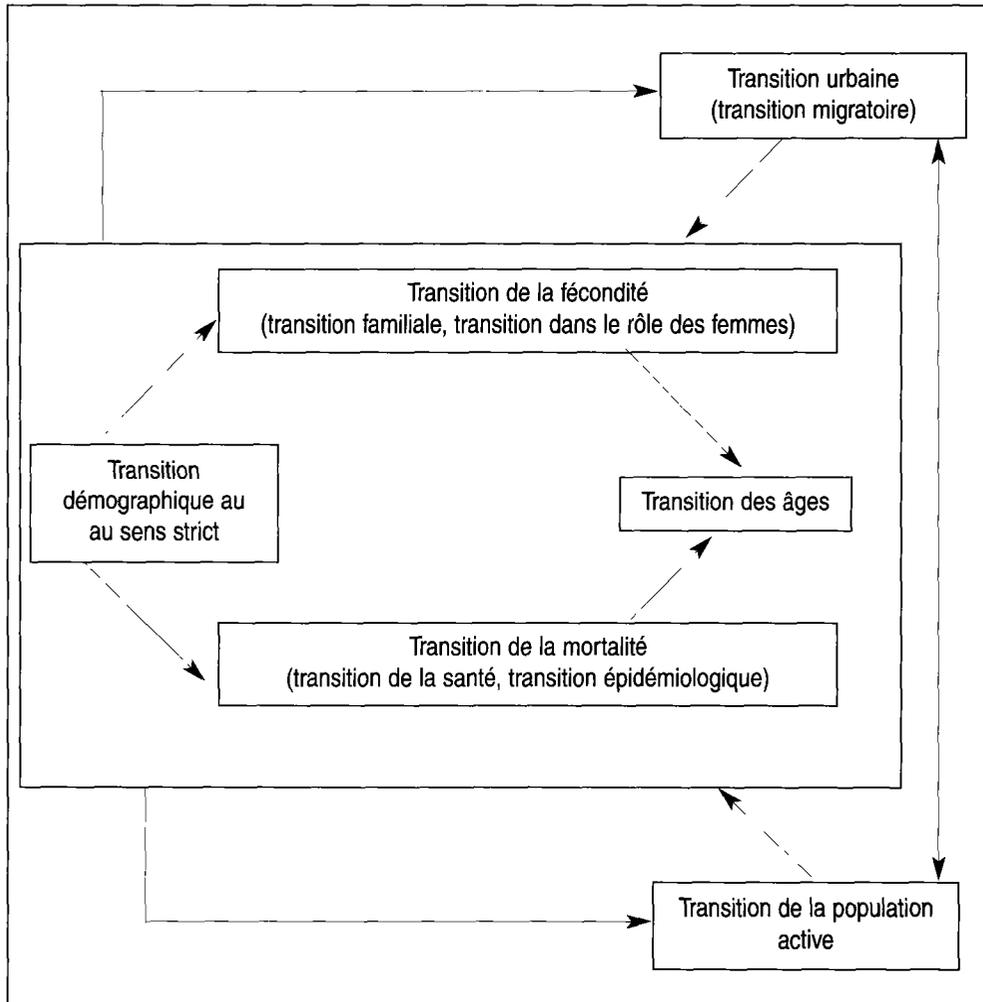
A partir de ces trois stades d'évolution des migrations, la transition migratoire pourrait se définir comme le passage d'un système migratoire axé sur les mouvements de groupes de nature principalement rurale/rurale à un autre système migratoire articulé autour des migrations professionnelles. Entre ces deux moments se situerait la période de transition où les mécanismes favorisant les migrations de travail et défavorisant les migrations anciennes opéreraient de façon plus ou moins rapide selon les pays. Le moteur d'une telle transition migratoire serait alors l'introduction et le développement de l'économie marchande.

Cette intelligibilité de la transition migratoire n'est pas sans poser quelques problèmes dans la mesure où, nous l'avons précisé, une multitude de situations migratoires s'observent dans chacune des phases du processus de transition. Toute tentative théorique consistant à parler d'une transition migratoire unique est donc éminemment réductionniste. Cela dit, on peut contourner, du moins partiellement, cette démarche réductionniste en partant du postulat que cette multiplicité existe à toutes les phases du processus. Nous serions alors amenés à décrire, non pas une, mais plusieurs transitions migratoires. En d'autres termes, l'approche présentée ici doit être considérée comme un cadre conceptuel à l'intérieur duquel plusieurs transitions sont possibles et partant, plusieurs théories.

## Pour une théorie de la transition démographique qui intègre la transition migratoire

La question principale ici est de savoir en quoi la transition migratoire affecte les autres transitions démographiques. Si l'on s'en tient au modèle de Mertens [9 : 498] (Fig. 1), il y aurait trois transitions fondamentales dans le processus du développement : la transition migratoire (définie comme la transition urbaine), la transition de la population active et la transition démographique stricto sensu, laquelle comprend la transition de la fécondité, la transition de la mortalité et la transition des âges. Les flèches dans ce modèle indiquent un processus interactif dans la mesure où la transition migratoire influe sur la transition démographique et *vice-versa*. Toutefois, si le premier lien de causalité (transition migratoire → transition démographique) est classique, le deuxième (transition démographique → transition migratoire) est beaucoup moins documenté.

Le premier lien du schéma de Mertens fait appel à l'approche classique de la théorie de la transition démographique [10 : 180-181]. Dans cette théorie de la modernisation, la migration constitue une variable explicative indépendante qui agit sur la baisse de la fécondité et de la mortalité. La migration rurale-urbaine (urbanisation) qui accompagne les changements socio-économiques (industrialisation, développement de l'économie marchande, éducation, etc.) produit de nouveaux modes de vie, transforme les fonctions de la famille et les statuts des femmes et des enfants, provoquant ainsi le désir d'une progéniture moins nombreuse [4]. L'approche marxiste conçoit également la migration comme une variable indépendante dans la mesure où celle-ci participe à la création de nouvelles classes dont les logiques de fécondité iraient dans le sens d'une réduction [10 : 186-187]. Au niveau micro, ces approches ont tendance à comparer les comportements démographiques — les comportements reproductifs surtout — des individus en fonction de leur expérience migratoire.

**Figure 1 : Trois transitions fondamentales (Mertens, 1995 : 498)**

Quant au deuxième lien causal du schéma de Mertens, il est nettement moins documenté que le premier. La question qu'il soulève est la suivante : comment la transition démographique au sens strict peut-elle influencer sur la transition migratoire (transition urbaine) ? En d'autres termes, la baisse de la fécondité et de la mortalité peut-elle modifier les comportements migratoires des individus ? S'il existe peu de réponses à ces questions, c'est bien parce qu'elles sont rarement posées.

### Comment opérationnaliser la transition migratoire ?

On pourrait parler de deux formes de transitions migratoires dans l'histoire récente de l'Afrique de l'Ouest. La première est l'émergence et le développement de la migration de travail circulaire. Cette forme de migration caractériserait l'ensemble des pays de la sous-région. On connaît bien ses fondements et ses caractéristiques<sup>7</sup>. L'existence de nombreuses enquêtes au Burkina Faso, et surtout l'enquête rétros-

<sup>7</sup>. En particulier pour le Burkina Faso [5].

pective de 1974-75, a permis la recherche sur les migrations circulaires dans ce pays. On a pu avoir l'impression que le Burkina Faso, compte tenu de son histoire coloniale spécifique et de son rôle de réserve de main d'œuvre, était le seul pays de la région à être caractérisé par un système migratoire circulaire. Cette impression est renforcée par le fait que les données n'existaient pas pour les autres pays. En effet, les données transversales fournies par les recensements, sources primaires de données pour mesurer les migrations, ne permettent pas d'appréhender la circularité. Avec les nouvelles données basées sur les histoires rétrospectives, on découvre que les migrations circulaires existent en fait un peut partout dans la région. La question se pose alors d'analyser l'impact de ce système migratoire sur le régime démographique. Une première hypothèse serait que ce système est associé, voire permet, le maintien de la haute fécondité [13]. Empiriquement, on peut vérifier cette hypothèse à plusieurs niveaux : 1) au niveau macro, en constatant que les taux élevés de migrations circulaires coexistent avec les taux élevés de fécondité et de mortalité ; 2) au niveau micro, en observant que les comportements démographiques ne se différencient pas selon que l'on est migrant de retour ou non ; et 3) en constatant au niveau des stratégies familiales à quel point les stratégies migratoires sont partie prenante des autres stratégies démographiques, soit par complémentarité (diversification des activités rémunératrices), soit par substitution [14].

De notre point de vue, l'approche par les stratégies familiales est la seule qui permette véritablement de cerner les effets de rétroaction, c'est-à-dire l'impact des stratégies de fécondité sur les stratégies migratoires. La notion de régime démographique est ici essentielle car elle fédère l'ensemble des stratégies de fécondité, de nuptialité, de recours aux soins et de migration, lesquelles interagissent entre elles tout en étant influencées par les autres transformations socio-économiques. De ce fait, il conviendrait de modifier en profondeur le schéma de Mertens en réinsérant la transition migratoire dans la transition démographique, rejetant ainsi la notion de transition démographique stricto sensu. Ni les séries chronologiques (à l'échelle macro), ni les enquêtes individuelles ne permettent hélas de vérifier un tel modèle.

La seconde forme de la transition migratoire est celle qui nous intéressera dans ce chapitre, à savoir la transition urbaine. Ici, on retrouve les mêmes difficultés que pour la transition au système migratoire circulaire, même si les données classiques (recensements et enquêtes transversales) aident à mesurer le phénomène (par le biais des taux d'urbanisation notamment). Ces données peuvent ainsi documenter les comportements démographiques en fonction du statut migratoire et en particulier en fonction de la durée d'exposition à la vie urbaine. Ce sont les comparaisons rurales/urbaines qui dominent en fait les travaux sur les déterminants des comportements démographiques. Ceci étant dit, il est plus difficile de voir comment l'expérience de la fécondité peut entraîner des modifications dans les comportements migratoires. Et que dire du problème que pose le lien entre la fécondité des femmes et les comportements migratoires de leurs maris ou de leurs enfants ?

## Urbanisation et transition migratoire en Afrique au Sud du Sahara : une première approche

### Le contexte de l'urbanisation en Afrique au Sud du Sahara

Conformément au cadre qui vient d'être esquissé, on peut relever dans l'évolution récente des sociétés africaines au Sud du Sahara, deux phases de transition migratoire : celle des migrations circulaires et celle des migrations permanentes. Si l'une et l'autre de ces phases contribuent à alimenter le processus d'urbanisation rapide qui s'observe à l'échelle du continent, c'est bien par leur capacité à induire le changement social qu'elles contrastent véritablement. Cette seconde partie vise à documenter, du strict point de vue statistique, le phénomène urbain en Afrique dans sa globalité.

La population africaine, estimée à 282 millions d'individus en 1960, s'est élevée à plus de 632 millions en 1990, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,7% sur la période. Cette croissance démographique somme toute forte, s'est accompagnée d'une urbanisation sans précédent dans l'histoire de l'humanité. En effet, de 1960 à 1990 la population vivant dans les villes a cru de près de 52 millions à plus de 201 millions de personnes. En trente ans cette population a donc quadruplé, le taux d'urbanisation passant de 18 à 32%.

Si cette tendance à l'accélération de l'urbanisation ne se dément dans aucune des cinq régions du continent, les niveaux et rythmes du phénomène se révèlent toutefois contrastés comme on peut le constater dans le tableau 1. En 1960 déjà, l'Afrique Australe et l'Afrique du Nord se signalaient par les taux d'urbanisation les plus élevés du continent — respectivement 42% et 30% — alors que dans les autres régions, ces taux étaient nettement plus faibles. Ils se situaient respectivement à 17,5%, 14,5% et 7,5% pour l'Afrique Centrale, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est. Bien entendu, ces moyennes occultent bien des disparités. En Afrique de l'Ouest par exemple, le Nigeria qui comptait à l'époque plus de la moitié de la population de la sous-région (52,8%) faisait état d'un taux d'urbanisation de 14,4% alors que ce taux au Burkina Faso et au Sénégal se situait respectivement à 4,7% et 32%.

**Tableau 1 : Évolution du taux d'urbanisation de l'Afrique de 1960 à 1990 par grandes régions (%)**

Région	1960	1970	1980	1990
Afrique	18,4	23,0	27,3	31,8
Afrique de l'Est	7,5	10,4	14,6	19,2
Afrique Centrale	17,9	24,8	28,1	31,0
Afrique du Nord	30,2	36,4	40,4	43,9
Afrique Australe	41,9	43,6	44,5	46,2
Afrique de l'Ouest	14,5	19,6	25,8	32,8

Cette urbanisation particulièrement rapide qui s'est principalement alimentée de l'exode de la population rurale<sup>8</sup>, contribue-t-elle à induire un changement social ? En d'autres termes, la ville représente-t-elle vraiment un lieu de transformation durable des comportements et attitudes en matière de reproduction ? Si l'on s'en tient à certaines thèses examinées dans la première partie, l'urbanisation ne s'inscrit dans un processus de modernisation sociale — c'est-à-dire de rupture avec les schémas comportementaux des milieux d'origine — que sur une échelle de plusieurs générations. Or, si la prééminence des flux migratoires dans la croissance des villes africaines ne se dément pas, il reste que l'installation d'une composante significative de la population urbaine est récente et le plus souvent précaire. En d'autres termes, peu de personnes vivant en ville sont nées ou socialisées en ville. De plus, les relations et les déplacements entre le milieu rural et le milieu urbain sont si intenses que certains auteurs ont pu écrire que la différence de comportements entre la population urbaine et la population rurale est insignifiante. Le « biais urbain » ou plutôt le « biais moderne » pourrait alors s'appliquer seulement aux personnes aisées et instruites des villes dont on sait par ailleurs qu'elles sont relativement peu nombreuses. Pour examiner ces questions, nous allons procéder à un double classement des pays selon leur indice de transition migratoire et leur indice de transition de la fécondité d'une part et leur indice de transition de la mortalité d'autre part.

Deux indices ont été élaborés pour mesurer le degré de transition migratoire d'un pays : le taux de croissance urbaine (TCU), calculé sur une base annuelle moyenne au cours de la période 1960-90 et le rythme relatif de croissance urbaine (TCU/TCR<sup>9</sup>) durant la même période<sup>10</sup>.

Dans notre démarche de classement selon TCU, nous avons retenu quatre catégories de pays selon que la croissance urbaine est faible (taux inférieurs à 4%), moyenne (4,5% à 5,5%), élevée (5,5 à 6,5%) ou très élevée (taux supérieurs à 6,5%).

Quant au rythme relatif de croissance urbaine (TCU/TCR) qui mesure la rapidité des transformations relatives en matière d'urbanisation, le classement des pays selon ce ratio nous a conduit à distinguer quatre catégories selon que TCU/TCR est faible (inférieur à 2), moyen (entre 2 et 2,75), élevé (entre 2,76 et 3,75) ou très élevé (supérieur à 3,75).

## Transition migratoire et transition de la fécondité

S'agissant de la transition de la fécondité, c'est principalement par la variation de l'ISF (indice synthétique de fécondité) sur la période que nous l'avons mesurée en utilisant les annuaires statistiques des Nations Unies<sup>11</sup>. Pour les fins de la démarche de classement, quatre catégories de pays ont été distinguées : les pays qui ont connu

8. Le rythme de la croissance urbaine étant deux ou trois fois plus fort que celui de la croissance naturelle.

9. Lire : Taux de Croissance Rurale.

10. Quoique la répartition des pays selon l'un ou l'autre de ces indices de transition migratoire soit sensiblement la même, on observe néanmoins quelques nuances significatives qui justifient leur différenciation. Les exemples du Rwanda et de l'Ouganda sont à ce sujets patents. Ces pays présentent en effet un indice de croissance urbaine élevée. Pourtant leurs rapports TCU/TCR les confinent dans la catégorie de rythme relatif de croissance urbaine le plus faible. C'est donc dire que même si les deux pays ont connu une croissance urbaine importante, leur milieu rural a également connu une croissance importante, réduisant d'autant les rapports TCU/TCR.

11. Ces statistiques ont pour avantage de permettre un examen de l'évolution de la fécondité au cours de la période considérée.

une baisse importante de leur fécondité au cours de la période (soit une diminution de 1 à 3 enfants par femme) ; les pays qui ont enregistré une baisse moyenne de leur fécondité (soit une réduction de moins de 1 enfant par femme) ; les pays pour lesquels on a observé une relative stabilité du phénomène au cours de la période (la variation de l'ISF dans l'un ou l'autre des sens n'a pas excédé 0,2 enfants par femme) ; enfin, les pays qui ont vu leur ISF augmenter de plus de 0,2 enfants par femme au cours de la période.

Les tableaux 2 et 3 font état des résultats du double classement selon TCU et TCU/TCR. Le Swaziland, le Botswana, la Réunion et le Cap Vert sont les seuls pays à représenter un profil qui cadre parfaitement avec le modèle selon lequel une forte urbanisation va de pair avec une baisse importante de la fécondité. Pour les autres pays du continent, notamment ceux de l'Afrique de l'Ouest, les niveaux élevés de croissance urbaine s'accompagnent d'une relative stabilité des indices de la fécondité. En marge de ce constat d'ensemble, quelques rares pays comme le Gabon, la Sierra Leone et l'Angola, qui ont vu leurs populations urbaines s'accroître six fois plus rapidement que leurs populations rurales, ont paradoxalement connu une hausse de leurs indices de fécondité.

## Transition migratoire et transition de la mortalité

En ce qui concerne la transition de la mortalité, nous l'avons approchée par l'amplitude de la variation du taux de mortalité infantile (TMI) sur la période 1960-90. Les données statistiques utilisées à cette fin proviennent principalement des annuaires statistiques publiés par les Nations Unies. Notre démarche nous a conduit à distinguer quatre catégories de pays selon que la baisse du TMI a été très importante, significative, moyenne ou faible au cours de la période.

Les tableaux 4 et 5 donnent une vue synoptique des résultats du double classement des pays selon le niveau de transition migratoire et le niveau de la transition de la mortalité. Comme on peut le voir, ces tableaux fournissent une démonstration a contrario de la relation linéaire négative qui est censée exister entre l'urbanisation et la mortalité infantile. Ce résultat se révèle d'autant moins paradoxal que dans la phase actuelle d'urbanisation rapide que connaît l'Afrique, une forte majorité de la population vit à la limite de la survie matérielle.

Puisque l'évolution des schémas de la mortalité est extrêmement sensible aux conditions socio-économiques, on comprend pourquoi, en dépit des progrès réalisés, l'Afrique accuse encore un important retard par rapport à d'autres parties du monde. La crise économique, les contraintes de l'ajustement structurel et l'extension de la pandémie du SIDA tendent à aggraver la situation, notamment en milieu urbain. La gestion précaire des environnements domestiques et autres, et la force des comportements ruraux qui se conservent jusqu'en milieu urbain sont des hypothèses explicatives qui atténuent la notion d'urbanisation et amènent à s'interroger sur ce qu'est l'urbain en Afrique de manière générale.

**Tableau 2 : Répartition des pays africains selon le rythme relatif de croissance urbaine et l'évolution de l'ISF (1960-90)**

Rythme relatif d'urbanisation TCU/TCR	Fécondité (ISF)			
	Baisse importante (1 à 3)	Baisse moyenne (0,2 à 1)	Stable (-0,2 à +0,2)	Hausse (+0,2)
Faible (0-2)	Afrique du Sud Égypte Maurice	Ghana Sénégal	Gambie Somalie	Guinée Bissau Ouganda Rwanda Zaïre
Moyen (2-2,75)	Kenya Maroc Zimbabwe	Soudan	Côte d'Ivoire Djibouti Madagascar Mali Niger	Éthiopie Malawi R.C.A.
Élevé (2,76-3,75)	Algérie Tunisie	-	Burkina Burundi Liberia Namibie	Nigeria Tanzanie Togo Zambie
Très élevé (3,75+)	Botswana Cap Vert Réunion Swaziland	Lesotho Libye	Bénin Cameroun Guinée Mauritanie Mozambique Tchad	Comores Congo Guinée Équatoriale

**Tableau 3 : Répartition des pays africains selon le taux de croissance urbaine et l'évolution de l'ISF (1960-90)**

Croissance urbaine (TCU)	Fécondité (ISF)			
	Baisse importante (1 à 3)	Baisse moyenne (0,2 à 1)	Stable (-0,2 à +0,2)	Hausse (+0,2)
Faible (-4%)	Afrique du Sud Égypte Maroc Maurice Tunisie	Ghana Sénégal	Somalie	Guinée Bissau Guinée Équatoriale R.C.A. Zaïre
Moyenne (4 à 5,5%)	Algérie Cap Vert Réunion	Soudan	Gambie Guinée Mali Namibie	Angola Congo Éthiopie Sierra Leone
Élevée (5,5 à 6,5%)	Zimbabwe	-	Bénin Burundi Cameroun Côte d'Ivoire Liberia Madagascar	Niger Nigeria Tchad Togo Zambie
Très élevée (+6,5%)	Botswana Kenya Swaziland	Lesotho Libye	Burkina Faso Djibouti Mauritanie Mozambique Tanzanie	Gabon Ouganda Rwanda

\*

\* \*

Les données présentées dans la deuxième partie de ce chapitre nous portent à croire que l'Afrique a bien entamé ce que nous avons nommé la deuxième forme de transition migratoire, à savoir la transition urbaine. En effet, depuis le début des années soixante la population urbaine africaine a quadruplé passant en une trentaine d'années de 50 millions à 200 millions. La confrontation des indicateurs d'urbanisation avec ceux qui sont au centre du schéma classique de la transition démographique ne laisse toutefois pas apparaître les changements auxquels on aurait pu s'attendre. En effet, le phénomène d'urbanisation, pourtant très important, n'est nullement accompagné d'une baisse de la fécondité et de la mortalité à l'échelle des pays. On observe même dans certains pays une association inverse puisque la croissance urbaine s'accompagne parfois d'une augmentation de la fécondité. Deux hypothèses peuvent alors être avancées pour expliquer ces résultats : premièrement, que la période d'étude est trop restreinte et que les changements pourront devenir apparents sur une période plus longue que celle retenue ici ; deuxièmement, que cette transition urbaine n'est qu'une nouvelle forme de migration circulaire. En d'autres termes, la transition urbaine en Afrique s'inscrirait principalement dans la logique d'un modèle de migration circulaire entre les zones rurales et urbaines permettant alors le maintien d'une fécondité élevée [13].

Une question de base que soulève cet examen est la suivante : en quoi l'établissement en ville de façon plus ou moins permanente (le contraire en quelque sorte de la migration circulaire) serait-il plus profitable pour l'individu et sa famille ? En d'autres termes, à partir de quel moment la migration circulaire devient-elle moins intéressante pour l'individu et sa famille ? Les réponses sont multiples et peuvent dépendre du type d'insertion dans le marché du travail urbain. Les travaux sur l'insertion urbaine montrent que les stratégies d'insertion sont également des stratégies familiales et pas uniquement des stratégies individuelles comme cela est souvent conceptualisé dans les théories de l'insertion [3]. A notre avis, seule l'approche par les stratégies familiales permettrait de cerner la totalité du régime démographique dans les sociétés africaines. Mais comment opérationnaliser cette approche puisqu'elle se prête mal aux enquêtes quantitatives ? Sauf si l'on veut se lancer dans des enquêtes de type anthropologique, il faut absolument réfléchir à la possibilité de faire des enquêtes — de type rétrospectif notamment — qui adoptent la famille (ou le ménage) comme unité d'analyse. L'avenir est certainement de ce côté.

**Tableau 4 : Répartition des pays africains selon le rythme relatif de croissance urbaine et l'évolution du taux de mortalité infantile (1960-90)**

Rythme relatif d'urbanisation (TCU/TCR)	Évolution du taux de mortalité infantile			
	Baisse très importante	Baisse importante	Baisse moyenne	Baisse faible
Faible (0-2)	Égypte Maurice Sénégal	—	Afrique du Sud Gambie Ghana Zaire	Guinée Bissau Ouganda Rwanda Somalie
Moyen (2-2,75)	Maroc	Côte d'Ivoire Kenya Madagascar Zimbabwe	Djibouti Malawi Niger R.C.A. Soudan	Éthiopie Mali
Élevé (2,76-3,755)	Algérie Tunisie	Burkina Faso Comores Congo Namibie Nigeria Togo	Guinée Équatoriale Zambie	Burundi Liberia Tanzanie
Très élevé (3,75+)	Bénin Cameroun Cap Vert Libye Réunion Swaziland	Botswana Gabon Lesotho	Angola Guinée Mauritanie Sierra Leone Tchad	Mozambique

**Tableau 5 : Répartition des pays africains selon le taux de croissance urbaine et l'évolution du taux de mortalité infantile (1960-90)**

Croissance urbaine (TCU)	Évolution du taux de mortalité infantile			
	Baisse très importante	Baisse importante	Baisse moyenne	Baisse faible
Faible (-4%)	Égypte Maroc Maurice Sénégal Tunisie	—	Afrique du Sud Ghana Guinée Équatoriale R.C.A. Zaire	Guinée Bissau Somalie
Moyenne (4 à 5,5%)	Algérie Cap Vert Réunion	Congo Namibie	Angola Gambie Guinée Sierra Leone Soudan	Éthiopie Mali
Élevée (5,5 à 6,5%)	Bénin Cameroun	Côte d'Ivoire Gabon Madagascar Nigeria Togo Zimbabwe	Niger Tchad Zambie	Burundi Liberia Ouganda Rwanda
Très élevée (+6,5%)	Libye Swaziland	Botswana Burkina Faso Comores Kenya Lesotho	Djibouti Malawi Mauritanie	Mozambique Tanzanie

## Bibliographie

1. AMIN S., Ed., 1974, *Modern Migrations in Werstern Africa*, Oxford University Press, London, 426 p.
2. AMSELLE L.L., Ed., 1976, *Les migrations africaines. Réseaux et processus migratoires*, Éditions François Maspero, Paris, 126 p.
3. ANTOINE P., OUÉDRAOGO D. et PICHÉ V., 1998, *Trois générations de citadins au Sahel*, L'Harmattan, Paris, 276 p.
4. CORDELL D. et PICHÉ V., 1997, Pour une histoire de la famille en Afrique, in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P., Eds., *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, Les Études du CEPED, n° 15, Paris, p. 55-74.
5. CORDELL D., GREGORY J.W ; et PICHÉ V., 1996, *Hoe and Wage : a Social History of a circular Migration System in West Africa*, Westview Press, Boulder, colorado/oxford, 384 p.
6. LEE B.S. et POL L.G., 1993, The influence of rural-urban migration on migrants' fertility in Korea, Mexico and Cameroon, *Population Research and Policy Review*, Vol. 12, n° 1, p. 3-26.
7. LOCOH T., 1985, Transitions de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers Monde, ORSTOM, Ed., *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Collection Colloques et Séminaires, Paris, p. 205-233.
8. LUTUTALA M., 1995, Les migrations africaines dans le contexte socio-économique actuel : une revue critique des modèles explicatifs, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Les Presses de l'Université de Montréal, AUPELF/UREF, Montréal, p. 391-416.
9. MERTENS W., 1995, Population et développement : contributions sociologiques dans un cadre interdisciplinaire, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Les Presses de l'Université de Montréal, AUPELF/UREF, Montréal, p. 497-516.
10. PICHÉ V. et POIRIER J., 1990, Les théories de la transition démographique : vers une certaine convergence ?, *Sociologie et sociétés*, Vol. XXII, n° 1, p. 179-192.
11. RAVENSTEIN E.G., 1985, *The laws of Migration*, *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 48, part 2, p. 167-227.
12. TABUTIN D., 1980, *Problèmes de transition démographique*, Éditions Cabay, Louvain-la-Neuve, 580 p.
13. VIGNIKIN K., 1992, Dynamique des systèmes de production agricole et ajustement socio-démographique de sménages : le cas des agriculteurs Ewe du Sug Togo, *thèse en démographie*, Université de Montréal, Montréal, 345 p.
14. VIGNIKIN K., 1996, Ressources économiques et comportements démographiques des ménages agricoles : le cas des Ewé du Sud Togo, *Les dossiers du CEPED*, n° 37, CEPED, Paris, 35 p.
15. ZELINSKY W., 1971, The hypothesis of the Mobility Transition, *Geographical Review*, n° 61, p. 219-249.

**PARTIE II**  
**LA BAISSÉ**  
**DE LA MORTALITÉ,**  
**AMORCE DE LA TRANSITION**



# 5. Pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain marocain

Abdesselam Fazouane<sup>1</sup>

*L'incidence de la pauvreté au Maroc est estimée à 13,1% de la population totale en 1991. La question abordée dans le présent chapitre est de voir comment certaines classes de la population urbaine marocaine, déterminées sur la base d'un indicateur de pauvreté, se différencient en ce qui concerne la mortalité des enfants. Nous cherchons aussi à clarifier la relation entre la mortalité des enfants et certaines variables nutritionnelles et de santé.*

*Pour cela, une méthodologie a été élaborée pour mesurer la pauvreté. Cette méthodologie est construite à partir de l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages (ENNVM 90-91) et l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS 95). La première enquête fournit des informations sur les niveaux de vie des ménages. La seconde nous renseigne, entre autres, sur la mortalité des enfants. La méthodologie élaborée est axée sur la satisfaction des besoins de base, à savoir l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables. Nous avons opté pour une typologie qui découle des indicateurs de satisfaction de ces besoins.*

*L'analyse de la mortalité des enfants et des variables intermédiaires nous enseigne qu'au niveau du groupe des ménages défavorisés, la mortalité infantile et infanto-juvénile est plus élevée. Les âges moyens au sevrage et à l'introduction d'autres aliments sont tardifs. Le taux de vaccination contre la rougeole est bas. L'écart qui existe entre ce groupe et celui des ménages non défavorisés est non négligeable. On relève un dépassement de 53% pour la mortalité infantile et de 72% pour la mortalité infanto-juvénile. Les âges moyens au sevrage, à l'introduction de bouillie ou d'aliments solides et à la prise d'un autre lait que le lait maternel sont respectivement supérieurs de 47%, 15% et 150%. Le taux de possession d'une carte de vaccination est inférieur de 3%. Le taux de vaccination contre la rougeole est inférieur de 11%. Ces chiffres montrent qu'en milieu urbain, la persistance de la pauvreté ne fait qu'élargir le fossé existant entre les différentes couches en matière de nutrition et de santé et par conséquent en terme de mortalité des enfants.*

Le Maroc a connu l'amorce de la transition de sa mortalité après la seconde guerre mondiale. Il s'agit d'une baisse régulière qui s'est manifestée il y a une cinquantaine d'années et qui eu comme conséquence le passage de l'espérance de vie à la naissance d'un niveau de 40 ans environ à près de 70 ans actuellement. Ce gain est le résultat des efforts déployés, surtout depuis l'Indépendance du pays en 1956, dans les domaines touchant le niveau de vie de la société. Effectivement, des changements notables ont été enregistrés dans les secteurs sanitaire, éducatif, social, etc. Néanmoins, le développement du Maroc s'est plus ou moins concentré dans certaines régions et plus particulièrement en milieu urbain (notamment dans certaines grandes villes).

1. Institut National de Statistique et d'Économie Appliquée (I.N.S.E.A., Rabat-Maroc).

Notre objectif est d'étudier la mortalité des enfants en association avec la pauvreté. La relation de la mortalité des enfants avec les variables intermédiaires sera aussi élucidée. Dans une première partie, nous présentons le cadre général de l'étude. Dans une seconde partie, nous traitons des différentes méthodologies de mesure de la pauvreté, de la mortalité et des variables intermédiaires. La dernière partie sera réservée aux résultats et discussions.

## Cadre général

### Vue d'ensemble

Au Maroc, une proportion non négligeable de la population demeure dans une situation de pauvreté, accompagnée d'une exclusion sociale et accentuée par un accès limité aux services sociaux et aux infrastructures de base. L'incidence de la pauvreté est estimée à 13,1% de la population totale en 1991. Ce taux est évalué à 7% pour le milieu urbain et 18% pour le milieu rural [5 et 6].

L'objectif principal des études qui ont déjà été menées sur ce sujet a été d'identifier les poches de pauvreté et les caractéristiques des ménages à haut risque. Nous nous fixons comme objectif d'analyser la mortalité, essentiellement celle des enfants, en relation avec la pauvreté. Un seuil de pauvreté a déjà été fixé. Il a été élaboré en privilégiant les éléments ayant un lien avec la satisfaction que procure la consommation des biens et services et en se basant sur les dépenses réelles de consommation.

Notre souci est de considérer la pauvreté en association avec la satisfaction des besoins essentiels, à savoir l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables. A cet effet, nous utilisons de manière conjointe les données de l'Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages de 1990-91 (ENNVVM 90-91) et celles de l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé de 1995 (EPPS 95). Le choix de ces deux enquêtes est dicté par le caractère assez récent de leurs données et par le fait que l'une rend compte du niveau de la pauvreté de la population et l'autre des variables démographiques. Un pont sera construit entre les deux phénomènes, pauvreté et mortalité des enfants, à travers un ensemble d'indices de satisfaction de besoins essentiels qui se trouvent être collectés par les deux enquêtes.

### La relation entre pauvreté et mortalité des enfants

La mortalité, avec des indicateurs tels que l'espérance de vie à la naissance ou le quotient de mortalité infantile, constitue l'une des composantes de l'indice de la qualité physique de la vie. Ces indicateurs sont considérés comme des mesures centrales du bien-être social, bien plus que le revenu [11].

A cet égard, l'existence de variations aléatoires de la mortalité au niveau individuel nécessite une mesure agrégée de ce phénomène au niveau des différents groupes sociaux pour apprécier la pauvreté dans chacun des groupes. Or, de manière générale, l'identification des groupes sociaux se fait à partir de caractéristiques des ménages qui reflètent, en quelque sorte, d'autres aspects de la pauvreté. Il est donc évident qu'au niveau des groupes défavorisés, la mortalité est plus intense que pour les groupes aisés. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est susceptible d'illustrer d'importants aspects de la pauvreté. Il a même été suggéré qu'une décomposition

de l'espérance de vie à la naissance est plus efficiente pour apprécier la qualité de la vie. La décomposition s'opère selon les différentes phases de la vie, à savoir la scolarisation, l'activité, le chômage, les maladies, etc.

Sur la base de cet indicateur de l'espérance de vie à la naissance, il est souvent affirmé que le déclin de la mortalité au siècle passé, est dû au contrôle des maladies transmissibles et à l'extension des services de santé, qu'ils soient publics ou privés. Ce contrôle des maladies est associé au déclin de la pauvreté qui constitue alors une composante à côté du revenu et de la consommation. De plus, les différents niveaux de l'espérance de vie à la naissance selon les groupes sociaux, que l'on classe selon les revenus, le milieu de résidence ou le statut d'occupation de la terre cultivée, montrent à quel point l'interdépendance est forte entre la mortalité et les autres aspects de la pauvreté.

S'il n'y a aucun doute que le contrôle de certaines maladies transmissibles est dû à l'amélioration des services et des techniques de santé, les différences de mortalité reflètent néanmoins le degré de diffusion et d'extension de ces services et de ces techniques sanitaires. Les différences de mortalité sont donc dues à des facteurs en liaison étroite avec la pauvreté, autres que la technologie sanitaire. L'état nutritionnel, l'environnement hygiénique, le système de santé, le niveau d'instruction (celui des mères en particulier), sont donc des indicateurs qu'il nous faut prendre en compte.

La malnutrition est un facteur lié à la pauvreté et qui produit une mortalité élevée. En effet, la malnutrition peut être un manque de nourriture, ce qui est une cause directe de décès. Dans des situations extrêmes c'est une famine. Mais des effets additionnels sont à l'origine des décès, ceux associés entre autres aux manifestations d'épidémies ou à l'apparition de mouvements de réfugiés, etc. Dans ce genre de circonstances, le groupe des pauvres est la catégorie la plus vulnérable. La malnutrition est associée aussi parfois à un mauvais état sanitaire qui produit également une mortalité élevée. Les maladies diarrhéiques constituent la cause immédiate de décès la plus fréquente parmi les populations qui ont un niveau élevé de malnutrition. En fait, l'état nutritionnel des pauvres réduit leur résistance aux maladies et surtout aux maladies infectieuses. De même, la malnutrition de la mère se trouve positivement associée à la mortalité des enfants, essentiellement infantile [12].

Un mauvais environnement sanitaire crée également un lien entre la mortalité et la pauvreté. L'effet de ces variables est évident, surtout en terme de potentiel de transmission de maladies. Il est difficile par contre de quantifier et de séparer les effets de ces variables. Il est néanmoins intéressant de constater que le raccordement au réseau de distribution d'eau potable, et par conséquent l'utilisation de cette eau dans la vie quotidienne, a pour effet d'éviter un ensemble de maladies telles que la typhoïde, le choléra et les infections intestinales.

Le degré d'accessibilité aux services de soins et de santé relie la mortalité au système de santé. Ce degré est plus élevé chez les riches que chez les pauvres. Il se concrétise par la localisation de services sanitaires, par l'existence ou non d'infrastructures facilitant l'accès, par le système de connaissance, d'information et de contacts des services sanitaires ainsi que par les possibilités de paiement. La relation est d'autant plus établie s'il s'agit de services privés.

Enfin, à propos de l'éducation des mères, il est reconnu que la mortalité des enfants est négativement liée à l'éducation des mères, au moins au-delà d'un certain seuil.

L'éducation est souvent considérée comme la variable la plus puissante, même dans les modèles à plusieurs variables incluant le revenu et d'autres variables étroitement corrélées à l'éducation [13].

J.C. Caldwell et P. McDonald [3] ont suggéré dans ce sens que l'éducation, plus précisément la scolarisation à grande échelle, a comme rôle, dans cette action sur la mortalité, de rompre avec les tabous alimentaires et les pratiques sanitaires traditionnelles. L'éducation (surtout des mères), permet un équilibre au sein du ménage qui assure le renforcement de la position de la mère et à travers elle de celui de l'enfant.

En tout état de cause, il est difficile d'affirmer avec certitude si de la pauvreté et de la mortalité, l'une est la cause et l'autre la conséquence.

## Les déterminants de la mortalité des enfants

La mortalité aux jeunes âges est un phénomène qui implique des facteurs de diverses dimensions, mais notamment des facteurs nutritionnels, sanitaires et socio-économiques. Ces facteurs sont tellement liés qu'il est difficile, même en adoptant des méthodologies évoluées, de séparer leurs effets propres. L'action de ces facteurs s'effectue par l'intermédiaire de variables proches, principalement, la malnutrition et l'exposition aux maladies infectieuses. Ces deux variables se renforcent pour provoquer la morbidité et par la suite la mortalité aux bas âges [2 et 8].

Dans toute politique sanitaire, des programmes de vaccination visent la prévention de la mortalité engendrée par certaines maladies. Le succès ou l'échec de tels programmes d'action sont en étroite liaison avec le développement de vaccins plus efficaces et avec la disponibilité d'équipements assurant la conservation et l'utilisation d'outils performants facilitant l'administration des vaccins. Ces aspects techniques sont importants, mais la persistance de taux élevés de mortalité des enfants dans certaines régions et au niveau de certains groupes sociaux, est associée de façon générale à la pauvreté. Pour qu'une action d'immunisation entraîne une baisse de la mortalité des enfants aux jeunes âges, elle doit donc être combinée avec une politique d'équité sociale visant la réduction, voire même l'élimination, de la malnutrition.

La pauvreté, comme source d'une mortalité élevée, se concrétise par l'existence d'un environnement non hygiénique, par une forte densité dans le cadre de vie quotidien, par un accès difficile au système éducatif et par la malnutrition. En fait, la pauvreté est associée à la non-satisfaction d'un ensemble de besoins essentiels pour la vie.

Les maladies infectieuses, telles que la tuberculose, la rougeole ou autres, trouvent en effet un champ favorable de développement et de mutations chez les enfants mal nourris. Les chercheurs, travaillant sur les données cliniques, expérimentales et épidémiologiques en liaison avec ce sujet, proposent comme cause immédiate l'action sur le système hormonal. Les maladies infectieuses se répandent par la contamination de l'air, de l'eau, du sol, de la peau et de l'alimentation et par le développement de facteurs de transmissions.

Par ailleurs, l'éducation, surtout celle des mères, est susceptible d'agir sur la survie des enfants. D'abord, elle permet à la femme d'assurer une certaine vigilance dans le cadre du suivi de la grossesse et pendant la période d'allaitement. Elle permet aussi de traverser convenablement certaines étapes critiques dans la vie d'un enfant, à savoir sa naissance, son sevrage et les maladies auxquelles il est exposé. L'éducation facilite en outre l'accès aux informations sur l'hygiène, sur les soins modernes, sur les

méthodes de planification familiale, sur les régimes alimentaires adéquats et ceux à éviter, etc. Le rôle de l'éducation est donc de pousser la femme à se détacher du mode de pensée et de vie traditionnelle et à s'ouvrir sur d'autres modes de vie.

## Importance des variables de nutrition et de santé

Les variables nutritionnelles constituent l'ensemble des éléments relatifs à l'état nutritionnel de l'enfant ou à celui de sa mère durant la grossesse et pendant la période d'allaitement maternel. L'état nutritionnel de l'enfant est marqué par le type d'allaitement que l'enfant a subi dans sa petite enfance, par la durée d'allaitement, et par les différents aliments qu'on donne à l'enfant en plus du lait maternel.

Les variables sanitaires sont multiples et se situent à différents niveaux. Nous citons à titre d'exemple la politique sanitaire, les conditions hygiéniques qui prévalent dans la maison (système d'évacuation, raccordement au réseau d'eau potable, densité du logement, etc.) et le système de soins de santé curatifs et préventifs (existence de services, facilité d'accès, efficacité quand l'individu y a recours et coût des soins subis).

Plusieurs éléments sont évoqués pour justifier la prise en compte des variables nutritionnelles dans l'analyse de la mortalité des enfants. En premier lieu, l'allaitement maternel permet à l'enfant de se procurer les anticorps nécessaires à sa protection contre les maladies infectieuses. Si le sevrage intervient à un âge précoce et si la nourriture donnée à l'enfant est déséquilibrée sur les plans quantitatif et qualitatif, l'enfant se trouve dans un état de malnutrition qui le rend vulnérable aux infections, et cela d'autant plus que les conditions d'hygiène dans lesquelles l'enfant grandit sont mauvaises.

En second lieu, l'état nutritionnel de la mère a un effet sur la survie des enfants par le poids des enfants à la naissance et par l'offre de lait chez la mère. Si la mère a souffert durant son enfance d'une malnutrition chronique, elle a plus de risque de donner naissance à des enfants fragiles et de poids faibles. Le même phénomène se produit si la mère connaît un déséquilibre alimentaire pendant la durée de la grossesse. Les enfants allaités au sein sont moins exposés au risque de décès que les enfants allaités de manière artificielle. La durée et l'intensité de cet allaitement sont en effet positivement corrélées à la survie des enfants. L'état nutritionnel de l'enfant détermine en général sa capacité de résistance aux différentes infections et la malnutrition affecte les mécanismes de défense contre ce type de maladies. La malnutrition peut donc constituer la cause immédiate ou la cause associée du décès d'un enfant.

L'influence des variables sanitaires sur la mortalité des enfants est aussi intéressante. La vaccination est ainsi l'une des variables sanitaires principales qui ont contribué à l'amélioration de la survie des enfants. La vaccination protège l'enfant d'un certain nombre de maladies parasitaires et infectieuses, telles que la rougeole, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et la tuberculose. La vaccination contre la rougeole a permis la réduction de la mortalité avant l'âge de 5 ans.

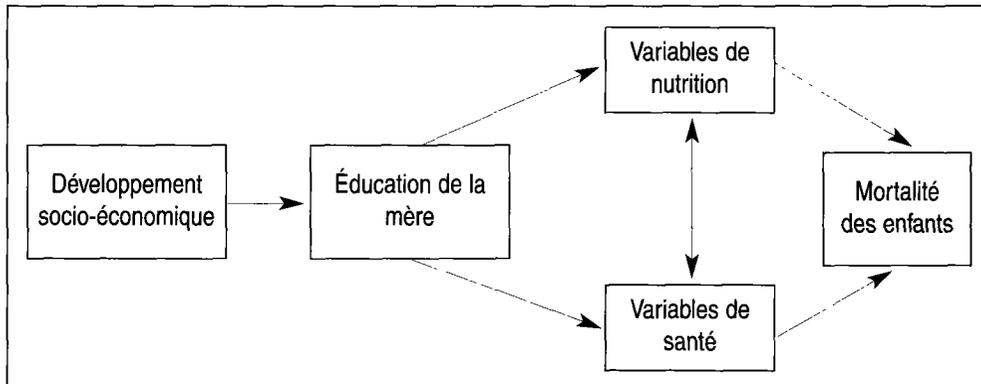
La disponibilité des services sanitaires affecte quant à elle les niveaux de la mortalité, et l'instruction des mères en est un des déterminants indirects les plus évidents. Une mère instruite devient moins passive ; elle se détache des traditions qui conduisent généralement à des comportements fatalistes envers les maladies ; elle devient plus apte à adopter les comportements modernes quant aux soins à procurer aux enfants, qu'ils soient préventifs comme la vaccination ou curatifs comme la réhy-

dratation. L'instruction de la mère lui permet en outre de participer à la prise de décision au sein de la famille et d'accéder à un emploi plus rémunérateur et moins pénible.

Les maladies parasitaires et infectieuses, non prévenues par la vaccination, s'associent à la malnutrition pour entraîner le décès des enfants aux âges les plus bas. La malnutrition est aussi liée à des facteurs d'ordre socio-économique dans la mesure où le revenu du ménage ne permet pas l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée. Elle est aussi associée à des facteurs d'ordre culturel dans la mesure où l'on interdit aux enfants des aliments nécessaires à une croissance saine. La malnutrition peut aussi être le résultat d'un sevrage brutal, qu'il soit précoce ou tardif et d'une administration de suppléments inadéquats à un moment où le corps de l'enfant est encore fragile [9].

L'analyse précédente peut être résumée dans le schéma simplifié suivant (Fig. 1).

**Figure 1 : Cadre conceptuel simplifié de l'approche de la mortalité des enfants**



## Méthodologie

### Approche de la pauvreté

La pauvreté est un concept qui englobe des éléments disparates tels que le revenu, l'activité, le niveau culturel, les habitudes de consommation, le patrimoine, etc. Elle est variable dans le temps et dans l'espace. Malgré ce caractère multidimensionnel, on a généralement eu recours pour la mesurer aux enquêtes portant sur les dépenses de consommation des ménages comme l'enquête sur la consommation et les dépenses 1984-85 ou l'enquête sur le niveau de vie des ménages 1990-91. Dans ce cas, la variable monétaire « dépenses de consommation » fournit une mesure du niveau de vie. Il s'agit cependant d'une mesure imparfaite qui ne donne qu'une évaluation approximative [10].

Par ailleurs, et dans l'approche statistico-économique de la pauvreté, la fixation d'un seuil est arbitraire et affecte les résultats de l'identification des pauvres. De plus, l'assimilation des notions de consommations et de revenus n'est pas totalement justifiée. Il y a toujours une part de subjectivité dans la fixation du seuil de pauvreté, et ce malgré le recours à la notion standard de besoins énergétiques [4].

Nous proposons alors une approche de la pauvreté par la satisfaction des besoins essentiels que sont l'alimentation, la santé, l'habitat, l'éducation et les biens durables [1]. Pour chacun de ces besoins, un choix d'indicateurs a été opéré selon leur disponibilité dans les deux enquêtes (ENNVM, 1990-91 ; EPPS, 1995). Ensuite, des seuils ont été fixés pour chaque indicateur par milieu de résidence, afin de distinguer dans chaque cas deux sous-populations, l'une défavorisée et l'autre non défavorisée.

Cette approche paraît bien adaptée au milieu urbain, mais n'est guère appropriée au milieu rural où l'offre est généralement inexistante. Nous limiterons en conséquence notre analyse au milieu urbain.

En ce qui concerne les besoins alimentaires, c'est le ratio alimentaire ou ce qu'on appelle aussi le coefficient budgétaire alimentaire qui a été choisi. L'hypothèse à la base du choix de cet indicateur est que les ménages pauvres dépensent une proportion plus grande de leurs budgets en produits alimentaires que les ménages riches. En ayant recours aux coefficients budgétaires alimentaires par classe de dépenses, tels qu'ils sont donnés par l'enquête ENNVM 1990-91, deux seuils ont été retenus. Pour le milieu urbain, les ménages dépensant plus de 55% de leur budget dans les produits alimentaires, sont défavorisés. Ce seuil est de 65% pour le milieu rural.

Parmi les nombreux indicateurs mesurant les besoins sanitaires (la disponibilité des services de santé, leur localisation par rapport à la résidence du ménage, les coûts engendrés par les soins de santé, le suivi de la grossesse, l'accouchement assisté par une équipe médicale ou paramédicale, la couverture des individus par un système de prévoyance et de sécurité sociale ou par un système d'assurance maladie), ce sont les conditions d'accès aux infrastructures de santé (dispensaires et hôpitaux publics) qui ont été retenues pour approcher la pauvreté des ménages et particulièrement l'éloignement des logements de ces derniers des centres hospitaliers. Cet éloignement est matérialisé par la durée que prend le trajet entre le logement et le centre de santé public le plus proche. Sur la base des données de l'enquête ENNVM 1990-91, on a considéré comme défavorisée face aux soins de santé, toute personne qui passe plus de trente minutes en milieu urbain ou soixante minutes en milieu rural pour se rendre à un centre public de santé.

Les indicateurs concernant les besoins d'habitat, sont multiples (le statut d'occupation du logement par le ménage, la qualité de vie en terme de salubrité du logement, etc.). La salubrité du logement est l'indicateur que nous avons retenu en milieu urbain : celui qui habite un logement constitué d'une seule chambre ou n'ayant pas un raccordement au réseau d'eau potable ou ne disposant pas d'électricité, est considéré comme défavorisé. En milieu rural, c'est la nature du toit du logement qui est retenue comme indicateur, en distinguant ceux qui ont une dalle de ceux qui n'en ont pas.

Concernant les besoins éducatifs, on a retenu que les ménages dépensant moins d'un certain montant par personne et par an en matière d'éducation sont des ménages défavorisés. Il s'agit de moins de 60 dirhams en milieu urbain et de moins de 30 dirhams en milieu rural.

En ce qui concerne les besoins en biens durables, la qualité de vie est meilleure si le ménage possède un ensemble de biens qui lui procurent un service et un confort moral et physique : disposer d'un moyen de transport facilite beaucoup de choses ; de même, disposer d'un poste de radio ou de télévision facilite l'accès à l'information et l'ouverture au monde. La possession d'un autre bien durable ne fera qu'aug-

menter les indices de niveau de vie. Dans notre contexte, nous nous sommes limités à la possession d'un poste de télévision pour considérer un ménage comme non défavorisé.

Nous avons ensuite procédé à la constitution d'une typologie de satisfactions de besoins essentiels. Quatre sous-ensembles nous semblent pertinents [7], qui forment une partition de l'ensemble des ménages. Il s'agit de :

- $S_1$  : le sous-ensemble des ménages *défavorisés* selon le critère alimentaire et au moins un des critères de santé, d'habitat, d'éducation et de biens durables ;
- $S_2$  : le sous ensemble des ménages défavorisés selon au moins un des critères de santé, d'habitat, d'éducation et de biens durables et non défavorisés selon le critère alimentaire ;
- $S_3$  : le sous-ensemble des ménages *défavorisés* selon le critère alimentaire et non défavorisés selon aucun des critères de santé, ni d'habitat, ni d'éducation ni de biens durables ;
- $S_4$  : le sous-ensemble des ménages *non défavorisés* selon aucun des critères d'alimentation ni de santé ni d'habitat ni d'éducation ni de biens durables.

**Tableau 1 : Les quatre sous-ensembles**

		Autres critères		
		Non défavorisés	Défavorisés	Total
Critères d'alimentation	Non défavorisés	$S_4$	$S_2$	$S_2 + S_4$
	Défavorisés	$S_3$	$S_1$	$S_3 + S_1$
	Total	$S_3 + S_4$	$S_1 + S_2$	$S_1 + S_2 + S_3 + S_4$

**Tableau 2 : Part de chaque sous ensemble de ménages selon le milieu de résidence (en %)**

Sous-ensemble	Urbain	Rural
$S_1$	8,9	27,5
$S_2$	37,2	65,6
$S_3$	10,7	1,5
$S_4$	43,2	5,4
Total	100,0	100,0
Nombre de ménages	1340	1411

## Mesures concernant la mortalité des enfants et les variables intermédiaires

Une fois cette typologie des ménages basée sur la satisfaction des besoins essentiels établie, nous pouvons comparer la mortalité des enfants au niveau des sous-ensembles associés à la pauvreté. Les sous-ensembles que nous avons retenus sont issus de la combinaison de la satisfaction des besoins alimentaire et non alimentaire. L'analyse que nous entreprenons tient compte du phénomène objet de notre ana-

lyse qu'est la mortalité des enfants et de certains éléments explicatifs qualifiés aussi de variables proches de la mortalité des enfants.

Les variables que nous avons privilégiées concernent quatre domaines : la mortalité, la nutrition, la santé et l'éducation. Concernant la mortalité, deux indices ont été retenus. Il s'agit du quotient de mortalité infantile et du quotient de mortalité infanto-juvénile. Ces deux quotients ont été calculés sur la base des naissances survenues entre 1970 et 1995. Vu que le décès est un événement relativement rare, l'extension à cet intervalle d'amplitude 25 ans est effectuée dans le but d'améliorer la représentativité des naissances et des décès. Ces indices représentent alors des moyennes sur la période de 25 ans. En ce qui concerne la nutrition, six variables ont été retenues. Il s'agit du pourcentage d'enfants allaités au sein et les âges moyens au sevrage, à la première prise de l'eau, à la prise d'un autre liquide, à l'alimentation par de la nourriture solide ou bouillie et à la prise d'un lait autre que le lait maternel. Quant aux variables de santé, nous avons retenu le pourcentage d'enfants pour lesquels une carte de vaccination est établie ainsi que les pourcentages d'enfants ayant subi les vaccins BCG, polio (au moins une fois) et rougeole. Enfin, pour l'éducation des mères, nous avons retenu les pourcentages de femmes ayant le niveau primaire et de celles ayant le niveau supérieur.

Nous devons nous attendre à ce qu'un groupe défavorisé qui présente une forte vulnérabilité à la pauvreté, soit caractérisé par des quotients élevés en ce qui concerne la mortalité infantile et infanto-juvénile. Ce niveau élevé de la mortalité devrait s'accompagner d'un allaitement maternel plus intense, puisque la sous-nutrition prolonge l'allaitement au sein. De même, les âges moyens à la première prise de l'eau, d'un autre liquide, d'un solide ou bouillie et d'un lait autre que le lait maternel devraient être plus précoces chez le sous-ensemble des non défavorisés. Ce dernier devrait présenter des enfants munis de cartes de vaccination et ayant subi les vaccinations contre le BCG, la polio et la rougeole en proportion plus élevée que dans la catégorie des défavorisés. Enfin, le sous-ensemble des non défavorisés devrait être caractérisé par un grand nombre de femmes ayant atteint le niveau supérieur et peu n'ayant atteint que le niveau primaire.

## Résultats et discussion : comparaison des comportements

Le tableau 2 présente une comparaison des comportements des quatre sous-populations  $S_1$ ,  $S_2$ ,  $S_3$  et  $S_4$  que nous avons précédemment définies. En ce qui concerne la mortalité des enfants, le sous-ensemble des défavorisés sur tous les plans ( $S_1$ ), présente des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile qui dépassent systématiquement ceux des trois autres ensembles et notamment ceux du sous-ensemble des non défavorisés ( $S_4$ ) (respectivement de 53 et 72%).

D'une façon générale, le sous-ensemble des ménages non défavorisés ( $S_4$ ), présente des indicateurs systématiquement plus favorables que ceux de  $S_1$  : allaitement relativement moins intense (part inférieure de 1%) ; âge au sevrage, à la prise de l'eau, à la prise d'un autre liquide, à la prise d'un solide ou bouillie et à la prise d'un autre lait que le lait maternel, inférieurs respectivement de 32, 45, 2, 11 et 60% ; part des enfants disposant d'une carte de vaccination supérieure de 3% ; pourcentage des enfants vaccinés contre la rougeole supérieur de 13% ; part des femmes ayant le

niveau primaire inférieur de 30% et part de celles ayant le niveau supérieur plus élevé de 27%.

**Tableau 3 : Mortalité des enfants, variables de santé, de nutrition et d'éducation au niveau des quatre sous-ensembles (milieu urbain)**

Caractéristiques	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>	S <sub>4</sub>
Mortalité infantile (‰)	81,1	59,6	54,5	53,0
Mortalité infanto-juvénile (‰)	110,6	78,3	63,6	64,2
Proportion d'enfants allaités au sein (%)	94,3	93,4	88,5	93,5
Age moyen au sevrage (mois)	11,9	9,1	10,2	8,1
Age moyen à la prise d'eau (mois)	5,6	1,7	2,4	3,1
Age moyen à la prise d'un autre liquide (mois)	9,0	8,9	8,2	8,8
Age moyen à la prise d'un solide ou bouillie (mois)	15,1	14,4	19,2	13,5
Age moyen à la prise d'un autre lait que le lait maternel (mois)	23,9	17,3	13,3	9,6
Proportion d'enfants possédant une carte de vaccination (%)	88,6	90,7	92,0	90,9
Proportion d'enfants ayant subi le BCG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
Proportion d'enfants ayant subi le vaccin contre la polio (au moins une fois) (%)	100,0	98,1	100,0	92,7
Proportion d'enfants ayant subi le vaccin contre la rougeole (%)	84,2	88,7	91,7	95,1
Proportion de femmes ayant le niveau primaire (%)	40,8	41,2	33,2	28,4
Proportion de femmes ayant le niveau supérieur (%)	9,2	8,3	10,9	11,7

Il s'avère alors que le classement des quatre sous-ensembles selon le niveau de mortalité des enfants montre que la pauvreté est beaucoup plus liée à la non-satisfaction des besoins non alimentaires. La relation est conforme aux idées théoriques discutées auparavant. En effet, le sous-ensemble qui présente la mortalité la plus intense est celui qui est défavorisé au vu de l'ensemble des critères alimentaire et non alimentaire, à savoir S<sub>1</sub>. Celui qui est le moins vulnérable entre S<sub>2</sub> et S<sub>3</sub>, c'est S<sub>3</sub> qui est défavorisé par rapport au seul critère alimentaire.

\*

\* \*

Nous avons essayé d'analyser la mortalité des enfants en liaison avec le phénomène de la pauvreté. Un tel phénomène était auparavant mesuré sur la base de variables ayant trait à la consommation des biens et des services. Le seuil fixé pour distinguer les pauvres des non pauvres est associé aux dépenses de consommation. Pour notre part, nous approchons la pauvreté par la satisfaction des besoins essentiels. Ces besoins sont associés à l'alimentation, l'habitat, la santé, l'éducation et les biens durables.

Une fois la classification des ménages selon ces critères alimentaires et non alimentaires est opérée, l'analyse des différences de niveaux de mortalité des enfants est effectuée. Une telle analyse est accompagnée de la recherche de relations existantes entre la mortalité des enfants et les variables intermédiaires telles que les facteurs de santé et de nutrition des enfants ainsi que les variables d'éducation des mères.

Le milieu urbain présente ainsi une concordance quasi-parfaite avec les éléments théoriques et les hypothèses de base. La mortalité des enfants est plus élevée pour les sous-ensembles les plus démunis sur le plan de la satisfaction des besoins essentiels. Les sous-ensembles des ménages non défavorisés présentent, généralement, un allaitement moins intense, des âges plus précoces à la nutrition complémentaire (eau, autre liquide, solide ou bouillie et lait autre que le lait maternel), des enfants disposant de cartes de vaccination à un taux plus élevé et une vaccination plus effective contre la rougeole, en particulier. La population féminine de ce sous-ensemble est aussi plus instruite que les autres.

## Bibliographie

1. ABDELKHALEK T., 1999, La pauvreté au Maroc : une approche basée sur la satisfaction des besoins de base, in INSEA, *Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et variables démographiques au Maroc*, Rabat, p. 59-98.
2. ADNANE B., 1997, La mortalité au Maghreb : une analyse comparative des tendances et déterminants, *Mémoire I.S.D.*, INSEA, Rabat, 100 p.
3. CALDWELL J.C. et McDONALD P., 1981, Influence of maternal education on infant and child mortality : levels and causes, *International Population Conference*, UIESP, Manila, Vol. 2, p. 79-96.
4. CERED, 1997, *Population Vulnérable : Profil socio-démographique et répartition spatiale*, CERED, Rabat, 316 p.
5. DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1992, *Niveau de vie des ménages 1990-91*, Rapport de synthèse, Vol. 1, Rabat.
6. DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1993, *Niveau de vie des ménages 1990-91*, Répartition des niveaux de vie, Vol. 2, Rabat.
7. FAZOUANE A., 1999, Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et mortalité des enfants, in Insea, *Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et variables démographiques au Maroc*, Rabat, p. 125-148.
8. LOUDGHIRI K., 1993, L'impact des conditions sanitaires et nutritionnelles sur la mortalité des enfants au Maroc, *Mémoire I.S.D.*, INSEA, Rabat, 181 p.
9. MOSLEY W.H. et CHEN L., 1984, An analytical framework for the study of child survival in developing countries, *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement, p. 25-45.
10. RAVALLION M., 1996, *Comparaisons de la pauvreté : concepts et méthodes*, *Étude sur la mesure des niveaux de vie*, Document de travail n° 122, 162 p.
11. ROOGERS G., 1984, *Poverty and Population : Approaches and Evidence*, International Labour Office, Geneva, 213 p.
12. VALLIN J. et LOPEZ A.D., Eds., 1985, *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*, INED, IUSSP, Ordina Editions, Belgique, 558 p.
13. YAAKOUBD A., 1989, Mortalité des enfants et inégalités sociales : le Maroc des années 1970, *Thèse de Doctorat, Institut de Démographie*, UCL, Belgique, 222 p.



# 6. Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie<sup>1</sup>

Youssef Courbage<sup>2</sup>

*La Turquie est un pays inclassable en raison de sa mortalité infantile qui a été et continue à être très élevée alors que les indicateurs socio-économiques et la fécondité auraient présagé une meilleure survie. La modernisation rapide de la Turquie depuis trois décennies, que l'on aurait pu croire plus favorable au sort de l'enfant, n'a pas rempli tous les espoirs. Le stress engendré par la croissance économique et la forte participation féminine a peut-être empêché les femmes de prêter une attention suffisante à l'enfant. Mais les traditions ottomane puis républicaine n'ont pas contribué à une valorisation suffisante de l'enfant. Le recours à des sources non conventionnelles comme l'ethnologie, la littérature et le cinéma permettent de donner une image de l'atmosphère culturelle dans laquelle baignent les mères, les pères et les familles d'enfants décédés. Les changements de mentalités, trop lents en ce qui concerne l'enfance, n'ont pas encore rattrapé la transition de la fécondité. Un taux de mortalité infantile de 53 pour mille accompagnant une fécondité à peine supérieure à 2, est une configuration qui se rencontre difficilement ailleurs.*

La mortalité des enfants de Turquie, avec un taux de mortalité infantile dépassant 50‰ au début de la décennie, reste une énigme [4]. Depuis qu'on peut la mesurer, elle s'est toujours située très haut [10]. L'existence de maladies infantiles spécifiques à l'état endémique, les variations climatiques, du froid le plus rigoureux à la chaleur la plus torride, l'efficacité des soins médicaux ou encore les écarts régionaux de développement, furent avancées comme explications, sans succès. Pourtant, la Turquie a cessé d'être un pays « en voie de développement ». Le taux d'analphabétisme est faible pour les hommes, assez bas pour les femmes. La scolarisation est généralisée dans le primaire et assez intense dans le secondaire. La couverture sanitaire est correcte. Les indicateurs de fécondité sont favorables : l'indice de fécondité de 2,3 dénote une transition presque achevée [7]. Cependant, cette modernisation à un rythme record n'a peut-être pas été suffisamment digérée par le corps social.

Les déterminants directs et socio-économiques de la mortalité des enfants ont été analysés. Mais les modalités de l'action de ces variables sur le niveau de la mortalité n'ont pas été éclaircies. En outre, l'articulation de ces variables aux attitudes et pratiques culturelles ainsi qu'aux politiques et aux idéologies, demeure inexplicée. L'environnement social non matériel est peut être un champ d'investigation plus prometteur. Or, la mortalité des enfants est un révélateur, aussi silencieux que signi-

1. Cette communication a été conçue à partir de [8].

2. INED, Paris.

ficatif, des styles de vie, de la valeur relative accordée aux sexes et aux âges de la vie, ainsi que des normes culturelles régissant l'équilibre des pouvoirs entre générations. L'idée est donc de cerner une atmosphère culturelle autour de l'enfant et de la mort. Outre les relevés ethnographiques, nous nous sommes servis de films, de textes de théâtre, en cherchant les thèmes sur la mort de l'enfant.

## La surmortalité turque dans l'environnement régional

En une génération, la mortalité infantile turque a été réduite au quart, de 200 à 53‰ au début de cette décennie. Ces progrès certains sont-ils pour autant suffisants ?

Le schéma de mortalité se rapprochait du modèle Est de A. Coale et P. Demeny [5] : forte mortalité infantile chez les moins de 5 ans, surreprésentée dans la mortalité à tous âges. A cela s'ajoute un taux élevé de mortinatalité : 20 pour mille naissances vivantes en 1988-92, qui suggère des faux mort-nés. La mortalité foetale [23] est très forte (166‰). Il existe une préférence avérée pour les garçons. Les femmes désiraient en moyenne 0,82 garçons supplémentaires mais seulement 0,64 filles en 1988 [36]. En corollaire, la mortalité féminine a toujours été anormalement élevée par rapport aux standards [21] et récemment, le désavantage des fillettes s'est alourdi. En 1993, la surmortalité féminine était en excédent de 15% avant 1 an et de 22% à 1-4 ans : 10 000 filles de plus que les garçons mouraient tous les ans, alors que la mortalité des garçons est elle aussi très élevée.

On peut examiner ici ces performances de la Turquie par rapport aux pays frontaliers et à d'autres qui furent en forte interaction politique et culturelle avec elle, du fait de l'appartenance à l'Empire Ottoman. A l'exception du Turkménistan, la mortalité infantile de la Turquie est plus forte que celle des voisins. En Europe balkanique et à Chypre, la mortalité infantile moyenne de 20‰, est d'un tiers environ de celle de la Turquie. Le Moyen-Orient arabe (35‰) et l'Iran (32‰) se distinguent par leurs meilleures performances. Au Caucase et en Asie centrale (37‰), la mortalité infantile est d'un tiers inférieure. La Turquie ressort bien comme un espace particulier. Les mauvaises performances se rencontrent dans l'ex-URSS, en Bulgarie et en Roumanie. Mais, les pays arabes du Moyen-Orient et l'Iran surtout, réduisent leur mortalité infantile mieux que la Turquie. La forte mortalité infantile turque témoigne d'une certaine permanence dans le temps. Par ses caractéristiques démographiques et socio-économiques, la Turquie n'est pourtant pas mal placée.

## Caractéristiques démographiques et socio-économiques

### *Facteurs démographiques*

La résidence en milieu urbain est un atout pour la survie de l'enfant. La Turquie, avec une population urbaine de 67%, est bien placée. Elle dépasse à cet égard l'Europe balkanique (58%), l'Iran (59%), le Caucase et l'Asie centrale (51%) et se retrouve presque à égalité avec le Moyen-Orient arabe (71%), beaucoup moins favorisé par ce facteur aggravant de la mortalité infantile, la fécondité élevée. Elle y atteint 4,60 enfants par femme, soit deux enfants de plus qu'en Turquie (2,65), où la fécondité est aussi plus basse qu'en Iran (3,26) et que dans les pays du Caucase et de l'Asie centrale (3,09).

### *Niveau de vie*

Le produit intérieur brut *per capita* en Turquie était en 1996 de 7 843 dollars, en parité de pouvoir d'achat. Peu de pays se situent aussi haut, à l'exception de la Grèce (12 195\$) et de l'Arabie saoudite (10 684\$), parmi les pays suffisamment peuplés. Le niveau de vie turc est plus élevé qu'en Europe balkanique (sauf en Grèce), que dans les pays arabes du Caucase ou que chez les Turcophones d'Asie. Même l'Iran a un niveau de vie plus bas.

### *Niveau d'instruction*

L'éradication de l'analphabétisme est encore incomplète en Turquie, où l'on recense 8,3% d'analphabètes chez les hommes de 10 ans et plus et surtout 27,6% chez les femmes. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement secondaire est encore de 61%. Mais aussi imparfait qu'il soit, le système d'enseignement turc reste plus performant qu'au Moyen-Orient arabe et en Iran. L'analphabétisme masculin arabe (18,9%) ou iranien (21,6%) est deux fois plus élevé qu'en Turquie. Les femmes turques sont moins analphabètes que les Arabes (37,7%) et les Iraniennes (34,2%). Le niveau secondaire est plus fréquemment atteint en Turquie qu'au Moyen-Orient arabe (45%), un peu moins qu'en Iran (66%).

### *Services de santé*

Le niveau élevé de la mortalité des enfants ne s'explique pas par la sous-médicalisation. S'il est vrai qu'en termes de nombre de personnes par médecin, la Turquie est moins bien placée que ses voisins européens du Caucase et d'Asie centrale, avec un médecin pour 976 habitants, elle est relativement plus médicalisée que le Moyen-Orient arabe (1 128) et l'Iran surtout, où la densité médicale est trois fois plus basse qu'en Turquie. Pour l'accès aux soins de santé, à l'eau potable et à l'évacuation des eaux usées, la Turquie est proche des pays européens, mieux placée que le Moyen-Orient arabe et que l'Iran surtout, où les soins de santé ne couvrent que 73% de la population contre 100% en Turquie. Le pourcentage de naissances assistées par un personnel médical atteint 78%. Dans ces conditions, les performances turques en matière de vaccination sont déconcertantes. Le taux de couverture par les soins de santé s'accompagne normalement d'une couverture vaccinale voisine. En Iran, elle est même largement supérieure (95 à 97% d'enfants vaccinés pour 78% de population couverte par les soins de santé). En Turquie, 25% des enfants ne sont pas vaccinés contre la rougeole et 14% contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Près d'un tiers des enfants n'ont pas reçu l'ensemble des vaccins recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour ceux qui ont été vaccinés, un tiers n'a reçu le vaccin qu'après 12 mois, ce qui réduit son efficacité. L'abandon est élevé pour les vaccins multiples (DCT et Polio).

En résumé, les indicateurs devraient situer la Turquie à un niveau enviable de survie des enfants dans la région. La seule exception est la vaccination encore imparfaite, qui pourrait rendre compte de la mortalité élevée. La demande des parents pour vacciner leurs enfants est en deçà des potentialités offertes par le système. Un chiffre illustre ce déséquilibre. Parmi les femmes turques instruites dans le secondaire ou le supérieur, celles qui ont laissé leur enfant sans vaccination sont 16%, soit plus d'un enfant sur 6. Négligence ou autres raisons ? Mais, aussi important qu'il puisse être, ce déficit de vaccination par rapport aux pays arabes et à l'Iran, de

l'ordre de 20% pour la rougeole et de 11% pour la DCT, ne peut justifier d'une mortalité infantile plus forte de 50 à 60%.

## Comparaison avec la Syrie

La comparaison est pertinente : histoire commune des deux pays (1516-1918), proximité aux plans géographique, climatique, religieux, etc. Enfin, l'enquête syrienne [28] a été réalisée la même année que l'enquête démographique et de santé (EDS) de Turquie et la qualité des données est bonne.

Malgré une accélération de la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Turquie, réduite de moitié en 10 ans, son niveau est sensiblement plus fort qu'en Syrie : 46% de plus entre 0 et 5 ans. En période post-néonatale, de 1 mois et jusqu'à 1 an, la surmortalité turque atteint 41%, et 19% pour la période juvénile. On peut voir ici un certain effet de la vaccination, d'intensité variable entre les deux pays. En Syrie, 87% des enfants de moins de 5 ans disposent d'un carnet de santé (comportant l'échéancier des vaccinations), tandis qu'en Turquie, cette proportion tombe à 42%. Si 64,7% des enfants turcs de 12 à 23 mois ont reçu l'ensemble des vaccins, 73% des Syriens du même âge en ont bénéficié. C'est durant la période néonatale (avant 1 mois, âge où la vaccination ne joue presque pas sur la mortalité), que le désavantage de la Turquie est le plus prononcé : 62% de surmortalité.

La mortalité des enfants de Turquie au sein des catégories socio-économiques privilégiées est toujours plus mauvaise que celle des catégories syriennes moins nanties. La mortalité infanto-juvénile est d'un quart plus élevée chez les citadins de Turquie (51‰) que chez les ruraux de Syrie (41‰). La seule exception apparaît au cours de la période post-néonatale (14 contre 17‰). Plus déroutant encore est le rôle de l'éducation de la mère souvent présenté comme la voie royale de la survie des enfants. Or la femme éduquée en Turquie a 51‰ de risque de voir son enfant mourir avant 5 ans, 25% de plus que la Syrienne analphabète, pour laquelle le risque est de 41‰.

Même s'ils sont nés dans des conditions optimales d'âge de la mère, c'est-à-dire entre 20 et 29 ans, les enfants turcs encourent de plus forts risques de décéder (68‰) que les Syriens nés dans des circonstances moins propices, de mères très jeunes (41‰) ou très âgées (60‰). Concernant le rang de naissance, les enfants de rang 2 ou 3 sont peut-être moins vulnérables en Turquie (61‰ de risque de décès), que ceux de rang inférieur ou supérieur, mais leur probabilité de décéder est plus forte que celle des Syriens de rang 1 (35‰) ou 4 et plus (44‰). Seuls les intervalles entre naissances admettent une entorse : un espacement de 4 ans et plus fait baisser la mortalité avant 5 ans en Turquie à 39‰ ; un espacement de moins de 2 ans engendre une mortalité plus élevée en Turquie qu'en Syrie.

La résidence régionale discrimine peu la mortalité des enfants en Turquie : 70‰ dans l'Est réputé pour son faible niveau de développement, mais pas tellement moins à l'Ouest (48‰) qui englobe les régions les plus riches. Une forte dissociation apparaît entre la mortalité des enfants et la fécondité qui est, en revanche, de 4,4 enfants par femme à l'Est et de 2 à l'Ouest. L'accès aux soins prénataux et l'assistance médicale en cours d'accouchement a un impact assez faible sur la mortalité avant 5 ans.

La moindre mortalité des enfants de Syrie n'est pas due à une plus forte médicalisation de la grossesse et de la naissance. En 1993, 63% des femmes turques bénéfi-

ciaient d'un suivi pendant leur grossesse ; elles sont 54% en Syrie. Soixante quatre pour cent de ces dernières ont accouché à domicile, contre 40% de Turques. Durant l'accouchement, les accoucheuses traditionnelles étaient présentes dans 20% des cas en Syrie contre 13% en Turquie. Le vaccin antitétanique n'a été administré qu'à 19% de Syriennes contre 43% de Turques. La politique de santé en Syrie témoigne d'un décalage significatif entre la volonté politique et les réalités du terrain. Aussi précaires que soient ses soins de santé primaire (SSP), la Turquie ne soutient pas la comparaison avec la Syrie, où le programme des SSP ne remonte qu'à 1992 [9]<sup>3</sup>.

**Tableau 1 : Cas où la mortalité des enfants des catégories supérieures en Turquie est plus élevée que celles des catégories inférieures en Syrie**

Catégorie \ Mortalité	Néonatale	Post néonatale	Infantile	Juvenile	Moins de 5 ans
Résidence	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Instruction	Oui	Équivalent	Oui	Oui	Oui
Age de la mère	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rang de naissance	Oui	Oui	Oui	Équivalent	Oui
Intervalle de naissances	Non	Non	Non	Non	Non

Sources : Turquie : [23] ; Syrie : [28].

Concernant la discrimination des filles, nous avons calculé les indices de désavantage féminin pour la mortalité dans les enquêtes récentes, pour les pays arabes du Moyen-Orient (hormis l'Irak). A part la Jordanie où le désavantage féminin est plus prononcé qu'en Turquie, les pays arabes du Moyen-Orient sont en meilleure posture. Le désavantage féminin est de 6%, contre 15% en Turquie, chez les filles de moins de 5 ans. Ce n'est donc pas la religion commune qui avive la surmortalité féminine mais des traits propres à la Turquie. S'agit-il d'une stratégie de constitution d'une famille aux normes idéales, qui affecterait les filles plus que les garçons ?

## Déterminants classiques ou culturels ?

### Les enquêtes

La première est une enquête de type anthropologique de 1986 dans une banlieue d'Istanbul [19] et la seconde, l'enquête nationale EDS [23]. Ces deux enquêtes soulignent l'importance des facteurs non conventionnels. L'indice de mortalité de Preston a été mis en corrélation avec un ensemble de variables conventionnelles. Celles se rapportant au comportement et au niveau d'éducation du mari, à la taille et à la structure du ménage ont plus d'effet sur la mortalité des enfants que les variables classiques. L'indice de Preston est de 0,631 pour les familles de type nucléaire et de 1,336 pour les familles patrilocales étendues. Différence qui tient à la présence dans le foyer de beaux-parents plus proches des valeurs traditionnelles qui

3. Fortes disparités géographiques, principe de la gratuité des soins remplacé *de facto* par le paiement forfaitaire, soins de qualité médiocre, explosion des dépenses de fonctionnement au détriment des investissements, diminution des dépenses de santé par tête et prix prohibitifs pratiqués dans le privé.

restreindraient le champ de manœuvre et la capacité de la mère à prendre des décisions sur la santé de son enfant [11]. La forte corrélation négative avec le niveau d'éducation du père va dans le sens d'un biais patriarcal.

**Tableau 2 : Coefficients de régression multiple de l'indice de mortalité des enfants**

Variable composite	Coefficient
Consommation d'alcool et de tabac dans le ménage	0,1270
Attitude de la femme par rapport à l'avortement (1)	0,1326
Composition du ménage (2)	0,1958
Niveau d'éducation du mari	- 0,2390

(1) : un indice élevé correspond à une attitude plus conservatrice ; (2) : un indice élevé correspond à un ménage patrilocal et à une famille élargie. Sources : [19].

Il existe une proportion importante de mariages consanguins : en 1993, 22,8% des mariées ont épousé un parent<sup>4</sup>. La raison principale en est le respect de l'ordre familial [17 et 35] et de sa belle-famille en général. Les variables socio-économiques classiques, comme l'habitat, la profession, le revenu, le niveau d'éducation de la mère, etc., ont un poids bien moindre sur la mortalité des enfants que d'autres facteurs plus qualitatifs. Il en va ainsi de l'attitude de la femme vis à vis de l'avortement. Ce sont les femmes qui déclarent qu'il faut absolument mener la grossesse à son terme qui ont expérimenté le plus grand nombre relatif de décès d'enfants. Celles qui sont plus favorables à l'avortement en ont perdu le moins. Le cas turc nous interpelle donc sur le processus de maîtrise de la reproduction qui ne se limite pas à la seule prévention des naissances. Enfin, une forte consommation d'alcool et de tabac dans le ménage a une incidence néfaste. Il peut s'agir ici d'un simple effet d'environnement sanitaire, de l'effet de pression de ces consommations sur les ressources financières du ménage, de violence, etc. La mortalité de l'enfant est en liaison avec des conditions qui sont plus le fait de personnes autres que la mère.

La variable dont la signification statistique est la plus élevée, est l'utilisation du DIU : une femme qui a utilisé précédemment le DIU, aura une moindre mortalité de sa progéniture. Viennent ensuite, d'une part, le niveau d'éducation et la profession du mari et de l'autre, l'attitude de la femme vis à vis de la prévention des naissances. Par ailleurs, les régressions sur près de 300 variables classiques, ont donné les résultats attendus, mais avec des coefficients assez bas. Le niveau d'éducation de la femme, ici non plus, ne s'est pas révélé statistiquement significatif. Dans le contexte culturel turc, le décalage entre le niveau d'éducation de l'épouse et celui de son entourage peut la marginaliser et affecter indirectement la santé des enfants.

La comparaison entre les deux enquêtes mérite quelque développement. Dans l'ensemble de la Turquie (EDS 1993), la richesse est négativement corrélée à la mortalité des enfants. Mais à Istanbul dans cette communauté au niveau de vie assez bas, l'ac-

4. Le système exogamique d'alliance turco-mongol (celui des Turcs avant leur arrivée en Anatolie) reste dominant, et le mariage endogamique qualifié « d'arabe » (répandu après la conversion des Turcs à l'islam), plus marginal. Le premier est rigoureusement inégalitaire entre les deux partenaires : tant l'épouse que ses enfants sont perçus comme des intrus par l'homme et la stratégie familiale dans ce type de mariage est d'investir sur un seul enfant, quitte à négliger les autres [17].

cumulation de capital est positivement corrélée à la mortalité des enfants. La possession de biens de consommation durable ou bien celle de propriétés, joue au détriment de la survie des enfants. Pour les communautés dont le niveau de vie est encore bas, un bond en avant économique peut coûter en termes de survie de l'enfant.

L'enquête EDS 1993, de même que celle de 1986, confirment l'existence et révèlent l'importance insoupçonnée de circonstances environnantes, de type culturel, sur la mortalité des enfants. Très décisifs sont ces attitudes et comportements féminins face à la contraception et à l'avortement, cette structure familiale qui privilégie les hommes, la consommation de tabac et de boissons. Tout cela tient bien plus d'une atmosphère culturelle diffuse que de variables classiques. Il faut se servir de sources d'une autre nature pour les appréhender.

## L'enfant : entre affection et utilité

Les enquêtes *Value of Children* mettent en évidence un aspect particulier des attitudes vis-à-vis de l'enfance en Turquie qui fait exception. Les résultats ne sont pas conformes à l'hypothèse de la diminution des avantages matériels attendus des enfants avec la baisse de la fécondité. Pour toutes les questions sur l'aide matérielle, les réponses positives sont les plus élevées en Turquie. Les enfants y sont donc désirés plus pour des raisons utilitaires qu'émotionnelles ou sentimentales. L'enfant semble n'être pas désiré pour lui-même mais plutôt pour le bien-être actuel et futur des parents. Plus de la moitié (55%) mettent les bénéfices économiques de l'enfant au premier ou au second rang [22]. La valeur sociale, normative ou affective de l'enfant, transparaît beaucoup moins. Ces attitudes sont à rapprocher de l'activité des enfants bien plus forte que celle des pays voisins.

## Les thèmes de l'enfant et de la mort

Les sources et matériaux « qualitatifs » (matériaux ethnographiques et de type folklorique divers, textes littéraires et autres, audiovisuel, cinéma, etc.) ne peuvent se substituer aux données chiffrées, mais peuvent rendre compte du niveau exceptionnel de la mortalité. Ces sources pourraient être considérées comme un reflet de traits culturels. De pareilles sources doivent évidemment être utilisées avec circonspection. Mais la répétition fréquente d'un thème, d'une attitude, leur absence là où ils seraient attendus, peuvent constituer un indicateur de leur importance au sein d'une configuration sociale.

### *Rites et coutumes*

S.V. Örnek [25] a recensé les coutumes et croyances turques concernant les prémonitions de la mort, la préparation du corps, l'inhumation et le cérémonial de l'enterrement. Mais le plus étonnant est que ni le chercheur et les centaines d'informateurs locaux auxquels il a eu recours, n'ont pu relever un seul usage, coutume ou rite particulier concernant la mort de l'enfant. Silence total et assourdissant. Bien que la mort de l'enfant soit fréquente, son impact n'a pu donner lieu à des usages mortuaires particuliers. Signe d'indifférence ? Peut-être. Signe d'accoutumance sociale vis-à-vis de la mort d'un enfant en bas âge ? Très vraisemblablement. Le deuil tient compte de l'âge, du sexe et du statut du décédé. Les hommes sont pleurés plus que les femmes, les enfants moins que les jeunes ou les vieux, les personnes de statut

élevé plus que ceux de statut inférieur [26]. De nombreuses injonctions populaires vont dans ce sens [27 et 33]. Pour une mère, faire publiquement état de la peine ressentie au décès en bas âge d'un de ses enfants est considéré comme un manque patent de respect vis-à-vis de ses parents et beaux-parents. Faire trop état de sa peine empêcherait aussi l'âme de l'enfant d'intercéder en faveur de ses parents dans l'au-delà [14]. Tout est en place pour favoriser l'accoutumance et pour minimiser l'impact affectif, social et familial du décès d'un enfant en bas âge.

Un autre signe de l'accoutumance sociale à la mort de l'enfant est l'existence d'un « nom ombilical » dès la naissance. Selon une croyance populaire, il ne faut pas que l'enfant, au cas où il ne survivrait pas, puisse quitter ce monde sans avoir reçu de nom. Quant à son vrai nom, le nom qui sera déclaré à l'état civil et qu'il portera par la suite, l'enfant ne le reçoit que quelques jours après sa naissance [24]. On se prémunit donc contre le danger que l'enfant ne quitte ce monde sans avoir été désigné par un nom, sans avoir reçu un semblant d'identité sociale et religieuse. Faute de pouvoir assurer la survie du corps, on se soucie très tôt de celle de l'âme. Certains interdits concernant la femme enceinte vont dans le même sens, par le fait qu'ils associent la grossesse et la mort, ainsi que le nouveau-né et la mort.

La mort fréquente des enfants en bas âge donne également lieu à certains rites magiques de préservation, afin d'assurer au nouvel arrivant longue vie. Ces rites seraient pratiqués dans les familles ayant déjà perdu un enfant [2], et ils ont pour but de mettre le nouvel arrivant à l'abri des dangers naturels et surnaturels. La vente fictive de l'enfant à une tierce personne, son allaitement, au moins une fois, par une mère ayant des enfants vivants, de même que certains noms particuliers et réputés protecteurs donnés à l'enfant, sont les rites de préservation courants. La confection d'un vêtement en patchwork (7 ou 40 pièces de tissu) est répandue. Chacune des pièces doit être empruntée à une famille qui n'est pas en deuil et qui a au moins un enfant [34].

Une pratique régionale fait songer à un infanticide par omission. Elle concerne sans doute un infanticide plus imaginaire (mais imaginable cependant, et c'est ce qui importe) que réel. Selon cette pratique, si l'on s'aperçoit à la naissance que l'enfant est atteint d'une anomalie physique, on ne lui serre pas immédiatement le cordon ombilical avec un fil, comme c'est l'usage. Ceci peut provoquer une hémorragie mortelle [24]. Cette pratique peut n'avoir pas été fréquente, n'être qu'une pratique du passé, qui a survécu non dans les faits mais dans la seule mémoire populaire et anonyme. Elle peut n'être circonscrite qu'à une aire géographique. Le fait que cette pratique existe, ou qu'elle a existé, pourrait indiquer qu'un infanticide eugéniste était alors pour le moins pensable.

### *Dans le cinéma*

L'industrie turque du cinéma a été prolifique. Notre point de mire sera celui des nombreux films où il est question de la famille [15]. Les valeurs familiales sont sacrées. La famille est une institution valorisée, dépositaire des valeurs, religieuses et morales [29]. Elle se voit renforcée à l'écran. L'unité et la solidarité familiales doivent être protégées quel qu'en soit le prix.

Lorsque la famille élargie s'émiette, ceux qui en souffrent le plus sont souvent les enfants. Toute leur vie future en est négativement affectée. De nouvelles responsabilités (aider leur mère, aller à l'école, travailler pour subvenir aux besoins de la

famille, surveiller et s'occuper de leurs puînés) leur incombent. Ceux-ci perdent alors sûrement et immédiatement, dans les scénarios, leur nature infantile. Que le film soit un drame ou une comédie, ces enfants « grandissent avant l'âge ».

Bien que très rarement placé au centre de la trame dramatique, l'enfant est souvent là, même et surtout par son absence. Le très jeune enfant est très peu évoqué dans les films. Quant au nouveau-né ou au bébé, il est toujours « fonctionnel », symbole d'un mariage heureux, d'une maternité enfin atteinte, ou comme objet de jalousie entre femmes. En effet, le manque d'enfant est un drame pour la femme mariée. L'enfant est l'être le plus important pour la mère [1]. Son absence est grosse de danger pour la femme et présage la séparation du couple. Son arrivée attache le mari au foyer. Le malheur des femmes mariées sans enfant fait ainsi l'objet d'une multitude de films. La grossesse d'une femme marque souvent la fin de ses problèmes familiaux. De même, un danger de mort pour l'enfant, une maladie grave ou, parfois, son enlèvement, constituent une grave menace pour l'unité du jeune couple. La mort de l'enfant n'est cependant pas traitée comme telle, et d'ailleurs presque jamais montrée à l'écran.

Les films de type familial les plus prisés sont ceux dans lesquels le héros principal est un « enfant ». Ces « enfants » sont là pour empêcher la famille de se désagréger ou pour réunifier une famille dispersée. Cet « enfant » intelligent et espiègle subvient aux besoins de la famille, s'occupe de sa mère et de ses frères et sœurs et assume quasiment toutes les responsabilités d'un chef de famille. Ces « enfants » affrontent brillamment le monde des adultes en philosophant et en ne s'étonnant jamais de rien. En apparence, les scénarios tournent entièrement autour de cet « enfant », mais il n'y a pas de véritable enfant dans ces films. A travers le caractère principal du film, c'est l'importance de l'enfant dans le maintien de l'unité familiale qui est souligné. L'enfant, comme caractère à part entière, est en somme quasiment absent du cinéma.

### *Au théâtre*

La superposition des thèmes de l'enfance et de la mort est aussi très fréquente dans le théâtre moderne. Une étude du théâtre turc du XXe siècle, met en évidence cette association de l'enfance et de la mort [31]. Les références à la période de l'enfance sont très nombreuses. Cependant, comme pour les films, les pièces de théâtre dans lesquelles l'enfant est directement mis en scène et où il prend part à l'action ne sont pas nombreuses. Lorsqu'il est présent, il ne l'est qu'indirectement. L'enfant est rarement présenté comme produit ou symbole d'une union heureuse, comme ayant été désiré, ou comme source de joie pour les parents ou pour la famille. De nombreux textes théâtraux sont bâtis sur les problèmes créés par la venue d'un enfant. L'enfance est présentée comme une période d'incompréhension, d'exclusion ou de malheur. Elle est source de drames futurs, l'origine à peine voilée des malheurs et des conflits. L'enfant est le plus souvent associé à des valeurs négatives, au désespoir, à l'impuissance, à des erreurs graves, au dénuement et à la misère, à la souffrance et à la mort.

A l'origine de l'enfance malheureuse, il y a soit le dénuement soit l'incompréhension des adultes. La trame dramatique autour de cette enfance malheureuse fournit aux auteurs la toile de fond propice pour mettre en évidence une critique de la société. Même une enfance relativement heureuse et sans problèmes est, par contraste avec

le présent, présentée sur scène comme une source de tristesse, de regrets et de nostalgie. L'exploitation directe de l'enfant (travail forcé, domesticité infantile, etc.), par ses parents ou par la société entière, est également mise au premier plan. Les textes théâtraux qui mettent en évidence un enfant ou un adolescent comme caractère dramatique à part entière, ou encore l'enfance comme une période de référence calme et heureuse, ne sont qu'une infime minorité. La mort ou un autre événement dramatique servent souvent à l'enfant de rite de passage à l'âge adulte. Et, aussi brutal fut-il, ce passage à l'état d'adulte dégage un sentiment de soulagement, celui d'avoir enfin acquis sa place dans la « vraie » vie sociale. En somme, l'enfance est une période douloureuse et marginale, mais obligatoire, et dont il est souhaitable de se sortir. L'enfance est une simple antichambre du paradis des adultes, un purgatoire de la véritable vie, celle qui doit suivre l'enfance. En outre, l'enfant est parfois pris au théâtre, comme symbole de l'archétype du rite sacrificiel. Le motif traditionnel de l'enfant oublié ou sacrifié, victime innocente de querelles ou de malheurs d'adultes, se retrouve souvent. L'enfant est sacrifié aux traditions, aux coutumes et usages archaïques, aux passions diverses, et même au sens du devoir des adultes.

## La mortalité des enfants, régulateur de fécondité ?

La forte mortalité des enfants est certainement un avatar fâcheux de la forte fécondité. Il n'est pas exclu que dans certaines circonstances, elle en soit un régulateur.

A l'aune des pays du Sud, la fécondité turque n'a jamais été très élevée. Autant que nous remontions dans le temps, recensements et enquêtes attestent une fécondité modérée. Le « père des Turcs », Mustafa Kémal, imité en cela par nombre d'hommes politiques, de grands commis de l'Etat et de cadres supérieurs, n'eut pas d'enfants. Sans pousser le malthusianisme aussi loin, pour toutes les générations féminines nées avant la Seconde Guerre Mondiale, la fécondité s'est située autour d'une moyenne de 5,5 enfants par femme. Les indices du moment n'étaient pas beaucoup plus élevés [33]. Ce nombre — plus ou moins celui de l'Europe ancienne — est largement supérieur à celui qui prévalait au sud de la Turquie. En Syrie, il est rarement descendu en dessous de 7,5 à 7,7 enfants par femme. La relative modération de la fécondité turque est permanente à Istanbul au XIX<sup>e</sup> siècle [16]. Ailleurs, dans la Turquie ottomane, il existe également des présomptions de fécondité volontairement limitée [12].

Ce nombre modéré a pour support un nombre d'enfants désiré lui-même nettement plus bas. Selon plusieurs enquêtes, le nombre moyen idéal d'enfants est grosso modo moitié moindre que le nombre moyen d'enfants nés vivants. En 1993, l'indicateur de fécondité désirée est de 1,87 enfants par femme et de 1,71 seulement si l'on tient compte à la fois de l'intensité et du calendrier [36]. Il est non seulement inférieur à la fécondité effective, elle-même basse (2,65), mais aussi au seuil de 2,1. Aussi peu nataliste que soit la société turque, elle se voit trop féconde, un enfant de trop selon l'écart entre fécondités effective et optimale. La Syrie renvoie par un effet de miroir l'image inversée : une fécondité idéale de 5,0 enfants par femme, très supérieure à la fécondité effective (4,2). Excédent d'enfants au-delà de l'Euphrate, déficit en deçà, la mortalité n'est pas indifférente à ces déséquilibres.

L'allaitement maternel n'est pas prolongé en Turquie [23]. Un autre moyen ancien de régulation, le recul du mariage, n'a jamais rencontré les faveurs de la société. L'occidentalisation effrénée de la Turquie a rencontré là une fin de non recevoir. Entre 1935 et 1975, l'indice  $C_m$  de mariage de Bongaarts ne baisse pas. Depuis, contrairement à l'attente, la nuptialité est restée précoce et assez stable : l'âge moyen au mariage a peu augmenté, passant de 21 ans en 1978 à 22,4 ans en 1993. Le contraste est édifiant avec les pays voisins. La Turquie présente un cas inédit, où la nuptialité précoce accompagne une fécondité basse, l'Indonésie étant l'exception [13].

La contraception devrait pallier les lacunes de ces régulateurs traditionnels. La forte prévalence contraceptive (66% en 1993), tend à suggérer que la Turquie est au faîte de la régulation. Mais, elle stagne depuis 1988 et comme le montre l'exemple de l'Iran, le taux turc est loin d'être maximal [3]. Plus sérieux encore, est la popularité des méthodes masculines. Le rôle privilégié de l'homme en matière de fécondité est un trait saillant de la reproduction en Turquie [6]. Le retrait était et reste de très loin la méthode la plus populaire (utilisé par 43% des couples), ainsi que le condom (52%). Or, laisser l'initiative à l'homme n'est pas efficace. Les taux d'échec, sont respectivement de 19% et de 12%.

Les codes pénaux ottoman de 1858, puis républicain de 1934, ont jugé bon de prohiber l'avortement, peut-être en raison de son extraordinaire popularité. La population ne le considérait pas comme une faute morale ou religieuse [20]. Les voyageurs du XIX<sup>e</sup> siècle attribuaient la faible fécondité des turques musulmanes de l'Empire Ottoman à l'avortement [32]. Une première loi sur l'avortement vit le jour en 1965. Elle ne permettait l'interruption de grossesse que pour des raisons de santé et des « motifs sociaux ». Une loi très libérale, promulguée en 1983, vint ensuite la remplacer. L'interruption de grossesse peut avoir lieu sur simple demande de la femme, et ceci jusqu'à une durée de grossesse de 10 semaines. Cette limite est contournée dans les faits puisque un quart des femmes avortées le font au delà du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse. Il est remarquable qu'à aucun moment, le Premier Ministre de l'intermède islamisant, Necmettin Erbakan (1996-97), pourtant lui-même fervent populationniste, n'envisagea un retour au *statu quo ante*. L'avortement est aujourd'hui bien répandu. En 1993, il y avait 18 avortements pour 100 grossesses (25 pour 100 naissances vivantes), taux proches de ceux des pays occidentaux (États-Unis, 34 pour 100). Cependant, l'avortement reste difficile. A Istanbul, une mère sur huit désireuse d'avorter s'est heurtée à divers obstacles [19]. Plus de 50% des grossesses non souhaitées ont quand même abouti à un enfant non-désiré. Contraception inefficace, avortement imparfait, ajoutés aux effets contraires de la tradition, qui favorise le mariage précoce, et de la modernisation qui écourte le sevrage, aboutissent à ce résultat : un enfant sur deux naît alors qu'il n'est pas réellement voulu par ses parents, qui n'ont pas pu ou pas voulu avorter.

## Planification des négligences ?

On pourrait à la rigueur évoquer la « bonne » et la « mauvaise » santé, dans le cas de vieillards ou de personnes de santé précaire. Or, selon des informateurs dans le milieu hospitalier à Istanbul, ce concept fréquent s'applique également aux enfants. Quelle est l'étendue régionale de ce phénomène ? Lesquels des enfants seraient particulièrement visés par la « bonne » mort ? Il est évidemment impossible de répondre, telle-

ment le sujet est, par définition, caché. On peut poser comme hypothèse que ce sont les enfants non désirés qui seraient les plus susceptibles d'être les victimes d'une négligence inconsciente ou même délibérée des parents parce qu'ils ont contrecarré des plans de constitution de la famille : enfants présentant des anomalies à la naissance (voir plus loin, sources anthropologiques), du mauvais sexe, généralement féminin, en surnombre, donc de rangs élevés, ou insuffisamment espacés.

Que la mortalité des enfants puisse être une réponse à la forte fécondité plutôt qu'un stimulant de celle-ci est un phénomène rarement évoqué [30]. Certains enfants sont moins valorisés que d'autres, et cette vulnérabilité augmente leur risque de décéder<sup>5</sup>. Il existe donc un surplus de mortalité facilement « évitable », allant de l'ignorance des parents à la négligence délibérée. Peut-on la quantifier ? Sans doute pas très précisément. Mais par les indicateurs de développement et le niveau culturel des pays, on pourrait, sans grand risque, affirmer que la mortalité infantile est 2 fois plus élevée que la normale.

L'ignorance et l'accoutumance sociale, qui se nourrissent d'ailleurs l'une l'autre, peuvent donc être écartées comme explications de la forte mortalité. Il reste donc la négligence. Les présomptions sont là. Le déficit de vaccination, dans un pays aussi urbanisé et où les formations sanitaires couvrent 100% du territoire, jette la balle dans le camp de la famille plutôt que dans celui de l'appareil d'État. Mais l'absence de vaccination ne signifie pas forcément la mort. La surmortalité des filles montre un gisement de décès facilement évitables. Il suffirait d'être à hauteur du Moyen-Orient arabe pour que la mortalité des enfants perde quelques 3 points et passe sous le taux de 60‰. Mais ce ne sont pas seulement les filles qui sont discriminées.

**Tableau 3 : Effet du rang de naissance et des intervalles entre naissances sur la mortalité des enfants en Turquie et en Syrie (1993)**

Variable	Modalité	Augmentation en %			
		Infantile		Juvénile	
		Turquie	Syrie	Turquie	Syrie
Rang de naissance	des rangs 2-3 à 4 et +*	45	21	73	41
Intervalle entre naissances	de 4 ans et + à moins de 2 ans	220	149	528	- 8

\* Pour la Turquie, moyenne pondérée des rangs 4-6 et 7 et + par les nombres moyens d'enfants nés vivants. Sources : [23, 28].

On attribue la forte mortalité des enfants, des rangs de naissance élevés ou des intervalles inter-généraliques courts, à la biologie plutôt qu'au comportement. La distinction est délicate. Les enfants des parités élevées sont souvent ceux de mères âgées, fatiguées par leurs naissances successives, ce qui augmente les risques de décès de l'enfant actuel [30]. Par comparaison, on peut faire la part de ce qui, dans la mortalité des enfants turcs, relève du biologique et de ce qui relève du comportement.

5. « Des recherches présentées à un meeting de la Society for Neuroscience à la Nouvelle Orléans illustrent les conséquences biochimiques du manque de soins. On a décelé chez les enfants qui sont régulièrement privés d'un contact physique sécurisant un niveau de stress bien plus élevé que la normale. Ceci peut nuire à la croissance et au développement du cerveau comme du corps. Il reste trop d'enfants qui manquent de l'affection indispensable à leur développement. Leurs vies sont appauvries par le manque d'attention » (*Los Angeles Times*, 1-2, novembre 1997, Traduction des éditeurs).

Nous prendrons en Syrie, que l'on a vu très nataliste, un exemple d'effet du rang ou de l'intervalle de naissance sur la mortalité des enfants. L'effet biologique est certain, le passage de rangs 2-3 à 4 et plus élève la mortalité infantile de 21% et la mortalité juvénile de 41%. En Turquie, ce sont des accroissements deux fois plus forts : 45% et 73%. Avec les rangs de naissance, les écarts sont encore plus manifestes : le passage d'un espacement de 4 ans et plus à un espacement de moins de 2 ans, triple la mortalité infantile turque et sextuple la juvénile. Les contrastes sont si forts entre les deux voisins, que l'on soupçonne en Turquie, une hausse anormale de la mortalité de certains enfants, mal espacés ou nés en surnombre, sous les effets d'un malthusianisme différé. On a aussi procédé à la comparaison du surcroît de mortalité avant 5 ans, en Turquie et dans une moyenne de 20 pays en voie de développement enquêtés par les EDS, qui confirme les résultats précédents.

Un nombre non négligeable d'enfants naissent donc sous de mauvais auspices. L'environnement familial n'accepte pas de bon cœur tous les nouveaux venus. Il l'est d'autant moins que l'enfant est valorisé pour des raisons économiques ou utilitaires et que son apport émotionnel ou affectif est moins essentiel.

\*

\* \*

La Turquie est un pays inclassable par sa démographie et *a fortiori* par sa mortalité infantile. D'ailleurs, dans toutes les comparaisons de cette étude, elle fait saillie ou figure d'exception. Pourquoi la Turquie a-t-elle eu et continue-t-elle à avoir une mortalité dans l'enfance aussi élevée ? La question en l'état n'a sans doute pas de réponse, du moins pas de réponse unique. Dans la tradition ottomane puis turque, l'enfant n'était pas toujours valorisé, pour des raisons d'anthropologie familiale et parfois d'opportunités politiques. La modernisation rapide de la Turquie depuis trois décennies, que l'on aurait pu croire plus favorable au sort de l'enfant, n'a pas rempli tous les espoirs. Il est possible que le stress engendré par la croissance économique et que l'on peut deviner sous les statistiques exceptionnelles de participation féminine aux activités économiques (35% des actifs, de plus en plus concentrés dans les secteurs industriel et de services, plus exigeants en matière de discipline du travail, sont des femmes, soit 2 à 3 fois plus que chez les voisins du Sud de la Turquie) ait empêché les femmes, très sollicitées par le monde du travail, de prêter l'attention suffisante à l'enfant. De plus, les travailleuses sont loin d'être toutes regroupées dans le secteur moderne qui profite d'une certaine protection sociale.

Mais, ni ces données démographiques ou sociales, ni les analyses qu'il est possible d'en tirer, ne suffisent à fournir une explication totalement satisfaisante. Le recours à des sources non conventionnelles afin d'y rechercher des configurations culturelles particulières reliant l'enfant et la mort permet, dans une certaine mesure, de donner une image de l'atmosphère culturelle dans laquelle baignent les mères, pères et familles d'enfants décédés. Ce que l'on peut tenir pour certain, cependant, c'est que les changements de mentalités, trop lents en ce qui concerne l'enfance, n'ont pas encore rattrapé la transition de la fécondité qui se déroule à vive allure et sera bientôt achevée. De fait, la révolution de l'enfance n'a pas encore eu lieu. Elle n'a donc ni précédé ni accompagné la chute très rapide de la fécondité. Il n'y a pas moins d'enfants parce que ceux-ci ont plus de valeur affective. Il semble, au contraire, que les enfants commencent à avoir plus de valeur, précisément parce qu'il y en a moins.

## Bibliographie

1. ABISEL N., 1994, *Türk Sinemasi Üzerine Yazilar* (Ecrits sur le cinéma turc), Ankara, ed. Imge.
2. ACIPAYAMLI O., 1974, Türkiye'de Dogumla ilgili Adet ve inanmalarin Etnolojik Etüdü (Étude ethnologique sur les coutumes et croyances turques concernant les naissances), Ankara, Atatürk Üniversitesi Yayinlari.
3. AGHA H., CHASTELAND J.-C., COURBAGE Y., LADIER-FOULADI M. et MEHRYAR A., 1997, Famille et fécondité à Shiraz, *Dossiers et Recherches* n° 60, INED, Paris, 58 p.
4. AKSIT B. et AKSIT B., 1989, Sociocultural determinants of infant and child mortality in Turkey, *Social Science and Medicine*, Vol. 28, p. 571-576.
5. BEHAR C., 1977, Les tables de mortalité de la Turquie, in *L'Analyse démographique et ses applications*, Ed. du CNRS, Paris, p. 129-140.
6. BEHAR C., 1995, The fertility transition in Turkey - Reforms, policies, and family structure, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, Gender and Population in the Middle East, policies in Context*, American University Press in Cairo, Cairo.
7. BEHAR C., 1997, La Turquie : Une transition démographique presque achevée, in CHASTELAND J.C. ET CHESNAIS J.C., Eds., *La Population du Monde - Enjeux et Problèmes*, INED-PUF, Paris, p. 331-343.
8. BEHAR C., COURBAGE Y. ET GURSOY A., 1999, Economic Growth or Survival? The Problematic Case of Child Mortality in Turkey, *European Journal of population*, n° 3.
9. BOUKHAÏMA S., 1997, Recomposition du système de santé, in *La Syrie de l'après guerre froide : permanence et changements*, Maghreb-Machrek, n° spécial 158, p. 38-46.
10. BULUT A., GOKCAY G., NEYZI O. and SHORTER F., 1991, Perinatal, Neonatal and under-5 mortality in Istanbul based on representative samples of burial records, in: *Seminar on Measurement of Maternal and Child Mortality*, Population Council, Cairo.
11. CALDWELL J., 1979, Education as a factor of mortality decline : an examination of Nigerian data, *Population Studies*, Vol. 33, n° 3, p. 395-413.
12. COURBAGE Y. et FARGUES P., 1992, *Chrétiens et juifs dans l'islam arabe et turc*, Payot, Paris, 346 p.
13. COURBAGE Y., 1997, L'Indonésie : Une transition presque achevée dans le plus grand pays d'islam, in CHASTELAND J.C. et CHESNAIS J.C., *La population du monde -Enjeux et problèmes*, INED-PUF, Paris, 630 p.
14. DELANEY C., 1995, *The seed and the soil*, University of Carolina Press.
15. DORSAY A., 1989, *Sinemamiz'in umut yıllari* (Les années d'espoir de notre cinéma), Istanbul, ed. Inkilap.
16. DUBEN A. and BEHAR C., 1991, *Istanbul households - Marriage, family and fertility - 1880-1940*, Cambridge University Press, Cambridge.
17. GOKALP A., 1994, Mariage de parents : entre l'échange généralisé et le mariage parallèle - le cas de la Turquie, in BONTE P., Ed., *Épouser au plus proche : Inceste, prohibitions et stratégies matrimoniales autour de la Méditerranée*, Éditions de l'EHESS, Paris, p. 439-453.
18. GUÇHAN G., 1992, *Toplumsal Degisme ve Türk Sinemasi* (Le changement social et le cinéma turc), Ankara, ed. Imge.
19. GURSOY A., 1992, Infant mortality : a Turkish puzzle ?, *Health Transition Review*, 2/2, p. 131-149.
20. GURSOY A., 1996, Abortion in Turkey : A matter of State, family, or individual decision, *Social Sciences Medical Review*, Vol. 42, n° 4.
21. HILL K. and UPCHURCH D., 1995, Gender differences in child health : Evidence from the demographic and health surveys, *Population and Development Review*, Vol. 21, n° 1, p. 127-152.

22. KAGITCIBASI C., 1982, *The changing value of children in Turkey*, East-West Population Institute, Honolulu.
23. MINISTRY OF HEALTH AND HACETTEPE UNIVERSITY INSTITUTE OF POPULATION STUDIES, 1994, *Demographic and Health Survey - Turkey- 1993*, Ankara.
24. NICOLAS M., 1972, *Croyances et pratiques populaires turques concernant les naissances*, Paris, Publications Orientalistes de France.
25. ÖRNEK S.V., 1971, *Anadolu Folklorunda Ölüm* (La mort dans le folklore de l'Anatolie), Ankara, Ankara Üniversitesi.
26. ÖRNEK S.V., 1977, *Türk Halkbilimi*, (L'ethnographie de la Turquie), Ankara.
27. ÖRNEK S.V., 1979, *Geleneksel Kültürümüzde Çocuk* (L'enfant dans notre culture traditionnelle), Ankara, Is Bankası Yayınları.
28. PAPCHILD/BUREAU CENTRAL DES STATISTIQUES, 1995, *Mas'h al -jounhouriat al `arabiya es sou-riya haoula sohhat al um oua al toufl, Al takrir al raissi*, (Enquête de la République Arabe Syrienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant - Rapport Principal), Damas/Le Caire.
29. SCOGNAMILLO G., 1988, *Türk Sinema Tarihi* (Histoire du cinéma turc), Istanbul, ed. Metis.
30. SCRIMSHAW S., 1978, Infant mortality and behavior in the regulation of family size, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 3, p. 383-403.
31. SENER S., 1993, *Türk Tiyatrosunda Çocuk* (L'enfant dans le théâtre turc), in *Toplumsal Tarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayınları, p. 92-101.
32. SENIOR N., 1856, *A Journal kept in Turkey and Greece*, London.
33. SHORTER F.C. et MACURA M., 1982, *Trends in fertility and mortality in Turkey, 1935-1975*, National Academy Press.
34. TAN M., 1993, *Çocukluk : Dün ve Bugün* (L'enfance hier et aujourd'hui), in *Toplumsal Tarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayınları, p. 11-31.
35. TANSUG S., 1993, *Anadolu'da Çocuk Giyimi* (Les vêtements d'enfant en Anatolie), in *Toplumsal Tarihte Çocuk* (L'enfant dans l'histoire sociale), Istanbul, Tarih Vakfi Yurt Yayınları, p. 127-132.
36. TUNCBILEK E. and ULUSOY M., 1988, The relationship between infant mortality and consanguinous marriages, in *Infant mortality in Turkey : basic factors*, Ankara, 1988.
37. UNALAN T., 1993, Sex preferences in Turkey, *Turkish Journal of Population Studies*, Vol. 15, p. 23-32.



# 7. Baisse de la mortalité des enfants, risques économiques et comportements sanitaires acquis à Bamako (Mali)

Julie Lebègue<sup>1</sup>

*Sur l'ensemble du continent africain, les progrès de la baisse de la mortalité des enfants sont incontestables depuis trente ans et se poursuivent à un rythme régulier. Dans un pays comme le Mali, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité infantile ont respectivement diminué d'un quart entre 1981 et 1995. Si la transition de la natalité est encore balbutiante au Mali, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) qui se maintient à un des niveaux les plus élevés en Afrique (6,7 enfants par femme) et une forte fécondité précoce, la transition de la mortalité semble bien amorcée. Certains facteurs sont révélateurs des modifications des comportements de la population (augmentation des accouchements assistés, amélioration de la couverture vaccinale). La ville africaine est souvent présentée comme un espace privilégié pour la survie des enfants, tant par la quantité des infrastructures sanitaires disponibles que par l'instruction plus élevée de la population.*

*Néanmoins, le rythme de la croissance démographique du Mali, et de la population urbaine en particulier, a conduit à l'éclosion de nombreux quartiers dits spontanés à la périphérie des villes. Cette éclosion ne s'est pas accompagnée d'une expansion suffisante des services de santé et a entraîné une promiscuité croissante et une insalubrité quasigénéralisée. La crise économique a encore aggravé les conditions de vie de ces populations périurbaines et a engendré un accroissement des inégalités au sein même des villes. Cette paupérisation des ménages et les mutations du système familial pourraient remettre en cause l'accès de cette frange de la population aux services sociaux de la ville.*

*Une étude cas-témoin menée dans un quartier spontané de Bamako nous a permis de mettre en évidence les inégalités des risques de mortalité infantile selon le profil socio-économique et les comportements sanitaires des ménages. Au-delà des facteurs économiques, les facteurs comportementaux, de la mère en particulier, sont également déterminants. La position de la femme au sein de son ménage et de la société est une variable fondamentale de la mortalité des enfants. Elle détermine le pouvoir de décision des femmes dans le recours aux soins de leurs enfants, et par là, les chances de survie des enfants.*

*La baisse de la mortalité observée en milieu urbain au Mali est donc tant la conséquence de l'adaptation des ménages à la crise économique que la résultante d'une modification des comportements des populations urbaines. Le phénomène de la déscolarisation observée au Mali est à ce titre inquiétant. Dans une dizaine d'années, les filles aujourd'hui en âge d'être scolarisées seront mères. Si les difficultés économiques persistent, les comportements maternels surdétermineront les probabilités de survie des enfants. A défaut de comportements sanitaires adéquats, et de pouvoir de décision des femmes adapté, le rythme de baisse de la mortalité des enfants pourrait se tarir.*

1. CEPED.

Depuis plusieurs décennies, la mortalité des enfants, bien que demeurant à des taux très élevés dans certaines régions du monde (en Afrique sub-saharienne en particulier) a connu un mouvement de baisse qui s'est étendu à tous les pays en développement. Malgré les déclarations alarmistes de certains organismes internationaux [34], aucune étude n'a démontré à ce jour l'impact que pourrait avoir la crise économique qui ébranle actuellement le continent africain, sur la mortalité infantile [6], ce qui ne signifie nullement que celle-ci demeure sans effet. La crise pourrait avoir en termes d'acquis sociaux des effets plus dramatiques dans certains quartiers urbains, surpeuplés et sous-équipés, que dans les zones rurales.

En effet, bien qu'encore largement rurale, l'Afrique connaît depuis les années cinquante une phase d'urbanisation très rapide, avec un rythme de croissance annuel moyen proche de 5% [31]. Si la population de l'Afrique a triplé entre 1950 et 1990, le nombre de citadins a été multiplié par 8, passant de 20 à 155 millions. Les estimations pour le troisième millénaire évoquent 260 millions de citadins en l'an 2000, soit 37,9% de la population totale, et 620 millions en 2020, soit un Africain sur deux.

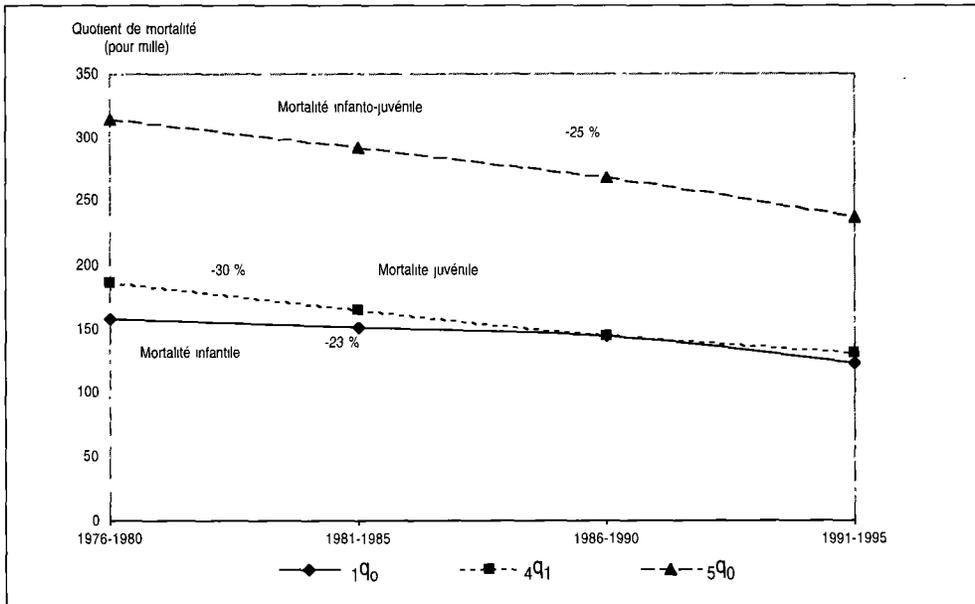
Contrairement aux villes européennes émergentes du XIX<sup>e</sup> siècle, la ville africaine semble présenter pour ses habitants un avantage en matière de santé, et en particulier en matière de santé infantile [26]. Cette sous-mortalité urbaine est souvent expliquée par l'accès à un système de santé important et moderne [10], par des programmes de santé publique plus faciles à appliquer en zone urbaine qu'en zone rurale, par une meilleure salubrité et par un approvisionnement alimentaire facilité par un réseau de communications plus développé. Néanmoins, le rythme de la croissance démographique urbaine a conduit à l'éclosion de nombreux quartiers dits « spontanés » à la périphérie des villes. Cette éclosion ne s'est pas accompagnée d'une expansion suffisante des services sanitaires et a entraîné une promiscuité croissante et une insalubrité quasi-généralisée. Les conditions de vie des ménages dans ces quartiers sont souvent plus précaires que dans les villages [8] et mènent à un accroissement des inégalités au sein même des villes. La ville ne serait donc plus toujours synonyme de progrès pour le migrant nouvellement installé dans un quartier périphérique, l'affaiblissement des réseaux familiaux ne permettant plus de compenser un difficile accès aux services urbains.

Ce chapitre s'attache à l'étude des facteurs de la mortalité des enfants en milieu urbain précaire, avec une attention particulière portée aux facteurs économiques et comportementaux.

## Évolution de la mortalité des enfants : une transition démographique amorcée

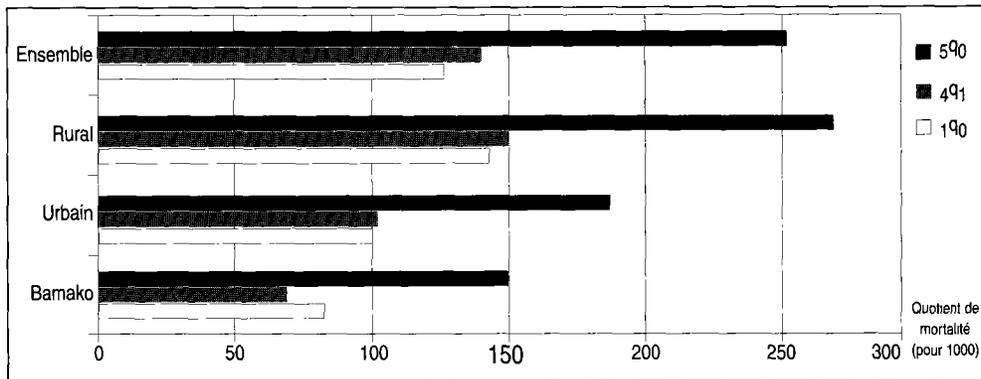
Emboîtant le pas aux autres pays africains, le Mali est aujourd'hui à un tournant de sa transition démographique, avec un ISF qui demeure élevé (6,7 enfants par femme) et une mortalité infantile et juvénile en baisse. Bien que les niveaux de mortalité infanto-juvénile ( ${}_5q_0$ ) et infantile ( ${}_1q_0$ ) restent importants au Mali (de l'ordre de 230% et 120%), parmi les plus élevés du monde, ils ont respectivement diminué de 30% et 23% entre 1976 et 1995. La baisse de la mortalité est lente mais suit un rythme régulier depuis des décennies (Fig. 1).

Figure 1 : Évolution de la mortalité des enfants, 1976-95



Les disparités entre le milieu urbain et le milieu rural restent fortes, au bénéfice du premier [26]. La ville demeure un espace privilégié pour la survie des enfants (Fig. 2). A Bamako, le niveau de la mortalité infantile est ainsi de 30% inférieur au niveau national (84‰ contre 123‰ pour l'ensemble du pays).

Figure 2 : Avantage urbain en matière de mortalité des enfants



Cet avantage bamakois en matière de mortalité des enfants est lié à la concentration des structures sanitaires et à la bonne couverture vaccinale de la capitale. Là, 80% des naissances ont lieu dans un centre de santé (contre 30% pour l'ensemble du Mali), 89% des femmes enceintes ont suivi des consultations prénatales (contre 46% de l'ensemble des femmes). L'application du programme élargi de vaccination (PEV) mis en place au Mali en décembre 1986<sup>2</sup>, est particulièrement sensible à Bamako [18].

2. Après un démarrage progressif, la couverture totale du pays, en termes de présence d'équipes de vaccination, a été atteinte en 1988 (soit 46 cercles et 6 communes de Bamako).

En 1995, plus d'un enfant bamakois (âgé de moins de 2 ans) sur deux bénéficie d'une couverture vaccinale complète<sup>3</sup> (contre 31% des enfants sur l'ensemble du Mali).

Néanmoins, le rythme de la croissance démographique du pays (plus de 3% par an sur la période 1985-95, soit un des rythmes de croissance de la population les plus élevés du monde), et de la population urbaine<sup>4</sup> en particulier, a conduit à l'éclosion de nombreux quartiers dits spontanés à la périphérie des villes, qui n'a pas été suivie d'une mise en place de services sanitaires adéquats [26]. Les conditions de vie des migrants ruraux installés dans ces quartiers sont précaires. Quels comportements sanitaires adoptent-ils ? La ville joue-t-elle encore un rôle protecteur en matière de santé et de mortalité des enfants ? Quels sont les facteurs associés à la survie infantile qui peuvent être fragilisés par la crise économique ?

## Lieu et méthode de l'étude

### Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans un quartier de Bamako, Bankoni, situé à cinq kilomètres environ du centre-ville. Le choix du quartier de Bankoni s'est imposé à différents égards : le quartier est essentiellement peuplé de migrants ruraux et conserve un caractère villageois, tout en bénéficiant des atouts de la ville (écoles, centre de santé). Plus de 90% des individus interrogés ont passé leur enfance en dehors de Bamako. La structure par âge de la population révèle une jeunesse caractéristique du pays, les moins de 25 ans représentant, en 1990, 66% de la population [13].

Bankoni a connu l'accroissement démographique le plus important de la capitale depuis ces vingt dernières années, avec une augmentation annuelle de sa population de l'ordre de 6% entre 1976 et 1987<sup>5</sup> (Tab. 1).

**Tableau 1 : Évolution spatiale et accroissement du quartier de Bankoni**

Année	1965	1976	1987	1995
Superficie (en ha)	30	255	280	—
Population	1537	26630	47891	77295

Sources : [14, 16].

En 1995, si l'on applique un taux d'accroissement de 5%, la population de Bankoni est estimée à près de 80 000 habitants [16]. La population de Bankoni représente 10% de la population du District de Bamako et 54% de la population de la commune I<sup>6</sup>.

3. Un enfant est complètement vacciné, s'il a reçu les immunisations suivantes : BCG (tuberculose), 3 doses de Polio (poliomyélite), 3 doses de DTCoq (diphtérie, tétanos, coqueluche) et ROR (rougeole, oreillons, rubéole).

4. La population de la capitale Bamako, est passée de 660 000 habitants en 1987 à plus d'un million en 1998 (taux d'accroissement annuel de 4%).

5. Ces dates marquent les deux derniers recensements effectués au Mali, dont les données sont disponibles. Le dernier recensement effectué date d'avril 1998 ; les données sont actuellement en cours d'analyse [16]. Il semble que la croissance de la commune I du District de Bamako soit en légère diminution sur la période 1987-98 (4,3% par an), au profit des communes V (5%) et surtout VI (9%).

6. Le District de Bamako constitue la huitième région du Mali (sur huit). Il est divisé en 6 communes.

Le quartier est très étendu, révélant des conditions de vie très différentes selon la localisation de l'habitat.

Depuis 1989, la population du quartier bénéficie des services d'un centre de santé communautaire (Association de Santé Communautaire de Bankoni). Cette expérience de santé communautaire novatrice s'est depuis propagée à l'ensemble des quartiers périphériques [2].

La caractéristique la plus intéressante de Bankoni reste l'hétérogénéité de sa population, tant d'un point de vue ethnique qu'économique. Plus de trente ethnies différentes ont été recensées lors de notre enquête en 1995, reflétant la diversité des migrants présents à Bamako.

Bankoni est un quartier qui répond aisément à la qualification de « populaire » quant à la qualité de l'habitat rencontré (majoritairement en banco, mélange de terre et de paille, ou en banco-ciment), à la quantité des infrastructures (un centre de santé communautaire, quatre écoles fondamentales, un centre d'état civil et deux marchés), à la disponibilité des services et aux activités exercées par la population (activités du secteur informel, liées à l'artisanat et au commerce). Le revenu moyen mensuel des ménages du quartier était estimé en 1990 à environ 40 000 CFA<sup>7</sup> [13], ce qui représente un salaire très faible pour la capitale. Or, au-delà d'une pauvreté apparente généralisée, celle-ci ne frappe pas tous les ménages de Bankoni avec la même intensité. Les différences de niveau de vie observées pourraient être des facteurs de risques relatifs de la mortalité infantile.

## Paupérisation de la ville, paupérisation dans la ville

En termes d'indicateurs macro-économiques, le Mali est souvent cité comme l'un des pays les plus pauvres du monde. Sur la décennie quatre-vingt, le produit national brut (PNB) par habitant a diminué de près de 20% (passant de 240 dollars à 200 dollars). Malgré une légère amélioration du PNB durant la décennie quatre-vingt-dix (estimé en 1995 à 250 dollars par habitant), celui-ci reste très inférieur à la moyenne des pays ouest-africains (400 dollars par habitants) [5]. En 1989, 72% des Maliens vivaient sous le seuil de pauvreté (estimé à 137 000 CFA par an et par personne) [15]. Les sécheresses des années 1973 et 1983-84, les conséquences sociales des programmes d'ajustements structurels (PAS) mis en place depuis 1982, la faiblesse des investissements et la croissance de la population expliquent ces mauvais résultats économiques. Les ressources intérieures du pays sont soumises à une pression démographique croissante, du fait de la baisse de la mortalité, d'un niveau de fécondité élevé et des difficultés d'émigration dans certains pays d'accueil.

La pauvreté urbaine est souvent sous-estimée dans les pays africains, les auteurs s'appuyant sur des comparaisons entre urbains et ruraux en terme de revenu [7 et 12]. S'il est vrai qu'en termes monétaires, les urbains ont un pouvoir d'achat supérieur à celui des ruraux, c'est un effet de structure des échanges, avant tout monétaires dans les villes, et non un effet de richesse. De fait, la pauvreté urbaine présente des caractéristiques très différentes de la pauvreté rurale. En termes d'indicateurs démographiques, la ville présente des caractéristiques souvent évoquées comme signe de « modernité », avec un âge médian au mariage plus tardif et une descen-

<sup>7</sup> Depuis la dévaluation du CFA de janvier 1994, 100 CFA = 1 FF.

dance plus limitée. Pourtant, les caractéristiques démographiques d'un quartier tel que Bankoni sont plus proches de celles observées en milieu rural que de celles observées en milieu urbain : ainsi l'âge médian au mariage des femmes interrogées est de 15 ans et la descendance moyenne atteinte par les femmes de 40-49 ans de 8,6 enfants (contre 6,6 enfants pour Bamako et 7,8 pour le milieu rural) [11].

L'écart de niveau de vie entre les villes et les campagnes se resserre, voire se renverse<sup>8</sup> [23]. Cette diminution de l'avantage urbain s'est accompagnée d'une baisse du pouvoir d'achat des ménages urbains et d'une mobilité sociale amoindrie. Dans les années quatre-vingt-dix, 20% des ménages bamakois ont connu une mobilité sociale descendante (appauvrissement), particulièrement marquée chez les jeunes générations (25-34 ans) [28].

Un profil de pauvreté [27] a été élaboré à Bankoni, tenant compte de l'habitat, des biens possédés et de l'approvisionnement en eau (40% des ménages de notre échantillon sont pauvres, 40% sont intermédiaires et 20% sont supérieurs).

La ville africaine est au cœur de la crise économique et révèle de façon tangible les contradictions des sociétés. Malgré un niveau d'infrastructures (en termes d'emploi, d'éducation, de santé) relativement plus développé qu'en milieu rural, ce niveau ne répond aujourd'hui plus à la demande qui émane des flux des migrants venus s'installer en ville. En Afrique, comme dans d'autres régions du monde, la décennie quatre-vingt a été marquée par l'aggravation des inégalités sociales et par l'apparition de nouvelles formes de pauvreté [19].

## Méthode

La méthode adoptée est une méthode empruntée à l'épidémiologie, qui est encore peu utilisée en démographie [24], une étude cas-témoin. Ce type d'enquête s'appuie sur la comparaison de deux groupes d'individus, appariés selon des critères identiques, mais qui ont connu des issues différentes concernant le phénomène étudié. Les individus ayant subi l'événement étudié, ici le décès infantile (à moins d'un an), représentent les *cas* et sont comparés à des individus n'ayant pas subi l'événement, appelés *témoins* (i.e. les enfants toujours vivants à leur premier anniversaire). Afin d'éviter les biais de sélection inhérents à cette méthodologie, les individus soumis à la méthode cas-témoin ont été identifiés grâce à une enquête de cohorte. Cette combinaison d'une enquête par sondage suivie d'une étude cas-témoin présente différents avantages : le suivi de cohorte permet l'identification des individus et fournit des informations sur la morbidité et la mortalité, l'étude cas-témoin permet d'obtenir des informations complémentaires sur les processus causaux en œuvre ; les individus soumis à l'étude sont sélectionnés à partir d'un échantillon représentatif de la population ; enfin, sur le plan financier, cette association permet de minimiser les coûts, en affectant les mêmes moyens logistiques aux deux opérations. L'étude cas-témoins ne permet pas une estimation directe des taux de mortalité, mais le risque relatif, traditionnellement calculé dans les enquêtes longitudinales, peut ici être apprécié par le risque relatif approché ou *odds ratio* (RRA ou OR)<sup>9</sup>.

8. Des cas d'inversion ont notamment été soulignés en Tanzanie [30] et en Ouganda [23].

9. Soient  $n_1$  cas et  $n_2$  témoins, avec respectivement  $a$  et  $b$  individus exposés au facteur de risque étudié, et  $c$  et  $d$  individus non exposés, le risque relatif sera estimé par la formule :  $RRA = (a/b) / (c/d) = ad/bc$ . On estime que lorsque la fréquence de l'événement étudié est inférieure à 10%, l'hypothèse de quasi-égalité entre le risque relatif approché (RRA) et le risque relatif (RR) est satisfaite [20].

Un suivi par cohorte de 5 873 femmes enceintes a été mené dans le quartier de Bankoni entre 1989 et 1993<sup>10</sup>, afin de mesurer la mortalité maternelle et infantile. Cette dernière a été estimée à 56‰ naissances vivantes [25]. L'enquête s'est déroulée en trois phases: une phase de « recrutement » des femmes enceintes, une phase de visite post-natale, qui avait lieu deux mois environ après l'accouchement présumé, et une phase de visite anniversaire, qui survenait au premier anniversaire de l'enfant suivi. Au terme de la visite anniversaire, sur 4 575 naissances vivantes, 233 décès infantiles ont été recensés. Sur ces 233 décès, nous avons pu identifier et retrouver 178 ménages, qui constituent nos cas, auxquels ont été associés 189 témoins (soit 1,06 témoins par cas). Les critères d'appariement retenus ont été l'âge de l'enfant et le secteur d'habitation.

Deux types de questionnaires ont été administrés au sein des ménages : un questionnaire portant sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques du chef de ménage (dont l'analyse est présentée ici), et un questionnaire sur l'histoire génésique des mères des enfants suivis. L'étude a porté au total sur 725 individus (366 chefs de ménage et 359 femmes).

## Facteurs économiques de la mortalité infantile

Au terme de l'analyse univariée, les facteurs économiques liés à la mortalité infantile sont le statut socio-économique, la promiscuité, la dépense quotidienne en condiments<sup>11</sup>, la fréquence d'achat de céréales et l'activité féminine (Tab. 2).

Au terme de l'analyse multivariée, les facteurs économiques sont le statut socio-économique, la dépense en condiments, la promiscuité et l'activité féminine (Tab. 3).

## Concentration des décès infantiles dans les ménages les plus pauvres

La concentration des décès infantiles est un facteur de fragilité pour les enfants. A Bankoni, un enfant né dans une famille qui a connu plus de deux décès infantiles a une probabilité de décéder avant l'âge d'un an 1,3 fois supérieures à celle d'un enfant né dans une famille où un seul décès infantile s'est produit (Tab. 2).

Le risque de décéder avant l'âge d'un an passe de 85‰ à 46‰ selon le statut socio-économique du ménage. Les ménages les plus pauvres sont les ménages où le nombre de décès infantiles est le plus élevé, à nombre d'enfants nés vivants égal (2,1 enfants décédés dans les ménage à statut socio-économique inférieur contre 1,8 dans les ménages les plus aisés). Mais la différence n'est visible qu'entre les statuts les plus défavorisés et les plus favorisés : le nombre moyen d'enfants décédés est supérieur dans les ménages les plus aisés par rapport aux ménages de catégorie écono-

10. Cette enquête a été menée par l'équipe de recherche en Sciences Sociales de l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) de Bamako. Nous remercions les Docteurs Hubert Balique, Jean-François Étaré et Belco Kodio de nous avoir donné accès aux données.

11. La dépense quotidienne en condiments (*nasango* en bambara) est la somme d'argent donnée par le chef de ménage à l'épouse qui est en charge de la préparation des repas (marché et cuisine), pour l'achat des condiments nécessaires à la confection de la sauce qui agrmente le plat unique (mil ou riz). Par extension, les condiments désignent tout ce que la femme pourra acheter pour compléter le repas (fruits, lait...).

mique « moyenne » (1,8 contre 1,7). Ce résultat s'explique en termes de comportement de recours aux soins différenciés et par la taille des ménages, plus élevée chez les ménages les plus favorisés.

**Tableau 2 : Facteurs économiques liés à la mortalité infantile (analyse univariée, N=366)**

Facteurs		Risques relatifs	Intervalle de confiance à 95%	P
Mère	<b>Classe d'âge</b> Moins de 20 ans	6,2	2,1-3,5	0,177
	<b>État matrimonial</b>			
	Divorcée	2,9	1,9-3,8	0,208
	Veuve	1,7	1,1-3,4	0,548
	Célibataire	2,1	1,5-2,8	0,131
	<b>Enfance</b> Village	1,3	1,1-2,8	0,286
	<b>Niveau d'instruction</b> Moins de trois années d'études	1,3	1,1-4,1	0,730
	<b>Nombre d'enfants décédés</b> Deux et plus	1,3	1,1-1,6	0,001
<b>Activité</b> Exerce une activité	1,5	1,1-2,3	0,399	
<b>Polygamie</b>	1,6	1,1-2,9	0,556	
Chef de ménage	<b>Classe d'âge</b> Moins de 30 ans	1,8	1,5-2,1	0,363
	<b>Instruction</b> Non instruit	1,5	1,2-2,1	0,181
	<b>Niveau d'instruction</b> Moins de 3 années	3,1	2,6-3,5	0,258
Variables habitat	<b>Statut socio-économique</b> Inférieur	1,1	1,1-2,1	0,837
	<b>Promiscuité</b> Moins de deux pièces par ménage	3,96	2,8-4,6	0,182
Variables économiques	<b>Dépense en condiments</b> Moins de 50 CFA par jour et par tête	1,5	1,1-2,2	0,225
	<b>Fréquence d'achat des céréales</b> Quotidienne	1,9	1,2-2,5	0,421

## La promiscuité, facteur de mortalité

La taille moyenne des ménages est élevée à Bankoni (10,8 individus par ménage, dont en moyenne 6,1 enfants et 4,7 adultes). Ce phénomène se retrouve dans de nombreuses villes africaines (Abidjan, Dakar), mais les ressources économiques plus élevées ne se conjuguent pas avec une diminution de la taille des ménages. Un cinquième des ménages enquêtés est composé de 15 personnes au moins (de 15 à

30 personnes). Les grands ménages sont avantagés en termes de ressources économiques et de capacité de mobilisation de revenus. Les enfants, et particulièrement les filles, de ces ménages ont une probabilité plus importante de fréquenter l'école, liée à la possibilité de répartir les activités et les tâches ménagères entre les membres du ménage [29]. En termes de santé, la morbidité est plus élevée dans les grands ménages, du fait de la promiscuité des enfants, et le risque de mortalité augmente avec la taille des ménages (Tab. 2).

Plusieurs facteurs expliquent ce résultat : la promiscuité physique des enfants favorise la propagation des germes infectieux et augmente la charge virale d'un enfant à l'autre [1]. A Bankoni, 42% des ménages enquêtés sont dirigés par un homme polygame. Les grands ménages sont généralement polygamiques : la proportion des ménages dont le chef est polygame passe de 6% pour un ménage de moins de 5 individus à 23% pour un ménage de 5 à 9 individus, à 58% pour un ménage de 10 à 14 individus et à 79% pour un ménage de 20 personnes au moins. La scolarisation des femmes est liée à la polygamie (à âge égal, la probabilité d'avoir été scolarisée est plus faible chez les épouses de polygames que chez les épouses de monogames, de 36% à 45%).

**Tableau 3 : Facteurs économiques liés à la mortalité à Bankoni (analyse multivariée)**

Variables indépendantes		Coefficient $\beta$	Écart type	R <sup>2</sup> partiel
Mère	Age	0,2257**	0,0821	0,0202
	Instruction	0,1060*	0,2465	0,1155
	Niveau d'instruction	0,1316*	0,1022	0,0140
	Polygamie	0,1894**	0,0491	0,1342
	Activité	0,1889**	0,0524	0,1245
Chef de ménage	Age	0,0871**	0,0567	0,0607
	Rang dans la fratrie	0,1627*	0,0770	0,0664
Habitat	Statut socio-économique	0,0558*	0,1669	0,738
	Promiscuité	0,0250**	0,0269	0,351
Variables économiques	Condiments	0,0006**	0,0159	0,038

\* : Significatif au seuil de 10% ; \*\* : Significatif au seuil de 5%.

## La capacité de mobilisation du revenu

L'estimation du revenu monétaire dans une population où plus de 80% des activités économiques s'exercent dans le secteur informel est soumise à une grande incertitude, du fait de l'extrême variabilité des revenus pour un même individu et des biais de déclaration. Sachant que 80 à 85% des dépenses sont consacrées à l'alimentation [13], nous nous sommes attachés au recueil des données concernant les dépenses alimentaires principales (céréales, condiments). La fréquence d'achat des céréales traduit la capacité de mobilisation du revenu et la dépense quotidienne en condiments le revenu quotidien disponible (Tab. 2). La dépense quotidienne en condiments est une bonne estimation du revenu du ménage : elle ne souffre pas des biais de sous-déclaration habituellement observés pour les revenus (un chef de ménage n'avouera que difficilement qu'il ne peut pas subvenir aux besoins essentiels de son ménage). Elle

peut être sujette à un biais de sur-déclaration, mais ce biais est ici corrigé par un croisement de l'information auprès des épouses des chefs de ménage<sup>12</sup>.

## Le rôle de la position sociale de la femme

Au-delà de l'avantage urbain lié à la disponibilité des services (de santé, de scolarisation), il apparaît que la position sociale de la femme joue un rôle majeur dans la survie de l'enfant.

### Appréhender la position sociale de la femme

La position sociale des femmes est un élément déterminant des comportements démographiques et de la survie infantile, et ce peut-être d'autant plus que les conditions économiques sont précaires.

D'après le modèle établi par A.M. Basu en Inde [7], la position sociale des femmes peut se mesurer à l'aune des trois critères : l'exposition des femmes au monde extérieur (scolarisation), l'interaction avec le monde extérieur (exercice d'une activité économique, participation sociale) et le niveau d'autonomie (type de ménage, taille du ménage, polygamie, statut de la femme dans le ménage, âge de la femme).

### L'interaction avec le monde extérieur : une activité féminine de pauvreté

Le risque de décès de l'enfant est lié à l'activité de la mère (Tab. 4). Ce résultat trouve son explication dans la distribution de l'activité professionnelle selon l'âge de la femme et son état matrimonial (Fig. 3).

**Tableau 4 : Activité économique de la femme et statut cas-témoin de l'enfant**

Caractéristiques		Cas n	Témoins n'	Ensemble N	n/N	Risques relatifs	IC à 95%	P
Exercice d'une activité	Oui	97	87	184	52,7	1,5**	1,2-2,3	0,399
	Non*	68	93	161	42,2	1,0	-	-
Type d'activité	Commerce alimentaire	61	49	110	55,4	1,2	0,5-2,1	0,588
	Commerce tissus	5	5	10	50,0	1,0	-	-
	Commerce charbon	6	13	19	31,5	0,8	0,3-2,5	0,547
	Artisanat	15	4	20	75,0	2,0**	1,3-2,6	0,413
	Petit métier	2	6	8	25,0	1,0	0,2-3,5	0,612

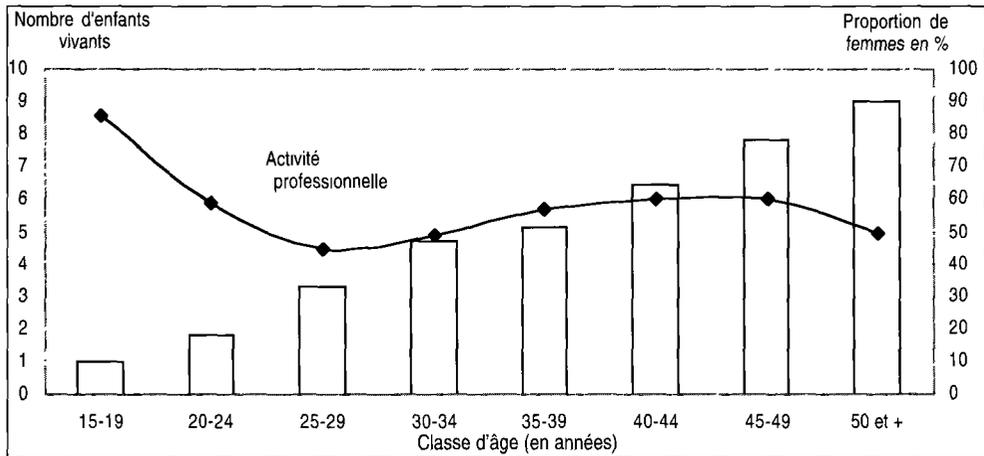
\* : groupe de référence ; \*\* : significatif au seuil de 5%.

A Bankoni, près de 90% de très jeunes femmes (de moins de 19 ans) exercent une activité professionnelle (contre 40% des femmes de 25-29 ans) avant de se marier. Après 35 ans, l'activité féminine redevient plus importante (60% des femmes de 40-

12. La dépense quotidienne en condiments déclarée par les femmes (moyenne à 145 CFA, médiane à 125 CFA) est supérieure à celle déclarée par les hommes (moyenne à 120 CFA, médiane à 110 CFA), traduisant la participation économique des femmes aux dépenses alimentaires de base.

44 ans), les femmes ayant alors élevé leurs enfants et acquis à ce titre une reconnaissance sociale au sein de leur ménage. L'activité féminine est une activité de pauvreté, stimulée par la précarité économique.

**Figure 3 : Exercice d'une activité professionnelle selon le cycle de la vie des femmes et le nombre d'enfants vivants**



Plus les femmes sont instruites, plus elles appartiennent à des ménages aisés, et moins elles travaillent. Ainsi, la dépense moyenne par tête et par jour en condiments du ménage varie de 115 CFA à 142 CFA selon le niveau d'instruction des femmes. Si 59% des femmes instruites exercent une activité professionnelle (contre 49% des femmes non instruites), ce niveau d'activité varie en fonction du niveau d'instruction. 70% des femmes ayant fréquenté l'école moins de 3 ans exercent une activité (à équivalence avec les femmes ayant suivi un enseignement coranique), contre 47% des femmes ayant fréquenté l'école de 3 à 4 ans et 53% des femmes ayant fréquenté l'école au moins 6 ans. L'activité des femmes à l'extérieur de leur ménage n'est donc pas une activité d'émancipation, mais une activité de pauvreté. Les activités exercées par les femmes sont des activités peu rémunératrices, ne nécessitant pas un niveau élevé de qualification (66% des femmes exercent une activité de petit commerce, alimentaire ou non, et 33% une activité artisanale, les 1% restant exerçant un emploi salarié).

Le type d'activité exercée par les femmes traduit un niveau de vie du ménage différent : le risque de décès infantile est lié à l'activité exercée (Tab. 4). Les enfants dont les mères exercent une activité artisanale ont un risque relatif de décéder de 2,0 contre 1,2 pour les enfants dont les mères exercent une activité de commerce alimentaire et 0,8 pour les enfants dont les mères exercent une activité de commerce de charbon. Les enfants les moins à risque de décéder sont ceux dont les mères exercent une activité de vente de tissus, le commerce de tissus étant tenu à Bamako, comme dans de nombreuses villes africaines, par un réseau économiquement puissant de femmes. La mortalité des enfants est liée à l'activité économique des femmes, non pour des motifs de comportement [11], mais pour des motifs économiques. L'autonomie financière des femmes reste limitée. En cas d'exercice d'une activité professionnelle, les revenus sont faibles (inférieurs à 20 000 CFA), trop faibles pour prendre seules en charges l'éducation des enfants. Mais une tendance semble se dessiner, vers la prise en charge des dépenses de santé des enfants par les femmes.

L'interaction avec le monde extérieur peut également se mesurer à travers l'appartenance associative. La participation à une association est faible (moins de 20% des femmes) et n'apparaît pas comme significative dans la survie des enfants. Le lieu de socialisation durant l'enfance (ville, village) n'est pas non plus une variable significative de la survie infantile. Les femmes élevées en ville n'adoptent pas de comportements sanitaires particuliers. L'instruction opère une distinction plus nette dans les comportements.

## Une autonomie décisive, dépendante de l'âge et du régime matrimonial

Dans le système matrimonial, la femme est sous l'autorité du mari. La femme ne peut être chef de ménage (sauf si le mari est emprisonné). D'un point de vue collectif, l'environnement socio-culturel des femmes est fonction de la religion (l'islam est majoritaire au Mali), du type de régime (régime patriarcal) et de la politique gouvernementale. En dehors de l'autorité du mari, la position sociale des femmes est fonction de leur âge, de leur état matrimonial et de la structure des ménages.

Les jeunes femmes sont généralement sous l'autorité des femmes plus âgées (que ce soit leur belle-mère, leur mère ou leurs co-épouses). L'âge de la femme intervient dans la survie des enfants à travers la position sociale de la mère, mais également à travers des variables de comportement (manque d'expérience des femmes plus jeunes, manque d'intégration dans le tissu urbain). Le risque de décès des enfants est lié à l'âge des femmes (Tab. 2 et 3).

L'appartenance à un ménage polygame est un facteur de la position sociale des femmes. En bambara, il existe deux termes distincts pour désigner une épouse de polygame : *galomuso* et *sinimuso*, l'un signifie « la femme préférée », l'autre « la femme moins aimée ». Selon le statut de la femme de *galomuso* ou de *sinimuso*, de première épouse ou de dernière épouse, l'attention portée aux enfants est différenciée, la femme formant avec ses enfants un *gwa* (foyer) à part entière. La polygamie en milieu urbain présente des difficultés particulières, liées au manque d'espace et aux difficultés d'accès à l'emploi. La taille du ménage est liée au type de ménage (polygame ou monogame) auquel appartient la femme. Le nombre moyen d'individus par ménage passe de 8 à 14 (médiane à 6 et 13) selon le type de ménage. La mortalité des enfants est liée à la polygamie (Tab. 2), ce qui s'explique à la fois par la promiscuité, l'âge de la femme et le niveau d'instruction plus faible observé chez les femmes de polygames.

## Scolarisation féminine : le privilège urbain

A la suite de J. Caldwell [9], nombre d'auteurs se sont attachés à démontrer le rôle de l'instruction des femmes dans la survie des enfants [3 et 22]. A Bankoni, les ménages les plus aisés sont ceux où le père et la mère sont instruits. Si l'on s'attache uniquement à la variable instruction de la mère, la relation avec la mortalité infantile n'est pas significative. En revanche, le niveau d'instruction exerce un effet sur la mortalité des enfants, *ceteris paribus*. Ce résultat montre qu'en deçà d'un certain niveau d'instruction (4 années d'instruction), l'instruction ne joue pas favorablement sur la mortalité des enfants. A niveau socio-économique très faible, l'instruction de la femme a un effet positif sur la survie des enfants.

Du point de vue de la scolarisation, la ville reste un atout. En 1991, le taux de scolarisation primaire était de 75% pour les garçons et de 59% pour les filles à Bamako, contre 33% et 21% pour l'ensemble du Mali. Cependant, il semble que le phénomène de déscolarisation observé au Mali à la fin des années quatre-vingt ait frappé plus durement les filles à Bamako que dans le reste du pays. Le taux de scolarisation des filles aurait baissé de 15 points entre 1977 et 1991, passant de 59% à 44% [29]. La paupérisation des ménages explique en partie ce phénomène, les ménages des quartiers non viabilisés, qui sont également les plus démunis, scolarisant moins leur filles que les ménages des quartiers centraux. D'autre part, les filles sont davantage sollicitées dans les tâches ménagères que les garçons et les ménages trouvent encore plus rentable d'envoyer les garçons (et particulièrement le fils aîné) à l'école, que de scolariser les filles.

Les disparités en matière d'infrastructures scolaires sont apparentes à Bamako. La scolarisation reste faible à Bankoni par rapport au reste de Bamako (trois écoles pour 80 000 habitants, dont plus de la moitié de moins de 15 ans), mais elle reste néanmoins plus élevée qu'en milieu rural. Les femmes interrogées lors de l'enquête cas-témoin avaient un profil urbain (54% des femmes ont grandi en milieu urbain, dont 20% à Bamako), 34% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont fréquenté l'école durant au moins une année (contre 27% des hommes). Cette différence s'explique à la fois par le profil plus urbain des femmes interrogées (plus de la moitié des femmes ont grandi en ville, alors que plus de 80% des hommes sont des ruraux) et par la différence d'âge entre les hommes et les femmes interrogés (11 ans). Une scolarisation globale plus élevée conduit à une diffusion des connaissances dans la population (via les médias, radio et télévision, et les contacts quotidiens avec des femmes instruites). Mais le niveau d'instruction reste faible à Bankoni : aucune femme n'a un niveau d'instruction secondaire (contre 6% des hommes) et 30% d'entre elles ont passé moins de 3 ans à l'école (contre 10% des hommes).

La mortalité infantile est davantage liée au niveau d'instruction atteint par les mères et par les pères (Tab. 2) qu'à la scolarisation elle-même. Bien que la survie des enfants soit liée au niveau d'instruction du père, cette relation disparaît au niveau multivarié, contrairement au niveau d'instruction de la mère (Tab. 3).

## Fragilité des comportements sanitaires acquis

Les comportements sanitaires des migrants évoluent et s'adaptent au contexte urbain [4]. Mais ces comportements acquis sont fragiles. En cas de morbidité infantile, le recours aux centres de santé est loin d'être systématique. La perception de la gravité est l'élément moteur du recours aux soins. Cette perception varie en fonction de la scolarisation, du contexte familial et personnel de la mère.

Certaines connaissances sanitaires sont acquises, mais la fragilité économique risque de les remettre en cause. Les consultations prénatales se généralisent à Bankoni (près de 80% des femmes de la cohorte ont consulté au moins une fois au cours de leur grossesse), mais une femme sur cinq ne consulte jamais durant sa grossesse.

En ce qui concerne les vaccinations, 77% des femmes déclarent avoir été vaccinées au moins une fois (vaccination anti-tétanique). Pour assurer une protection complète de

la mère et de l'enfant contre le tétanos, deux injections antitétaniques sont nécessaires pour une femme qui n'a jamais été vaccinée. Sur l'ensemble de la ville, les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé indiquent que 61% des femmes ont reçu deux injections antitétaniques, 24% des femmes une injection, et 14% des femmes n'ont jamais été vaccinées contre le tétanos (contre 32%, 19% et 48% sur l'ensemble du pays) [11]. Cependant, à Bankoni, en l'absence de carnet de vaccination, il est difficile de vérifier les informations fournies par les femmes. La lutte contre le tétanos néonatal constitue un des enjeux sanitaires des années à venir [32]. A Bamako, la mortalité néonatale a été estimée par P. Fargues et O. Nassour à 23‰ en 1985 [18] et à 46‰ par S. Coulibay *et al.* [11]. Le tétanos n'a qu'une faible part dans la mortalité infanto-juvénile (taux de mortalité par tétanos estimé à 0,1‰ sur la période de 1974-85, pour les deux sexes), mais explique près de 30% des décès durant le premier mois de vie (l'autre grande cause de décès néonatal est la prématurité).

La part des accouchements assistés est en augmentation. Entre 1987 et 1995, la part des accouchements assistés par le personnel médical<sup>13</sup> à Bamako est passée de 65% à 79%. A Bankoni, 78% des femmes suivies ont accouché de leur dernier enfant dans un centre de santé (dont la moitié au centre de santé du quartier, l'ASACOBBA), 6% ont accouché à l'hôpital (lors d'une grossesse pathologique ou suite à un début d'accouchement difficile). Plus de 10% des femmes ont accouché à domicile. Il faut souligner ici l'obligation d'accoucher dans un centre de santé maternelle et infantile (sous peine d'amende de 5 000 CFA). Cependant, en cas de grossesse à risque, les femmes n'ont pas encore suffisamment accès aux unités sanitaires spécialisées. La mortalité maternelle est encore très élevée, elle a été estimée dans le quartier, en 1995, à 354 décès pour 100 000 accouchements [17]. Ce chiffre est beaucoup trop élevé au vu des moyens disponibles à Bamako. Les grossesses à risque sont mal détectées et peu suivies, l'évacuation sur les hôpitaux est souvent trop tardive. L'image de l'hôpital souffre d'une mauvaise réputation parmi les femmes [21], elles n'envisagent encore d'y recourir qu'en dernière instance.

La relative sous-mortalité urbaine s'explique davantage par les vaccinations que par des comportements sanitaires adéquats. Pourtant, en terme de fécondité, on observe une volonté des femmes à réduire leur fécondité, invoquant les conditions de vie difficiles en milieu urbain (dissolution d'unions, difficultés économiques, scolarisation des enfants, chômage). Les femmes de Bankoni ne pratiquent pas la contraception, que celle-ci soit moderne (moins de 5% des femmes) ou traditionnelle (2% des femmes), mais le nombre moyen d'enfants souhaités se situe à quatre. L'intervalle intergénéral moyen souhaité par les femmes interrogées (ayant toutes déjà vécu une grossesse) est de 37 mois (avec des valeurs comprises entre 12 et 120 mois).

Les femmes de chefs de ménage<sup>14</sup> sont révélatrices des changements opérés dans la société malienne. Si le phénomène des ménages dirigés par des femmes n'est pas nouveau en tant que tel [33], la façon de le vivre montre un changement social.

L'état matrimonial des mères chefs de ménage est un facteur de la survie des enfants (Tab. 2). Mais si l'issue est la même (décès infantile), les facteurs diffèrent

13. La catégorie personnel médical comprend les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les matrones (qui exercent à l'hôpital ou dans un centre de santé).

14. Une femme est comptabilisée comme chef de ménage lorsqu'elle prend en charge toutes les dépenses afférentes à son foyer, constitué par ses enfants et elle-même. L'autonomie résidentielle n'est pas systématique, mais l'autonomie d'autorité sur les enfants l'est.

selon l'état matrimonial de la femme. L'âge est la variable la plus explicative du décès des enfants de femmes célibataires. En revanche, le statut socio-économique particulièrement défavorisé des ménages dirigés par des femmes veuves explique les décès infantiles survenus dans ces ménages.

Malgré leur plus grande précarité économique (70% d'entre elles appartiennent à un ménage dont le statut socio-économique est inférieur, contre 40% des hommes chefs de ménage), les femmes chefs de ménage portent une attention soutenue à leurs enfants, qui ont un risque de décès plus faible. Le profil des femmes chefs de ménage est varié, mais on peut distinguer deux types de solitudes dans l'exercice de la position de chef de ménage : une solitude subie, qui est celle des femmes âgées (âge moyen : 42 ans), veuves (54% des femmes chefs de ménage) et une solitude choisie, qui est celle de femmes plus jeunes (âge moyen : 25 ans), divorcée (13% des femmes chefs de ménage) ou célibataires (33% des femmes chefs de ménage). Ces femmes seules avec des enfants ont un comportement sanitaire différent. A niveau socio-économique égal, leurs enfants ont un risque de décéder supérieur (Tab. 2), mais non significatif. Les femmes chefs de ménage déclarent davantage la morbidité des enfants (47% des femmes déclarent un épisode morbide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 36% des hommes chefs de ménage), soulevant deux hypothèses : soit les enfants des ménages dirigés par des femmes présentent une morbidité plus importante, soit la déclaration des femmes est meilleure. La première hypothèse est difficile à vérifier, la seconde en revanche semble se confirmer par l'étude différentielle des déclarations par les hommes et les femmes des épisodes morbides survenus dans le ménage.

\*

\* \*

Les facteurs économiques sont des déterminants fondamentaux de la survie infantile, et particulièrement le statut de l'habitat, la capacité de mobilisation du revenu et le revenu quotidien disponible, mesurables par l'approvisionnement quotidien alimentaire. Dans un contexte économique précaire, la position sociale des femmes paraît pouvoir compenser, en terme de santé infantile, la pauvreté. L'accès à l'instruction des femmes est à ce titre fondamental.

La transition de la mortalité semble amorcée au Mali grâce aux progrès de l'amélioration de l'alimentation et à une couverture vaccinale améliorée. Mais les décès infantiles restent fréquents (quotients supérieurs à 120‰) : pratiquement toutes les femmes rencontrées en milieu urbain précaire ont déjà connu au moins un décès d'enfant. Tant que les chances de survie des enfants ne seront pas améliorées, les désirs en matière de fécondité se heurteront à la nécessité de maintenir une descendance élevée.

Une part de plus en plus importante de la population est à la lisière de l'exclusion sociale et sanitaire, du fait de ressources économiques trop faibles pour permettre une participation sociale urbaine. Le processus d'intégration urbaine s'est allongé et, avec lui, le temps où existe un risque d'exclusion. Autrefois intégré dans un réseau familial, le migrant africain du XXI<sup>e</sup> siècle devra faire face à de nouveaux enjeux, définis avant tout par sa capacité d'intégration économique. Les effets de la paupérisation des ménages urbains sur la scolarisation ont été soulignés par certains auteurs [29 et 35]. La dégradation des conditions de vie pourrait également avoir des conséquences sur la santé et la mortalité des enfants dans les quartiers les

plus désavantagés. Le danger d'une société urbaine duale plane sur les villes africaines, qui n'ont pas mis en place des infrastructures sociales adéquates.

## Bibliographie

1. AABY P., 1988, Malnutrition and overcrowding - intensive exposure in severe measles infection : review of community studies, *Review of Infectious Diseases*, Vol. 10, n° 2, p. 478-491.
2. AG IKHANE A., SANGHO H. et DIAWARA A., 1997, Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako, in BRUNET-JAILLY J., *Dir., Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, p. 153-166.
3. AKOTO E. et TABUTIN D., 1989, Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort, in PISON G., VAN DE WALLE É. et SALA DIAKANDA M., *Eds., Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier n° 124), Paris, p. 35-63.
4. BA A., 1994, Migration et état de santé des populations, in OUEDRAOGO D. et PICHÉ V., *Dir., L'insertion urbaine à Bamako (Mali)*, Ed. Karthala, Paris, p. 134-159.
5. BANQUE MONDIALE, 1997, *World Development Indicators*, Washington D.C., 340 p.
6. BARBIERI M. et VALLIN J., 1996, Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité, in COUSSY J. et VALLIN J., *Dir., Crise et population en Afrique*, CEPED, Études du CEPED, n° 15, Paris, p. 319-343.
7. BASU A.M., 1992, *Culture, status of women and demographic behaviour*, Clarendon, Press, Oxford, 181 p.
8. BROCKERHOFF M., 1993, Child survival in big cities : are the poor disadvantaged ?, *Population Council Research Division Working Papers*, n° 58, New-York.
9. CALDWELL J., 1979, Education as a factor in mortality decline : an examination of Nigeria data, *Population Studies*, Vol. 33, n° 3, p. 395-413.
10. CANTRELLE P., DIOP L., GARENNE M., GUEYE M. et SADIO A., 1986, The profile of mortality and its determinants in Sénégal, 1966-1980, *Population Studies*, n° 94, p. 86-116.
11. COULIBALY S., DICKO F. et TRAORE S., Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, DNSI/Macro International Inc., Bamako, Calverton, 375 p.
12. DIARRA T. et MARTELLA A., 1993, *Étude sur la pauvreté urbaine à Bamako*, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan/Banque mondiale, Bamako, 42 p + annexes.
13. DIARRA T., DIAKITE B.D., TRAORE S. et PAIRAULT C., 1990, *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni. Volume I : étude socio-économique et sanitaire*, Institut National de la Recherche en Santé Publique, Bamako, 151 p.
14. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1991, *Recensement général de la population et de l'habitat (1987). Tome II : Mouvement de la population*, Ministère de l'Économie, du Plan et de l'Intégration, Bamako, 153 p.
15. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1993, *Mali. Profil de la pauvreté*, Bamako, 44 p + annexes.
16. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE (DNSI), 1998, *Recensement général de la population et de l'habitat (avril 1998). Résultats provisoires*, Ministère de l'Économie, du Plan et de l'Intégration, Bamako, 59 p.
17. ÉTARD J.F., 1995, *Étude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako*, INRSP, UNICEF, Bamako, 32 p.

18. FARGUES P. et NASSOUR O., 1988, *Douze ans de mortalité urbaine au Sahel - Niveaux, tendances, saisons et causes de mortalité à Bamako 1975-85*, INED, PUF, (Travaux et Documents, cahier n° 123), Paris, 198 p.
19. FASSIN D., 1996, Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États-Unis et en Amérique latine, *Revue française de sociologie*, t.XXXVII, p. 37-75.
20. GRAY R., 1988, L'intérêt des méthodes de l'épidémiologie et des études cas-témoin pour la mesure de la mortalité et de la morbidité, in VALLIN J., D'SOUZA S. et PALLONI A., Eds., *Mesure et analyse de la mortalité - Nouvelles approches*, INED, PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 119), Paris, p. 63-83.
21. GRUENAI S. M.E., 1996, A quoi sert l'hôpital africain ?, *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 118-127.
22. HOB CRAFT J., 1985, The interplay of health and society : towards news surveys of mortality determinants, in CASTERLINE J., Ed., *Collection and analysis of community data, World Fertility Survey, International Statistical Institute, Voorburg, Netherlands*, p. 147-155.
23. JAMAL V. et WEEKS J., 1993, Le resserrement de l'écart entre villes et campagnes en Afrique au sud Sahara, *Revue internationale du travail*, Vol. 127, n° 3, p. 305-329.
24. KHLAT M., 1996, contribution de la méthode cas-témoin à l'évaluation des programmes de santé, in KHLAT M., Dir., *Évaluation démographique des programmes de santé*, CICRED/FNUA /Coopération française, *Actes du Séminaire Évaluation démographique des programmes de santé*, 26-28 février 1996, Paris, p. 111-112.
25. KODIO B. et ÉTARD J.F., 1997, *Évolution récente de la mortalité infantile à Bamako, Mali*, *Population*, vol. 52, n° 2, INED, Paris, p. 381-398.
26. LALOU R. et LEGRAND T., 1996, La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village, *Population*, 2, INED, Paris, p. 329-352.
27. LEBEGUE J., 1999 (à paraître), Pauvreté, exclusion sociale et mortalité des enfants. Le cas de Bamako (Mali), *Thèse de Doctorat de démographie Économique, Institut d'Études Politiques de Paris*, 677 p.
28. MARCOUX R. et PICHÉ V., 1996, Crise, pauvreté et nuptialité à Bamako (Mali), in GENDREAU, Dir., *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, ESTEM, Paris, p. 219-235.
29. MARCOUX R., 1998, Entre l'école et la calebasse. Sous-scolarisation des filles et mise au travail à Bamako, in LANGE M.F., Dir., *L'école et les filles en Afrique*, khartala, Paris, p. 73-95.
30. MTAIFILICO F., 1992, Population dynamics and socioeconomic development in tanzania, in TOURE M. et FADAYOMI T.O., Eds., *Migrations, Development and Urbanization Policies sub-saharan Africa*, CODESRIA, Dakar, p. 227-254.
31. NATIONS UNIES, 1994, *World population prospects : the 1994 revision*, Division de la population, New-York.
32. OMS, 1998, *Rapport sur la santé dans le monde en 1988 : la vie au XXI<sup>e</sup> siècle, une perspective pour tous : Rapport du directeur général*, Genève, 257 p.
33. PILON M., 1996, Les femmes chefs de ménage en Afrique : état des connaissances, in BISSILIAT J., Dir., *Femmes du Sud, chefs de famille*, Karthala, Paris, p. 235-256.
34. UNICEF, 1996, *La situation des enfants dans le monde*, 1996, New-York.
35. ZOUNGRANA C.M., TONKIDANG J., MARCOUX R. et JONATE M., 1998, La trajectoire scolaire des filles à Bamako. Un parcours semé d'embûches, in LANGE M.F., *L'école et les filles en Afrique*, Karthala, Paris, p. 167-196.



**PARTIE III**

**LE CONTEXTE  
DE LA TRANSITION  
DE LA FÉCONDITÉ**



# 8. Déterminants de la fécondité et contexte local au Maroc rural : une application des modèles multi-niveaux

Bruno Schoumaker<sup>1</sup>

*La nécessité d'intégrer les facteurs individuels et contextuels dans l'explication des phénomènes démographiques a été soulignée à de nombreuses reprises au cours des vingt dernières années. Récemment, les modèles multi-niveaux sont venus enrichir les outils disponibles pour ce type de recherches. Ils offrent des intérêts à la fois statistiques et substantifs, en permettant notamment des analyses exploratoires via les résidus contextuels.*

*L'analyse proposée ici concerne la fécondité au Maroc rural. Elle montre, à l'aide de modèles multi-niveaux, l'importance de quelques variables relatives au contexte local dans l'explication des différences de fécondité. Les résidus contextuels indiquent également une utilité possible des modèles multi-niveaux pour la sélection de contextes particuliers à étudier de manière intensive.*

*Bien que certains problèmes conceptuels et méthodologiques limitent l'interprétation des effets obtenus, ces résultats indiquent l'influence probable de la mortalité infanto-juvénile, de la structure par sexe de la communauté et de l'accès aux médias. À l'inverse, les services de planification familiale ne montrent pas de relation avec la fécondité individuelle. Des méthodologies et des données permettant des analyses multi-niveaux des changements de fécondité seraient cependant fortement souhaitables pour répondre à certaines lacunes des analyses présentées ici.*

V. Piché et J. Poirier [20] résumaient récemment les avis formulés par différents chercheurs sur l'impasse dans laquelle les démographes se trouvaient face à l'explication des déterminants de la fécondité. D'une manière générale, tous s'accordaient pour dire qu'une place trop importante avait été accordée jusqu'ici aux causes (et aux données) individuelles, négligeant l'environnement économique, social, culturel et politique plus ou moins immédiat.

L'approche institutionnelle préconisée par G. McNicoll [19] et l'économie politique de la fécondité de S. Greenhalgh [15] témoignent clairement de la volonté, depuis quelques années, d'aborder les déterminants de la fécondité dans une perspective « multi-niveaux », donnant un poids important aux institutions locales, nationales, voire internationales. Ces approches explicatives reconnaissent également la place de l'histoire dans l'explication des phénomènes démographiques. Elles utilisent notamment des méthodes anthropologiques et historiques.

1. Institut de démographie, UCL, Belgique.

Une autre voie qui s'est développée au cours des deux dernières décennies pour intégrer les déterminants de la fécondité à différents niveaux d'analyse est basée sur la prise en compte, dans les enquêtes démographiques classiques, de variables communautaires se rapportant à des entités concrètes telles des écoles ou des services de santé et à des aspects de l'organisation sociale, économique et administrative [21]. Récemment, les modèles multi-niveaux sont venus enrichir les outils statistiques susceptibles d'aider à mesurer l'importance de ces facteurs dans les différences et changements de fécondité. Leur utilité pour l'analyse des déterminants contextuels de la fécondité a été discutée par plusieurs auteurs (voir par exemple [6]).

Notre objectif est ici d'analyser les déterminants individuels et contextuels de la fécondité au Maroc rural dans cette seconde perspective, à l'aide de modèles multi-niveaux<sup>2</sup>. Il s'agit d'une part de dégager des variables individuelles et contextuelles importantes dans l'explication des différences de fécondité au Maroc rural et d'ouvrir des pistes pour des analyses plus approfondies.

## Évolution de la fécondité au Maroc

Le Maroc, à l'instar des autres pays du Maghreb, a connu une baisse importante de sa fécondité au cours des deux à trois dernières décennies [1]. A la fin des années soixante-dix, l'indice synthétique de fécondité était encore estimé à près de 6 enfants par femme au niveau national. Au recensement de 1994, la fécondité n'était plus que 3,3 enfants par femme, ce qui représente une baisse de près de 45% en une quinzaine d'années. Alors qu'en milieu urbain elle approchait les 2 enfants par femme au milieu des années quatre-vingt-dix, en milieu rural elle était encore autour de 5,5 enfants dans l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1992 (ENPS-II) et serait, selon l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS), d'environ 4,5 enfants par femme pour la période 1992-94.

La baisse de la fécondité s'est opérée à travers un important recul de l'âge au mariage et un accroissement sensible de la pratique contraceptive [13]. L'âge moyen au premier mariage des femmes est passé de 19,6 ans au début des années soixante-dix à plus de 26 ans au milieu des années quatre-vingt-dix. En milieu rural, au cours de la même période, il a augmenté de près de 6 ans, passant de 18,4 ans à plus de 24 ans. La prévalence contraceptive moderne, estimée à 21% pour l'ensemble du pays en 1984 serait supérieure à 42% au milieu des années quatre-vingt-dix. En milieu rural, elle est passée d'environ 14% en 1984 à 28% en 1992, pour atteindre près de 36% en 1995.

Si la baisse de la fécondité en milieu rural reste relativement modeste par rapport au milieu urbain, il n'en existe pas moins une grande diversité de la fécondité dans le monde rural, que ce soit entre groupes socio-économiques ou entre contextes géographiques. Par exemple, les femmes rurales instruites avaient, selon l'ENPS-II (1992), une fécondité de 3,2 enfants (ISF), contre 5,7 enfants pour les femmes n'ayant jamais été à l'école. Au niveau des contextes, le recensement de 1994 montre des ISF allant de 2,3 à 8,7 enfants par femme dans les communes rurales dans lesquelles se trouvent les grappes de sondage de l'ENPS-II.

---

2. Nous ne développerons pas ici les aspects statistiques des modèles (voir par exemple [8 et 17]).

**Tableau 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité, de l'âge moyen au premier mariage et de la prévalence contraceptive par milieu de résidence (1960-95)**

Source	ISF			Age moyen au premier mariage (2)			Prévalence contraceptive (méthodes modernes)		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
EOM (62)	7,8 (1)	6,9	7,2 (1)	—	—	—	—	—	—
RGPH (71)	—	—	—	20,3	18,4	19,6	—	—	—
ENFPF (80)	4,4	7,0	5,9	23,0	20,2	21,6	—	—	—
RGPH (82)	4,3	6,6	5,5	23,7	21,0	22,2	—	—	—
ENPC (83-84)	3,7	6,7	5,8	—	—	—	33,4	13,6	21,1
ENPS-I (87)	3,2	5,9	4,6	—	—	23,5	42,0	19,7	28,9
ENDPR (86-87)	2,8	6,0	4,5	25,4	21,5	23,4	—	—	—
ENPS-II (92)	2,5	5,5	4,0	—	—	24,9	45,8	27,7	35,5
RGPH (94)	2,6	4,3	3,3	26,9	24,2	25,8	—	—	—
ENF (95)	2,6	4,7	3,6	27,9	24,3	26,3	—	—	—
EPPS (95)	2,2	4,5	3,3	—	—	25,3	51,0	35,6	42,4

(1) : Estimations [10]. (2) : Calculés par la méthode de Hajnal.

Sources : EOM (92) : Enquête à Objectifs Multiples ; RGPH (71) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (1971) ; ENFPF (80) : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Planification familiale ; RGPH (82) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (1982) ; ENPC (83-84) : Enquête Nationale de Prévalence Contraceptive (1983-84) ; ENPS-I (87) : Enquête Nationale sur la Population et la Santé (1987) ; ENPDR (86-87) : Enquête Nationale Démographique à Passages répétés (1986-87) ; ENPS-II (92) : Enquête sur la Population et la Santé (1992) ; ENF (95) : Enquête Nationale sur la Famille (1995) ; EPPS (95) : Enquête de Panel sur la Population et la Santé (1995).

Ces exemples suggèrent l'importance des deux dimensions dans l'analyse des déterminants de la fécondité au Maroc rural : une dimension micro, dans laquelle les variables individuelles jouent le rôle important qu'on leur connaît, mais aussi une dimension macro, dans laquelle les caractéristiques du contexte local influencent les comportements en matière de fécondité. Il est en effet peu probable que les seules variables individuelles puissent rendre compte de cette hétérogénéité entre contextes.

## Sources des données et variables individuelles et contextuelles

Les données individuelles proviennent de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé de 1992 (ENPS-II). Cette enquête, réalisée dans le cadre du programme d'enquêtes de démographie et de santé (EDS), a touché 9 256 femmes de 15-49 ans [4]. Nous travaillons ici sur l'échantillon des femmes du milieu rural au moment de l'enquête (4 706 femmes), et nous nous restreignons à celles âgées de 25 à 39 ans (1 923 femmes). Elles constituent les unités d'observation au premier niveau. Le choix du groupe d'âge 25-39 ans est guidé par plusieurs considérations, notamment

celle de limiter les problèmes d'interprétation causés par le fait de « mélanger » des générations dont les histoires reproductives ont eu lieu à des périodes très différentes, tout en s'intéressant à des femmes ayant une fécondité suffisamment importante pour dégager des différences significatives entre contextes, et suffisamment récente pour être expliquée par des variables relatives au moment de l'enquête.

Les communautés sont les 74 grappes de sondage de l'enquête en milieu rural que nous avons retenues<sup>3</sup>. Ce choix est bien sûr influencé par le type de données disponibles, mais il représente également une échelle (le contexte local) à laquelle les structures d'opportunités matérielles et démographiques et les interactions sociales influencent les comportements en matière de fécondité.

Les données contextuelles sont issues de différentes sources. Le module « disponibilité des services » de l'ENPS-II fournit des informations sur la disponibilité de services de santé et de planification familiale, d'établissements scolaires, de services publics (poste, police, etc.), dont nous avons extrait plusieurs variables. Des données contextuelles ont également été obtenues par agrégation de données individuelles de l'ENPS-II. D'autres données sont extraites du recensement de 1982 et de l'inventaire des services de santé au Maroc en 1995 (Ministère de la santé publique)<sup>4</sup>.

Les variables individuelles et contextuelles retenues dans cette analyse sont reprises dans le tableau 2. La variable dépendante est le nombre d'enfants nés vivants de la femme. Les variables explicatives démographiques sont le groupe d'âge dans lequel se trouve la femme au moment de l'enquête et la durée de mariage. Les variables socio-économiques individuelles font notamment référence à l'instruction, au niveau de vie, au travail de la femme et au degré d'ouverture aux médias. Les variables communautaires concernent la mortalité infanto-juvénile, la structure par sexe, l'accès aux médias, la scolarisation moyenne, le mode de production et la présence de services sanitaires et de planification familiale.

La diversité des hypothèses théoriques relatives à ces variables est bien connue. En ce qui concerne l'instruction de la femme, elle peut influencer la fécondité par le retard de l'âge au mariage ou par « l'exposition à des valeurs qui ébranlent les normes traditionnelles et les relations familiales favorisant une fécondité élevée » [28 : 215]. Son impact peut également être indirect, en influençant le travail salarié, en réduisant la mortalité des enfants, etc. Nous utilisons ici une variable dichotomique qui distingue les femmes ayant été à l'école de celles n'y ayant jamais été.

Selon plusieurs auteurs, la fécondité élevée des pauvres serait un des éléments d'une stratégie de survie, visant à augmenter la main-d'œuvre disponible et à assurer une sécurité en cas de maladie et pour la vieillesse (voir [7 et 14] pour le Maroc ; [22]). Nous mesurons le niveau de vie matériel à l'aide d'un indicateur composite<sup>5</sup>.

3. Nous n'avons pu obtenir de données contextuelles complémentaires sur l'une des 75 grappes échantillonnées.

4. Les données du recensement et les données du Ministère de la santé font référence à des dates différentes de l'ENPS-II. Par ailleurs, les données de l'ENPS-II se rapportent à la grappe de sondage, alors que les autres sources ont comme limite la commune rurale (une grappe d'échantillonnage de l'enquête ENPS-II est plus petite qu'une commune rurale). Nous posons donc l'hypothèse que les données au niveau communal sont représentatives de la grappe, et d'autre part que les variables mesurées à d'autres périodes reflètent des différences entre contextes relativement stables dans le temps.

5. L'indicateur est construit comme une moyenne simple. Les neuf variables retenues dans l'indicateur sont le fait de posséder un vélo, une moto, une voiture, une radio, une TV, un réfrigérateur, le fait d'avoir électricité, le type de toilette et la source d'eau de boisson.

Nous prenons également une variable binaire indiquant si la source d'eau est située à plus de cinq minutes du logement, comme indicateur du bénéfice potentiel de la main-d'œuvre familiale [14].

**Tableau 2 : Variables individuelles et contextuelles**

Types	Variabes	Source	Période ou date	Moyenne (1)	Écart-type	Min	Max
Variable dépendante	Nombre d'enfants nés vivants (femmes de 25-39 ans)	ENPS	1992	3,93	2,81	0	14
Variables individuelles et ménage	Instruction	ENPS	1992	0,069	0,253	0,000	1
	Niveau de vie du ménage (2)	ENPS	1992	0,219	0,172	0,000	0,89
	Salariée	ENPS	1992	0,022	0,146	0,000	1
	Accès aux médias (radio ou TV)	ENPS	1992	0,712	0,453	0,000	1
	Lit le journal chaque semaine	ENPS	1992	0,032	0,177	0,000	1
	Approbation des messages de PF à la radio	ENPS	1992	0,883	0,322	0,000	1
	Temps à la source d'eau (plus de 5 minutes)	ENPS	1992	0,620	0,486	0,000	1
	Groupe d'âge 30-34 ans	ENPS	1992	0,345	0,476	0,000	1
	Groupe d'âge 35-39 ans	ENPS	1992	0,295	0,456	0,000	1
	Durée de mariage	ENPS	1992	11,60	6,77	0,000	27
Variables contextuelles	Quotient de mortalité infanto-juvénile (3)	ENPS	62-92	0,138	0,052	0,043	0,300
	Niveau de vie moyen (2)	ENPS	1992	0,223	0,120	0,039	0,502
	Indice moyen d'accès aux médias	ENPS	1992	0,728	0,213	0,093	0,985
	% d'enfants scolarisés (4)	ENPS	1992	0,451	0,254	0,010	0,883
	% de femmes scolarisées (4)	ENPS	1992	0,080	0,088	0,000	0,311
	% d'hommes parmi les 16-59 ans	ENPS	1992	0,458	0,060	0,240	0,562
	% de la population agricole	RGPH	1982	0,593	0,199	0,186	0,924
	Présence d'une pharmacie	MSP	1995	0,499	0,500	0,000	1
	% de la période avec formation sanitaire (5)	MSP	77-91	0,883	0,270	0,000	1
	Présences d'équipes mobiles	ENPS	1992	0,813	0,390	0,000	1

Notes : (1) : Les moyennes des variables contextuelles sont non-pondérées. (2) : Le niveau de vie est mesuré par un indicateur composite de possession de biens. (3) : Les quotients de mortalité infanto-juvénile ont été calculés sur les naissances de 1962 à 1986 dans chaque communauté. Les données des enquêtes ENPS-I (1987) et ENPS-II (1992) ont été regroupées pour le calcul des quotients. (4) : Les proportions d'enfants scolarisés sont calculées en rapportant le nombre d'enfants de 6 à 18 ans ayant été à l'école au nombre total d'enfants de 6 à 18 ans dans l'enquête ménage dans chaque communauté. Les proportions d'adultes scolarisés sont calculées de la même manière sur les individus de plus de 18 ans. (5) : Le % de la période avec une formation sanitaire est mesuré en rapportant le nombre d'années durant lesquelles le service était présent à la période de 15 ans.

Sources : ENPS : Enquête Nationale sur la Population et la Santé, 1992 ; MSP : Ministère de la Santé Publique, 1995 ; RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1982

Plusieurs études ont également montré que l'emploi des femmes favorise une plus faible fécondité [28], du fait de l'incompatibilité des rôles de mère et de travailleuse et du coût d'opportunité que représente la fécondité élevée. Cette variable représente par ailleurs aussi une dimension de l'émancipation [1] et du statut de la femme [18]. Nous prenons ici comme variable relative à l'emploi des femmes le fait d'être salariée.

L'accès aux médias (radio et télévision) est généralement considéré comme ayant un impact négatif sur la fécondité. Cette variable peut influencer la fécondité via la dif-

fusion d'informations relatives à la planification familiale [29], mais également par la diffusion de valeurs et modèles extérieurs à la société. Nous utilisons ici le fait de regarder la télévision ou d'écouter la radio au moins une fois par semaine. Comme indicateur d'ouverture au contrôle de la fécondité, nous utilisons également la variable « approbation de l'utilisation des médias dans la diffusion de messages sur la planification familiale ». Une troisième variable, le fait de lire les journaux au moins une fois par semaine, est également retenue dans les analyses.

Au niveau contextuel, les facteurs susceptibles d'influencer les comportements de fécondité sont également nombreux. Nous cherchons à tester plusieurs effets considérés comme potentiellement importants, sans toutefois pouvoir traiter certains d'entre eux par manque de données. Par exemple, comme Y. Courbage le souligne, « les émigrants sont des acteurs décisifs des changements sociaux, familiaux et démographiques du fait de leur influence économique sur leur communauté » [12 : 86], mais nous ne disposons pas des données pertinentes pour traiter une telle hypothèse.

L'influence de la mortalité sur la fécondité, via l'effet d'assurance, est l'un des effets contextuels possibles qui a été testé dans plusieurs travaux. L'idée à la base de cet effet est que le niveau de mortalité du contexte influence la perception que les individus ont des risques de mourir de leurs enfants. Une mortalité élevée favoriserait une « sur-assurance », afin qu'au moins quelques enfants survivent. La mortalité peut toutefois également influencer la fécondité au niveau micro, à travers l'effet de remplacement et le raccourcissement de l'aménorrhée post-partum. Etant donné que ces effets ne sont pas contrôlés au niveau micro, l'interprétation de la relation de cette variable avec la fécondité reste délicate dans nos modèles (compte tenu également des deux sens possibles de la causalité). La mortalité est mesurée ici par le quotient de mortalité infanto-juvénile pour les naissances des trente années précédant l'enquête au niveau de chaque communauté.

Une autre variable contextuelle ayant un impact possible sur la fécondité est la structure par sexe de la communauté. Une structure par sexe déséquilibrée peut influencer la fécondité via la nuptialité (retard de l'âge au mariage), dans la mesure où cette variable traduit un déséquilibre du marché matrimonial de la communauté. Elle peut également refléter des séparations temporaires des époux et une abstinence sexuelle plus longue, c'est-à-dire des effets individuels agrégés. Cette variable est mesurée par la proportion d'hommes parmi les individus de 16-59 ans dans la grappe de sondage.

L'influence de la proportion de femmes instruites dans la communauté sur la fécondité individuelle a été testée dans divers contextes [26], et plusieurs mécanismes ont été avancés pour interpréter cet effet de « débordement » [11]. L'instruction des femmes de la communauté favoriserait notamment la diffusion de normes relatives à la faible fécondité ou l'utilisation de la contraception [26]. Toutefois, « le niveau moyen d'instruction reflète probablement un ensemble diffus de facteurs sous-jacents » [9 : 901]. Une forte scolarisation des enfants modifierait les coûts et les bénéfices des enfants et favoriserait la diffusion d'idées occidentales [9 et 16]. Les variables sont mesurées par la proportion de femmes de plus de 18 ans ayant été à l'école et la proportion d'enfants de 6 à 18 ans ayant été à l'école.

L'accès moyen aux médias est calculé comme la proportion de femmes de la communauté qui écoutent la radio ou regardent la télévision au moins une fois par semaine. L'hypothèse à la base de cet effet contextuel est également que les messages

et idées véhiculés par les médias peuvent être transmis de manière indirecte, c'est-à-dire par l'intermédiaire de femmes de la communauté qui écoutent les médias.

La proportion de population agricole reflète le degré d'intégration de la communauté dans l'économie moderne et les opportunités d'emploi dans le secteur salarié. Elle est également un indicateur du besoin de main-d'œuvre agricole et de la demande d'enfants.

Enfin, des effets communautaires plus « concrets » concernent l'accessibilité des soins de santé et des méthodes contraceptives, l'hypothèse étant qu'une meilleure accessibilité favorise une fécondité plus faible. Cette hypothèse, malgré son caractère presque évident [5], a souvent posé des problèmes d'analyse, sur lesquels nous reviendrons. Nous retenons ici trois variables : la proportion de la période (1977-91) durant laquelle une formation sanitaire (hôpital, centre de santé ou dispensaire) était présente, la présence de pharmacies, et l'existence de structures mobiles (visites à domicile, équipes mobiles, etc.)<sup>6</sup>. Les deux premières variables sont extraites de la base de données du Ministère de la santé publique, la troisième provient du module communautaire de l'ENPS-II.

## Méthode d'analyse, problèmes conceptuels et démarche suivie

Outre les problèmes de qualité et de pertinence des données disponibles, les analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité sont soumises à des problèmes méthodologiques et d'interprétation [6, 9 et 23].

Au niveau de l'interprétation des relations, trois grands types de problèmes se posent (en plus des problèmes classiques de la régression) : les effets contextuels fallacieux et les effets d'auto-sélection et d'endogénéité. Brièvement, le premier fait référence au fait que des effets contextuels observés peuvent refléter de simples « effets de composition » si des variables individuelles importantes n'ont pas été contrôlées. Les deux autres problèmes traduisent le fait que la variable dépendante (par exemple la fécondité) peut « influencer » les caractéristiques du contexte dans lequel vit un individu : dans le premier cas, l'individu choisit son contexte en fonction de caractéristiques liées à la variable dépendante (sa fécondité), dans l'autre, les transformations du contexte (par exemple l'introduction de services de planification familiale) sont influencées par la variable dépendante (par exemple une fécondité élevée). Si dans le premier cas, le contrôle des variables individuelles pertinentes permet de « contourner » le problème, une approche dynamique est plus appropriée pour le second.

Un autre problème est lié au fait que les variables communautaires peuvent influencer la fécondité à travers plusieurs « chemins » [6] : l'offre d'enfants (variables intermédiaires telles que l'âge au mariage), la demande d'enfants (influences sur les coûts et bénéfices des enfants), ou encore les possibilités et coûts de la régulation de la fécondité (services de planification familiale). Les influences contextuelles sur la fécondité sont donc plus ou moins directes et peuvent avoir des effets opposés selon

6. Selon l'enquête ENPS-II, 52% des femmes en milieu rural s'approvisionnent en contraceptifs auprès des hôpitaux, centres de santé et dispensaires, environ 23% des équipes mobiles et des visites à domiciles, et 20% auprès des pharmacies (ce qui au total représente 95% des utilisatrices de la contraception moderne).

le « chemin ». Par ailleurs, « virtuellement toutes les variables contextuelles censées avoir un effet possible sur la fécondité [...] influencent la fécondité individuelle à travers des variables individuelles ou du ménage » [6 : 39]. La prise en compte simultanée des variables individuelles et communautaires dans un modèle statistique, sans distinguer leur statut (influence directe ou indirecte), risque d'aboutir à l'absence d'effet communautaire significatif. Une stratégie d'analyse possible repose sur l'interprétation séquentielle de modèles [16]<sup>7</sup>. Elle consiste à mesurer les relations des variables contextuelles avec la fécondité (d'abord une à une, ensuite simultanément), sans tenir compte de variables individuelles autres que l'âge. En comparant les coefficients de régression des variables contextuelles après la prise en compte des variables individuelles, on peut évaluer dans quelle mesure les variables contextuelles influencent la fécondité via des variables individuelles.

Un autre problème des analyses multi-niveaux concerne les méthodes d'analyse statistique. Dans les méthodes classiques de régression, le fait d'ignorer la corrélation des résidus à l'intérieur des contextes conduit le plus souvent à une sous-estimation des écarts-types des coefficients des variables explicatives, d'autant plus importante que ces variables ont une corrélation intra-contexte élevée (maximale pour les variables communautaires). Un intérêt des modèles multi-niveaux est de tenir compte de cette corrélation en introduisant dans l'équation un ou plusieurs termes d'erreur au niveau contextuel [8]. Outre cet intérêt statistique, les modèles multi-niveaux linéaires permettent de mesurer la variance résiduelle à chaque niveau d'analyse et de calculer la réduction de la variance contextuelle résultant de l'introduction de variables contextuelles ou individuelles [17]. Cela permet de mieux juger du poids des variables contextuelles dans l'explication des différences de fécondité et, dans une certaine mesure, de distinguer les effets contextuels et les effets de composition. Enfin, une autre propriété de ces modèles est de fournir des résidus au niveau contextuel, qui permettent de sélectionner des contextes particuliers pour des analyses plus approfondies. Malgré les limites des modèles multi-niveaux linéaires dans l'analyse de la fécondité (le caractère continu de la variable dépendante dans le modèle, une forte hétéroscédasticité des résidus, etc.), nous les utilisons ici car ils restent intéressants à plus d'un titre, l'extension du modèle linéaire « classique » à un modèle multi-niveaux étant relativement directe et les méthodes d'estimation fiables.

## Résultats

Les variables contextuelles sont d'abord testées une à une, en contrôlant l'âge avec deux variables dichotomiques. De cette première étape (Tab. 3, modèle 1), il ressort la forte significativité de la mortalité infanto-juvénile, de la proportion de femmes ayant accès aux médias, des deux variables liées à l'instruction moyenne de la communauté, de la proportion d'hommes dans la communauté, du niveau de vie de la communauté et de la proportion de population active dans l'agriculture. À l'inverse, trois variables ne sont pas significatives. Il s'agit de la présence d'une pharmacie, d'une formation sanitaire dans la communauté et de structures mobiles délivrant des services de planification familiale.

---

7. D'autres approches possibles consistent à travailler avec des modèles de cheminement ou des modèles d'équations structurales.

Dans une deuxième étape, les variables contextuelles sont introduites pas à pas dans un modèle, les plus significatives étant entrées en premier lieu (les variables non significatives enlevées du modèle sont testées à nouveau par la suite). Quatre variables contextuelles sont fortement significatives (Tab. 3, modèle 2), et rendent compte à elles seules de 60% de la variance résiduelle entre contextes : la mortalité infanto-juvénile, la proportion d'hommes dans la communauté, la proportion de femmes ayant accès aux médias et la scolarisation moyenne des enfants. Soulignons ici que lorsque la scolarisation des enfants n'est pas introduite, la scolarisation des femmes est également, mais plus légèrement, significative. Ces deux variables ne sont pas clairement dissociables dans l'interprétation, du fait de leur forte corrélation.

Les variables individuelles sont également introduites pas à pas. Elles altèrent assez peu les coefficients des variables contextuelles, à l'exception toutefois de la scolarisation moyenne des enfants qui devient non significative (Tab. 3, modèle 3). Quatre variables individuelles, en plus du groupe d'âge, sont significatives et ont le signe attendu : l'instruction de la femme, le fait de lire un journal toutes les semaines, le fait d'être salariée, et le fait d'habiter à plus de cinq minutes de la source d'eau. La scolarisation moyenne devient non significative après la prise en compte de la distance à la source d'eau. Ces deux variables, dans nos hypothèses, représentent une dimension des bénéfices du travail des enfants, et nous gardons la plus significative. Au total, la variance individuelle est réduite d'à peine 2%, et la variance contextuelle diminue également de 2%. Les différences observées entre contextes sont donc pour une grande part attribuables à des variables contextuelles.

L'introduction de la durée de mariage a un impact nettement plus important (Tab. 3, modèle 4). Au niveau individuel, seule la distance à la source d'eau reste significative. Ceci semble indiquer que l'instruction de la femme, le fait d'être salariée et le fait de lire un journal sont liés à la fécondité essentiellement à travers l'âge au mariage. A l'inverse, la distance à la source d'eau aurait une influence sur la fécondité maritale, ce qui est compatible avec l'hypothèse d'une relation entre cette variable et la demande d'enfants. Les trois variables contextuelles restent significatives, ce qui indique également un impact sur la fécondité maritale. Une partie de l'influence de la proportion d'hommes sur la fécondité est probablement liée à l'influence du marché matrimonial sur l'âge au mariage, mais l'effet résiduel est sans doute à mettre en relation avec l'abstinence liée à une absence du mari (un effet individuel « agrégé »).

Quant à la relation entre l'accès aux médias et la fécondité, elle est significative au niveau contextuel et reste significative lorsque son équivalent individuel est introduit, ce qui soutient l'hypothèse d'un effet de diffusion, en plus de l'impact « micro » des médias. Comme dans les autres modèles, l'accès aux services de planification familiale n'est pas significatif.

Dans le modèle 5 (Tab. 3), les variables explicatives sont prises en compte comme des interactions avec la durée de mariage, la constante est de valeur nulle, et la variabilité entre contextes est modélisée à travers un terme d'erreur contextuel pour le coefficient de la durée de mariage. Les mêmes variables restent significatives et une variabilité de l'effet de la durée de mariage persiste entre les différents contextes.

Plusieurs interactions entre variables individuelles et contextuelles ont été testées dans les modèles, mais les résultats se sont révélés non concluants, et nous ne les reprenons pas ici. Nous avons aussi testé la variabilité entre contextes des coefficients de régression de variables individuelles, mais aucune variance significative n'a été obtenue.

**Tableau 3 : Coefficients et écarts-types (entre parenthèse) des variables retenues dans les modèles**

Variables	Caractéristiques	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Constantes		2,348 (0,124)	-0,354 (0,724)	-0,867 (0,732)	-1,045 (0,592)	—
Variables individuelles et ménage	Instruction	-1,197 (0,223)	—	-0,752 (0,278)	—	—
	Niveau de vie du ménage	-0,571 (0,388)	—	—	—	—
	Salariée	-1,274 (0,374)	—	-0,947 (0,377)	—	—
	Accès aux médias (radio ou TV)	-0,340 (0,129)	—	—	-0,221 (0,103)	-0,0155 (0,0075)
	Lit le journal chaque semaine	-1,611 (0,314)	—	-0,708 (0,394)	—	—
	Approbation des messages de PF à la radio	-0,004 (0,177)	—	—	—	—
	Temps à la source d'eau (plus de 5 minutes)	0,401 (0,128)	—	0,306 (0,124)	0,220 (0,096)	0,0186 (0,0073)
	Groupe d'âge 30-34 ans	1,739 (0,130)	1,748 (0,129)	1,703 (0,128)	0,064 (0,109)	0,0651 (0,1031)
	Groupe d'âge 35-39 ans	3,379 (0,135)	3,374 (0,134)	3,323 (0,134)	0,314 (0,144)	0,3326 (0,1384)
	Durée du mariage	—	—	—	0,387 (0,020)	0,293 (0,053)
Durée du mariage au carré	—	—	—	-0,004 (0,001)	-0,004 (0,001)	
Variables contextuelles	Quotient de mortalité infanto-juvénile	7,056 (1,724)	6,858 (1,553)	7,207 (1,520)	3,443 (1,228)	0,2964 (0,1049)
	Niveau de vie moyen	-1,999 (0,858)	—	—	—	—
	Indice moyen d'accès aux médias	-1,427 (0,440)	-0,811 (0,387)	-0,811 (0,366)	-0,572 (0,312)	0,0652 (0,0265)
	% d'enfants scolarisés	-1,192 (0,377)	-0,869 (0,347)	—	—	—
	% de femmes scolarisées	-3,152 (1,203)	—	—	—	—
	% d'hommes parmi les 16-59 ans	3,416 (1,564)	5,941 (1,301)	5,967 (1,270)	2,438 (1,028)	0,2501 (0,0905)
	% de la population agricole	1,421 (0,487)	—	—	—	—
	Présence d'une pharmacie	-0,132 (0,200)	—	—	—	—
	% de la période avec formation sanitaire	0,033 (0,374)	—	—	—	—
	Présences d'équipes mobiles	0,196 (0,274)	—	—	—	—
Variance de niveau 1		5,514	5,506	5,392	3,191	3,046
Variance de niveau 2		0,507	0,202	0,198	0,145	0,00136

*Modèle 1 : Modèle avec âge et variables testées une à une ; les variables de cette colonne sont testées séparément dans un modèle comprenant également les variables dichotomiques pour l'âge. Les variances et coefficients de la constante et de l'âge font référence au modèle « quasi-vide », dans lequel aucune variable explicative autre que l'âge n'est prise en considération.*

*Modèle 2 : Modèle contextuel. Modèle 3 : Modèle individuel et contextuel. Modèle 4 : Modèle avec durée de mariage. Modèle 5 : Modèles d'interactions avec durée de mariage ; les variables reprises dans cette colonne sont les interactions avec la durée de mariage, à l'exception des variables dichotomiques pour les groupes d'âge. La variance de niveau 2 est la variance du coefficient de la durée de mariage et n'est pas comparable aux variances des autres modèles.*

En définitive, ces résultats montrent plusieurs choses. Premièrement, trois variables contextuelles semblent fortement associées à la fécondité individuelle, y compris après le contrôle de variables socio-économiques individuelles, de l'âge et de la durée de mariage : la mortalité infanto-juvénile, la proportion d'hommes dans la communauté et l'accès moyen aux médias. Des interprétations de ces variables au niveau contextuel sont possibles, mais pour deux d'entre elles, l'effet individuel n'a pas pu être contrôlé. Ainsi, la mortalité infanto-juvénile, au-delà de l'effet d'assurance, peut également avoir (et a certainement) un impact au niveau individuel (effet de remplacement et raccourcissement de l'aménorrhée). Par ailleurs, la relation observée dans nos modèles n'indique pas le sens de la causalité. L'importance de l'effet mérite toutefois d'être souligné. En ce qui concerne la proportion d'hommes, cette variable peut également opérer au niveau micro. Il semble toutefois qu'une partie de l'effet de cette variable soit à attribuer à un retard de l'âge au mariage, et donc se situe au niveau contextuel. C'est ce que l'analyse des résidus contextuels suggère également. Enfin, l'accès aux médias semble avoir un effet contextuel, en plus de l'effet individuel.

Les variables individuelles significatives sont relativement classiques. Les proportions de femmes instruites, qui lisent le journal ou qui ont un travail salarié sont toutefois faibles, et ces variables n'expliquent en fin de compte qu'une très faible part de la variance. Ces trois variables perdent aussi leur significativité avec le contrôle de la durée de mariage, ce qui suggère que leur impact sur la fécondité se fait essentiellement par l'intermédiaire de l'âge au mariage. A l'inverse, la distance à la source d'eau est significative, y compris après le contrôle de la durée de mariage, ce qui est compatible avec une interprétation (économique) en terme de demande d'enfants. L'accès aux médias, qui aurait plutôt une interprétation « culturelle », est également significatif après le contrôle de la durée de mariage.

**Tableau 4 : Quelques variables contextuelles pour 6 contextes sélectionnés selon la valeur des résidus contextuels à partir d'un modèle multi-niveaux, Maroc rural**

Rang du résidu	Nom de la commune	Nombre d'usines (1)	Scolarisation des filles (en %) (2)	Mortalité infanto-juvénile (en %) (2)	Habitat rural (en %) (3)	% Hommes (2)	AMPM* (1994) (3)	ISF (1994) (3)
1	Had Imaouen	0	3,6	116	89,8	27,4	27,0	3,8
2	Sebt Guerdane	1	25,6	85	3,4	47,4	24,0	3,0
3	Ain Harrouda	14	8,8	79	0,4	50,7	25,3	3,0
72	Arbaa Sebah Ziz	0	22,5	221	94,2	46,3	20,7	4,0
73	Sidi Boubker	0	1,5	152	73,5	53,7	20,5	6,2
74	Talembot	0	0,9	300	58,3	50,4	21,2	8,7

\* : âge moyen au premier mariage, calculé par la méthode de Hajnal. Sources : (1) Badoc (1982) ; (2) : ENPS-II (1992) ; (3) : RGPH (1994).

Enfin, élément important, les variables relatives à l'accessibilité des services de planification familiale ne sont pas significatives. Ceci a déjà été observé au Maroc tant pour la fécondité que pour l'utilisation de la contraception [5]. Le fait que le programme de planification familiale existe depuis de nombreuses années et que la variabilité d'accès ne soit pas aussi importante qu'aux débuts de l'existence du programme sont des éléments pouvant partiellement expliquer ces résultats [5].

Bien que les coefficients issus du modèle multi-niveaux offrent des éléments d'interprétation utiles, ces résultats ne sont pas très différents de ceux fournis par des approches classiques, à l'exception des écarts-types et de l'estimation des variances résiduelles par niveau. Un intérêt de ces modèles est toutefois de fournir des résidus au niveau contextuel qui méritent d'être observés pour au moins deux raisons. D'une part, le modèle repose sur l'hypothèse (nécessaire de vérifier) de normalité des résidus contextuels. D'autre part, ces résidus sont un outil exploratoire très intéressant. Dans l'exemple ci-dessous, nous avons calculé leurs valeurs après avoir contrôlé le groupe d'âge par deux variables dichotomiques, sans variable explicative. Nous avons sélectionné ici les trois contextes pour lesquels les résidus sont les plus importants et les trois contextes pour lesquels ils sont les plus faibles, et mesuré pour ces six contextes les valeurs de plusieurs variables.

Cet exemple montre l'intérêt qu'il y a à comparer, dans une approche exploratoire, les résidus contextuels et les variables susceptibles d'influencer la fécondité. On constate par exemple que Had Imaouen, dans l'Anti-Atlas, a le résidu le plus faible (ce qui correspond à la fécondité ajustée la plus faible). Il s'agit d'un contexte rural, très isolé, avec une faible scolarisation et une mortalité relativement élevée, c'est-à-dire un contexte où l'on s'attend a priori à trouver une fécondité élevée. On constate toutefois un déficit d'hommes très important, à peine un quart de la population de 15-59 ans étant de sexe masculin. Les données du recensement de 1994 indiquent un âge moyen au premier mariage des femmes nettement plus élevé que dans les autres contextes (27 ans, contre 24,2 ans pour l'ensemble du milieu rural), ce qui corrobore l'hypothèse d'un effet contextuel de la structure par sexe sur la fécondité à travers l'âge au mariage. Un autre contexte dont le résidu est faible (Ain Harrouda) est par contre caractérisé par un nombre important d'usines, accompagné d'un salariat masculin relativement important. La situation semble donc ici plus classique. On constate à l'inverse que Talembot, dans le Rif, a la fécondité la plus élevée selon les résidus contextuels, ce qui est en accord avec l'indice synthétique de fécondité mesuré au recensement de 1994 (8,7 enfants). Cette fécondité élevée s'accompagne de la mortalité la plus élevée parmi les 74 contextes (300‰), et d'une scolarisation très faible des filles. Ces quelques exemples soulignent l'importance de certaines variables contextuelles dans les différences de fécondité et permettent de compléter l'analyse basée sur les seuls coefficients de régression. Ils suggèrent aussi la diversité des influences contextuelles possibles sur la fécondité. De telles analyses des résidus pourraient être réalisées également après que les variables explicatives individuelles et contextuelles aient été contrôlées, ce qui permettrait de sélectionner les contextes pour lesquels les résidus ont des valeurs extrêmes, et de les analyser de manière plus intensive. Cet outil pourrait ainsi être une passerelle entre des analyses quantitatives à grande échelle et des recherches de terrain à caractère plus anthropologique, les modèles multi-niveaux servant ici de guide dans la sélection des contextes pour des analyses approfondies.

\*

\* \*

Nous avons montré qu'il existe une variabilité relativement importante de la fécondité entre contextes au Maroc rural, certaines communautés connaissant de faibles niveaux de fécondité, d'autres au contraire se situant à des niveaux très élevés. Nous avons cherché, à l'aide de modèles multi-niveaux, à expliquer cette hétérogénéité par des variables contextuelles et individuelles. Nos résultats indiquent que quelques variables contextuelles expliquent une part importante de la variance contextuelle, et une part de la variance résiduelle totale entre contextes plus élevée que les variables individuelles (à l'exception des variables démographiques).

La mortalité infanto-juvénile de la communauté est une variable fortement significative. L'interprétation de cette relation est limitée, compte tenu du fait que nous n'avons pas contrôlé l'effet au niveau micro, et que par ailleurs on ne peut en déduire le sens de la causalité. Cette observation confirme toutefois la relation généralement observée entre régions ou pays, et est en adéquation avec le schéma classique de la transition de la fécondité. Les médias semblent également importants dans l'explication des différences de fécondité, tant au niveau individuel que contextuel. Les autres variables individuelles significatives sont, elles aussi, en accord avec les déterminants classiques de la fécondité et les observations généralement faites au Maroc. Les résidus contextuels et, parallèlement, les modèles statistiques mettent par ailleurs en évidence l'influence du déséquilibre entre sexes au sein d'une communauté sur la fécondité, phénomène déjà relevé au Maroc [1]. Une meilleure prise en compte des caractéristiques du contexte local devrait toutefois passer par la collecte et l'intégration de données sur l'organisation sociale et économique des communautés. Il n'est pas sûr que de telles variables puissent être facilement utilisées dans des modèles statistiques, et, jusqu'à présent, peu d'enquêtes démographiques collectent des données de ce type. Les modèles statistiques multi-niveaux peuvent toutefois, s'il n'est pas possible d'y intégrer directement de telles variables, jouer le rôle de « guide » dans la sélection de communautés à analyser de manière approfondie, notamment à l'aide des résidus contextuels. C'est une complémentarité qui reste à explorer et exploiter.

Enfin, un autre élément mis en évidence ici est l'absence de relation entre les services de planification familiale et la fécondité. Bien que nous ne soyons pas le premier à avoir rencontré ce résultat, au Maroc [5] comme ailleurs [2], nous n'en concluons pas que la présence de ces services n'a aucun impact sur la fécondité. Les données et les méthodes utilisées appellent en effet à une certaine prudence. Une analyse multi-niveaux des changements de fécondité serait peut-être plus concluante, en permettant de se rapprocher d'un plan de recherche expérimental [27].

Plusieurs facteurs indiquent donc la nécessité d'aborder les analyses multi-niveaux dans une perspective dynamique. C'est le cas pour l'évaluation de l'effet des services de planification familiale, mais également pour distinguer de manière adéquate les différents effets de la mortalité (effets individuel ou contextuel et sens de la causalité). Les contraintes sont toutefois importantes, tant en ce qui concerne la disponibilité des données que l'existence de méthodes appropriées. Au niveau méthodologique, l'idée d'approches multi-niveaux des changements de fécondité est maintenant souvent évoquée [3 et 27], et l'analyse biographique multi-niveaux [25] semble la piste la plus prometteuse pour ce type de recherche. Le problème le

plus important risque de se poser au niveau des données, qui devraient idéalement consister en des données longitudinales sur les individus et les communautés dans lesquels ils vivent aux différents moments de leur existence. Inutile de souligner que l'on est aujourd'hui « loin du compte » dans ce domaine, même si des enquêtes de panel, comme cela a été fait au Maroc rural, ouvrent la voie à de nouvelles analyses.

## Bibliographie

1. AJBILOU A., 1997, Analyse de la variabilité spatiale et temporelle de la primo-nuptialité au Maghreb, *Thèse de doctorat*, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 257 p. + annexes.
2. ANGELES G., GUILKEY D. et MROZ T., 1997, Purposive Program Placement and the Estimation of Family Planning Program Effects in Tanzania, The Evaluation Project, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, 49 p.
3. AXINN W., BARBER J. et GHIMIRE D., 1997, The neighborhood History Calendar : A Data Collection Method Designed for Dynamic Multilevel Modelling, *Sociological Methodology*, Vol. 27, p. 355-392.
4. AZELMAT M., AYAD M. et HOUSNI E.A., 1993, Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II) 1992, Ministère de la Santé Publique, Services des Études et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Macro International INC., USA.
5. BERTRAND J., 1998, *The Dynamics of the Moroccan Family Planning Program*, Ministère de la Santé Publique / The Evaluation Project - Tulane University, Rabat / New Orleans, 66 p.
6. BILSBORROW R. et GUILKEY D., 1987, Community and Institutional Influence on Fertility : Analytical Issues, *World Employment Programme Research Working Paper*, n° 157, ILO, Geneva, 142 p.
7. BOURQUIA R., 1996, *Femmes et fécondité*, Afrique Orient, Casablanca, 135 p.
8. BRYK A. et RAUDENBUSH S., 1992, Hierarchical linear models : applications and data analysis methods, Sage, Newbury park, 265 p.
9. CASTERLINE J., 1987, The Collection and Analysis of Community Data, in CLELAND J. et SCOTT C., Eds., *The World Fertility Survey. An Assessment*, Oxford University Press, Oxford, p. 882-905.
10. CERED, 1986, *Analyses et tendances démographiques au Maroc*, CERED, Rabat, 214 p. + annexes.
11. COCHRANE S., 1979, *Fertility and Education. What Do We Really Know ?*, World Bank Staff Occasional Papers, n° 26, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 175 p.
12. COURBAGE Y., 1995, Fertility Transition in the Mashriq and the Maghrib, education, emigration and the diffusion of ideas, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, gender and population in the Middle East ; policies in Context*, American University Press in Cairo, Cairo, p. 80-104.
13. COURBAGE Y., 1996, Transition féconde en contexte peu propice. Le Maroc de 1962 à 1994, *Arab Regional Population Conference*, Vol. 3, Le Caire, p. 186-219.
14. GHEMIRE N., 1995, La femme rurale. Caractéristiques socio-démographiques, in BELARBI A., Ed., *Femmes rurales*, Collection approches, n° 7, Éditions Le Fennec, Casablanca, p. 45-60.
15. GREENHALGH S., Ed., 1995, *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge, 304 p.
16. HIRSCHMAN C. et GUEST P., 1990, Multilevel Models of Fertility Determination in Four Southeast Asian Countries : 1970 and 1980, *Demography*, Vol. 27, n° 3, p. 369-396.

17. KREFT I. et DE LEEUW J., 1998, *Introducing Multilevel Modelling*, Sage, London, 160 p.
18. MAKHLOUF OBERMEYER C., 1992, Islam, Women, and Politics : The Demography of Arab Countries, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 1, p. 33-60.
19. MCNICOLL G., 1994, Institutional analysis of fertility, *Population Council Research Division Working Paper*, n° 62, The Population Council, New York, 41 p.
20. PICHÉ V. et POIRIER J., 1995, Les approches institutionnelles de la fécondité, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Presses de l'Université de Montréal, AUPELF/UREF, Montréal, p. 117-137.
21. POTTER J., 1983, Effects of Societal and Community Institutions on Fertility, in BULATAO R. et LEE R., Eds., *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. 2, Academic Press, New York, p. 627-665.
22. SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. Connaissances, méthodologie et illustrations, *Document de Travail SPED*, n° 2, Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 32 p. + annexes.
23. SCHOUMAKER B., à paraître en 1999, Analyse multi-niveaux et explication de la fécondité dans les pays du Sud, in TABUTIN D. et al., Eds., *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Academia / L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, 29 p.
24. SMITH H., 1989, Integrating theory and research on the institutional determinants of fertility, *Demography*, Vol. 26, n° 2, p. 171-184.
25. STEELE F. et CHOE M., 1997, Event History Analysis for Family Planning Programme Evaluation, *Paper prepared for the IUSSP/EVALUATION Project Seminar on Methods for the Evaluation of Family Planning Program Impact, Costa Rica, 14-16 May 1997*, 28 p.
26. TIENDA M., 1984, Community Characteristics, Women's Education and Fertility in Peru, *Studies in Family Planning*, Vol. 15, n° 4, p. 162-169.
27. TSUI A., HERMALIN A., BERTRAND J., KNOWLES J., STOVER J. et STEWART K., 1993, Evaluating Family Planning Program Impact : Needed Initiatives on a Persisting Question, *Demography India*, Vol. 22, n° 2, p. 133-154.
28. UNITED NATIONS, 1987, *Fertility Behaviour in the Context of Development*, United Nations, New York, 383 p.
30. WESTOFF C. et RODRIGUEZ G., 1993, The Mass Media and Family Planning in Kenya, *DHS Working Paper*, n° 4, Macro International, Columbia, 32 p.



# 9. La transition de la fécondité en Iran islamique

Marie Ladier-Fouladi<sup>1</sup>

*Avec l'avènement de la République islamique en 1979, l'évolution de la fécondité en Iran a été l'objet de nombreuses études et commentaires. Ces derniers, fondés sur une interprétation restreinte de la transition démographique et des résultats des estimations du niveau de la fécondité par des méthodes indirectes et non similaires indiquant une hausse depuis la Révolution, faisaient état d'un retournement de la tendance de la fécondité en raison du retour de l'islam sur la scène politique et de la re-islamisation du code civil et des lois matrimoniales. Mais le redressement des registres d'état civil permettant d'estimer moyennant quelques hypothèses les taux de fécondité des femmes iraniennes d'une manière analogue pour la période 1966-95 a révélé une toute autre vérité. La fécondité étant de près de 8 enfants, en moyenne, par femme en 1966 baisse lentement jusqu'en 1979, pour ensuite se stabiliser pendant un court laps du temps (1979-85) autour de 6,8 enfants par femme avant de décliner d'une manière spectaculaire pour amener le nombre moyen d'enfants par femme à 3,1 en 1995. L'amorce de la transition de la fécondité sous la République islamique a bien mis en évidence que l'institutionnalisation des règles de la charia n'a pas influencé le comportement démographique de la population. Elle rejette aussi les thèses qui, en accordant une importance décisive aux lois et projets politiques, négligent la dynamique de la société. En effet, malgré les lois favorables au maintien des traditions, l'âge moyen au premier mariage des femmes n'a cessé d'augmenter. Alors que pendant près de dix ans, les campagnes de limitation des naissances étaient arrêtées, les femmes motivées s'avéraient, d'une année sur l'autre, plus nombreuses pour maîtriser leur fécondité. Ainsi, la planification familiale de la République islamique, contrairement à celle de l'ancien régime, a connu immédiatement de grands succès et, en accompagnant les femmes dans leur projet, a accéléré la tendance à la baisse de la fécondité. Le mouvement de la société iranienne vers la modernité s'inscrit dans le nouveau contexte socio-culturel issu de la Révolution à laquelle jeunes hommes et femmes ont massivement participé. Le progrès de la scolarisation des jeunes générations de femmes leur permet de réduire leur écart dans ce domaine avec les hommes et de déstabiliser ainsi l'ordre patriarcal, à l'origine de la forte fécondité. Le déclin important de la fécondité depuis ces dix dernières années, grâce à la modernisation du comportement reproductif des femmes, annonce de nouveaux changements qui contribuent indubitablement à la redéfinition du rôle des femmes dans la famille et dans la société.*

1. CNRS (Monde iranien), INED.

Avant la Révolution islamique, la forte fécondité en Iran ne suscitait pratiquement aucune polémique, parce que l'on tenait pour établi que la laïcisation des lois matrimoniales, les législations destinées à promouvoir la situation des femmes et enfin la mise en place de la planification familiale (1967) conduiraient à la baisse de la fécondité. Cette vision, qui néglige complètement la dynamique de la société en accordant un rôle décisif aux lois et aux mesures politiques dans les changements sociaux, constitua le fondement des commentaires sur l'évolution de la fécondité en Iran après l'avènement de la République islamique. Pour les observateurs, le retour de l'islam sur la scène politique était synonyme de retour aux traditions millénaires de la société mecquoise du VII<sup>e</sup> siècle, et de remise en cause de la politique de modernisation en cours depuis une quinzaine d'années. La re-islamisation des lois matrimoniales, l'arrêt des campagnes de limitation des naissances (même si l'usage des contraceptifs n'a jamais été interdit) et l'imposition du port du voile aux femmes par le gouvernement islamique leur en fournissaient les signes évidents. De surcroît, la comparaison du niveau de la fécondité estimé par des méthodes indirectes (faute des données appropriées), et non similaires, indiquant une baisse nette entre 1966 et 1976 et une hausse entre 1976 et 1986 servait d'appui à leurs arguments (voir en particulier [1]). Dès lors, toutes les analyses sur la situation démographique de l'Iran post-révolutionnaire sont marquées par cette idée centrale : l'application des lois de la *charia* a jugulé la transition démographique, supposée entamée dans les années soixante-dix, voire provoqué une hausse de la fécondité. Alors que depuis la seconde moitié des années quatre-vingt, la fécondité n'a cessé de décliner, malgré les lois et les législations défavorables, on a tenté de l'expliquer par la reprise de la politique dynamique de contrôle des naissances (1989) de la République islamique. Il nous revient donc d'observer tout d'abord ce qu'il en fut vraiment de cette évolution de la fécondité, avant de réviser ces jugements en analysant de manière approfondie l'effet réel des lois et des mesures politiques sur les déterminants de la baisse de la fécondité.

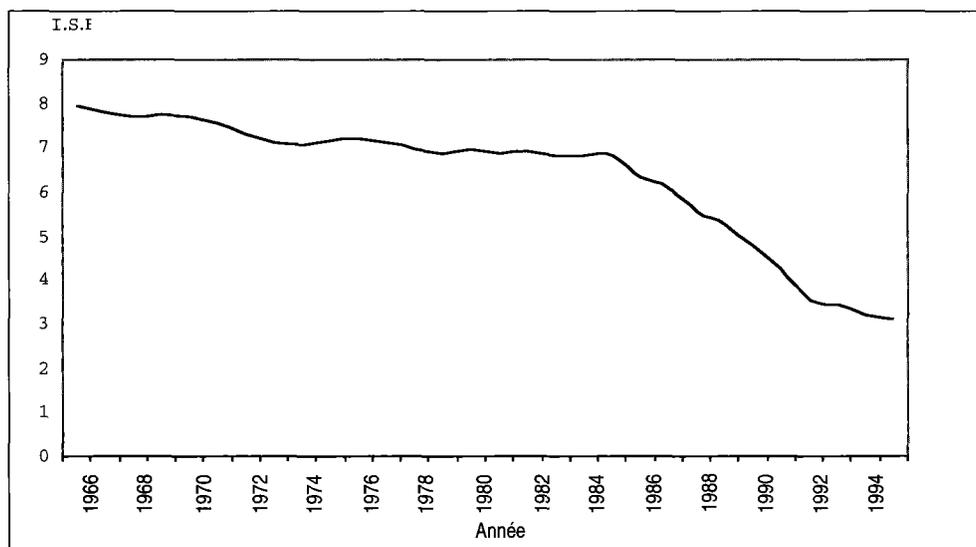
## Évolution de la fécondité entre 1966 et 1996

Les données incomplètes ont conduit, jusqu'à une date assez récente, à recourir aux diverses méthodes indirectes en fonction du type des statistiques disponibles pour chaque période, recensements ou enquêtes ponctuelles, afin d'estimer la fécondité des femmes iraniennes. Ainsi, par trois méthodes différentes d'estimation, on obtenait 7,7 enfants en moyenne par femme en 1966, 6,3 en 1976 et 7 en 1986<sup>2</sup>. Compte tenu des controverses que provoque la confrontation des résultats de ces estimations provenant de méthodes dissemblables et par souci d'évaluer le niveau de la fécondité d'une manière analogue, nous avons préféré nous servir des registres d'état civil afin de constituer, pour la première fois, une série continue et de suivre la tendance de la fécondité sur une durée plus longue. Dans la mesure où ces registres s'avéraient défectueux, nous les avons d'abord redressés avant d'estimer,

2. Pour 1966, plusieurs opérations, à partir des résultats du recensement de 1966, le réajustement de la population recensée, le rapport enfants/femmes et les coefficients de pondération des taux de fécondité par âge établis par les Nations Unies, ont servi pour évaluer les taux de fécondité. Tandis que pour 1976, ces derniers proviennent des résultats d'une enquête à passage répétée entre 1973 et 1976. Pour 1986, ils ont été estimés par la méthode de W. Brass, connue sous le nom de « rapport P/F » grâce aux statistiques disponibles dans les résultats du recensement de 1986 [2 et 13].

moyennant quelques hypothèses, les taux de fécondité<sup>3</sup>. Selon nos résultats (Fig. 1), la fécondité qui est à près de 8 enfants en moyenne par femme en 1966, tend à baisser lentement jusqu'en 1979 où elle se stabilise à un niveau encore élevé, 6,8 enfants. Après une courte période de stabilité (1979-85), le déclin réapparaît depuis 1986 mais cette fois, il est brutal. Entre 1986 et 1995, la fécondité a diminué de moitié, passant de 6,4 enfants en 1986 à 3,1 enfants en 1995. Nos estimations sont, par ailleurs, confirmées par les résultats de l'enquête sur la famille et la fécondité réalisée en 1996<sup>4</sup> dans la ville de Shiraz, la cinquième ville iranienne du point de vue de l'importance démographique, qui comptait à cette date près d'un million d'habitants. L'indice synthétique de fécondité (Fig. 2), qui était de 4,9 enfants en moyenne par femme en 1971-76, recule légèrement pour rester constant au niveau de 4,7 enfants, en 1976-86. Il atteint 3,6 enfants en 1986-91, puis le rythme de la baisse s'accélère pour amener le nombre moyen d'enfants par femme à 2,2 en 1991-96. La similitude de la tendance de la fécondité à l'échelle nationale et à l'échelle de la ville de Shiraz témoigne de la simultanéité du mouvement dans l'ensemble du pays sous l'effet de causes vraisemblablement communes.

**Figure 1 : Nombre moyen d'enfants par femme (ensemble du pays)**



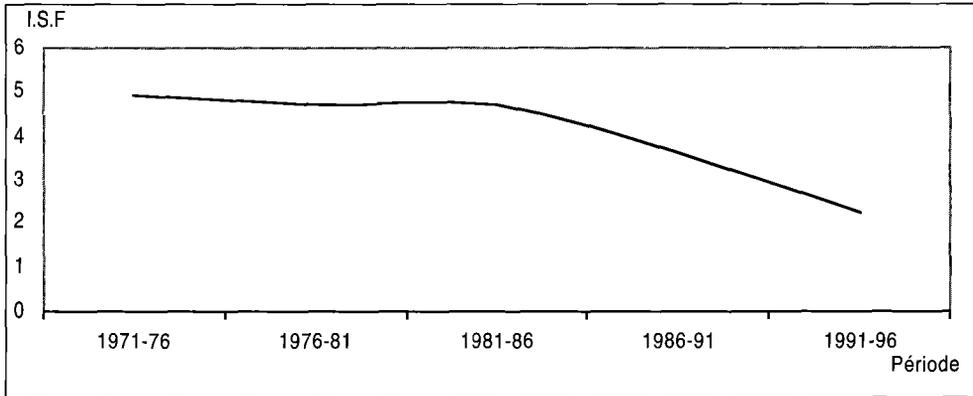
La transition de la fécondité, compte tenu de nos estimations a donc commencé sous la République islamique alors que l'on a pendant longtemps laissé croire à un scénario radicalement opposé. Cette transition est un événement majeur dans l'histoire sociale de l'Iran. De plus, elle est hautement significative dans la mesure où elle s'est réalisée en dépit de l'idéologie des dirigeants, idéologie qui s'est traduite par une législation et des mesures coercitives, notamment à l'égard des femmes. Ces

3. Pour les explications détaillées des méthodes d'ajustement, voir [6].

4. Dans le cadre d'une convention de recherche entre l'INED et l'Institut de Recherche en Planification et Développement (IRPD) de l'Organisation du Plan et du Budget de la République islamique et avec le concours du Centre de Population de l'Université de Shiraz (CPUS), une enquête intitulée « Famille et fécondité de Shiraz » a été réalisée dans la ville de Shiraz, en 1996. Les résultats préliminaires de cette enquête sont déjà produits dans [5].

conditions étaient a priori très défavorables à une telle transformation. Reste, bien sûr, à s'interroger sur les facteurs qui ont pu faire évoluer la société et avec elle la fécondité en déjouant l'effet de l'idéologie du gouvernement islamique.

**Figure 2 : Tendence de la fécondité à Shiraz**



## Les modifications des lois et les déterminants proches de la fécondité

Pour comprendre le déclin de la fécondité, nous nous penchons d'abord sur les déterminants proches (âge au premier mariage des femmes, contraception, allaitement au sein et avortement). Mais dans la mesure où nous ne disposons pas des données suffisantes pour examiner les deux derniers nous étudierons spécifiquement les deux premiers, d'autant plus que les arguments mettant en avant les changements législatifs les concernaient en premier lieu.

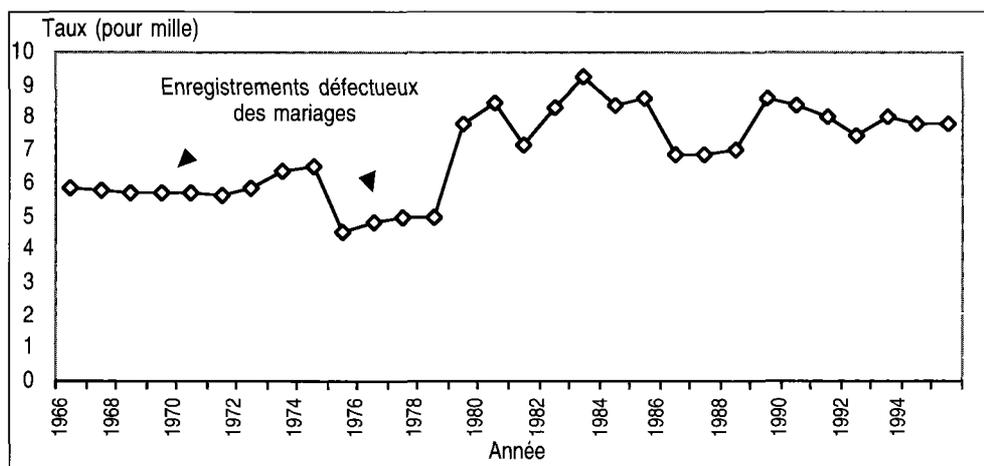
### L'âge au premier mariage des femmes

En Iran, depuis les temps les plus reculés, la règle voulait que les garçons comme les filles se marient assez jeunes. Le mariage est ainsi resté pendant longtemps précoce et intense. Un âge minimum légal au mariage est fixé en 1967, dans le cadre du programme de modernisation de Mohammad Reza Shah, à 15 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons. Des dérogations admises peuvent les abaisser respectivement à 13 et 15 ans [4], ce qui montre bien à quel point le mariage aux âges très jeunes est encore fréquent à la fin des années soixante. Compte tenu du volontarisme du gouvernement de l'époque, cet âge minimum légal au mariage pourrait être interprété comme progressiste et en même temps suffisamment proche de la pratique pour que le gouvernement espérât le faire respecter. Cependant, l'attitude des responsables juridiques semble laxiste à propos de cette loi et ils accordent facilement l'autorisation de mariage aux candidates âgées de 13 ans [4]. De surcroît, la prééminence du mariage religieux (*aqhde chari*) [6] permet aux couples d'entrer en union sans entrave sociale ou juridique : de nombreuses familles traditionnelles ont pu marier leurs filles en bas âge, et un certain nombre d'hommes mariés ont pu contracter un deuxième mariage, sans que ces mariages soient enregistrés à l'état

civil. Cette marge de manœuvre dont disposait la population lui a, pendant très longtemps, permis de perpétuer son comportement traditionnel relatif à la vie conjugale en dépit des lois et des interdictions juridiques. En conséquence, les mariages contractés en bas âge ont pu échapper aux statistiques pendant des décennies. Les résultats du recensement de 1966, les seules données disponibles permettant d'évaluer l'âge moyen au premier mariage surestiment les proportions des célibataires et donc l'âge au premier mariage : 18,4 ans pour l'ensemble du pays (19 ans en ville et 18 ans dans les campagnes). En effet, les personnes mariées à un âge inférieur à celui autorisé par la loi se déclaraient célibataires.

En 1974, le gouvernement, toujours avec la même ardeur volontariste à changer les comportements matrimoniaux, par l'article 23 de la loi de « Protection de la famille », relève l'âge minimum légal de 15 à 18 ans pour les filles et de 18 à 20 ans pour les garçons (par dérogation, les filles pouvaient encore se marier à 15 ans<sup>5</sup>). Cette démarche gouvernementale, en net décalage cette fois avec le contexte socio-culturel de la période, ne fait qu'approfondir le divorce entre le pouvoir politique et la société. Diverses études [9] révèlent que la conséquence du nouveau code fut de faire baisser le nombre de mariages enregistrés à l'état civil (Fig. 3).

**Figure 3 : Taux de nuptialité pour 1 000 habitants (ensemble du pays)**



Enfin, après la Révolution islamique, le nouveau gouvernement, conformément aux règles de la *charia*, rabaisse l'âge minimum légal au mariage des filles et des garçons. Ainsi, l'âge pubertaire (souvent considéré à 15 ans pour les garçons et à 9 ans pour les filles) redevient l'âge minimum légal au mariage. La première conséquence de cette loi est l'enregistrement presque exhaustif des mariages.

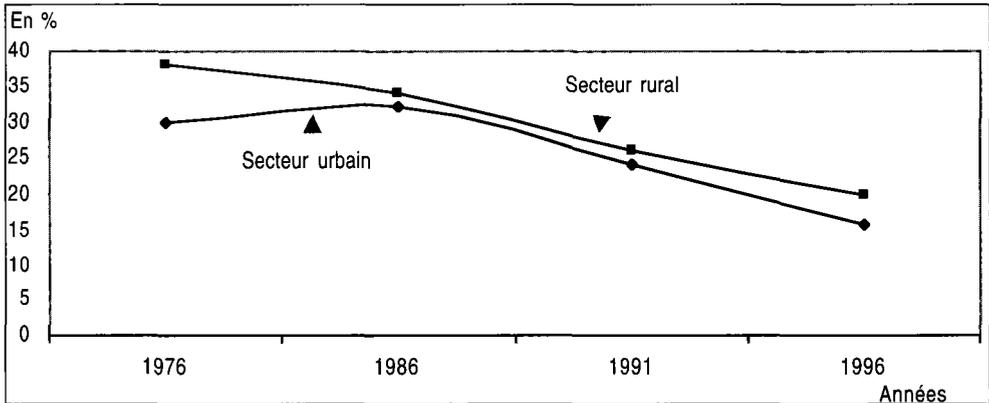
La baisse de l'âge minimum légal du mariage provoqua beaucoup de réactions chez les observateurs. On pensait que cette modification de la loi allait encourager les mariages précoces. Mais la comparaison de la proportion des femmes mariées âgées de 15-19 ans observées aux recensements successifs ne va pas dans ce sens (Fig. 4).

Nous avons expressément choisi les femmes mariées afin de contourner les erreurs dues aux mauvaises déclarations des populations recensées par rapport à leur sta-

5. Le même article de loi prescrit explicitement que les personnes se mariant à un âge inférieur à cet âge minimum légal risquent les pénalités prévues dans la loi du mariage de 1928 [4: 67].

tut matrimonial. En 1986, la proportion de femmes mariées de 15-19 ans augmente légèrement par rapport à celle de 1976 dans les zones urbaines, alors qu'elle recule dans les zones rurales. Toutefois, en 1996 la proportion des femmes mariées âgées de 15-19 ans est largement inférieure à celle des trois périodes précédentes dans les deux secteurs, alors que le code civil islamisé est toujours en vigueur.

**Figure 4 : Proportion des femmes mariées âges de 15-19 ans**



Le retour à la règle de la *charia* relative à l'âge au mariage n'a donc pas affecté la tendance à la hausse du célibat, ni celle de l'âge moyen au premier mariage des femmes. Cet âge qui ne peut que s'estimer par les proportions des célibataires, faute des données appropriées, risque d'être surévalué pour les raisons que nous avons expliquées plus haut. Mais ce problème ne concerne que les résultats de 1976, car les célibataires des années 1986 et 1996 paraissent correctement recensés. Nos estimations sont donc acceptables.

L'âge moyen au premier mariage des femmes est ainsi passé de 19,7 ans en 1976 à 19,9 ans en 1986 et à 22 ans en 1996. Si la déclaration du statut matrimonial des jeunes femmes avait été exacte en 1976, l'âge moyen au premier mariage des femmes aurait été moins élevé, et par conséquent la hausse de l'âge moyen au premier mariage des femmes entre 1976 et 1996 aurait été plus importante encore.

Le recul du mariage des femmes qui explique, en partie, le déclin de leur fécondité observé notamment depuis la seconde moitié des années quatre-vingt, met aussi en évidence la transformation du comportement matrimonial de la population iranienne. Ce dernier, longtemps influencé par les règles religieuses, résista au code civil « laïcisé » de l'ancien régime et ne commença à se modifier que progressivement avec l'instauration de rapports sociaux, culturels et économiques modernes dans la société. En effet, les orientations modernistes des gouvernements iraniens adoptées vers la fin des années soixante, ne débouchèrent vraiment sur un nouveau contexte qu'à la fin des années soixante-dix. La re-islamisation du code civil s'avérant en décalage avec les nouvelles tendances de la société, elle fut donc simplement ignorée.

## La pratique contraceptive

La pratique contraceptive est un choix délibéré de la femme qui implique une évolution des mentalités féminines. Contrairement à l'allaitement qui permet à la femme de diminuer sa descendance sans jouer un rôle actif, la pratique contraceptive exige de sa part une prise de conscience et une motivation. Mais cela n'est, à

l'évidence, pas un problème purement individuel, et requiert la transformation préalable de la société et des valeurs sociales qu'elle secrète, conduisant à une définition radicalement nouvelle de la femme et de son rôle. Une fois libérée des contraintes sociales, celle-ci peut décider du nombre d'enfants qu'elle désire et s'appliquer ensuite à y parvenir.

Les programmes de planification familiale ont, pendant longtemps, été considérés comme très déterminants pour le développement de la pratique contraceptive dans les pays du Tiers-Monde ; il n'en est pas moins vrai que la réussite de ces programmes a très souvent été compromise par l'absence de motivation des femmes. La fréquence de la pratique contraceptive constitue donc un indicateur de la motivation des femmes, à travers laquelle se manifeste la transformation profonde de la société.

En Iran, la pratique contraceptive, faute de données appropriées, ne peut être examinée que par les statistiques très partielles de la planification familiale. De la sorte, les femmes qui ont recours aux moyens de contraception traditionnels ou celles qui se procurent les moyens contraceptifs dans le secteur privé, sortent de notre analyse.

La planification familiale fut mise en œuvre, pour la première fois, en avril 1967 et un département au sein du ministère de la Santé fut créé afin de diriger l'ensemble du programme. Plusieurs organisations ministérielles, ainsi qu'une partie du corps des appelés « *sepahe behdasht* » (l'armée de l'hygiène) durent assister ce département afin qu'il atteigne son principal objectif : limiter les naissances. Selon les données disponibles, la proportion des femmes mariées âgées de 15-44 ans ayant accepté le recours à la planification familiale passa de 0,02% en 1967 à 11% en 1977 [10, 11 et 12].

Faute de renseignements plus détaillés, il n'est possible de préciser ni l'âge des femmes au moment où elles acceptaient ce programme ni le nombre de leurs enfants ni leur motivation, arrêt définitif ou espacement des naissances. Mais une source ancienne nous apprend qu'un très grand nombre de femmes ne s'adressaient aux centres de planification qu'après avoir eu un nombre important d'enfants ; ce qui signifie qu'elles avaient recours à une contraception d'arrêt. De plus, les femmes, en raison de leur mauvaise connaissance des moyens contraceptifs modernes, de leur ignorance ou de leur attitude fataliste, dépassaient le nombre d'enfants désirés (3 à 5 enfants selon la catégorie socio-économique)<sup>6</sup> [15]. Compte tenu de ces informations, et notamment du niveau de la fécondité relevé pour cette période, les centres de planification familiale semblaient très loin de leur objectif.

La pratique contraceptive restant légale au lendemain de la révolution islamique<sup>7</sup>, les dispensaires de planification familiale continuèrent à distribuer gratuitement des contraceptifs, quoiqu'en quantités limitées à cause de la guerre et de l'embargo économique, et sans que cette distribution soit accompagnée de campagnes publicitaires en faveur du contrôle des naissances, comme c'était le cas avant la révolution. Les contraceptifs, dont le choix était restreint, étaient également mis en vente à des prix abordables dans les pharmacies.

Selon les statistiques de la planification familiale, le nombre de demandeurs, souvent d'origine socio-économique modeste, s'adressant aux dispensaires, continua à augmenter, passant de 5,2 millions en 1978 à 9 millions en 1989. Ni l'âge, ni le

6. D'après une enquête qui a été réalisée à Isfahan en 1971, l'âge moyen des femmes qui acceptaient la planification familiale était de 32 ans avec en moyenne 5 enfants, alors qu'elles désiraient avoir 4 enfants [7].

7. En 1980, l'Ayatollah Khomeiny autorisa par le biais d'une *fetwa* l'emploi des moyens contraceptifs.

nombre d'enfants, ni les motivations de ces femmes ne sont connus. Mais la tendance à la hausse du nombre des demandeurs de contraceptifs, indique que les femmes motivées pour contrôler leur fécondité étaient de plus en plus nombreuses et cela en dépit de l'absence de campagne de limitation des naissances.

Au lendemain de la guerre Iran/Irak (18 août 1988), le gouvernement islamique, supposé jusqu'alors nataliste, s'engagea dans une politique dynamique de contrôle des naissances. Le département de la planification familiale au sein du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et des Enseignements Médicaux (MSHEM) fut de nouveau réactivé afin de superviser la nouvelle politique démographique. Pour faire un état des lieux, le Ministère réalisa en 1989 une enquête de type Connaissance, Aptitude et Pratique (CAP) auprès de 9 000 femmes mariées âgées de 15-45 ans [8]. Les résultats de cette enquête révélèrent que 28% des femmes (31% dans les villes contre 21% dans les campagnes) utilisaient alors un moyen moderne de contraception : pilules, condoms ou DIU. Cette progression de la proportion des femmes utilisatrices de contraceptifs modernes (elles n'étaient au mieux que 11% à avoir accepté la planification familiale en 1977) contredit tous les arguments qui laissaient croire à l'abandon de la pratique contraceptive après la révolution, au motif de l'arrêt des campagnes de limitation des naissances. Elle met particulièrement en évidence le fait que les motivations des femmes ne se résumaient évidemment pas à l'adhésion irréflichtée à une campagne en faveur du contrôle des naissances.

En 1991, une nouvelle enquête CAP, réalisée par le même Ministère (MSHEM), montrait que 45% des femmes mariées âgées de 15 à 45 ans (47% dans les villes et 42% dans les campagnes) utilisaient un moyen moderne de contraception (pilule, préservatif, ligature des trompes ou DIU) [14]. Cette croissance importante est particulièrement liée à la hausse de la fréquence de la pratique contraceptive chez les femmes rurales dont le taux d'utilisation se rapprochait de celui des utilisatrices urbaines.

L'élévation importante de la proportion des femmes « contraceptrices » en à peine trois ans suggère que les femmes étaient déjà motivées, d'autant que la baisse accélérée de la fécondité (1986) avait précédé de trois ans la mise en place de ce programme de limitation des naissances de la République islamique. Cela explique alors, en grande partie, la baisse de la fécondité observée depuis 1986. La chute considérable de la fécondité dans les années quatre-vingt-dix est liée avant tout à la volonté des femmes dont la démarche n'est que facilitée par les moyens proposés par la planification familiale de l'État islamique depuis 1989. Cette dernière se contente d'accompagner les femmes dans leur projet, mais en permettant leur réussite, elle accélère indubitablement la tendance à la baisse de la fécondité.

La motivation des femmes pour la maîtrise de leur fécondité met bien en évidence l'évolution globale de la société iranienne, celle-ci ayant su aller contre un contexte apparemment très favorable au renouvellement ou au maintien des valeurs traditionnelles, et imposer de nouvelles orientations qui redéfinissaient en profondeur la situation de la femme.

## La transformation du contexte socio-culturel

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'avènement de la République islamique en 1979 coïncida avec l'apparition d'un nouveau rapport entre les sexes qui se distinguait de celui préconisé par les traditions millénaires et renforcé par la religion

musulmane. Ce changement majeur put se produire dans la mesure où la société issue d'une révolution à laquelle participèrent massivement hommes et femmes, s'ouvrit grandement aux nouvelles normes et valeurs modernes et de plus en plus égalitaires soutenues par les jeunes générations.

Si les nouveaux dirigeants se précipitèrent pour islamiser le code civil et la législation pénale, en revanche, ils durent adopter une politique sociale plus égalitaire et établir un projet spécifique de développement des régions rurales, en dépit de la guerre (1980-88)<sup>8</sup> et de son coût financier élevé. Cela entraîna l'évolution rapide du contexte socio-culturel dans lequel s'établirent des relations de moins en moins inégalitaires entre les sexes. Ce nouveau contexte qui permet d'expliquer, en grande partie, la chute impressionnante de la fécondité depuis la seconde moitié des années quatre-vingt peut être examiné à travers le progrès de la scolarisation des femmes et le changement de leur attitude à l'égard de l'activité économique.

## L'évolution scolaire

En Iran, l'école commença à s'ouvrir assez tardivement aux femmes. En 1976, trois ans avant la Révolution, 50% des femmes de 15-49 ans dans les villes et seulement 8% dans les campagnes étaient alphabétisées. Depuis, l'école s'est diffusée d'une manière beaucoup plus large en accroissant la chance des femmes d'accéder au savoir. Ainsi, entre 1986 et 1996 la proportion des femmes alphabétisées de 15-49 ans passa de 65% à 85% dans le secteur urbain et de 27% à 65% dans le secteur rural. Mais la diffusion progressive de l'instruction scolaire, dont les femmes profitèrent tardivement, renforça d'abord les rapports inégalitaires existant entre les sexes avant de les amenuiser. Or, l'inégalité des chances d'accéder à l'école entre les hommes et les femmes est l'un des aspects de la structure patriarcale très ancienne fondée sur l'hégémonie hiérarchique du sexe et de l'âge [3]. Dans une telle organisation sociale, où une forte fécondité est la règle, la femme déjà reléguée du fait de son sexe dans une position d'infériorité et de subordination et confinée à l'univers domestique, doit mettre de plus en plus d'enfants au monde afin d'agrandir sa famille. L'ordre patriarcal commença à s'ébranler, en particulier, avec le progrès de la scolarisation des femmes leur permettant de réduire progressivement leur écart dans ce domaine avec les hommes. La diffusion de l'instruction scolaire pour les femmes constitue ainsi le facteur majeur de la transformation de la société entraînant des modifications notables dans le contexte socio-culturel qui redéfinit le rôle de la femme.

C'est sur cette toile de fond que nous constatons les changements intervenus dans la société iranienne conduisant à la transition de la fécondité. En 1976, les générations charnières, pour lesquelles l'inégalité de savoir entre les sexes fut la plus importante, constituèrent la majorité de la cohorte des femmes en âge de procréer. La composition de cette cohorte est sans doute à l'origine de la forte fécondité observée au cours des années soixante-dix. Durant la première moitié des années quatre-vingt, le niveau élevé de la fécondité et sa stagnation entre 1979 et 1985 s'expliqueraient par la différence importante qui distinguait les deux cohortes des femmes de

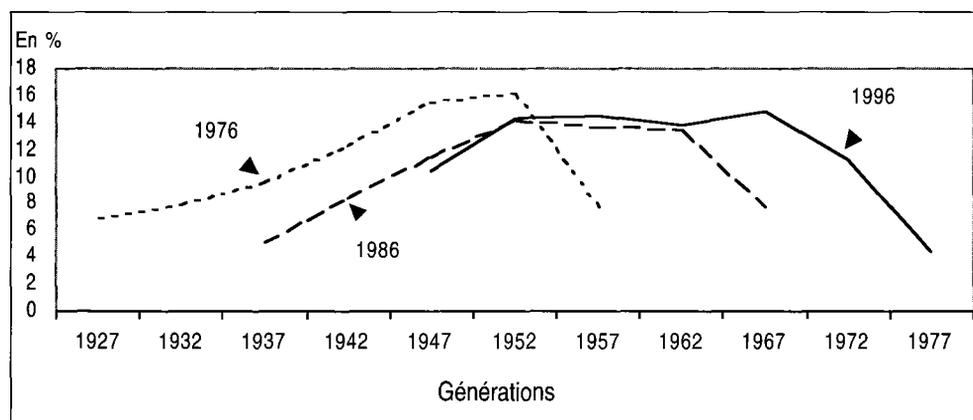
8. Il importe de rappeler que la guerre qui se déroulait dans un territoire de 500 kilomètres de long à l'Ouest et au Sud-Ouest de l'Iran, déserté par la population, comprenait le plus souvent des phases d'accalmies, d'inactions et de combats moins intenses. Les statistiques officielles sur les victimes font défaut, mais notre estimation permet de déterminer une fourchette de 200 000 à 300 000 tués parmi les militaires pour ces huit années de guerre.

15-49 ans dans les secteurs urbain et rural. Tandis que dans les villes, les femmes des générations les plus inégalitaires devenaient minoritaires, elles constituaient encore la cohorte entière des femmes de 15-49 ans dans la campagne. La fécondité a alors probablement commencé à décliner rapidement dans les villes alors qu'elle résistait dans les campagnes. Ceci permet de comprendre le début tardif de la transition de la fécondité, constaté pour l'ensemble du pays en 1986. Depuis, l'entrée des nouvelles générations moins inégalitaires et plus fortement scolarisées dans la cohorte 15-49 ans et surtout la diffusion rapide et massive de nouvelles idées, grâce au progrès important de la communication, accélèrent le déclin de la fécondité qui entre 1986 et 1996 a été réduit de moitié.

## L'activité économique des femmes

Alors que les traditions patriarcales préféraient déjà maintenir les femmes iraniennes dans l'univers domestique en leur confiant un rôle strictement familial, l'économie rentière a conforté en quelque sorte cette tradition dans la mesure où, faute d'emplois suffisants, elle n'a pas incité les femmes à travailler. Aussi, la proportion des femmes économiquement actives est restée parmi les plus basses dans le monde musulman. En 1976, seulement 11% des femmes âgées de 15-49 ans étaient actives dans le milieu urbain et 18% dans le milieu rural. En 1986, le taux d'activité des femmes dans les villes reste stable (11%) alors qu'il recule de manière importante dans les campagnes (9%). En effet, la diminution du nombre plus important des « aides familiales » dans les campagnes en 1976, explique largement la baisse du taux d'activité des femmes dans le milieu rural entre 1976 et 1986. Dix ans plus tard, en 1996, alors que le taux d'activité féminine demeure toujours constant dans les villes (11% des femmes âgées de 15-49 ans), il augmente dans le milieu rural (13% des femmes 15-49 ans) mais cette fois par le nombre des salariées employées dans le secteur privé.

**Figure 5 : Taux d'activité féminine selon les générations (secteur urbain)**



Plus intéressante sans doute est la comparaison des taux d'activité féminine par génération dans le milieu urbain. Elle permet de constater que les femmes issues des générations moins inégalitaires (1952-62), ayant massivement participé à la révolution du fait de leur jeune âge à ce moment-là, continuent dans la même proportion d'être actives (Fig. 5). D'après les expériences constatées dans les pays musulmans,

elles devraient théoriquement, compte tenu de leurs âges (30-44 ans en 1996), avoir déjà constitué leur famille et leur descendance et avoir abandonné leur activité économique pour s'occuper de leur famille comme le confirme la courbe de 1976.

Ce changement de comportement est par ailleurs conforté par la crise économique sans précédent qui frappe le pays depuis une vingtaine d'années et qui n'a cessé de réduire le pouvoir d'achat des familles. En effet, selon des sources non officielles, le secteur informel de l'économie qui s'est développé d'une manière considérable depuis le début des années quatre-vingt, emploie une grande partie de la population féminine qui n'était pas absorbée dans le secteur formel. La participation réelle des femmes à la vie active, qui échappe aux statistiques, modifie alors d'une manière significative leur situation au sein de leur famille mais aussi au sein de la société. La transition de la fécondité coïncide aussi avec l'aggravation de la crise économique qui contribue paradoxalement à l'engagement massif des femmes dans la vie active et par là-même à l'évolution de leur rôle dans la vie familiale et sociale.

\*

\* \*

La fécondité est restée, pendant longtemps, très forte en Iran et n'a commencé véritablement à baisser que dans la seconde moitié des années quatre-vingt. Ce recul, qui marque le début de la transition de la fécondité, remet en cause toutes les analyses relatives à l'évolution démographique en Iran, fondées sur des statistiques imparfaites et sur une interprétation limitée de la théorie de la transition de la fécondité, qui prétendent que le changement politique de 1979 a interrompu la transition supposée en cours depuis les années soixante-dix, voire inversé sa tendance. La transition de la fécondité s'insère plutôt dans un long processus de changement profond de la société. En Iran, celle-ci a mis du temps à s'ouvrir progressivement aux changements proposés par la modernité, à laisser circuler les nouvelles normes et valeurs qui ont finalement remplacé lentement le substrat traditionnel et modifié les rapports sociaux de manière irréversible. Dans ce processus, l'impact des lois ou des diverses mesures, en faveur ou en défaveur du déclin de la fécondité, s'avère insignifiant lorsque ces lois et mesures ne sont pas en accord avec l'orientation de la société. L'expérience de l'Iran en constitue un bel exemple : sous l'ancien régime, en dépit de la laïcisation des lois matrimoniales, de la législation destinée à promouvoir la situation de la femme ou encore de la mise en place d'une planification familiale, la fécondité était restée très élevée ; sous la République islamique, malgré la reislamisation des lois matrimoniales et les mesures répressives en particulier à l'encontre des femmes, la fécondité commença à baisser rapidement. Aujourd'hui, certains associent le recul impressionnant de la fécondité à la reprise de la politique dynamique de contrôle des naissances (1989) par la République islamique. Mais la baisse de la fécondité a précédé la mise en place de cette politique et on peut penser qu'une telle politique n'eut de toute façon pas produit d'effet véritable sans une motivation réelle des femmes. Or, celle-ci faisait largement défaut sous l'ancien régime, alors que la planification familiale était accompagnée de législations favorables. Ceux qui prétendent que les lois et démarches politiques volontaristes suffisent à faire décliner la fécondité, négligent la dynamique des sociétés, qui les rend capables d'inventer des contre-mesures pour s'opposer aux changements de tous ordres, lorsqu'elles les jugent non conformes à leur propre cohésion.

Avec la transition de la fécondité, la société iranienne entre indubitablement dans une ère nouvelle de son histoire, une ère qui ne tardera pas à révéler de nouveaux changements, où de nouvelles logiques sociales naîtront inévitablement de cette prise en charge par les femmes de leur fécondité, et donc de leur rôle, de leur identité.

## Bibliographie

1. AGHJANIAN A., 1991, Population change in Iran, 1966-86 : A Stalled Demographic Transition ?, *Population and Development Review*, Vol. 17, n° 4, p. 703-714.
2. CHASTELAND J.-C., AMANI M. et PUECH O., 1966, *La population de l'Iran, perspectives d'évolution de 1956 à 1986*, Université de Téhéran, IERS, Téhéran, 311 p.
3. FARGUES P., 1993, Explosion démographique ou rupture sociale ?, in SALAME G., Ed., *Démocraties sans démocrates, Politiques d'ouverture dans le monde arabe et islamique*, Fayard, Paris, p. 163-197.
4. KATOUZIAN N., 1992, *Houghough madani - Khanevadeh jelde aval : Nikah va talaq - ravabet zan va shohar* (Code civil - Famille, Vol. 1 : Mariage et divorce - relations entre épouse et époux), Téhéran, 526 p.
5. LADIER-FOULADI M., AGHA H., CHASTELAND J.-C., COURBAGE Y. et MEHRYAR A.H., 1997, Famille et fécondité à Shiraz, *Dossier et Recherches*, n° 60, INED, 58 p.
6. LADIER-FOULADI M., 1996, La transition de la fécondité en Iran, *Population*, Vol. 51, n° 6, INED, Paris, p. 1101-1128.
7. LIBERMAN S.S., GILLESPIE R. et LOGHMANI M., 1973, The Isfahan communication project, *Studies in Family Planning*, Vol. 4, n° 4, p. 73-100.
8. MALEK AFZALI H., 1991, Jamiyat va tanzime khanevâdeh dar jomhuri-e eslami-e iran (Population et la planification familiale sous la République islamique d'Iran), *Nabze* (Pouls), n° 2.
9. MIR-HOSSEINI Z., 1993, *Marriage on Trial, A Study of Islamic Family Law, Iran and Morocco Compared*, London, New York, I.B. Tauris & Co Ltd., 245 p.
10. NORTMAN D. et HOFFSTATTER E., 1978, *Population and Family Planning Programme*, New York : The population Council.
11. NORTMAN D. et HOFFSTATTER E., 1980, *Population and Family Programme*, New York : The Population Council.
12. NORTMAN D., 1969-76, *Report on Population Family Planning*, New York : The Population Council.
13. STATISTICAL CENTER OF IRAN, 1978, *Population Growth Survey of Iran, Final Report, 1973-76*, Tehran.
14. UNFPA, 1993, *An Analysis of Population Situation in The Islamic Republic of Iran*, Tehran, 99 p.
15. UNITED NATIONS, 1971, *Population and Family Planning in Iran*, New York.

# 10. Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne ?

Patrice Vimard<sup>1</sup> et Raïmi Fassassi<sup>2</sup>

*Le début de la baisse de la fécondité et les progrès de la prévalence contraceptive en Afrique sub-saharienne contribuent à renouveler le débat sur les modèles de transition de la fécondité dans les pays en développement. L'analyse des processus de baisse au Kenya et en Côte d'Ivoire depuis la fin de la décennie soixante-dix permet de mettre en évidence les différenciations qui s'opèrent entre ces pays, qui ont dans la première moitié des années quatre-vingt-dix des niveaux de fécondité relativement proches, alors que la pratique de la contraception est nettement plus répandue au Kenya. Ainsi, le début de la transition de la fécondité au Kenya s'opère selon des modalités démographiques et socio-économiques différentes de celles rencontrées en Côte d'Ivoire. Au Kenya, la majorité des groupes socio-économiques s'inscrivent dans cette transition, importante à tous les âges de la vie féconde, et pour laquelle les progrès de la prévalence contraceptive sont décisifs, l'impact de la contraception devenant peu à peu aussi important que l'effet des comportements d'allaitement et d'abstinence post-partum dans le contrôle des naissances. En Côte d'Ivoire, au contraire, la baisse de la fécondité, qui intervient surtout en début et en fin de vie féconde, repose sur un maintien des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances (allaitement et abstinence prolongés) associé à une progression, très inégale selon les groupes, de la pratique contraceptive, et qui concerne en priorité les populations instruites et urbanisées. Ces différences de morphologie démographique et sociale de la transition correspondent d'une part à des distinctions fortes des modes de développement, plus équitable et mieux réparti sur l'ensemble du territoire au Kenya, et d'autre part à des politiques de population, amorcées dès les années soixante-dix au Kenya et seulement dans les années quatre-vingt-dix en Côte d'Ivoire.*

Alors que pendant longtemps les analystes sont restés perplexes devant le maintien d'une forte fécondité en Afrique sub-saharienne, voire son augmentation pour certaines populations, les chiffres récents, fournis par les enquêtes démographiques et de santé, montrent une diminution très significative des indices nationaux de fécondité dans des pays d'Afrique orientale et australe comme le Botswana, le Kenya, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud. La baisse est plus modeste mais réelle dans d'autres pays de cette partie du continent : Rwanda, Malawi, Tanzanie et Zambie. On note également une diminution de la fécondité dans les pays d'Afrique centrale (Cameroun et Centrafrique), succédant aujourd'hui à la phase antérieure de remontée de la fécondité consécutive à la lutte contre la stérilité qui frappait cette région.

1. IRD

2. ENSEA, IRD.

Cette baisse est également sensible dans des pays de l'Afrique de l'Ouest pourtant particulièrement marqués par la forte fécondité : le Ghana et la Côte d'Ivoire. Outre ces mouvements enregistrés à l'échelle nationale, des diminutions significatives peuvent être notées dans de nombreuses villes d'Afrique de l'Ouest, comme au Bénin, au Sénégal et au Nigeria, montrant par là que différents mouvements de réduction de la fécondité sont à l'œuvre. Cette baisse de la fécondité est concomitante en Afrique sub-saharienne d'une progression de l'utilisation de la contraception, très inégale selon les pays puisque 40% environ d'entre eux ont encore une prévalence contraceptive inférieure à 10% [6, 7, 8, 9, 11, 14, 15 et 22].

Lorsque l'on examine la relation entre le niveau de la fécondité et celui de la prévalence contraceptive dans les différents pays africains, on constate que certains pays ont une fécondité inférieure à ce que l'on pourrait attendre au regard de la diffusion de la contraception et inversement. En conséquence, des pays ayant des fécondités relativement proches se distinguent fortement par la prévalence contraceptive, démontrant ainsi que d'autres facteurs sont à l'œuvre dans le début de la transition de la fécondité que la simple progression de l'utilisation de moyens contraceptifs. Un des contrastes les plus frappants est celui qui oppose le Kenya et la Côte d'Ivoire. Ces deux pays ont des prévalences contraceptives très différentes (la contraception moderne est 6 fois plus répandue au Kenya et la contraception totale trois fois plus fréquente) alors que leurs niveaux de fécondité sont proches, avec un indice synthétique de fécondité respectivement de 5,4 et 5,7 enfants par femme. Aussi examinons-nous dans ce chapitre le processus de baisse de la fécondité dans ces deux pays afin de mieux préciser, à travers leurs exemples, la nature des phénomènes qui sont à l'œuvre dans cette phase initiale de la transition de la fécondité<sup>3</sup>.

## La baisse de la fécondité au Kenya et en Côte d'Ivoire

### L'évolution du niveau de la fécondité dans les deux pays

La fécondité au Kenya a augmenté du début des années soixante, où l'indice synthétique de fécondité était de 5,3 enfants par femme, à la fin des années soixante-dix, où il était de 8,1 enfants par femme : cette période de progression de la fécondité correspond à une phase initiale de la transition connue par beaucoup de pays en développement [21] 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. En Côte d'Ivoire, la fécondité maximum est atteinte également à la fin des années soixante-dix mais la fécondité générale est moins élevée (7,2). Quant à la baisse de la fécondité, qui commence dans les deux pays à la fin des années soixante-dix (Tab. 1), elle est très rapide au Kenya puisque l'indice synthétique de fécondité diminue de 33% en une quinzaine d'années (de 1975-77 à 1990-92) et plus lente en Côte d'Ivoire : 21% pour la même période de temps (1977-79 à 1989-93).

3. Notre analyse participe d'un travail soutenu par l'Agence Universitaire Francophone (AUF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée sur « les transitions démographiques dans les pays du Sud ». Pour cette analyse, nous utiliserons principalement les données des enquêtes démographiques et de santé réalisées à l'échelle nationale, selon une méthodologie commune et avec un questionnaire standardisé, à des périodes proches dans les deux pays : de février à août 1993 au Kenya, de juin à novembre 1994 en Côte

Si l'on rapproche cette baisse de la fécondité des autres grandes tendances démographiques dans les deux pays, on constate qu'elle intervient dans une période où l'âge au premier mariage recule légèrement (de 18,1 ans pour les générations les plus anciennes à 19,5 pour les plus jeunes au Kenya, et de 17,9 à 18,8 en Côte d'Ivoire) et où la mortalité des enfants stagne après une longue période de baisse (au début des années quatre-vingt-dix le quotient de mortalité avant 5 ans, relativement stable depuis une dizaine d'années, est de 96‰ au Kenya et de 149‰ en Côte d'Ivoire).

**Tableau 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité au Kenya et en Côte d'Ivoire depuis la fin des années soixante-dix**

Enquête (année)	Kenya				Côte d'Ivoire		
	KFS (1977-78)	KCPS (1984)	KHDS I (1993)	KHDS II (1993)	EIF (1980-81)	RGPH (1988)	EDSCI (1994)
Période	1975-77	1983	1984-88	1990-92	1977-79	1987-88	1994
ISF	8,1	7,7	6,7	5,4	7,2	6,3	5,7

Notes : Kenya : KFS : Enquête de programme EMS ; KCPS : Enquête sur la prévalence contraceptive ; KHDS : Enquête démographique de santé. Côte d'Ivoire : EIF : Enquête de programme EMF ; RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat ; EDSCI : Enquête démographique de santé.

Sources : Kenya : [16]. Côte d'Ivoire : [17].

## Une évolution différente du calendrier de la fécondité et de l'utilisation de la contraception

Si l'on vérifie pour le Kenya que la baisse de la fécondité se produit à tous les âges [6], l'évolution est différente en Côte d'Ivoire selon les groupes d'âges. La décomposition par groupe montre en effet que la diminution est importante à tous les âges au Kenya (sauf dans le groupe 45-49 ans qui est marginal), tandis qu'en Côte d'Ivoire, elle concerne surtout les tranches d'âges extrêmes, les plus jeunes d'une part, les plus âgées d'autre part, les âges de 30 à 39 ans étant faiblement touchés avec moins de 10% de baisse (Tab. 2 et Fig. 1). Ceci nous indique que des phénomènes particuliers à certains âges pourraient être prépondérants dans ce pays : retard de l'âge à la première naissance, limitation de la fécondité dans les générations les plus jeunes (de 15 à 29 ans), arrêt de la reproduction plus précoce qu'auparavant.

Si l'on examine ces différentes hypothèses pour la Côte d'Ivoire, on constate trois choses. Tout d'abord, contrairement à ce que l'on aurait pu croire, on observe un léger rajeunissement de l'âge médian à la première naissance (de 19,1 ans pour les générations 45-49 ans à 18,6 ans pour les générations 20-24 ans en 1994) malgré le recul de l'âge au premier mariage (de 17,9 à 18,8 pour les mêmes groupes de générations). Ensuite, malgré cette première naissance précoce, la prévalence contraceptive est forte aux jeunes âges, révélatrice d'une volonté de limitation des naissances dans cette 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<sup>4</sup>, dont plus de la moitié utilisent une méthode quelconque de contraception et plus de 20% une méthode

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

moderne [17]. Ceci nous montre l'importance de ce groupe de femmes non mariées mais sexuellement actives, nombreuses en Afrique de l'Ouest, tout particulièrement en milieu urbain, dans le changement des comportements reproductifs<sup>5</sup>. Par leur aspiration à une limitation de leur fécondité, elles contribuent fortement à la maîtrise de la fécondité générale. Ainsi, pour l'ensemble des femmes sexuellement actives, en union ou pas, la différence de prévalence contraceptive est-elle moindre entre le Kenya et la Côte d'Ivoire que lorsque l'on considère, comme cela est fait généralement, les seules femmes mariées (Fig. 2).

En ce qui concerne le contrôle de la fécondité à la fin de la vie féconde, on observe que la proportion de femmes mariées de 40 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive a plus que doublé entre 1979 et 1994 (de 3% à 7,5%), mais cela est conforme à l'évolution tous âges confondus, ce qui ne dénote pas d'accent particulier sur une utilisation aux âges élevés qui correspondrait à une volonté marquée d'arrêt de constitution de la descendance.

## Les déterminants et les facteurs de la fécondité

### Une hiérarchie distincte des déterminants proches

Pour mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, nous utiliserons le modèle de J. Bongaarts [5] amélioré par C. Jolly et J. Gribble [12]. Quatre facteurs proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique sub-saharienne, sont retenus dans ce modèle : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum liée à l'allaitement et à l'abstinence, et la stérilité primaire.

L'indice synthétique de fécondité estimé par la méthode est donné par la formule :

$$ISF = F_c \times C_m \times C_c \times C_i \times I_p$$

$F_c$  est la fécondité potentielle ou encore le niveau théorique de la fécondité sans l'influence d'aucune variable intermédiaire ;  $C_m$  est l'indice mesurant l'effet des modèles de nuptialité ;  $C_c$  est l'indice de contraception lié à la prévalence et à l'efficacité des méthodes contraceptives utilisées ;  $C_i$  est l'indice d'infécondabilité post-partum qui dépend de la durée d'allaitement et de l'abstinence post-partum ;  $I_p$  est l'indice mesurant l'effet de la stérilité pathologique<sup>6</sup>.

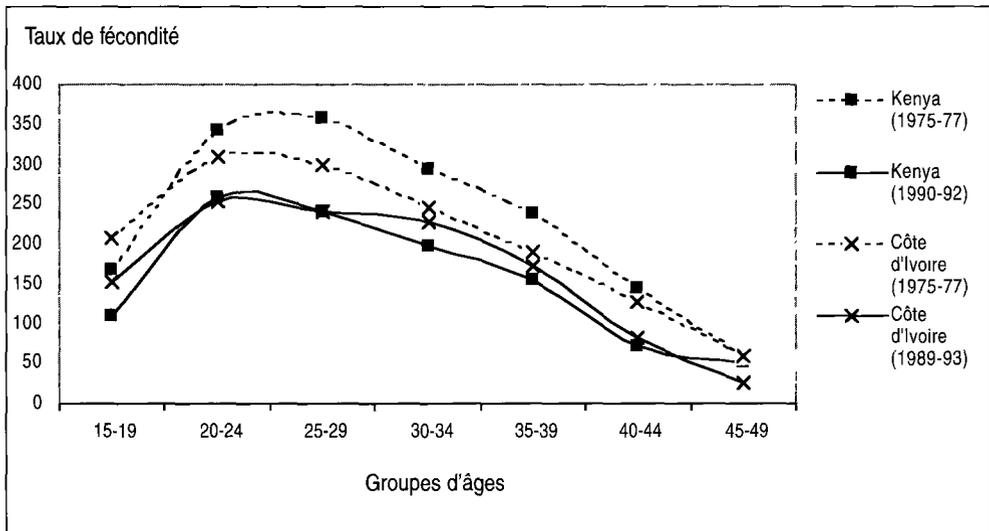
5. Comparant la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes avec celle des seules femmes en union, D. Kirk et B. Pillet [13] mettent en évidence la forte prévalence des femmes non mariées sexuellement actives dans plusieurs pays d'Afrique (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria et Togo), 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 souligné par J.C. Caldwell et al. [8].

6. 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  $I_p$  dépasse l'unité. Ce cas se présente lorsque le taux de stérilité, estimé par la proportion de 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 où nous l'avons ignoré pour le calcul de l'indice synthétique de fécondité estimé.

**Tableau 2 : Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Côte d'Ivoire durant la première phase de la transition**

Groupe d'âges	Kenya			Côte d'Ivoire		
	1975-77 (en ‰)	1990-92 (en ‰)	Taux de réduction (en ‰)	1975-77 (en ‰)	1989-93 (en ‰)	Taux de réduction (en ‰)
15-19	168	110	34,5	207	151	27,1
20-24	342	257	24,9	310	254	18,1
25-29	357	241	32,5	298	240	19,5
30-34	293	197	32,7	245	227	7,3
35-39	239	154	35,6	189	172	9,0
40-44	145	70	51,7	126	82	35,0
45-49	59	50	15,3	57	26	54,4
Indice synthétique de fécondité	8,1	5,4	33,3	7,2	5,7	20,8

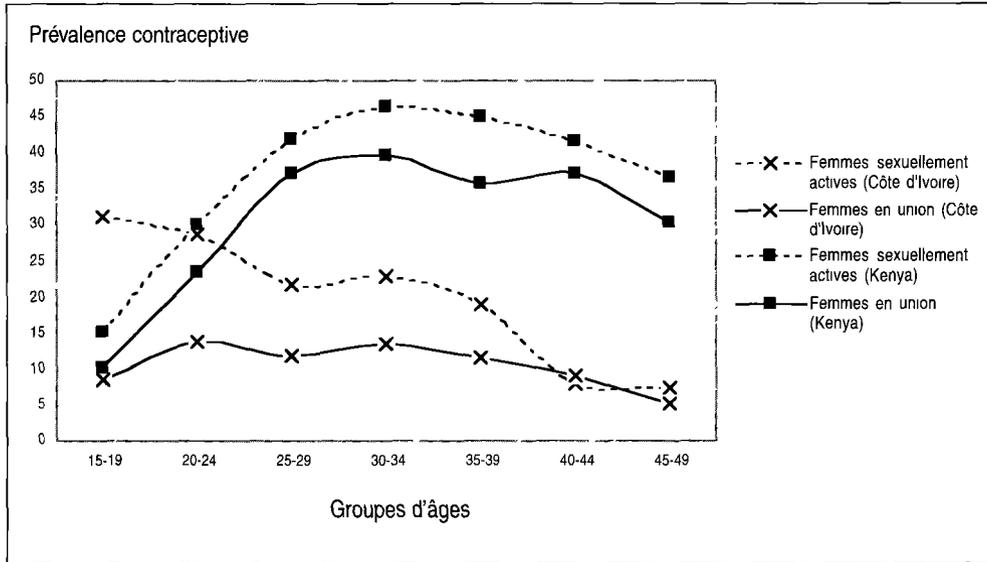
**Figure 1 : Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Côte d'Ivoire**



Pour tenir compte des naissances hors mariages, non traitées par la méthode de J. Bongaarts, C. Jolly et J. Gribble [12] ont calculé  $C_m$  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  $M_o$ , qui mesure l'effet des naissances hors union, et d'autre part  $C'_m$ , qui mesure l'effet des modèles d'union déclarée sur la fécondité dans l'hypothèse où l'ensemble des naissances survient au sein de ces unions. Dans ce cas,  $C_m = M_o \times C'_m$ . Si cette introduction constitue une amélioration du modèle de J. Bongaarts, la méthode comporte encore quelques insuffisances. Ainsi 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 pour l'Afrique sub-saharienne. Des études récentes montrent cependant

que l'impact de l'interruption volontaire de grossesse sur la réduction de la fécondité peut être important et que sa progression pourrait expliquer une partie de la baisse de ces dernières années, notamment en Côte d'Ivoire [10].

**Figure 2 : Utilisation de la contraception (en %) selon l'âge au Kenya et en Côte d'Ivoire des femmes sexuellement actives et des femmes en union**



Ce modèle de mesure des différents effets inhibiteurs de la fécondité, tel que nous l'avons appliqué, montre qu'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 la situation se caractérise par une hiérarchie différente et encore 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 (Tab. 3).

Si l'on compare les deux pays, on constate que l'inhibition due à la nuptialité est peu différente d'un pays à l'autre ; en revanche, celle due à l'infécondabilité post-partum est supérieure en Côte d'Ivoire, traduisant essentiellement la durée d'abstinence plus longue (14,5 mois contre 6,4 mois), et celle due à la contraception est plus intense au Kenya, la prévalence contraceptive plus élevée (32% contre 10%) se conjuguant ici avec une efficacité supérieure des méthodes employées, qui sont modernes à 85% contre seulement 42% en Côte d'Ivoire. Quant à l'effet relatif à la stérilité, il est quasiment nul dans les deux pays. Cette analyse montre que le Kenya est caractéristique de la première phase de transition dans les pays africains où l'impact de la contraception se rapproche peu à peu de celui de l'infécondabilité post-partum dans la réduction de la fécondité, alors que la Côte d'Ivoire demeure encore dans un schéma traditionnel de contrôle de la fécondité avec une nette prédominance de l'inhibition par les comportements post-partum, même si l'influence de la contraception commence à être ressentie.

**Tableau 3 : Effets inhibiteurs de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum et de la stérilité au Kenya et en Côte d'Ivoire\***

	Kenya	Côte d'Ivoire
Indice ajusté de mariage ( $C'_m$ )	0,730	0,740
Naissances mesurées hors union ( $M_0$ )	1,123	1,129
Indice de mariage ( $C_m$ )	0,820 (18,04%)	0,835 (16,49%)
Indice de contraception ( $C_c$ )	0,726 (27,38%)	0,934 (6,55%)
Indice d'infécondabilité post-partum ( $C_i$ )	0,643 (35,74%)	0,562 (43,81%)
Indice de stérilité ( $I_p$ )	1,015 (-1,51%)	0,995 (0,45%)
ISF estimé à partir d'une FC de 15,3	5,9	6,7
Écart ISF estimé - ISF observé	0,5	1,0

\* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse.

Avec ce modèle, l'indice synthétique de fécondité estimé sur la base des effets inhibiteurs, à partir d'une fécondité potentielle de 15,3 enfants, généralement admise en moyenne, est de 5,9 enfants au Kenya et de 6,7 enfants en Côte d'Ivoire, et l'écart avec l'indice synthétique de fécondité observé, qui peut correspondre à l'effet de l'ensemble de tous les facteurs qui n'ont pu être appréciés dans le modèle, est deux fois plus important en Côte d'Ivoire : 1,0 enfant contre 0,5 au Kenya.

## Les déterminants socio-économiques de la fécondité du moment : similitudes et dissemblances

Nous pouvons explorer les déterminants individuels de la fécondité du moment (représentée par le fait d'avoir eu un enfant durant les deux années précédant les enquêtes démographiques et de santé de 1993 au Kenya et de 1994 en Côte d'Ivoire) à partir d'un modèle de régression logistique<sup>7</sup>. Ce modèle intègre des caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes. Le tableau 4 fournit les risques relatifs pour chacune des modalités : ceux supérieurs à 1 sont associés à des modalités qui augmentent les chances d'avoir un enfant, relativement à la modalité de référence, ou relativement à une modalité de la même variable qui a un risque relatif plus faible. Corrélativement les risques relatifs inférieurs à 1 sont associés à des modalités qui diminuent les chances d'avoir un enfant, relativement à la modalité de référence, ou relativement à une modalité de la même variable qui a un risque relatif plus élevé. Plus grand est l'écart entre le risque relatif et l'unité, plus fort est l'effet de la modalité. Le tableau inclut également l'erreur standard (E.S.), qui est une estimation de l'écart-type, et la significativité (Sig.) des paramètres estimés. D'une manière générale, on constate que les modalités d'ordre démographique

7. Pour cette analyse exploratoire, nous avons omis a priori du modèle de régression les variables intermédiaires, dont l'effet a été précédemment étudié, qui nous renseignent seulement sur les mécanismes internes de l'évolution de la fécondité et non sur ses déterminants. Parmi les facteurs démographiques et socio-économiques, le choix des variables retenues dans le modèle final a été fait sur la base du test de vraisemblance, c'est-à-dire en éliminant du modèle le plus général possible, contenant toutes les variables, les variables les moins significatives qui n'améliorent pas la vraisemblance globale du modèle.

(l'âge, la survie des enfants, la co-résidence avec le conjoint, le souhait d'avoir d'autres enfants) ont une significativité supérieure aux modalités de nature socio-économique.

Si l'on considère les variables socio-économiques, au Kenya l'effet de l'instruction, de la femme comme de son conjoint, et celui de l'activité du conjoint ne sont pas significatifs aux seuils généralement admis. Par contre sont significatifs (à un seuil inférieur à 10%) la religion, avec un effet négatif du christianisme et de l'islam vis-à-vis de la religion traditionnelle, le milieu de résidence, avec un effet négatif de la résidence urbaine sur celle en milieu rural, l'occupation de la femme, avec un effet positif du travail manuel et négatif de l'activité dans le commerce et les services vis-à-vis du travail agricole<sup>8</sup>, et du standing de l'habitat, avec un effet négatif des niveaux moyen et haut sur le niveau bas.

Les déterminants sont quelque peu différents en Côte d'Ivoire, ce qui confirme la nature distincte du modèle socio-économique de la transition de la fécondité. La religion de la femme n'a pas d'effet significatif, au contraire de l'instruction. Par rapport à des individus sans instruction, lorsqu'il s'agit de l'instruction de la femme, l'effet est négatif pour l'instruction secondaire (l'instruction primaire a un effet faiblement négatif dont le seuil de significativité est supérieur à 10%) ; lorsqu'il s'agit de l'instruction du conjoint, l'effet est positif si son instruction est de niveau primaire et négatif si elle est de niveau secondaire. L'effet de la résidence est significatif uniquement pour Abidjan avec un effet négatif par rapport au village. Pour ce qui concerne l'occupation de la femme (celle du conjoint est non significative, encore plus nettement qu'au Kenya), on note un effet négatif de l'activité dans le commerce et les services, du travail manuel et de l'activité de ménagère<sup>9</sup> vis-à-vis du travail agricole. Pour le standing de l'habitat, on note seulement un effet significatif, d'ordre positif, du niveau moyen vis-à-vis du niveau bas. Pour résumer, la fécondité semble déterminée au Kenya par la résidence (son milieu et sa qualité), la religion et l'occupation de la femme. En Côte d'Ivoire, l'instruction de la femme et de son conjoint, l'occupation de la femme et, plus faiblement, la résidence sont déterminants.

## Le rôle des caractéristiques du développement et des politiques de population

La transition de la fécondité au Kenya, comme dans les pays similaires du Botswana et du Zimbabwe, se caractérise en premier lieu par une composante centrale, qui fait de la baisse de la fécondité une donnée générale concernant, à un degré plus ou moins fort, l'ensemble des groupes sociaux comme l'ensemble des groupes d'âges, et par l'importance des progrès de la prévalence contraceptive comme facteur de la baisse, caractéristiques qui se trouvent absentes en Côte d'Ivoire. Deux phénomènes nous semblent devoir être avancés pour expliquer ces distinctions : le niveau plus élevé du développement humain et l'existence d'un programme public de planification familiale plus ancien et plus fort au Kenya.

8. En revanche, les modalités « cadre et employé de bureau » et « ménagère » n'ont pas d'effet significatif.

9. Les femmes classées comme ménagères sont le plus souvent des épouses de salariés qui n'exercent pas d'activité, que ce soit de manière indépendante ou comme aide familiale.

**Tableau 4 : Modèle de régression logistique des déterminants de la fécondité du moment au Kenya et en Côte d'Ivoire**

Variables (référence)	Modalités	Kenya			Côte d'Ivoire		
		Risques relatifs	E.S.	Sig.	Risques relatifs	E.S.	Sig.
Religion (traditionnelle)	Christianisme	0,7637	0,1904	*	0,8827	0,1325	—
	Islam	0,7061	0,2348	*	1,0560	0,1332	—
	Sans religion	0,9131	0,4256	—	0,9246	0,1357	—
Milieu de résidence (village)	Autres villes	0,7240	0,1572	**	1,0279	0,0828	—
	Capitale	0,8097	0,1343	*	0,8120	0,1103	*
Age (25-29 ans)	15-19	8,8134	0,2013	***	4,0652	0,1260	***
	20-24	1,8707	0,0923	***	1,2514	0,0835	***
	30-34	0,6092	0,0906	***	0,6502	0,0852	***
	35-39	0,3325	0,1101	***	0,4680	0,1009	***
	40-44	0,1350	0,1362	***	0,2017	0,1308	***
	45-49	0,0484	0,2166	***	0,0599	0,2098	***
Co-résidence avec conjoint (oui)	Non	0,8561	0,0832	*	1,0060	0,0871	—
	Pas de conjoint	1,8388	0,3255	*	1,5655	0,3038	**
Instruction de la femme (non instruite)	Primaire	0,9144	0,0943	—	0,9995	0,0779	—
	Secondaire et plus	0,9307	0,1219	—	0,7956	0,1170	**
Instruction du conjoint (non instruit)	Primaire	1,1205	0,1160	—	1,2495	0,0897	**
	Secondaire et plus	1,0546	0,1334	—	0,9115	0,0984	*
	Pas de conjoint	1,0743	0,2314	—	1,0695	0,1609	—
Occupation de la femme (agricultutrice)	Cadre et employée de bureau	0,9487	0,1568	—	1,4437	0,2557	—
	Commerce et service	0,8174	0,0968	**	0,7694	0,0866	***
	Sans travail	0,5598	0,2806	**	0,9946	0,0911	—
	Ménagère	1,1092	0,1570	—	0,2661	0,3878	***
	Travail manuel	1,1457	0,0786	*	0,6623	0,2206	*
	ND				0,8723	0,6610	—
Occupation du conjoint (agricultuteur)	Cadre et employé de bureau	0,9418	0,1136	—	0,8319	0,1284	—
	Commerce et service	0,8648	0,1039	—	1,1487	0,1055	—
	Travail manuel	0,8977	0,0886	—	1,2591	0,2671	—
	Aide familiale, domestique	0,3818	0,4646	**	6,1367	0,1248	—
	Sans travail	0,8566	0,2560	—	1,1455	0,0968	—
	ND	0,8891	0,2174	—	1,6960	0,2036	***
Enfant décédé (oui)	Non	0,6659	0,0738	***	0,8477	0,0621	***
	Pas d'enfant	0	3,4202	***	0	3,5503	***
Souhait d'autres enfants (oui)	Non	1,1400	0,0768	*	1,5469	0,0845	***
	ND	0,2871	0,3155	***	0,2381	0,2895	***
Standing de l'habitat (bas)	Moyen	0,7434	0,0732	***	1,1714	0,0823	**
	Haut	0,7201	0,1567	**	0,9646	0,1180	—

Significativité : \*\*\* : significatif à 1%; \*\* : significatif à 5%; \* : significatif à 10%; — : non significatif.

## Développement humain et développement monétaire

On relève en effet que le développement du Kenya, s'il se situe à un niveau économique moyen pour l'Afrique sub-saharienne (avec un produit intérieur brut réel par habitant en 1994 de 1 404 \$), se caractérise surtout par un « contenu » social important : ainsi l'indice de développement humain<sup>10</sup>, se situe au niveau élevé de 0,463, contre moins de 0,400 pour beaucoup d'autres pays comme la Côte d'Ivoire avec 0,368 (Tab. 5). Cette qualité sociale du développement réside dans l'amélioration de l'état sanitaire de la population, dans la diffusion de la scolarisation et, tout particulièrement, dans un effort de réduction des inégalités entre les sexes. Ainsi, l'indice sexospécifique du développement humain (ISDH) accentue l'écart entre les deux pays (0,458 contre 0,341) et accorde un meilleur classement au Kenya dans l'ensemble des pays, au contraire par exemple de la Côte d'Ivoire, qui se trouve moins bien située dans l'ISDH que dans l'IDH. La pauvreté sociale, telle que l'on peut l'estimer par l'indicateur de pauvreté humaine (IPH), qui révèle la faible longévité et l'absence d'accès aux infrastructures sanitaires, scolaires et de communication, est nettement moins répandue au Kenya où elle concerne 26% de la population contre 46% en Côte d'Ivoire.

**Tableau 5 : indicateurs du développement au Kenya et en Côte d'Ivoire**

Indicateurs	Kenya	Côte d'Ivoire
Croissance du PNB par habitant 1965-80*	3,0	2,9
Croissance du PNB par habitant 1980-92**	0,2	-4,7
PIB réel par habitant (1)	1404	1668
IDH***	0,463	0,368
ISDH***	0,458	0,341
Différence*** de classement entre ISDH et IDH (2)	2	-2
IPH*** en % (3)	26,1	46,3
Différence*** de classement entre IPH et IDH (4)	14	-8
Coefficient**** de Gini de la répartition du revenu ou de la consommation en % (5)	57,5	36,9
Population vivant dans la pauvreté*** en % (6)	50	18

(1) : Le produit intérieur brut réel par habitant est exprimé en dollars des États-Unis sur la base de la parité de pouvoir d'achat de la monnaie nationale. (2) : un chiffre positif indique que le classement selon l'ISDH, dans les 146 pays où il a pu être calculé, est supérieur à celui selon l'IDH, le chiffre négatif signifie le contraire, le zéro signifiant un classement identique. (3) : La valeur de l'IPH correspond à la proportion de la population souffrant de trois formes de pauvreté humaine (faible longévité, exclusion de l'instruction et déficit des conditions de vie). (4) : Un chiffre positif indique que le classement selon l'IPH, dans les 78 pays où il a pu être calculé, est supérieur à celui selon l'IDH, les chiffres négatifs signifient le contraire. (5) : Le coefficient de Gini mesure l'inégalité dans la distribution des revenus des ménages. Un coefficient égal à zéro décrit une situation d'égalité totale, tandis qu'un coefficient égal à 100% indique une situation d'inégalité totale. (6) : population vivant avec moins de 1 \$ par jour, sur la base de la parité de pouvoir d'achat de la monnaie nationale, durant la période 1989-94.

Sources : \* : [1] ; \*\* : [2] ; \*\*\* : [20] ; \*\*\*\* : [3].

10. L'indice de développement humain (IDH) est un indice composite du niveau moyen d'un pays en terme de potentiel humain élémentaire; il est mesuré à partir de 3 composantes : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de revenu. L'indicateur sexospécifique de développement humain (ISDH) est de même nature que l'IDH mais il tient compte en outre des inégalités entre les hommes et les femmes. L'indicateur de pauvreté (IPH) tente d'appréhender la dégradation de la qualité de vie; il est mesuré à partir des déficits relatifs à différentes composantes : la longévité, l'instruction, l'accès à l'eau et aux services de santé, l'alimentation. Ces trois indicateurs ont été élaborés et sont mis à jour par le PNUD [19 et 20].

La moindre différence entre hommes et femmes et la diffusion plus restreinte de la pauvreté révèlent le caractère plus égalitaire du développement au Kenya au regard de ce qui se passe en Côte d'Ivoire. Cette affirmation doit cependant être nuancée si l'on raisonne en termes strictement économiques : en effet, les inégalités de revenu sont moindres en Côte d'Ivoire, comme on le vérifie avec la comparaison des coefficients de Gini de la distribution des revenus, et la part de la population vivant dans la pauvreté monétaire est également plus faible en Côte d'Ivoire : 18% contre 50% (Tab. 5).

Par conséquent le développement au Kenya se caractérise par une plus grande inégalité des revenus, mais un meilleur accès de tous les groupes de la population aux différentes infrastructures de développement. A l'égalité relative entre hommes et femmes, entre populations aisées et groupes plus démunis, nous pouvons adjoindre une plus grande égalité d'accès à l'éducation, à la santé et à l'information entre populations urbaines et populations rurales, car le développement des campagnes, fondé notamment sur la création d'une classe moyenne de petits propriétaires terriens, semble particulièrement mieux réussi au Kenya et dans les pays proches [6 et 21], que dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest comme en Côte d'Ivoire où les inégalités touchent particulièrement les zones rurales.

## Des calendriers distincts de mise en œuvre des programmes de planification familiale

L'expérience du Kenya, comme celle des pays proches que sont le Botswana et le Zimbabwe, où le programme de planification familiale, datant de 1967, est ancien, même si sa montée en puissance s'est révélée lente et ne s'est véritablement amorcée qu'en 1982, et où 72% des contraceptifs modernes utilisés sont obtenus auprès du secteur gouvernemental, nous enseigne que la mise en œuvre d'un programme public fort de planification familiale est en mesure d'impulser une forte croissance de la prévalence de la contraception moderne et de contribuer à la baisse significative des indices de fécondité. Ce caractère public et national des programmes de planification, par conséquent relativement homogènes sur l'ensemble du territoire, pourrait expliquer, avec la relative égalité d'accès à l'éducation et à la santé, la concrétisation d'une composante centrale par une diffusion et une acceptation relativement rapide et généralisée des méthodes d'espacement des naissances par l'ensemble des milieux géographiques et sociaux.

Par rapport au Kenya, la baisse significative actuelle de la fécondité en Côte d'Ivoire, repose moins sur la progression de la contraception, surtout lorsque l'on considère la seule contraception moderne, et davantage sur le maintien de pratiques traditionnelles d'espacement des naissances et un certain recul de l'âge au premier mariage. 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. Cette situation se rapproche de l'évolution d'un pays situé également en Afrique de l'Ouest comme le Sénégal, où la baisse de la fécondité est cependant moins forte [18], et du début de la transition dans d'autres régions, comme au Nord-Soudan, en Tanzanie et au Swaziland, où l'on constate une baisse initiale dans les jeunes générations et dans les couches urbanisées, grâce notamment à un recul de l'âge au premier mariage [9]. Ceci nous semble correspondre, d'une part, à un modèle de développement social plus égalitaire et, d'autre part, à l'absence de programme national de planification familiale.

Le contexte de politique démographique est en effet radicalement différent en Côte d'Ivoire 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'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) et de diffusion de contraceptifs ont pu se développer jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, dans un climat de populationnisme affirmé et de restriction à ce type d'activités. Depuis cette date, des programmes de planification familiale ont pris leur essor, mais dans des conditions peu favorables à la véritable mise en œuvre d'un programme public fort à l'échelle nationale (activités erratiques des bailleurs de fonds, instabilité des responsables nationaux, etc.), ce qui explique que 70% des moyens contraceptifs modernes soient obtenus auprès du secteur privé. Nul doute qu'avec un tel décalage politique et institutionnel, un tel écart dans l'accès à l'éducation et aux services de santé<sup>11</sup>, les interactions sociales favorables à la diffusion de nouveaux comportements de reproduction, telles qu'elles ont été mises en évidence par J. Bongaarts et S.C. Watkins [4] comme élément essentiel du début de la transition, soient nettement moindres en Côte d'Ivoire qu'au Kenya et contribuent plus faiblement à la connaissance et à la l'adoption des méthodes modernes de planification familiale. Ceci peut expliquer la diffusion moindre, à l'heure actuelle, des pratiques novatrices des instruits vers les analphabètes, des villes vers les campagnes, des épouses de salariés vers les agricultrices, etc., constatée en Côte d'Ivoire.

\*

\* \*

Le début de la transition de la fécondité en Côte d'Ivoire s'opère selon des schémas démographiques et socio-économiques différents de ceux rencontrés au Kenya. En Côte d'Ivoire, la baisse de la fécondité intervient surtout en début et en fin de vie féconde ; elle repose sur un maintien des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances associé à une progression, très inégale selon les groupes, de la pratique contraceptive, et concerne en priorité les populations instruites et urbanisées. Au Kenya, au contraire, la majorité des groupes socio-économiques s'inscrit dans cette transition ; elle concerne tous les âges de la vie féconde, et les progrès de la prévalence contraceptive s'avèrent décisifs. Ces différences de morphologie démographique et sociale de la transition correspondent à des distinctions fortes des modes de développement et des politiques de population.

Ces caractéristiques semblent correspondre, au-delà de ces deux pays très symboliques au regard de l'évolution politique et économique du continent que sont le Kenya et la Côte d'Ivoire, à des éléments que l'on retrouve dans d'autres pays qui leur sont respectivement proches : par exemple le Botswana et le Zimbabwe pour l'un, et le Sénégal pour l'autre. Ces proximités, qui pourraient sans doute être étendues à d'autres pays, devront être confirmées par des analyses ultérieures pour vérifier la pertinence réelle des expériences kenyane et ivoirienne en tant que modèles distinctifs de transition de la fécondité en Afrique sub-saharienne.

11. Ainsi, dans les années 1990, le taux d'analphabétisme des adultes est de 61% en Côte d'Ivoire et de 23% seulement au Kenya, la population privée de service de santé est de 70% en Côte d'Ivoire et de 23% au Kenya.

## Bibliographie

1. BANQUE MONDIALE, 1989, *L'Afrique sub-saharienne. De la crise à la croissance durable*, Washington D.C., 346 p.
2. BANQUE MONDIALE, 1994, *Rapport sur le développement dans le monde 1994*, Washington D.C., 268 p.
3. BANQUE MONDIALE, 1997, *Rapport sur le développement dans le monde 1997*, Washington D.C., 290 p.
4. BONGAARTS J. et WATKINS S.C., 1996, Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions, *Population and Development Review*, Vol. 22, n° 4, p. 639-682.
5. BONGAARTS J., 1978, A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 1, p. 105-131.
6. BRASS W. et JOLLY C.L., Eds., 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
7. CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, The South African Fertility Decline, *Population and Development Review*, Vol. 19, n° 2, p. 225-262.
8. CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O. et CALDWELL P., 1992, Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ?, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 2, p. 211-242.
9. 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., Eds., *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 1-20.
10. DESGRÈES DU LOU A., MSELATTI P., VIHO I. et WELFENS-EKRA C., 1998, *Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ?*, ETS, ORSTOM, Documents de recherche n° 5, Paris, 21 p.
11. FOOTE K.A., HILL K.H. et MARTIN L.G., Eds., 1996, *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, INED-PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 135), Paris, 371 p.
12. 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., Eds., *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, INED-PUF, (Travaux et Documents, Cahier n° 135), Paris, p. 71-117.
13. KIRK D. et PILLET B., 1998, Fertility Levels, Trends, and Differentials in sub-saharan Africa in the 1980s and 1990s, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, n° 1, p. 1-22.
14. LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., 1994, *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 308 p.
15. MHLOYI M., 1994, Fertility Transition in Zimbabwe, in LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 87-104.
16. NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi et Calverton, 278 p.
17. 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.
18. NDIAYE S., DIOUF P.D. et AYAD M., 1994, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*, Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan et Macro International Inc., Dakar et Calverton, 284 p.
19. PNUD, 1995, *Rapport mondial sur le développement humain 1995*, Economica, Paris, 251 p.
20. PNUD, 1997, *Rapport mondial sur le développement humain 1997*, Economica, Paris, 268 p.
21. ROBINSON W.C., 1992, Kenya enters the fertility transition, *Population Studies*, Vol. 46, n° 3, p. 445-457.
22. TABUTIN D., 1997, Les transitions démographiques en Afrique sub-saharienne. Spécificité, changements... et incertitudes, *Communication au Congrès Général de la Population de Beijing*, UIESP, 24 p.



# 11. Mobilité sociale et fécondité à Bamako<sup>1</sup>

Richard Marcoux<sup>2</sup> et Victor Piché<sup>3</sup>

*La plupart des études récentes sur la démographie africaine indique que le déclin de la fécondité semble s'être amorcé dans la plupart des zones urbaines. Ce serait notamment le cas au Mali selon la toute dernière enquête démographique et de santé (EDS) de 1995-96. Les résultats de cette enquête révélaient en effet que l'indice synthétique de fécondité (ISF) à Bamako a diminué au cours des 15 dernières années pour se situer en deçà de 4,7 enfants par femme, creusant un écart d'environ deux enfants avec le milieu rural. Ces résultats sont évidemment liés à des transformations considérables des calendriers matrimoniaux qui ont conduit à un recul de l'âge moyen au mariage à Bamako d'environ sept années depuis le début des années soixante. Deux objectifs sous-tendent ce chapitre. Nous nous proposons dans un premier temps d'évaluer le rôle des changements matrimoniaux sur cette baisse importante de la fécondité. Nous examinerons ainsi la fécondité dite légitime afin de bien circonscrire le rôle que semblent jouer les reports de projets de mariage sur la vie génésique des femmes et sur la descendance atteinte des hommes. Par ailleurs, nous avons pu mettre en relief l'importance des difficultés économiques qui touchent la population bamakoise en général depuis plus d'une vingtaine d'années. Ces difficultés semblent avoir affecté considérablement les perspectives d'emploi et les possibilités d'ascension socio-professionnelle. Est-ce que ce contexte qui, d'après nos résultats, a affecté le calendrier d'entrée en union des hommes et des femmes, pourrait également jouer un rôle important dans les projets d'agrandissement de la famille à Bamako ? Nous appuyant sur la méthodologie que nous avons développée sur la mobilité sociale à Bamako, nous nous proposons d'examiner, dans un deuxième temps, les itinéraires professionnels des populations enquêtées en 1992 en relation avec les histoires génésiques et familiales des individus.*

Les études récentes sur la démographie africaine indiquent que le déclin de la fécondité semble s'être amorcé dans la plupart des zones urbaines. Ce serait notamment le cas au Mali selon la toute dernière enquête démographique et de santé (EDS) de 1995-96. Les résultats de cette enquête révèlent en effet que l'indice synthétique de fécondité (ISF) à Bamako a diminué au cours des 15 dernières années pour se situer à 4,7 enfants par femme, creusant un écart d'environ deux enfants avec le milieu rural. Par ailleurs, nous avons pu mettre en relief l'importance des difficultés économiques qui touchent la population bamakoise en général depuis plus d'une vingtaine d'années. Ces difficultés semblent avoir affecté considérablement les perspectives d'emploi et les possibilités d'ascension socio-professionnelle. Est-ce que ce contexte qui, d'après nos résultats, a affecté le calendrier d'entrée en union des

1. Nous aimerions remercier Lucie Gingras, assistante de recherche au Département de démographie de l'Université de Montréal pour le travail de traitement des données très fastidieux qu'elle a réalisé de même que pour ses commentaires sur une première version de ce texte.

2. Université de Laval, Québec.

3. Université de Montréal.

hommes et des femmes, pourrait également jouer un rôle important dans les projets d'agrandissement de la famille à Bamako ? Nous appuyant sur la méthodologie que nous avons développée sur la mobilité sociale à Bamako [13], nous nous proposons d'examiner, dans ce chapitre les itinéraires professionnels des populations enquêtées en 1992 en relation avec les histoires génésiques et familiales des individus.

Notre exposé se compose de trois parties. Dans un premier temps nous rappelons les principaux éléments de ce modèle qui tente d'inscrire la baisse de la fécondité à travers la crise économique que traversent les sociétés africaines. Dans un deuxième temps nous nous attardons sur les tendances en matière de fécondité en nous appuyant notamment sur les données de la toute récente EDS du Mali (1995-96). Enfin, nous examinons les liens entre fécondité et trajectoire socio-professionnelle des Bamakois et Bamakoises à partir des données d'une enquête biographique que nous avons menée en 1992 dans la capitale.

## La transition de fécondité de crise

Comme nous le rappelions dans un texte précédent [13], certains auteurs ont avancé l'idée que les difficultés économiques pourraient conduire à des changements importants dans les comportements démographiques des populations africaines, favorisant plus précisément une inflexion de la fécondité [2, 4 et 11]. R. Lesthaeghe [10 : 478] a d'ailleurs proposé le concept de « transition de crise » (*crisis-led transition*) : « L'hypothèse d'une transition de crise s'appuie clairement sur l'argument des aspirations déçues causées par l'augmentation des coûts de l'éducation d'un enfant, la réduction présumée de l'utilité des enfants scolarisés, et le déclin des perspectives d'avenir pour les adultes en général<sup>4</sup> ».

E. Boserup [3 : 39] nous propose sensiblement le même modèle pour comprendre l'évolution anticipée de la fécondité en Afrique : « Avant la crise, les attentes plutôt optimistes des parents vivant en milieu urbain concernant le futur de leurs enfants contribuaient à maintenir la fécondité élevée, mais quand sont combinées une réduction des revenus et des possibilités d'emploi de ces parents à une baisse de confiance dans l'avenir de leurs enfants, de plus en plus de parents citadins peuvent devenir enclins à prendre des mesures conduisant à une réduction de la fécondité. D'ailleurs, les mauvaises conditions du marché du travail urbain pour les jeunes migrants qui partent du milieu rural pour se rendre en milieu urbain peuvent avoir des effets semblables pour certains parents vivant en milieu rural<sup>5</sup> ».

À l'échelle micro, on peut facilement comprendre les raisons objectives conduisant au report des projets d'agrandissement de la famille proposés par ce que l'on pourrait nommer les tenants de la « transition de crise ». Le contexte global à l'intérieur duquel s'inscrivent ces décisions individuelles ou familiales peut par contre avoir des effets indirects inverses sur la fécondité. Par exemple, la crise économique et les programmes d'ajustement structurel ont conduit à une baisse importante du pouvoir d'achat des ménages au Mali [13] comme dans de nombreux autres pays d'Afrique. Les licenciements, les dévaluations des monnaies<sup>6</sup>, les privatisations de nombreuses sociétés d'État ont conduit un nombre important d'individus au chô-

4. Traduction des auteurs.

5. Traduction des auteurs.

6. Soulignons que le Mali a connu deux dévaluations de sa monnaie : la première en 1984 a conduit au passage du franc malien au franc CFA alors que la seconde, en 1994, a concerné tous les pays de la zone CFA.

mage [5]. A une échelle plus large, ces actions ont également eu pour effet de diminuer la quantité et/ou la qualité de nombreux services (éducation, santé, etc.). Est-ce que l'accessibilité aux moyens contraceptifs et aux services de santé et de planification familiale est devenue plus difficile ? Si tel fut le cas, on peut dès lors croire que des forces opposées sont intervenues en matière de fécondité. D'un côté, les difficultés individuelles liées à une précarisation des conditions de vie pourraient bien avoir pour effet de reconduire certaines naissances désirées. D'un autre côté, à une échelle plus large, une diminution des moyens et des services susceptibles de mettre à exécution les actions permettant ces reports pourrait avoir semé certaines embûches aux parents désirant réduire leur fécondité. T. Locoh et Y. Makdessi écrivaient récemment [11 : 3] que « (...) les crises des économies africaines incitent probablement une partie de la population (celle des salariés des villes) à réduire leurs descendance mais elles compromettent directement la poursuite des progrès antérieurs en matière de scolarisation et de promotion de la santé, deux secteurs clés d'une évolution de la demande d'enfants et d'une meilleure régulation de la fécondité. (...) Dans un tel contexte, on pourrait voir s'accroître les différences entre milieux urbains et ruraux. En ville, il semble bien qu'un nombre croissant de familles pratiquent la planification des naissances, sous une forme ou sous une autre ».

La ville représente donc le lieu par excellence où devrait se produire cette transition de crise. Les écarts en termes de services entre les milieux urbains et ruraux ont par ailleurs plusieurs fois été soulignés. Les villes disposent de services en matière de santé et d'éducation plus importants qu'en zone rurale. Le contexte d'offre globale de services y est donc nettement supérieur. Par ailleurs, la crise économique semble avoir touché davantage la ville que la campagne et le Mali n'apparaît pas faire exception à cette règle [17 et 18]. Une ville comme Bamako représente donc un terrain idéal pour tester ce modèle de transition de crise. Mais avant de se pencher sur ce modèle, examinons d'abord les tendances en matière de fécondité.

## La fécondité

Les données des deux EDS du Mali (1987 et 1995/96) nous permettent d'obtenir un profil assez complet des tendances récentes en matière de fécondité. Le tableau 1 présente quelques indicateurs obtenus à partir des données publiées de ces deux EDS. Dès le milieu des années quatre-vingt, l'écart entre les ISF du milieu urbain et du milieu rural était de l'ordre d'environ un enfant par femme. L'écart s'est creusé davantage suite à une légère augmentation de la fécondité en zone rurale et une baisse de 0,7 enfants dans le milieu urbain. Les indices rétrospectifs (descendance atteinte) pour les plus vieilles générations de femmes interrogées lors de chacune des deux enquêtes révèlent que les indices du moment pourraient notamment présenter des biais de calendrier. En effet, les indicateurs de descendance atteinte laissent croire que la fécondité serait nettement plus élevée que ce que l'on aurait estimé. Les écarts entre les milieux, qui étaient pratiquement nuls en 1986, deviennent assez importants en 1995. Les tendances sont également opposées : alors que l'on aurait assisté à une augmentation de la fécondité en zone rurale (7,1 à 7,8), on observe une baisse importante à Bamako (7,3 à 6,6). L'évolution de la fécondité à Bamako à l'intérieur de ces tendances générales semble donc conforme au modèle de fécondité de crise. En effet, alors qu'il y a soit maintien soit augmentation de la fécondité à l'extérieur de la capitale, les Bamakoises auraient pour leur part réduit leur fécondité.

**Tableau 1 : Indices synthétiques de fécondité (ISF) (1) et descendance atteinte à 40-49 ans selon le milieu de résidence, 1984-96**

	ISF 1984-86	ISF 1993-95	Descendance atteinte à 40-49 ans 1987	Descendance atteinte à 40-49 ans 1995-96
Bamako	5,4	4,7	7,3	6,6
Milieu urbain (2)	6,1	5,4	7,1	7,1
Milieu rural	7,0	7,2	7,1	7,8
Ensemble du Mali	6,7	6,6	7,1	7,6

(1) : ISF calculés sur la population de 15-49 ans (sur 3 années). (2) : Le milieu urbain comprend Bamako.

Sources : Données publiées des deux EDS du Mali, 1986 et 1995-96.

Les fluctuations de la fécondité sont rendues possibles à travers ce qu'il est convenu d'appeler les variables intermédiaires dont K. Davis et J. Blake [7] ont été les premiers à parler. Il est intéressant de noter que les tendances inverses de certains indicateurs contribuent à annuler les effets sur la fécondité. Par exemple, bien que l'aménorrhée post-partum soit plus courte d'un mois en milieu urbain qu'en milieu rural, l'abstinence post-partum y est plus élevée d'un mois dans les villes. Autre exemple, alors que les taux d'avortement - très peu déclarés - sont légèrement supérieurs en milieu urbain, le pourcentage de femmes ayant fait une fausse couche y est moins important. Les pratiques d'allaitement, qui représentent l'un des paramètres clés de la fécondabilité dans les sociétés dites traditionnelles, ne semblent pas se différencier de façon significative en milieu urbain : la durée médiane d'allaitement y est de 21 mois comparativement à 22 mois en milieu rural.

Deux paramètres méritent toutefois une attention particulière, la contraception et le mariage. Selon les données des EDS, on aurait assisté à une augmentation importante des connaissances en matière de contraception de 1987 à 1995. En effet, 68% des femmes et 86% des hommes déclaraient en 1995 connaître au moins une méthode contraceptive (65% des femmes et 84% des hommes déclarant connaître une méthode dite moderne). Ces proportions n'étaient en 1987 que de 43% chez les femmes et de 65% chez les hommes (respectivement 28% et 54% en ce qui a trait aux méthodes dites modernes). Les différences entre zones urbaines et rurales doivent par ailleurs être soulignées. A Bamako, au milieu des années quatre-vingt-dix, plus de 97% des hommes et des femmes en union connaissent au moins une méthode contraceptive moderne alors qu'en zone rurale ces proportions descendent à 57% chez les femmes et à 82% chez les hommes. En 1987, ces proportions étaient d'environ 75% chez les Bamakois(es) alors qu'elles atteignaient à peine 19% chez les femmes du milieu rural et 63% chez les hommes. On peut donc dire que les nombreuses campagnes d'information en matière de planification familiale ont permis d'élargir considérablement les connaissances en matière de contraception. A Bamako, on peut même considérer que l'ensemble de la population connaît au moins une méthode moderne.

Les taux de prévalence contraceptive (proportion utilisant une méthode au moment de l'enquête) demeurent toutefois très faibles pour l'ensemble du Mali : 8% chez les femmes et 18% chez les hommes en 1995, alors que ces proportions étaient d'un peu moins de 5% chez les femmes et près de 4% chez les hommes en 1987. La prévalen-

ce contraceptive, nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes en 1995, s'explique notamment par une augmentation importante de l'utilisation du condom (moins de 1% en 1987 comparativement à 8% en 1995). Il est à souligner qu'en 1995, la prévalence contraceptive était plus élevée parmi l'ensemble des femmes qui n'étaient pas en union (15%) que chez les seules femmes en union (6,7%), ce qui, selon les auteurs du rapport de l'EDS-1995, est contraire à ce que l'on observe ailleurs.

A Bamako, bien que pratiquement tous les individus mariés connaissent une méthode contraceptive, environ le quart en utilise une au moment de l'enquête de 1995 : la prévalence contraceptive chez les personnes en union à Bamako est de 23% chez les femmes et de 29,5% chez les hommes. Comment expliquer ce faible niveau ? S'agit-il d'un problème d'accessibilité des services de contraception ? Pour l'ensemble du Mali, parmi les hommes et les femmes qui n'utilisent pas la contraception et n'ont pas l'intention de l'utiliser, 0,1% donne comme raison la difficulté à obtenir les produits, 0,1% le prix des contraceptifs et moins de 7% le fait qu'ils ne savent pas où se procurer les dits contraceptifs. Pour Bamako, on peut sûrement affirmer que les raisons de la non-utilisation de la contraception doivent être trouvées ailleurs que dans l'offre de service ou dans le manque d'informations.

Concernant cette fois la nuptialité, on dispose depuis le début des années soixante d'importantes données provenant d'une série d'opérations de collecte nous permettant d'examiner les changements qui se sont opérés dans les modèles matrimoniaux [12 et 14]. L'utilisation de techniques indirectes sur les données de recensements et d'enquêtes qui se sont déroulées sur le territoire malien nous permet d'examiner l'évolution de l'âge au mariage au cours des trente années qui ont suivi l'Indépendance. Pour l'ensemble du pays, l'âge moyen au premier mariage (AMPM) a connu un recul de deux ans chez les hommes et de 2,5 ans chez les femmes. Cette augmentation cache toutefois des disparités importantes selon le milieu de résidence. En effet, alors que les changements sont très peu importants en milieu rural, l'âge moyen au mariage à Bamako est passé de 28 à 33 ans pour les hommes et de 16, 7 ans à 23, 4 ans chez les femmes de 1960 à la fin des années quatre-vingt.

L'enquête menée à Bamako est venue confirmer ces tendances obtenues à partir de méthodes indirectes<sup>7</sup>. En effet, en exploitant les données rétrospectives obtenues sur les biographies matrimoniales, nous avons pu évaluer que l'âge médian au mariage des Bamakois est passé de 26 ans pour les générations 1937-46 à 33 ans pour les générations 1957-66 et de 15 à 21 ans chez les Bamakoises [15]. Il s'agit donc d'un recul très important de l'âge au mariage et ce, en l'espace de moins de trente ans. Comme le confirment les résultats de la dernière EDS du Mali, ces transformations du calendrier d'entrée en union à Bamako, conjuguées au maintien du calendrier matrimonial en zones rurales, ont évidemment creusé un écart d'âge au mariage très important entre Bamako et les zones rurales. Dans un contexte où le mariage joue un rôle crucial dans l'établissement d'une famille, on devrait s'attendre à ce que

7. Il est important de rappeler que ces estimations s'appuient sur une méthode dite indirecte développée par Hajnal à partir des proportions de célibataires. Cette méthode repose notamment sur deux hypothèses : 1) indépendance entre nuptialité et mortalité; 2) indépendance entre nuptialité et migration. La deuxième hypothèse pose des problèmes importants dans un contexte de forte urbanisation comme ce fut le cas à Bamako au cours de la période étudiée. Il s'avérait donc essentiel de tenter de valider les résultats obtenus par cette méthode indirecte à partir cette fois de méthodes directes en s'appuyant sur les données rétrospectives [12].

ce recul de l'âge d'entrée en union affecte du coup la fécondité des populations bamakoises.

## Itinéraires socio-professionnels et fécondité

Notre objectif ici est d'examiner les liens entre la mobilité socio-professionnelle et la fécondité. Nous avons déjà pu mettre en relief les différences dans les processus d'insertion dans l'emploi selon les générations [16]. Il apparaissait clairement que les jeunes générations présentaient d'importantes difficultés à accéder à un premier emploi comme salarié dans le secteur formel ou même à leur compte dans le secteur informel. En utilisant une typologie hiérarchique des activités socio-professionnelles déclarées au cours de la vie des personnes enquêtées en 1992, nous pouvons rendre compte des trajectoires de travail des individus<sup>8</sup>. Aux neuf classes socio-professionnelles retenues<sup>9</sup>, nous avons ajouté trois autres catégories : le non-emploi (qui comprend essentiellement les périodes de chômage et de recherche d'emploi), les périodes d'études et, pour les femmes, les périodes « au foyer »<sup>10</sup>. Puisque l'information est collectée de façon rétrospective, il devient possible d'examiner les trajectoires d'activités selon qu'elles entraînent une élévation dans notre échelle socio-professionnelle ou encore une mobilité descendante. Les individus qui conservent le même emploi ou qui connaissent des changements d'emplois qui n'entraînent pas de modifications sur notre échelle sont qualifiés de non mobiles. Ce cas de figure servira de catégorie de référence pour l'analyse de la mobilité socio-professionnelle des hommes.

Quant aux femmes, il apparaît important de distinguer les périodes d'inactivité socio-professionnelle des périodes dites « au foyer »<sup>11</sup>. De nombreuses études révèlent en effet que ces périodes « au foyer » sont largement occupées par les travaux domestiques et ménagers qui empêchent toute participation aux activités dans la sphère de la production économique. Nous avons donc scindé le statut de non mobile en deux en distinguant les trajectoires qui s'inscrivent essentiellement en une suite de périodes au foyer<sup>12</sup>. Nous avons également distingué les trajectoires qui conduisent au passage d'une période d'activité donnée sur le marché du travail vers une période au foyer et ce, afin de ne pas les confondre avec la mobilité descendante : les périodes de « retour » au foyer peuvent en effet simplement s'inscrire dans les trajectoires familiales (mariages et grossesses) que nous tentons justement de comprendre.

8. Il importe de préciser qu'il s'agit d'emplois dont la durée était de six mois ou plus. Cette limitation, presque nécessaire dans le cadre d'une enquête rétrospective, peut conduire à sous-estimer le travail des jeunes et des femmes qui est souvent de courtes durées.

9. 1) professionnels et cadres; 2) petits et grands employeurs; 3) employés non manuels et qualifiés; 4) indépendants avec aide (rémunérés ou non); 5) petits indépendants; 6) artisans; 7) ouvriers non qualifiés; 8) apprentis qualifiés; 9) apprentis non qualifiés.

10. Cette typologie s'appuie sur les travaux de R. Erikson et J. Golthorpe [9]. Elle a évidemment été adaptée au contexte malien et a été validée avec un certain nombre de variables économiques disponibles dans l'enquête : revenu (pour les salariés), taux de propriété et indice de richesse (basé sur les conditions d'habitation).

11. Soulignons que pour nos trois générations, les périodes sur le marché du travail (formel et informel) représentent environ 40% de l'ensemble des périodes déclarées entre le 12<sup>ème</sup> et le 30<sup>ème</sup> anniversaire des femmes et ce, indépendamment de la cohorte. La génération la plus âgée se distingue avec seulement 7% de périodes aux études comparativement à 23% pour les deux autres et avec plus de 53% de périodes au foyer comparativement à environ 37% pour les deux autres.

12. Par exemple, certaines femmes passent du statut de ménagère célibataire dans le ménage de leur famille biologique à ménagère mariée dans le nouveau ménage qu'elles pourront fonder suite au mariage.

Nous avons choisi d'étudier la fécondité de rang un à trois et ce, en utilisant le modèle semi-paramétrique de D.R. Cox [1 et 6]. Ce modèle permet de mesurer l'effet des différentes variables sur la probabilité mensuelle de connaître l'événement qui nous intéresse ici. Le risque que nous étudions est donc celui lié à une naissance d'un rang donné en examinant l'effet que peuvent avoir différentes variables ; certaines étant des variables fixes (génération, ethnie), d'autres variant dans le temps, c'est-à-dire des caractéristiques qui pourront connaître des modifications au cours de la vie d'un individu (mobilité, éducation, état matrimonial, etc.). Les populations étudiées ici (populations soumises aux risques) se composent d'une part des femmes qui étaient présentes à Bamako à l'âge de 12 ans et, d'autre part, des hommes qui eux étaient présents à Bamako à l'âge de 18 ans. Il s'agit en quelque sorte des bornes d'âge inférieures que nous avons fixées pour l'étude de la fécondité. L'enquête que nous avons menée en 1992 repose sur un échantillon stratifié qui distingue trois cohortes d'individus : ceux qui étaient âgés de 45-54 ans (cohorte de naissance de 1937-1946), ceux âgés de 35-44 ans (cohorte 1947-1956) et les plus jeunes âgés de 25 à 34 ans (cohorte 1957-1966). Ce type d'échantillon nous permet d'examiner les cursus spécifiques à chacune de ces générations.

Nous examinerons d'abord les résultats obtenus auprès de la population féminine pour ensuite nous attarder à la vie parentale des hommes. Compte tenu de l'espace limité dont nous disposons, nous n'avons sélectionné que quelques résultats qui illustrent bien les tendances que nous pouvons observer. Ainsi, les liens entre mobilité socio-professionnelle et les naissances de rang un à trois seront examinées pour les femmes alors que pour les hommes, nous nous limiterons aux naissances de rangs un et trois. Les tableaux se présentent tous sensiblement de la même façon. Pour chaque rang de naissance, nous retenons un premier modèle où seules les variables de génération, de résidence à Bamako et de mobilité sont présentes, ce qui nous permet d'examiner l'effet brut de ces variables. Un autre modèle (modèle complet), où nous avons intégré l'ensemble des variables qui nous semblaient pertinentes, nous permet en quelque sorte d'isoler l'effet net de nos variables de mobilité socio-professionnelle après avoir contrôlé l'effet de quelques caractéristiques démographiques, de l'éducation et de l'ethnie. Dans certains tableaux nous présentons un modèle intermédiaire comprenant l'ensemble des variables en omettant cette fois les variables de mobilité sur le marché du travail .

Le tableau 2 concerne les femmes et présente les résultats pour la première naissance selon les trois modèles. On le voit, l'effet de génération est très significatif et nous permet de rendre compte d'une sorte de continuum d'une génération à l'autre : les deux plus jeunes générations ayant retardé l'arrivée de cette première naissance, la plus jeune l'ayant fait davantage que la génération intermédiaire. Le fait de se maintenir en emploi sans toutefois connaître de mobilité semble par ailleurs conduire les femmes à retarder l'arrivée de ce premier enfant alors que les femmes qui connaissent une mobilité ascendante ou descendante ne se comportent pas significativement différemment des femmes au foyer. Ce dernier résultat peu paraître surprenant et nous y reviendrons. Celles qui arrêtent leurs activités professionnelles et qui connaissent une période au foyer ont une probabilité plus élevée de connaître une grossesse que celles qui n'ont jamais connu d'autres activités que celle de ménagère. On peut croire qu'il s'agit ici d'un effet d'anticipation, cette première naissance étant souvent la confirmation d'un mariage réussi.

**Tableau 2 : Coefficients du modèle semi-paramétrique (Cox) associés à une première naissance chez les femmes présentes à 12 ans à Bamako (modèles avec la mobilité professionnelle)**

Variable	Modalité	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
		Coefficient	P > z	Coefficient	P > z	Coefficient	P > z
Génération (45-54 ans)	35-44 ans	-0,271	0,043	0,084	0,549	0,116	0,409
	25-34 ans	-0,571	0,000	0,064	0,655	0,076	0,597
Lieu (hors Bamako)*	A bamako	-0,303	0,083	0,191	0,286	0,258	0,153
Mobilité (non mobile - au foyer)*	Non mobile - emploi	-0,889	0,000			0,008	0,960
	Ascendante	-0,138	0,376	—	—	0,448	0,012
	Descendante	-0,480	0,136			0,441	0,201
	Vers foyer	0,531	0,000			0,423	0,030
Age au premier mariage (15-19 ans)*	Avant 15 ans			0,195	0,206	0,233	0,140
	20-24 ans	—	—	0,303	0,132	0,323	0,113
	25 ans et +			0,009	0,985	0,033	0,942
En union (non)*	Oui	—	—	2,141	0,000	2,051	0,000
Éducation (aucune)*	Primaire	—	—	0,203	0,112	-0,076	0,645
	Secondaire et +			0,193	0,254	0,044	0,814
Ethnie (bambara)	Malinké			-0,094	0,543	-0,095	0,541
	Peul			0,241	0,149	0,305	0,071
	Soninké	—	—	-0,090	0,610	-0,030	0,867
	Autre			0,181	0,189	0,216	0,121
-2 X log - likelihood =		4074,114		3809,848		3788,740	
N à risque = 443							
Événements = 393							

Notes : \* : indique une variable qui varie dans le temps. Les variables de mobilité professionnelle sont significative au seuil de 0,000. \*\* : « maximum de vraisemblance » qui indique la capacité prédictive statistique de l'ensemble de variables incluses dans chacun des modèles. Source : Enquête Immus-Bamako, 1992.

Le modèle 2 rend compte cette fois du rôle de la nuptialité qui fait disparaître les différences significatives entre les générations. En d'autres termes, les différences observées entre les générations en ce qui concerne la natalité de rang un s'expliquent en grande partie par un calendrier différent d'entrée en union. Dans un contexte où c'est le mariage qui autorise la conception et où par ailleurs cette conception est l'un des principaux marqueurs d'un mariage réussi, ce résultat n'est pas étonnant. Le modèle complet (Modèle 3) nous permet de voir que l'effet de génération n'est toujours pas significatif, alors que la mobilité ascendante a un effet positif sur la probabilité d'avoir une première naissance et ce, après avoir contrôlé pour l'ensemble des variables retenues. Nous avons déjà pu observer un effet similaire de la mobilité ascendante des femmes sur l'entrée en union [13]. Le coefficient particulièrement élevé sur la variable « en union » nous permet de confirmer à nouveau le rôle particulièrement important que joue le mariage dans l'arrivée du premier enfant.

Le tableau 3 présente les résultats de deux modèles sur les naissances de rang deux et sur les naissances de rang trois. On le voit à nouveau, la prise en compte des variables de nuptialité vient rendre non significatifs les effets de génération qui sem-

blaient importants initialement, que ce soit pour les naissances de rang deux ou de rang trois. Les variables démographiques semblent jouer à nouveau un rôle très important. On pense d'abord à l'âge au mariage et au fait de se maintenir en union, deux variables qui présentent des coefficients fortement significatifs. Il en est de même de la survie des enfants précédents : leurs décès provoquent une forte augmentation de la probabilité de naissance de rang deux ou trois. La mobilité ascendante des femmes joue à nouveau de façon significative en accélérant l'arrivée d'une deuxième naissance mais de façon non significative pour les naissances de rang 3.

Nous avons également produit une série d'analyses en remplaçant cette fois notre variable de mobilité par celle à partir de laquelle elle est construite, à savoir les classes socio-professionnelles (Tab. 4). On peut constater que les coefficients des catégories de chômeuses et d'étudiantes sont négatifs et très significatifs et le demeurent après avoir retenu l'ensemble des variables (Modèle 3). On peut donc croire ici que les itinéraires qui conduisent à une sortie des études ou du chômage vers un emploi contribuent largement à faire en sorte que la mobilité ascendante est associée à une accélération de l'arrivée de l'enfant de rang deux. Il importe également de souligner que les périodes au foyer ne sont nullement associées significativement à une augmentation des risques d'une naissance de rang 2 par rapport à notre catégorie de référence (non manuelles et qualifiées) qui regroupe l'essentiel des femmes salariées du secteur moderne. A nouveau, les variables démographiques apparaissent comme étant très déterminantes de cet élargissement de la famille : l'âge au mariage et le maintien en union de même que le décès du premier enfant.

Examinons maintenant les résultats obtenus pour les hommes qui, comme nous le soulignons précédemment, ont connu des difficultés importantes d'insertion sur le marché du travail au cours des dernières années<sup>13</sup>. Le tableau 5 présente deux modèles pour chacun des rangs de naissance 1 et 3. Notre variable de mobilité indique qu'une ascension dans notre échelle socio-professionnelle participe à une accélération de l'arrivée du premier enfant selon le modèle 1. Cette relation ne devient toutefois plus significative par la suite. A nouveau, l'ajout des variables démographiques vient faire disparaître le caractère significatif des coefficients obtenus dans le modèle 1 de chacun des rangs de naissance étudiés ici. Les itinéraires professionnels des hommes sembleraient n'avoir aucun effet significatif sur leur descendance, du moins pour les naissances des trois premiers rangs. Il est par ailleurs à noter que si le fait de ne pas se maintenir en union retarde l'arrivée du premier ou du troisième enfant, le fait d'être en union polygame ne permet d'accélérer de façon significative que l'arrivée du premier, alors que cet état matrimonial n'aurait aucun effet significatif sur l'arrivée du troisième enfant.

Le tableau 6 présente les coefficients concernant l'arrivée d'un troisième enfant pour les hommes, mais cette fois sur la base des catégories socio-professionnelles plutôt que sur la mobilité. A nouveau, les différences entre la génération la plus vieille et la plus jeune deviennent non significatives une fois que les variables démographiques — et plus particulièrement celles portant sur la nuptialité — sont intégrées au modèle (Modèle 2). Seule le statut « Étudiants » semble ralentir de façon signifi-

13. Précisons que nos données révèlent que les plus jeunes générations ont effectivement été davantage confrontées à des problèmes d'insertion sur le marché du travail. Avant l'âge de 30 ans, seulement 9% des périodes déclarées des hommes de la plus vieille génération sont des périodes de chômage alors qu'elles comptent pour 23% des périodes connues avant 30 ans par la plus jeune génération.

cative l'arrivée de ce troisième enfant mais ce résultat devient statistiquement non significatif dans le modèle complet. On peut croire à nouveau que ce statut a pour effet de ralentir les projets de mariage et, du coup, la descendance qui s'en suit, ce qui expliquerait l'élimination de l'effet une fois que nous contrôlons pour l'âge au mariage.

**Tableau 3 : Coefficients du modèle semi-paramétrique (Cox) associés à une deuxième naissance et à une troisième naissance chez les femmes présentes à 12 ans à Bamako (modèles avec la mobilité professionnelle)**

Variable	Modalité	Deuxième naissance				Troisième naissance			
		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
		Coef.	P > z	Coef.	P > z	Coef.	P > z	Coef.	P > z
Génération (45-54 ans)	35-44 ans	-0,339	0,012	0,065	0,650	-0,398	0,004	-0,075	0,622
	25-34 ans	-0,632	0,000	0,062	0,680	-0,827	0,000	-0,226	0,181
Lieu (hors Bamako)*	A Bamako	-0,115	0,511	0,258	0,150	-0,200	0,274	0,007	0,972
Mobilité (non mobile - au foyer)*	Non mobile - en emploi	-0,923	0,000	0,118	0,510	-0,720	0,000	0,022	0,910
	Ascendante	-0,122	0,393	0,443	0,005	-0,288	0,064	0,046	0,798
	Descendante	-1,359	0,001	-0,241	0,587	-1,314	0,005	-0,222	0,646
	Vers foyer	0,300	0,057	0,200	0,304	0,200	0,216	-0,165	0,396
Age au 1er mariage (15-19 ans)*	Avant 15 ans			0,560	0,000			0,379	0,017
	20-24 ans			0,104	0,561			-0,359	0,048
	25 ans et +			0,102	0,730			-0,034	0,917
En union (non)*	Oui			2,377	0,000			2,999	0,000
Éducation (aucune)*	Primaire			0,194	0,250			0,266	0,126
	Secondaire et +			-0,094	0,640			-0,156	0,499
Ethnie (bambara)	Malinké			0,186	0,256			0,287	0,107
	Peul			0,415	0,017			0,405	0,036
	Soninké			-0,034	0,859			-0,059	0,787
	Autre			0,373	0,011			0,397	0,014
Décès de l'enfant précédent (non)	Oui			0,985	0,000				
Décès enfant(s) précédent(s) (aucun décès)*	Du 1er enfant							-0,201	0,441
	Du 2ème enfant							1,554	0,000
	Des 2 enfants							1,676	0,000
Intervalle entre la 1ère et la 2ème naissance* (24 mois et +)	Moins de 24 mois							1,362	0,000
-2 X log-likelihood =		3796,366		3511,904		3490,550		2926,076	
N à risque = 447									
Événements = 361									

Notes : \* : indique une variable qui varie dans le temps. Les variables de mobilité professionnelles sont significatives au seuil de 0,000 dans le modèle 2 et au seuil de 0,009 dans le modèle 4. Source : Enquête Immus-Bamako, 1992.

**Tableau 4 : Risques associés à une deuxième naissance chez les femmes présentes à 12 ans à Bamako (modèles avec classes socio-professionnelles)**

Variable	Modalité	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
		Coef.	P > z	Coef.	P > z	Coef.	P > z
Génération (45-54 ans)	35-44 ans	-0,148	0,265	0,057	0,686	0,084	0,555
	25-34 ans	-0,437	0,001	0,060	0,690	0,129	0,389
Lieu (hors Bamako)*	A Bamako	-0,509	0,738	0,278	0,120	0,286	0,110
Classes socio- professionnelles* (non manuelles et qualifiées)	Employeurs, professionnels et cadres	0,445	0,169			0,454	0,176
	Indépendantes et artisanes	0,296	0,236			-0,072	0,802
	Non qualifiée et apprenties	-0,516	0,217			-0,149	0,732
	En non emploi	-1,396	0,000			-1,108	0,009
	Étudiantes	-1,456	0,000			-0,768	0,031
	Au foyer	0,366	0,112			-0,381	0,153
Age au premier mariage (15-19 ans)*	Avant 15 ans			0,545	0,000	0,578	0,000
	20-24 ans			0,096	0,586	0,139	0,433
	25 ans et +			0,133	0,654	0,152	0,614
En union (non)*	Oui			2,380	0,000	2,254	0,000
Décès de l'enfant précédent (non)*	Oui			1,018	0,000	1,044	0,000
Éducation (aucune)*	Primaire			0,341	0,012	0,322	0,022
	Secondaire et +			0,038	0,836	-0,070	0,769
Ethnie (bambara)	Malinké			0,206	0,204	0,192	0,242
	Peul			0,450	0,009	0,434	0,012
	Soninké			-0,044	0,819	-0,042	0,827
	Autre			0,350	0,016	0,363	0,013
-2 X log likelihood =		3766,81		3511,90		3488,01	
N à risques = 447							
Événements = 361							

Notes : \* : indique une variable qui varie dans le temps. Les variables de classe socio-professionnelle sont significatives au seuil de 0,000. Source : Enquête Immus-Bamako., 1992.

\*

\* \*

Les toutes dernières informations sur la démographie en Afrique permettent difficilement d'affirmer que ce continent a amorcé une baisse généralisée de sa fécondité. On y observe en effet des tendances fort variées : maintien de niveaux relativement élevés dans les zones rurales, notamment en Afrique de l'Ouest, augmentation de la fécondité permise par un recul de l'infertilité (Afrique centrale et des Grands Lacs, notamment) et enfin, déclin de la fécondité qui semble bien amorcé, plus particulièrement dans de nombreuses zones urbaines. Ce serait notamment le cas au Mali et plus précisément dans sa capitale, comme en font foi les toutes dernières données de l'EDS de 1995/96.

**Tableau 5 : Coefficients des modèles semi-paramétriques (Cox) associés à une première naissance et à une deuxième naissance chez les hommes présents à 18 ans à Bamako (modèles avec la mobilité professionnelle)**

Variable	Modalité	Première naissance				Deuxième naissance			
		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
		Coefficient	P > z	Coefficient	P > z	Coefficient	P > z	Coefficient	P > z
Génération (45-54 ans)	35-44 ans	-0,205	0,169	0,061	0,696	-0,114	0,500	0,051	0,781
	25-34 ans	-0,498	0,002	0,008	0,964	-0,844	0,002	-0,165	0,557
Lieu (hors Bamako)*	A Bamako	-0,189	0,264	-0,183	0,294	-0,200	0,333	-0,181	0,408
Mobilité (non mobile)*	Ascendante	0,435	0,002	0,170	0,262	0,101	0,575	-0,256	0,189
	Descendante	0,168	0,452	0,264	0,248	0,117	0,659	-0,065	0,817
Age au 1er mariage (15-19 ans)*	Avant 25 ans			-0,241	0,256			0,302	0,136
	30 ans et +			0,014	0,964			-0,508	0,041
En union (mono-game)*	Hors union			-2,530	0,000			-2,987	0,000
	Polygame			0,696	0,087			0,322	0,308
Éducation (aucune)*	Primaire			0,185	0,243			0,376	0,077
	Secondaire et +			0,228	0,162			0,424	0,046
Ethnie (bambara)	Malinké			0,161	0,376			0,123	0,582
	Peul			0,104	0,617			-0,050	0,858
	Soninké			0,155	0,460			0,161	0,558
	Autre			-0,350	0,038			-0,143	0,520
-2 X log-likelihood =		2853,708	2552,712	1726,44	1527,748				
		N à risque = 416				N à risque = 416			
		Événements = 281				Événements = 176			

Notes : \* : indique une variable qui varie dans le temps. Les variables de mobilité professionnelle sont significatives au seuil de 0,000. Source : Enquête Immus-Bamako, 1992.

Comment alors expliquer ce déclin de la fécondité urbaine qui semble par ailleurs être fortement attendu (souhaité ?) par certains observateurs ? L'hypothèse de la transition de crise pourrait s'avérer être un modèle explicatif particulièrement intéressant. En effet, dans un contexte d'appauvrissement individuel et familial lié à des difficultés économiques majeures que traversent la plupart des pays africains, ne serait-il pas logique que les individus reportent sine die leur projet d'agrandissement de la famille ? Le sens commun nous porte à croire que les familles seront intéressées à ne pas alourdir davantage la charge de personnes dépendantes en leur sein dans un tel contexte.

Bamako nous semble être un cadre fort approprié pour tester cette hypothèse de fécondité de crise. Les populations bamakoises ont en effet connu une dégradation presque continue de leur pouvoir d'achat depuis le milieu des années soixante, dégradation qui s'est davantage accentuée à partir des années quatre-vingt et ce, jusqu'au renversement du gouvernement du Général Moussa Traore en mars 1991.

Ces problèmes ont rendu extrêmement difficiles les possibilités d'insertion sur le marché du travail pour les jeunes générations, ce qui a été confirmé par certaines études empiriques. Un tel contexte correspond bien au cadre général de l'hypothèse d'une baisse de fécondité liée à la crise. Encore faut-il avoir la possibilité d'utiliser les moyens efficaces de reporter ces naissances, ce qui ne semble pas être une contrainte de taille à Bamako où plus de 97% des gens connaissent une méthode contraceptive moderne et où les services de santé et de planification familiale sont largement accessibles.

**Tableau 6 : Coefficient des modèles semi-paramétriques (Cox) associés aux risques d'une troisième naissance chez les hommes présents à 18 ans à Bamako (modèles avec classes socio-professionnelles)**

Variable	Modalité	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
		Coefficient	P > z	Coefficient	P > z	Coefficient	P > z
Génération (45-54 ans)	35-44 ans	-0,094	0,581	0,034	0,850	0,057	0,760
	25-34 ans	-0,717	0,009	0,181	0,516	-0,123	0,671
Lieu (hors Bamako)*	A Bamako	-0,165	0,430	-0,229	0,280	-0,250	0,261
Classes socio- professionnelles* (professionnels et cadres)	Petits- grands employeurs	0,041	0,897			-0,168	0,613
	Non manuels et qualifiés	-0,057	0,811			-0,016	0,950
	Indépendants + aides	0,047	0,904			-0,167	0,691
	Petits indépendants	-0,302	0,298			-0,079	0,818
	Artisans	-0,211	0,504			-0,271	0,488
	Non qualifiés	-0,052	0,845			0,123	0,726
	Apprentis qualifiés		1,000				1,000
	Apprentis non qualifiés	-1,234	0,230			-0,515	0,625
	En non emploi	-0,470	0,311			-0,172	0,731
Étudiants	-1,873	0,011			-1,012	0,172	
Age au premier mariage (25-30 ans)*	Avant 25 ans			0,317	0,107	0,344	0,099
	30 ans et +			-0,465	0,056	-0,447	0,074
En union (monogame)*	Hors union			-2,966	0,000	-2,875	0,000
	Polygame			0,263	0,401	0,285	0,371
Décès enfant(s) précédent(s) (aucun décès)	Décès 1er enfant			0,703	0,013	0,650	0,025
	Décès 2ème enfant			1,540	0,000	1,564	0,000
	Décès des deux enfants			1,577	0,001	1,508	0,002
Éducation (aucune)*	Primaire			0,344	0,099	0,344	0,153
	Secondaire et +			0,405	0,053	0,397	0,165
Ethnie (bambara)	Malinké			0,066	0,764	0,129	0,576
	Peul			-0,118	0,669	-0,061	0,829
	Soninké			0,128	0,639	0,191	0,506
	Autre			-0,186	0,401	-0,177	0,442
-2 X log-likelihood =		1719,536		1548,470		1531,812	
N à risque = 416							
Événements = 176							

Notes : \* : indique une variable qui varie dans le temps. Les variables de classes socio-professionnelles sont significatives au seuil de 0,082. Source : Enquête Immus-Bamako, 1992.

L'analyse des toutes dernières tendances en matière de fécondité semble venir confirmer cette hypothèse d'une baisse de la fécondité dans un contexte de crise. En effet, alors que les indicateurs de natalité se maintiennent à des niveaux relativement élevés dans les campagnes maliennes, les Bamakoises voient leur fécondité chuter, ce qui a conduit à un déficit moyen de l'indice conjoncturel d'environ 2 enfants par femme à Bamako par rapport à la moyenne nationale.

L'analyse micro nous permet de constater que les liens entre statut socio-économique — approché ici à travers les cheminements socio-professionnels — et descendance sont nettement moins directs que ce que pourrait laisser croire l'hypothèse de transition de crise. Chez les hommes, l'étude des itinéraires professionnels révèle que ceux-ci n'interviennent nullement sur les probabilités d'agrandissement de la famille. Les différences observées entre les générations dans la rapidité avec laquelle les enfants de rangs 1, 2 et 3 arrivent dans la vie des hommes s'expliquent principalement par un calendrier d'entrée en union différent. Contrairement à ce qui est souvent avancé, nos résultats concernant la mobilité socio-professionnelle des femmes sont nettement plus riches. En effet, il apparaît que la mobilité ascendante des femmes a pour effet d'accélérer l'arrivée d'une première et d'une deuxième naissance par rapport aux femmes qui demeurent au foyer. L'incompatibilité des rôles de mère et de travailleuse semble donc devoir être tout à fait exclue sur la base de ce résultat.

Les résultats préliminaires de notre étude révèlent en fait que se sont les variables démographiques qui semblent moduler l'histoire génésique des femmes et des hommes. Il semble fort probable que l'on fasse maintenant moins d'enfants à Bamako parce que moins d'enfants meurent. On a pu le voir, le décès des enfants de rang précédent accélère considérablement l'arrivée d'un enfant de rang suivant. En fait, il apparaît que l'on a surtout moins d'enfants parce que les jeunes générations de Bamakois et de Bamakoises se marient à un âge nettement plus avancé. On l'a vu, la prise en compte de l'âge au mariage vient éliminer les différences observées entre générations et ce, autant pour les hommes que pour les femmes et pour chacun des rangs de naissance étudiés. Les premières analyses que nous présentons ici méritent toutefois d'être poussées davantage afin de tenter d'identifier si certains régimes démographiques ne seraient pas associés à certains types de cheminements socio-professionnels qui pourraient rendre compte de processus différenciés d'insertion économique.

Par ailleurs, on sait que certains milieux néo-malthusiens voyaient cette crise des économies africaines comme étant la clef qui allait mettre un frein à une croissance démographique jugée nettement trop élevée. Comme le souligne J-M. Éla [8], l'Afrique, après s'être vue imposer l'ajustement structurel, devrait-elle s'attendre à se voir imposer « l'ajustement de la fécondité » ? Le discours de certaines agences internationales semble aller en ce sens. Ce que révèlent nos résultats, pour l'instant, c'est que la baisse de la fécondité est principalement liée à ce que Malthus nommait, il y a aujourd'hui 200 ans, le frein préventif. C'est cette « contrainte morale », pour utiliser les termes de Malthus, qui, par l'allongement du célibat, permet une réduction de la fécondité. Mais ce recul de l'âge au mariage a ses limites et peut difficilement se poursuivre, tout particulièrement dans une société où le statut d'un individu passe par le mariage et la constitution d'une famille. La crise a déjà conduit à un recul substantiel de l'âge au mariage et nos résultats nous permettent de croire qu'elle a peu d'effet direct sur l'histoire génésique des Bamakois et Bamakoises. Les espoirs des milieux néo-malthusiens risquent d'être déçus !

## Bibliographie

1. BOCQUIER P., 1996, *L'analyse des enquêtes biographiques*, Documents et Manuels du CEPED, n° 4, CEPED, Paris, 208 p.
2. BOSERUP E., 1985, Economic and demographic interrelations in sub-saharan Africa, *Population and Development Review*, Vol. 11, n° 3, p. 383-397.
3. BOSERUP E., 1991, Causes and Effects of Disequilibria in Food Production, in GENDREAU F. et al., Eds., *Les spectres de Malthus*, EDI/ORSTOM/CEPED, p. 33-40.
4. CALDWELL J., ORUBULOYE L.O. et CALDWELL P., 1992, Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 2, p. 211-242.
5. CHAU L., 1992, Politiques économiques et crises durant les 30 années d'indépendance, *Politique africaine*, n° 47, p. 31-42.
6. COX D.R., 1972, Regression Models and Life Tables, *Journal of Royal Statistical Society*, B34, p. 187-220.
7. DAVIS K. et BLAKE J., 1956, Social Structure and Fertility: An Analytical Framework, *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 4, n° 3, p. 211-235.
8. ÉLA J.-M., 1994, Développement et diversion démographique, *Le Monde diplomatique*, septembre 1994, p. 8.
9. ERIKSON R. et GOLDTHORPE J., 1992, *The Constant Flux*, Clarendon Press, Oxford, 429 p.
10. LESTHAEGHE R., 1989, Social Organisation, Economic Crises, and Future of Fertility Control in Africa, in LESTHAEGHE R., Ed., *Reproduction and Social Organisation in sub-saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, p. 475-505.
11. LOCOH T. et MAKDESSI Y., 1995, Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine, *La chronique du CEPED*, n° 18, 4 p.
12. MARCOUX R. et PICHÉ V., 1997, Urbanisation et évolution de la nuptialité au Mali : mesures transversales et longitudinales, *Colloque « Couples et conjugalité », Congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement de la sciences (ACFAS)*, 14-15 mai 1997.
13. MARCOUX R. et PICHÉ V., 1998, Crise, pauvreté et nuptialité à Bamako (Mali), in GENDREAU F., dir., *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud*, AUPELF-UREF, ESTEM, Paris, p. 219-235
14. MARCOUX R., 1997, Nuptialité et maintien de la polygamie en milieu urbain au Mali, *Cahiers québécois de démographie*, Vol. 26, n° 2, p. 191-215.
15. MARCOUX R., GUÉYE M. et KONATÉ M.K., 1995, La nuptialité : entrée en union et types de célébration à Bamako, in OUÉDRAOGO D. et PICHÉ V., Eds., *L'insertion urbaine à Bamako (Mali)*, Ed. Karthala, Paris, p. 107-133.
16. PICHÉ V., MARIKO S. et GINGRAS L., 1995, L'emploi et l'insertion sur le marché du travail, in OUÉDRAOGO D. et PICHÉ V., Eds., *L'insertion urbaine à Bamako (Mali)*, Ed. Karthala, Paris, p. 59-79.
17. WEEKS J., 1988, Economic Crisis and Household Survival Strategies in sub-saharan Africa, *Actes du 2ème congrès africain de population. Dakar 1988*, U.I.E.S.P., Liège, Vol. 2, 6.1.21-46.
18. WEEKS J., 1995, Income Distribution and Its Implications for Migration in sub-saharan Africa, in MAFEJE A. et RADWAN S., Eds., *Economic and Demographic Change in Africa*, Clarendon Press, Oxford, p. 63-83.



# 12. Arbitrage entre qualité et quantité d'enfants et baisse de la fécondité en milieu rural : le cas des femmes de la vallée du Mono

Kokou Vignikin<sup>1</sup>

*De nombreuses études qui se sont appuyées sur les données récentes des Enquêtes démographiques et de Santé (EDS) font état d'un début de baisse de la fécondité dans les sociétés rurales africaines alors que, dans le même temps, l'utilisation de la contraception moderne dans ces sociétés est restée faible, voire négligeable.*

*D'une manière générale, pour expliquer la baisse de la fécondité, des approches théoriques existent, les unes mettant l'accent sur les facteurs du ressort des décisions politiques (élargissement de l'offre scolaire ; accroissement des services socio-sanitaires, implantation et/ou amélioration des services de planification familiale, etc.) ; les autres, sur les facteurs du ressort individuel (résistance aux normes socio-culturelles ; autonomie économique accrue, adoption de nouveaux modèles de vie, etc.).*

*En partant du postulat que dans des sociétés rurales africaines où le début de baisse de la fécondité a été établi, les facteurs du ressort institutionnel ont jusqu'ici peu d'effet, ce chapitre prend le parti de privilégier, dans sa démarche explicative de l'inflexion à la baisse de la fécondité dans ces sociétés, les facteurs du ressort individuel ou familial, lesquels mettent l'accent sur les conditions économique, sociale et culturelle de vie des individus. Ce parti pris méthodologique a été testé sur un échantillon de femmes enquêtées lors d'une étude socio-démographique menée dans le Vallée du Mono, une région rurale qui vit les débuts de la transition de la fécondité.*

*Il ressort de la démarche que les facteurs traduisant l'accès des femmes au revenu (activité économique), l'affaiblissement de leur adhésion aux normes culturelles (instruction), leur exposition aux idées nouvelles (migration), leur aspiration pour une descendance de qualité (instruction des enfants), etc., influent, de façon significative, sur le désir des femmes d'avoir une descendance réduite.*

1. Unité de recherche démographique, Lomé.

A en juger par les récentes études qui traitent de la transition démographique dans les sociétés africaines, le déclin de la fécondité, amorcé depuis quelques années déjà en milieu urbain, commencerait à être perceptible dans certains milieux ruraux [14, 20 et 22]. Pour ces études, basées pour la plupart sur des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS), la baisse de la fécondité observée en milieu rural résulterait non seulement d'une intensification des investissements sociaux réalisés dans ce milieu dans les domaines de la santé et de l'éducation, investissements auxquels on a pris soin d'intégrer la planification familiale, mais aussi et surtout, de mutations dans les comportements matrimoniaux et reproductifs qui s'opèrent dans ce milieu. Ces mutations sont attribuées par certains à la crise économique persistante ; d'autres les attribuent aux transformations en cours dans l'espace social et culturel et à l'émergence d'une nouvelle rationalité de ménage, laquelle semble ne plus s'inscrire dans la conformité aux règles socio-culturelles de vie matrimoniale et reproductive qui prévalaient naguère [21]. C'est dire que pour interpréter la baisse de la fécondité en milieu rural africain, il convient désormais de distinguer deux ensembles de facteurs : ceux du ressort des décisions politiques (élargissement de l'offre scolaire, offre accrue et mieux adaptée des services socio-sanitaires, extension et amélioration des services de planification familiale, etc.) et ceux du ressort des décisions individuelles ou familiales (intégration plus systématique des filles à l'école, résistance aux normes socio-culturelles, autonomie économique accrue des ménages vis-à-vis des lignages, accès de plus en plus large des femmes au revenu et élévation de leur statut social, etc.).

Il n'existe pour le moment aucun modèle théorique susceptible de servir de cadre de référence à une étude de la baisse de la fécondité en milieu rural africain. De ce fait, et comme l'a précisé P. Vimard [22 : 6-9], on est souvent réduit à utiliser comme facteurs explicatifs des paramètres relevant des dimensions démographique (baisse de la mortalité, urbanisation, alphabétisation, etc.), culturelle (transformation du contexte culturel, influence de la religion, impact de la communication, etc.) et économique (élévation des revenus moyens, meilleure redistribution des richesses, etc.). De l'interaction de ces trois catégories de facteurs résulterait la baisse de la fécondité. Deux questions surgissent dès lors : premièrement, quels sont, parmi ces paramètres, les véritables facteurs d'affaiblissement de la rationalité de forte fécondité qui prévalait naguère en milieu rural ? Deuxièmement, en admettant que dans ce milieu, les facteurs d'ordre culturel soient plus déterminants que les autres, quelles variables rendent plus particulièrement compte des changements d'idéaux en matière de reproduction ?

En s'appuyant sur des données issues d'une enquête menée auprès d'un échantillon de 597 femmes de la Vallée du Mono (région rurale à cheval entre le Sud-Togo et le Sud-Bénin), ce chapitre tente de montrer que bien plus que la baisse de la demande d'enfants induite par les mutations du mode de production agricole, c'est surtout le changement des idéaux de fécondité qui explique la transition de la fécondité en milieu rural. Ainsi, l'arbitrage entre la qualité et la quantité d'enfants, loin d'être l'apanage des populations urbaines instruites, constitue une des clés qui permettent de comprendre l'amorce d'une baisse de la fécondité en milieu rural africain.

Dans un premier temps, nous analyserons quelques approches explicatives de la baisse de la fécondité applicables au contexte africain, notamment celles proposées par G. Becker [1, 2 et 3], R. Easterlin [7 et 8] et J. Cadwell. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'étude FASMIR (Femme, Activité et Statut en Milieu Rural) et nous présenterons les résultats issus de l'analyse du lien entre les variables de ressorts démographique, économique et culturel et l'aspiration des femmes à avoir une fécondité réduite.

## Quelques approches explicatives de la fécondité

### Les modèles démographiques de transition de la fécondité

Nous ne nous appesantirons pas trop sur les modèles démographiques de transition de la fécondité. A ce sujet, il faut simplement souligner que pour expliquer l'amorce de la transition de la fécondité, ces modèles invoquent entre autres facteurs, la baisse de la mortalité, le recul de l'âge au mariage, la généralisation de la pratique contraceptive, l'accélération de l'urbanisation, le recul de l'analphabétisme, l'accroissement des densités rurales, l'augmentation des rendements agricoles, etc [12 et 17]. Ces facteurs s'inscrivent, pour la plupart d'entre eux, dans le processus de modernisation socio-économique.

### Les modèles de type micro-économique

Dans leur formulation, les théories micro-économiques de la fécondité appliquent les principes de l'économie néo-classique marginaliste à la démographie familiale. Le ménage étant considéré comme une unité économique autonome dotée d'objectifs, de contraintes et de stratégies, ses comportements en matière de fécondité sont par hypothèse tenus pour endogènes et découlent de choix rationnels opérés par le couple [11]. La question fondamentale qui se dégage de cette conception de la fécondité est la suivante : parmi les biens de consommation concurrents qui s'offrent aux ménages (l'enfant fait partie de ces biens de consommation) et compte tenu de leurs goûts et du prix des biens, comment vont-ils allouer leurs ressources pour obtenir le maximum de satisfaction ? Deux courants théoriques dominent cette intelligibilité de la fécondité des ménages : celui de l'école de Chicago dont G. Becker est le chef de file ; et celui de l'école de Pennsylvanie avec R. Easterlin.

#### *La théorie de G. Becker*

La théorie de l'économie domestique (*New Homme Economics*) développée par G. Becker s'appuie sur les trois hypothèses suivantes :

- a) Les ménages choisissent d'allouer leurs ressources dans le seul but de maximiser leur satisfaction et celle-ci dépend de la consommation de biens et de services offerts ou non sur le marché, y compris la quantité et la qualité d'enfants.
- b) La fécondité est entendue ici comme « une production d'enfants » et constitue une production comparable à n'importe quelle production de biens et services ; mais contrairement aux biens et aux services « classiques », elle échappe en partie au marché puisqu'elle est réalisée à l'intérieur des ménages.
- c) Le principal facteur de production d'un ménage est le temps dont disposent ses membres, principalement la mère.

Ces hypothèses étant établies, les choix opérés par les ménages sont soumis à une contrainte de budget, celui-ci pouvant s'exprimer en termes de revenu et/ou de temps. Dans les limites qu'impose cette contrainte, tout ménage aspire stratégiquement à maximiser son bien-être qui est, rappelons-le, fonction de sa consommation de biens et de services, du nombre et de la qualité de ses enfants<sup>2</sup>. A ce sujet, Guilmoto [10: 6] souligne que « si les revenus augmentent, les parents devraient être

en mesure d'avoir plus d'enfants. En fait, les revenus dépendent de la productivité des membres de la famille. En sorte que le coût d'opportunité du temps des parents qu'on assimile souvent au salaire réel ou potentiel des parents, augmente aussi et fait monter le coût des enfants. C'est notamment le cas pour les femmes qui sont éduquées. L'excédent de revenu se portera donc sur des postes de dépenses qui n'augmentent pas proportionnellement (...). En cas d'accroissement des ressources du ménages, l'investissement se fera par conséquent plus en termes de qualité de la progéniture, alors que le nombre total d'enfant tendre à fléchir ».

Dans la logique de G. Becker donc, plusieurs facteurs sont censés favoriser la baisse de la fécondité. Les plus significatifs de ces facteurs sont la hausse du coût du temps, la baisse du prix de la qualité des enfants et la hausse du coût de la quantité. Ainsi, les changements de régimes reproductifs à l'intérieur des ménages devraient s'appréhender comme une réaction de ces ménages aux facteurs exogènes qui modifient la valeur et le coût des enfants.

### *La théorie de R. Easterlin*

Plusieurs auteurs considèrent la théorie élaborée par R. Easterlin comme un prolongement ou mieux, un aménagement de la théorie de G. Becker [6]. C. Guilmoto [10: 7] en résume comme suit le fondement théorique :

*« Le modèle d'Easterlin combine les fonctions de demande d'enfants à celle de l'offre qui cadrent plus avec les mécanismes proprement démographiques (...). Dans un régime démographique traditionnel, l'offre d'enfants est souvent inférieure à la demande en raison des effets de la mortalité. Dans un tel contexte, la fécondité peut sembler échapper à l'horizon rationnel des ménages qui déclarent alors s'en remettre au destin ; mais ces attitudes définissent en général une demande d'enfants maximale, non satisfaite, à partir de laquelle se formera un système normatif vigoureusement nataliste. Cette fonction de l'offre permet notamment de rendre compte de la hausse initiale de la fécondité qui précède le début de la baisse (changement de comportement en matière d'allaitement, de tabou post-partum, effet de nutrition, etc.) : l'offre est en hausse et atteint même un point où elle dépasse la demande auparavant non satisfaite. Cette première phase de la transition de la fécondité, souvent observée dans les pays en développement porte donc en elle les germes d'une baisse de la demande d'enfants, dès lors que les effets de la surproduction d'enfants se seront fait sentir ».*

La contribution majeure de la thèse de R. Easterlin par rapport à celle de G. Becker a été d'introduire dans l'analyse l'effet de la planification familiale. Les comportements de limitation volontaire de la descendance résulteraient ainsi non seulement du décalage entre l'offre et la demande d'enfants, mais aussi du coût de la contraception. L'autre apport de cette thèse est d'admettre que le système des préférences est variable dans le temps, contrairement à la vision de G. Becker qui considère que dans un contexte culturel donné, le système des goûts et préférence en matière de reproduction est stable [19]. En d'autres termes, la fécondité des ménages réagit non seulement aux changements de l'économie domestique, mais aussi à « des changements dans les systèmes de valeurs qui réordonnent les priorités familiales en fonction d'idées nouvelles » [10: 8].

2. Cette qualité est en général proportionnelle aux investissements consentis (entretien, santé, éducation) consacrés à l'enfant.

Quelle appréciation d'ensemble peut-on dégager des approches de type micro-économique ? D'abord, elles diffèrent assez faiblement. L'une et l'autre des deux thèses considèrent que la fécondité, qu'elle soit forte ou faible, est le résultat d'une évaluation rationnelle des parents. Cette évaluation se fonde sur le coût des enfants<sup>3</sup> et sur le coût de la régulation de la fécondité. En d'autres termes, la fécondité des ménages réagit à des paramètres exogènes comme le revenu des parents, les prix relatifs, le coût d'éducation des enfants, les coûts des soins prodigués aux enfants, l'offre de planification familiale, etc.

Ensuite, les théories micro-économiques de la fécondité se fondent sur des concepts et des hypothèses dont l'universalité et/ou le réalisme peuvent être sujets à caution. En effet, dans un contexte familial comparable à ceux que l'on observe dans les sociétés africaines, est-il raisonnable d'assimiler le ménage à une unité dont le chef représenterait à lui seul l'intérêt de l'ensemble des membres ? L'hypothèse d'absence de conflit à l'intérieur des couples peut-elle résister au fonctionnement des ménages dans les sociétés caractérisées par une intense polygamie et une faible cohésion conjugale ? La notion de rationalité de ménage, laquelle sous-entend que le père et la mère parviennent toujours à un consensus dans les décisions est-elle, pour tout dire, réaliste ?

Nonobstant ces commentaires, la richesse théorique des modèles de type micro-économique reste indéniable. Ils contribuent, de façon significative, à accroître notre compréhension de l'évolution des comportements de reproduction, en particulier dans le contexte de crise économique persistante, de désengagement de l'État des dépenses sociales et de prise en charge intégrale des frais de santé et d'éducation des enfants par les ménages.

## Les modèles de type sociologique

L'interprétation des comportements reproductifs telle qu'elle est formulée par les sociologues et anthropologues confère, elle aussi, une certaine rationalité aux comportements de fécondité. Mais contrairement aux courants « micro-économistes », les facteurs économiques sont jugés moins déterminants dans la baisse de la fécondité que les facteurs de ressort culturel. De nombreux travaux ont nourri ce courant de pensée, qui peuvent être regroupés en trois théories dominantes : celle du mode de production et sa relation avec la demande d'enfants, celle des coûts et bénéfices économiques des enfants et celle du flux net de ressources entre générations. La première, développée par des auteurs d'inspiration marxiste tels que P. Rey [18], C. Meillassoux [16], ou J. Gregory et V. Piché [9], relève d'une vision principalement macro-sociale. L'argumentation de ces auteurs dépasse en effet le strict niveau des géniteurs. Selon eux, c'est le mode de production, qui, compte tenu des situations historiques (traite des esclaves, migrations forcées) ou actuelles (ponction massive de main-d'œuvre des campagnes au profit des centres urbains), génère une forte demande d'enfants. Les deux autres théories sont, pour leur part, peu différentes si ce n'est que celle du flux net de ressources entre générations ne tient pas compte de la variabilité des coûts et bénéfices selon le rang des enfants. Cette dernière, proposée par J. Caldwell [5], constitue une référence en dépit de son ancienneté.

---

3. Le coût d'un enfant est entendu ici comme la résultante du coût d'opportunité pour les parents et des bénéfices que l'enfant leur procurera dans le futur.

Elle distingue schématiquement deux types de sociétés traditionnelles. Dans le premier type, les enfants procurent aux parents, au cours de leur vie, plus de ressources qu'ils n'en reçoivent d'eux. Les parents ont alors un avantage net à maintenir leur rythme de reproduction et les descendance restent élevées. Dans le second type de société, les flux nets de ressources changent de sens et profitent plutôt aux enfants. Dans ce contexte, les parents ont un intérêt évident à réduire leur fécondité. En termes clairs, quand le flux cumulatif de ressources change de sens, les ménages voient disparaître leur incitation à avoir beaucoup d'enfants. De ce fait, la fécondité ne baissera significativement dans les sociétés traditionnelles que lorsque les coûts économiques, sociaux et psychologiques des enfants augmenteront par rapport aux avantages qu'ils procurent à leurs parents. C'est ce qui a fait dire à J. Caldwell que seule une inversion du flux cumulatif de richesses peut déclencher la transition de la fécondité en milieu rural. D'après lui, cette inversion serait favorisée par une intensification de l'éducation de masse, le déplacement des opportunités d'emploi de la production domestique vers le travail salarié et une diffusion plus large de l'influence culturelle occidentale. Ces facteurs auront pour effet d'égaliser la consommation à l'intérieur des ménages et d'affaiblir les obligations morales des individus vis-à-vis de leur parenté élargie.

Si ce cadre d'interprétation de la fécondité reste d'actualité, force est de reconnaître que même dans un contexte de techniques agricoles peu évoluées, la taille de plus en plus réduite des exploitations ne justifie plus le maintien des descendance à un niveau élevé. De plus, l'augmentation des charges d'écolage des enfants, la rareté des opportunités de travail salarié et la crise économique qui se répercute sur l'activité de la production devraient hâter le processus d'inversion des flux de richesses et favoriser un déclin de la fécondité. Mais tel ne semble pas être le cas dans nombre de sociétés rurales. En dépit d'un manque d'études systématiques sur l'impact de la crise économique actuelle sur la fécondité dans les milieux ruraux, les monographies disponibles permettent néanmoins d'avancer que, loin de favoriser un déclin de la fécondité, comme l'ont prédit certains experts<sup>4</sup> [4], la crise a plutôt pour effet de consolider les liens de solidarité familiale et de renforcer les réseaux d'entraide traditionnels [13 et 15].

\*

\* \*

En résumé, si les cadres d'analyse de type micro-économique permettent de voir dans l'émergence de la baisse de la fécondité en milieu rural la manifestation d'une rationalité du ménage induite par le coût des enfants, le prix du temps de la femme, le goût pour une descendance de qualité, l'optique des cadres d'analyse de type sociologique suggère au contraire d'appréhender cette baisse de la fécondité à travers une influence prépondérante de la culture occidentale « moderne » qui tendrait à affaiblir l'adhésion aux normes traditionnelles de fécondité. En formulant le postulat que ni l'une, ni l'autre des deux visions prise isolément ne fournit une totalisation théorique suffisante qui rende compte de la baisse de la fécondité en milieu rural, il convient alors de les réconcilier afin de mieux documenter les changements qui surviennent dans les aspirations de reproduction dans ce milieu.

4. Il convient ici de ne pas confondre le déclin de la fécondité dû à la crise économique avec celui qui résulterait du développement socio-économique.

En s'inscrivant dans cette logique de fusion des optiques économiste et socio-culturelle, l'analyse présentée ici vise principalement à mettre en lumière l'effet des variables de ressorts économique et culturel sur l'aspiration à avoir peu d'enfants. Pour ce faire, nous nous proposons d'identifier les déterminants du désir des femmes de la Vallée du Mono (un milieu rural) d'avoir une descendance restreinte (variable à expliquer) à partir des caractéristiques telles que le niveau d'instruction, l'autonomie économique de la femme, la nature de l'union en cours, l'intention de scolariser la totalité des enfants vivants<sup>5</sup>, l'ouverture d'esprit, etc. (variables explicatives). La question est la suivante : quel effet les variables explicatives précitées exercent-elles sur la probabilité des femmes de désirer un nombre restreint d'enfants ? Notre démarche repose sur le postulat que les variables explicatives de ressort démographique, économique et culturel contribuent toutes à augmenter cette probabilité, mais que le goût pour une descendance de qualité (c'est-à-dire des enfants instruits et formés) augmente plus particulièrement ces chances.

## **La préférence pour une descendance de qualité : l'étude FASMIR**

### **Les données et la démarche méthodologique**

Les données utilisées pour tester notre hypothèse de travail proviennent de l'étude FASMIR menée dans une région culturellement et économiquement homogène du versant béninois de la Vallée du Mono, et qui a porté sur un échantillon de 597 femmes mariées<sup>6</sup>. Les 117 variables recueillies auprès de chacune de ces femmes ont été regroupées en 5 sections à objectifs spécifiques : caractéristiques socio-démographiques, nuptialité, fécondité, activités économiques et connaissances, perceptions et opinions. Pour les besoins de notre analyse, une partie seulement des données de l'enquête a été exploitée. Le but visé étant d'appréhender l'influence des paramètres d'ordre démographique, économique et culturel sur l'aspiration à avoir une descendance restreinte, nous avons utilisé comme variable à expliquer, le désir de la femme d'avoir une descendance restreinte (c'est-à-dire un nombre d'enfants inférieur ou égal à 4). Comme variables explicatives nous avons retenu l'instruction de la femme (qui symbolise l'ouverture d'esprit de la femme, c'est-à-dire sa disposition à se conformer ou à ne pas se conformer à certaines normes culturelles), l'intention de la femme de scolariser la totalité de ses enfants (qui symbolise le changement des idéaux de fécondité, c'est-à-dire la préférence pour une descendance de qualité), la profession de la femme (qui mesure la capacité financière de la femme à réaliser son aspiration de descendance réduite), l'expérience migratoire de la femme (qui rend compte de l'exposition ou non de la femme à la culture urbaine ; elle traduit ainsi l'aspiration pour un style de vie « moderne ») et le type de l'union en cours.

Le tableau 1 présente les variables de l'analyse, leurs modalités<sup>7</sup> et l'effet postulé des variables explicatives sur la variable à expliquer.

---

5. C'est par cette variable que nous avons approché le désir de la femme d'avoir une descendance de qualité.

6. Cette taille d'échantillon peut sembler faible pour les puristes de l'inférence. Elle se justifie non seulement par l'homogénéité socio-économique qui caractérise l'ensemble de la Vallée, mais aussi par l'imprécision qui entache habituellement les données collectées en milieu rural. Le parti a donc été pris de minorer l'erreur d'observation en apportant un meilleur soin à la collecte plutôt que de diminuer l'erreur aléatoire en augmentant la taille de l'échantillon.

7. Quoiqu'on puisse les utiliser dans leur format polytomique initial, nous avons délibérément choisi de rendre dichotomiques toutes les variables explicatives afin de mieux discerner leur effet sur la variable à expliquer. Ce choix est justifié à la section traitant du modèle d'analyse.

**Tableau 1 : Aperçu des variables de l'analyse**

Variables		Modalités	Effet
Variable à expliquer	Désir de la femme d'avoir une descendance restreinte	Ne désire pas = 0 Désire = 1	
Variables explicatives	Instruction de la femme	Non instruite = 0 Instruite = 1	+
	Intention de la femme de scolariser la totalité de ses enfants	N'a pas l'intention = 0 A l'intention = 1	+
	Profession de la femme	Agricultrice = 0 Non agricultrice = 1	+
	Expérience migratoire de la femme	Aucune migration = 0 Au moins une migration = 1	+
	Type de l'union en cours	Union polygamique = 0 Union monogamique = 1	+

Pour faire ressortir l'influence des variables explicatives sur la variable à expliquer et ainsi tester les effets escomptés, nous avons opté pour une analyse de régression. La variable dépendante étant dichotomique, notre dévolu s'est naturellement jeté sur le modèle logistique. Analytiquement, ce modèle s'écrit :

$$p(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(\mu_0 + \mu_1 X_1 + \mu_2 X_2 + \dots + \mu_n X_n)}}$$

où :

- .  $p(Y)$  désigne la probabilité pour une femme de désirer une faible descendance ;
- .  $\mu_0$  désigne la constante du modèle ;
- .  $\mu_i$  désigne le coefficient du modèle pour la variable indépendante  $i$  ;
- .  $X_i$  désigne la variable indépendante  $i$ .

Par transformation linéaire de la formule 1, l'on obtient la formule 2 qui suit :

$$\text{Log} [p(Y)/(1-p(Y))] = \mu_0 + \mu_1 X_1 + \mu_2 X_2 + \dots + \mu_n X_n.$$

Cette nouvelle présentation suppose que les variables explicatives ne sont pas liées entre elles et que la variable à expliquer s'exprime en fonction des autres selon un modèle additif. Si elle a l'avantage de rendre compte de l'effet des variables explicatives sur le logarithme du risque relatif<sup>8</sup> de la variable à expliquer, elle présente l'inconvénient de ne pas autoriser une lecture directe de l'intensité de l'effet des variables indépendantes à partir des coefficients  $\mu_i$ . De ce fait, on est réduit à ne prendre en compte que le signe de ces coefficients, ce signe indiquant alors, pour ce qui nous concerne plus spécifiquement, le sens de l'effet exercé par la variable indépendante concernée sur la probabilité de désirer un nombre réduit d'enfants. Les variables de coefficients de régression positifs ont ainsi pour effet d'augmenter cette probabilité alors que les variables de coefficients de régression négatifs ont pour effet de la diminuer.

8. La préoccupation de recherche à la base du calcul du risque relatif est la suivante : à partir d'une variable explicative dichotomique (une modalité de la variable permet de caractériser le groupe étudié et l'autre, le groupe témoin), on cherche à voir en quoi les deux groupes diffèrent vis-à-vis de la variable à expliquer, elle aussi dichotomique. Le risque relatif est une statistique qui indique le nombre de fois que le groupe considéré est susceptible de développer le comportement étudié par rapport au groupe témoin.

Par ailleurs, le fait de rendre dichotomiques les variables explicatives (Tab. 1) facilite l'examen de l'effet de la modalité non omise sur la probabilité de désirer une descendance restreinte. Rappelons à ce sujet que pour estimer les effets des variables explicatives polytomiques sur la variable à expliquer, il faut omettre dans le modèle une modalité pour chacune de ces variables. Les résultats obtenus sont alors interprétés par rapport à une population de référence qui aurait comme caractéristique l'ensemble des modalités omises des variables indépendantes prises en compte dans l'analyse.

## Les résultats de l'analyse

Dans le tableau 2 sont consignés les principaux résultats de l'analyse de régression. Le groupe de référence (groupe témoin) est composé de femmes agricultrices analphabètes qui n'ont pas résidé ailleurs que dans leur village natal ou en milieu rural, qui vivent en union polygamique et qui n'ont nullement l'intention de mettre la totalité de leurs enfants à l'école.

**Tableau 2 : Résultats de l'analyse de régression logistique**

Variables	Modalités	Coefficients $\mu_i$	Statistique de Wald	Probabilité (%)	R.R. (%)
Instruction	Instruite	0,8768	3,6629*	13,9	220,9
Idéal de qualité d'enfants	Oui	0,8570	10,2282***	13,7	217,1
Type d'activité	Non agricole	0,8045	6,8598***	13,0	207,5
Expérience migratoire	Oui	0,7300	9,0140***	12,2	194,4
Type d'union en cours	Monogamique	-0,0172	0,0050	12,2	98,4
Constante		-2,7039		6,2	100,0
2 Log likelihood		459,007	47,7819***		
Goodness of fit		422,874			
Khi-deux		34,082***			
Degré de liberté		5			
Nombre de cas		420 (a)			

Notes : R.R. : Risque Relatif. \* Significatif à 10% ; \*\* : significatif à 5% ; \*\*\* : Significatif à 1%. La colonne de probabilité a été obtenue en appliquant les  $\mu_i$  estimés à la formule 1. La colonne risque relatif a été obtenue en appliquant les probabilités calculées précédemment à la formule 2. (a) : les 420 cas résultent d'un filtre qui élimine les caractéristiques dont les variables ne présentent pas une robustesse statistique suffisante.

Il ressort globalement du tableau 2 que la probabilité d'aspirer à avoir un nombre réduit d'enfants est particulièrement sensible aux variables explicatives prises en compte dans l'analyse exception faite du type d'union en cours. Par ailleurs, compte tenu du signe positif de leurs coefficients, on en déduit que ces variables contribuent, dans leur quasi-totalité, à accroître la probabilité de désirer un nombre restreint d'enfants. Ainsi, le fait de savoir lire et écrire, d'avoir une activité rémunéra-

trice, d'avoir vécu quelques années en ville ou d'avoir comme idéal de fécondité une descendance de qualité, a pour effet d'augmenter significativement les chances d'une femme de désirer un nombre réduit d'enfants. A en juger par son haut niveau de significativité, l'adhésion à l'idéal de qualité des enfants accroît plus particulièrement ces chances. Dans une certaine mesure, ce résultat corrobore notre hypothèse de travail dans la mesure où, en prenant pour référence un individu du groupe-témoin, le fait pour une femme de s'inscrire dans cet idéal, double ses chances de désirer une descendance réduite (dans la colonne risque relatif du tableau 2, on lit en effet 217,1% pour cette variable). En appariant les probabilités de désirer une descendance réduite et les seuils de significativité des variables explicatives retenues, on en déduit que la variable « idéal de qualité d'enfants » est décisive. Son importance découle du fait que les femmes se rendent bien compte que dans le contexte socio-économique qui est le leur<sup>9</sup>, qualité de la descendance rime avec coûts élevés de soins aux enfants, frais de scolarisation et/ou d'apprentissage des enfants importants, durée de soutien économique aux enfants (notamment entre la fin de leurs études et l'obtention de leur premier emploi) plus longue, rareté des opportunités de prise en charge des enfants par des tiers, etc. Pour toutes ces raisons, une fécondité responsable (c'est-à-dire réduite) s'impose. Cette prise de conscience transparaît à l'examen de la variable « activité ». Cette variable a un effet positif très significatif sur la probabilité de désirer une descendance réduite. En fait, les femmes qui disposent d'une activité génératrice de revenus ont deux fois plus de chances d'aspirer à réaliser une descendance réduite que celles des catégories de référence.

L'expérience migratoire ou le fait d'avoir vécu quelques années en milieu urbain (entendu ici comme un environnement de diffusion de nouvelles idées), est un autre facteur favorisant significativement l'aspiration pour une fécondité réduite. Ce résultat se conçoit d'autant plus que, par comparaison avec les femmes non migrantes, celles qui ont expérimenté un séjour plus ou moins long dans une grande ville se perçoivent comme étant de statut social plus élevé. Il n'est donc pas étonnant qu'elles aient 94% plus de chances de désirer une descendance restreinte.

En ce qui concerne l'effet postulé de la variable « type d'union » sur l'aspiration à avoir une fécondité réduite, le moins qu'on puisse en dire est que les résultats obtenus ne corroborent pas vraiment l'hypothèse établie. Non seulement l'effet estimé pour cette variable est négatif, mais il est de surcroît non significatif. Pourtant, loin de constituer une variable inintéressante, le type d'union se révèle pertinent dans la mesure où il permet de voir que c'est à l'intérieur des foyers polygamiques que les femmes ont le plus de chances de réaliser leur aspiration de fécondité réduite. Ce résultat laisse entrevoir deux choses : d'une part, l'existence d'un clivage entre les idéaux de fécondité des femmes et ceux des hommes ; d'autre part, le maintien, dans un contexte de non-accès à la planification familiale, du système polygamique, lequel permet aux femmes de réaliser leurs idéaux de descendance réduite sans porter préjudice aux aspirations de leurs conjoints.

\*

\* \*

9. Un contexte caractérisé par la rareté grandissante du capital foncier, un relâchement des solidarités familiales, le désengagement progressif de l'État de certains services sociaux (éducation, santé, etc.), etc.

Cette analyse de l'étude FASMIR a un mérite : elle témoigne de la nécessité de concilier les approches démographique, économique et sociologique de la fécondité dans une tentative d'explication de la transition de la fécondité en milieu rural africain. Dans ce milieu marqué par un analphabétisme de masse, un recours quasi inexistant à la planification familiale, des normes culturelles prônant encore une forte fécondité, une pauvreté généralisée, des conditions sanitaires qui contraignent encore les parents à opérer des calculs probabilistes de survie de leurs enfants, etc., la baisse de la fécondité s'inscrit dans un processus de changement des idéaux de fécondité, processus à travers lequel l'idéal de descendance de qualité se substitue peu à peu à celui des descendance nombreuse. Pour rendre compte de la transformation, à un niveau individuel, de ce cadre social de la procréation, plusieurs types de variables se révèlent pertinentes : celles qui traduisent l'affaiblissement de l'adhésion aux normes culturelles (instruction), celles qui dénotent l'exposition aux idées nouvelles (migration), celles qui expriment l'autonomie économique (activité rémunératrice) et celles qui tiennent à l'aspiration pour une fécondité de qualité (scolarisation des enfants).

Enfin, une interrogation prometteuse que soulève ce chapitre et à laquelle nous n'apportons pas de réponse précise parce que l'enquête FASMIR n'aborde pas les préoccupations liées aux facteurs institutionnels (offre scolaire, programmes et systèmes de promotions de la santé, services de planification familiale, etc.), réside dans l'influence que pourraient justement exercer ces facteurs sur l'aspiration à avoir une descendance réduite en milieu rural. En introduisant ces facteurs dans la modélisation, l'effet des variables qui se sont révélées ici significatives augmenterait-il ou diminuerait-il ?

## Bibliographie

1. BECKER G., 1976, *The Economic Approach to Human Behaviour*, The University of Chicago Press, Chicago, 314 p.
2. BECKER G., 1991, *A Treatise on the Family*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 288 p.
3. BECKER G. et LEWIS G., 1973, On the interaction between the quantity and quality of children, *Journal of Political Economy*, Vol. 81, n° 2, p. 279-288.
4. BOSERUP E., 1985, Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa, *Population and Development Review*, Vol. 11, n° 3, p. 383-397.
5. CALDWELL J., 1982, *Theory of fertility decline*, Academic Press, San Diego, 386 p.
6. EASTERLIN R. et CRIMMINS E., 1985, *The Fertily Revolution. A Supply-Demand Analysis*, University of Chicago Press, Chicago.
7. EASTERLIN R., 1976, The Conflit Between Aspirations and Resources, *Population and Development Review*, Vol. 2, n° 3-4, p. 417-425.
8. EASTERLIN R., 1980, *Birth and Fortune*, Basic Books, New-York, 205 p.
9. GREGORY J., PICHÉ V., 1980, *Le régime démographique en capitalisme périphérique*, Université de Montréal, Montréal, 60 p. (multigr.).
10. GUILMOTO C., 1996, *Micro-économie de la fécondité : quelques réflexions à partir du cas indien*, ETS ORSTOM, Documents de Recherche n° 2, Paris, 22 p.
11. KYRIAZIS S., 1987, approches économiques de la fécondité : une analyse comparative des théories du New Home Economics et d'Easterlin, *Cahiers Québécois de Démographie*, Vol. 16, n° 2, p. 167-185.
12. LIVENAIS P., 1986, Les théories de la population : une continuité certaine dans le changement, in ORSTOM, Ed., *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Collection Colloques et Séminaires, Paris, p. 67-79.
13. LOCOH T., 1988, Évolution de la famille en Afrique, in VAN DE WALLE et als, Eds., *L'état de la démographique africaine*, UIESP, Liège, p. 45-66.
14. LOCOH T. et MAKDESSI Y., 1996, Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique sib-saharienne, *Les Dossiers du CEPED*, n° 44, CEPED, Paris, 47 p.
15. LUTUTALA M., 1987, *Dynamique des migrations au Zaïre : le réseau de Kinshasa*, Collection de Thèses et Mémoires, n° 17, Département de Démographie, Université de Montréal, Montréal, 428 p.
16. MEILLASSOUX C., 1975, *Femmes, greniers et capitaux*, Maspéro, Paris, 254 p.
17. PICHÉ V. et POIRIER J., 1995, Les approches institutionnelles de la fécondité, in GERARD H. et PICHÉ V., Eds., *la sociologie des populations*, Presses de l'Université de Montréal, AUPELF/UREF, Montréal, p. 117-137.
18. REY P., 1973, *Les alliances de classe*, Maspéro, Paris, 221 p.
19. STIGLER G. et BECKER G., De Gustibus non est Disputandum, *American Economic Review*, n° 67, p. 76-90.
20. VAN DE WALLE E. et PORTER A., 1990, Fertility Decline in Africa : Assessment and Prospects, *World Bank Technical Papers*, n° 125, Africa Technical Department Series, 63 p.
21. VIGNIKIN K., 1992, *Dynamique des systèmes de production agricole et ajustement socio-démographique des ménages : le cas des agriculteurs EWE du sud-Togo*, Collection de Thèses et Mémoires, n° 29, Université de Montréal, Montréal, 345 p.
22. VIMARD P., 1997, *Transitions démographiques et familiales : des thoeries de la modernisation aux modèles de crise*, ETS, ORSTOM, Documents de Recherche n° 3, Paris, 31 p.

**PARTIE IV**  
**NUPTIALITÉ ET FÉCONDITÉ**  
**DES ADOLESCENTS**



# 13. Évolution des comportements matrimoniaux et fécondité au Bénin

Mouftaou Amadou Sanni<sup>1</sup>

*Bien que toujours élevé, le niveau de fécondité a légèrement baissé au Bénin entre 1982 et 1996. De 7,1 enfants par femme en 1982, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé à 6,3 enfants par femme en 1996, soit une baisse de 0,8. Cette baisse non négligeable serait à mettre en relation avec la baisse régulière des taux de fécondité au sein des jeunes générations (15-29 ans révolus) et dans le milieu urbain. Dans cette couche de la population, les comportements matrimoniaux ont évolué et ont induit l'émergence de différentes formes d'union. Ce chapitre a pour objectif d'évaluer l'impact de ces formes d'union sur la variation de la fécondité entre 1982 et 1996.*

*Après la description des pratiques matrimoniales traditionnelles et les conditions de leur évolution, nous évoquerons l'émergence des formes nouvelles d'union. Dans les villes en particulier, on note une fréquence de plus en plus élevée des ruptures d'union, des unions consensuelles et surtout des unions polygames ; souvent, les conjoints vivent séparément et de plus en plus de femmes sont chefs de ménage. Toutefois, ces formes d'union ne sont pas majoritaires, car elles ne sont pas encore explicitement acceptées par la société ; mais elles sont implicitement bien vécues par les femmes qui pourraient en être les instigatrices pour diverses raisons, dont leur autonomie (vis-à-vis des co-épouses, des beaux-parents) ou des moyens limités de leur partenaire.*

*La fécondité des unions, quelle que soit la forme de l'union et le milieu de résidence, a contribué à la baisse de la fécondité. Par contre, la proportion de femmes en union formelle a favorisé une hausse de la fécondité. L'union informelle (libre ou consensuelle) est celle qui, surtout en milieu urbain, a le plus contribué à la baisse de la fécondité. Il reste alors à expliciter les mécanismes par lesquels ces formes d'union agissent sur la fécondité.*

La nuptialité joue un rôle important dans la dynamique démographique. Comme le soulignent en effet J. Dupâquier et S. Sogner [10], toute société se perpétue, en grande partie, par ses institutions matrimoniales, sans lesquelles il est impossible de la comprendre véritablement. C'est pourquoi, dans la recherche des signes précurseurs de la transition de la fécondité, la relation entre la nuptialité et la fécondité est privilégiée. L'âge moyen au premier mariage est alors la caractéristique la plus souvent retenue. Or, plus les sociétés maîtrisent leur reproduction, moins l'âge moyen au premier mariage de la femme exerce ce pouvoir régulateur sur la fécondité. Y. Charbit et H. Léridon [6] le montrent en Guadeloupe et en Martinique, E. Boserup [5] au Ghana, et M. Cosio-Zavala [8] en Amérique Latine. Il y a d'autres aspects de la nuptialité, à savoir la cohabitation pré-nuptiale, la séparation des logements, la

1. Département de démographie, Université de Montréal, Canada.

mobilité conjugale, etc., sur lesquels il faut se pencher. Ces aspects représentent des processus mal connus de l'évolution de la vie conjugale, mais dont les répercussions sur la dynamique démographique ne sont pas négligeables. Ainsi, bien que les implications démographiques de l'intensité et du calendrier de la nuptialité influencent la fécondité, le mariage, dans l'explication des comportements de fécondité, est peut-être plus intéressant encore en tant que phénomène social se présentant aujourd'hui sous des formes diverses.

C'est à cet exercice que nous nous livrons dans ce chapitre dont l'objectif est de décrire l'évolution des comportements matrimoniaux au Bénin, les formes d'union qui en découlent et leur impact sur la fécondité. Le travail s'appuie sur les données de l'enquête sur la fécondité au Bénin (EFB) de 1982 et de la première enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB1) de 1996. Nous ferons tout d'abord une revue synthétique des pratiques matrimoniales traditionnelles et des formes d'alliance, afin, dans un second temps, de décrire leur évolution à partir des données évoquées et d'analyser enfin l'impact de ces nouveaux comportements sur la variation du niveau de fécondité dans la période séparant les deux enquêtes.

## Pratiques matrimoniales et formes d'union

### Le mariage traditionnel

Le mariage dans les sociétés traditionnelles béninoises est une institution civile de l'organisation sociale. Le sens de l'institution peut être saisi, non pas du point de vue de l'alliance entre un homme et une femme, mais en considérant ses implications pour les groupes de parenté des conjoints et l'appartenance sociale des enfants issus du mariage. Le mariage est ainsi fondé sur l'intérêt commun que les groupes trouvent dans l'alliance et dans la perpétuation du groupe à travers la progéniture qui en sera issue [3]. Dans ce cadre, l'alliance matrimoniale suppose le respect de certaines règles et coutumes ayant non seulement une fonction de contrôle, mais aussi celle de préservation d'une structure de relations. Le choix du conjoint répond ainsi au souci « d'un choix bien fait, dans une famille dont on connaît l'histoire, l'histoire des unions, de leurs fruits, l'histoire des maladies, l'histoire de toutes les exigences d'une idéologie populationniste » [4 : 3]. Ce choix, de ce fait, revient généralement aux aînés.

Le mariage traditionnel diffère donc du mariage dans la civilisation occidentale pré-industrielle car le contrat lie les familles et non les conjoints. Ce phénomène apparaît clairement à travers les deux principales formes d'alliance, chacune étant définie par les moyens et les règles d'obtention de la conjointe. La forme primitive est l'alliance par échange. Dans cette forme, le principe sous-jacent à la décision de donner une femme est de recevoir une femme en retour ou d'avoir la garantie d'un tel don. Mais l'échange s'avérant parfois impossible, ce système est remplacé progressivement par la dot [2]. Chaque groupe acquéreur paye une compensation matrimoniale (la dot) symbolique qui ne comprend que des biens non durables au départ. Toutefois, dans les deux cas, la femme est considérée comme un bien dont les siens ne se déferont pas sans avoir reçu une compensation adéquate.

Le mariage est précoce et universel avec cohabitation des conjoints. Le régime dominant dans la plupart des sociétés est la polygamie. La virginité à l'entrée en

union est généralement obligatoire et la fécondité hors mariage est désapprouvée. En principe, le mariage traditionnel n'est pas dissoluble<sup>2</sup>. Le choix étant fait par les parents ou avec leur adhésion, les familles en cause dans l'alliance se sentent liées ; ainsi le couple est assisté lors de ses difficultés conjugales et les divorces sont rares. Même en cas de décès du conjoint, la femme, par le biais du lévirat, continue la vie conjugale avec un autre membre du groupe de son conjoint. Mais ces coutumes traditionnelles de nuptialité vont évoluer avec l'immigration européenne et tout récemment, avec la crise économique.

## L'immigration étrangère

L'introduction des religions modernes (le christianisme) ainsi que l'influence du droit européen déclenchent les premières mutations de l'ordre social en matière de nuptialité. La religion catholique impose rigoureusement la monogamie. Elle développe la philosophie d'égalité des droits au sein du couple et institue le libre choix du conjoint.

La transformation des structures sociales, économiques (monétarisation) et culturelles ainsi générées par l'immigration étrangère, conduit à des évolutions du mariage traditionnel, notamment, l'affaiblissement des règles matrimoniales. L'une des toutes premières évolutions matrimoniales est le passage du « mariage ancien », organisant la mainmise du groupe sur le choix des partenaires, au mariage fondé sur le choix réciproque des époux. Cette situation a pour conséquence la fragilité des liens et la brièveté des unions. De nombreux divorces interviennent après moins d'un an d'union, estime A. Attolou [4].

Le tableau 1 montre l'ampleur de l'instabilité des unions et le comportement vis-à-vis du remariage.

Par union formelle, il faut comprendre toute union découlant des règles coutumières (mariage coutumier), religieuses (mariage religieux) ou judiciaires modernes (mariage civil) ; alors que l'union informelle (ou libre) est celle qui consacre la vie en couple hors de toutes règles légales (coutumières, religieuses ou administratives). Ce tableau indique que les premières unions sont généralement formelles (93,1% des premières unions). Les premières unions informelles sont très peu fréquentes (6,9%). Toutefois, le traitement plus approfondi des données, dont les résultats ne sont pas contenus dans ce tableau, montre que les premières unions informelles sont plus fréquentes en milieu urbain (grandes villes). Le taux d'union informelle obtenu dans les grandes villes est de 56,5% contre 0,4% en milieu rural. Aussi, la répartition des premières unions formelles selon leur type indique que les mariages coutumiers sont de loin les plus courants (plus de 90% des premières unions et 99,2% en milieu rural). Ainsi, comme le note O. Attanasso [3], le caractère particulier de l'évolution en matière de nuptialité réside dans la juxtaposition du choix réciproque des conjoints et de la prévalence des démarches familiales, ce qui sauvegarde l'autorité de la famille ou du groupe culturel.

---

2. Le divorce ne peut intervenir que dans des situations exceptionnelles, généralement en cas de développement de certains vices par le conjoint (alcoolisme, violence envers la femme, etc.) ou en cas d'adultère commis par la femme. Dans le premier cas, le divorce est consommé après de multiples retours (ou séjours) momentanés de la femme chez ses parents et de vaines tentatives de mise en garde du conjoint par la communauté [11].

**Tableau 1 : Répartition des femmes enquêtées à l'EFB (1982) selon l'état matrimonial et le rang des unions**

Rang d'union État matrimonial	1 <sup>ère</sup> union	2 <sup>ème</sup> union	3 <sup>ème</sup> union	4 <sup>ème</sup> union et plus	Total
(1) Union formelle	3331 (93,1)	17 (2,8)	3 (4,3)	0	3351 (78,4)
(2) Union informelle	246 (6,9)	587 (97,2)	67 (95,7)	21 (100,0)	921 (21,6)
(3) Total	3577 (100,0)	604 (100,0)	70 (100,0)	21 (100,0)	4272 (100,0)
(4) Ne s'applique pas	441*	3414**	3948	3997	—
(5) Ensemble (3) + (4)	4018	4018	4018	4018	—
Veuvage	46	2	0	0	48
Divorce	60	14	4	1	79
Total	106	16	4	1	127
Taux de remariage (en %)	85,1	81,4	84,0	—	84,7

Notes : \* : effectif total des célibataires au moment de l'enquête ; \*\* : 2867 (soit 3414 - 106 - 441) = effectif des femmes en première union survivante à l'enquête. Source : [12].

Par ailleurs, les ruptures d'union sont globalement moins fréquentes. Le taux le plus élevé est enregistré au niveau des premières unions et vaut 3% (soit 106/3577). Par contre, le remariage est intense. Il concerne environ 85% des premières unions rompues. Les deuxièmes unions et plus qui en résultent sont globalement de type informel (97% des 2èmes unions et 100% des unions de rang 4 et plus). Il existe ainsi une forte corrélation entre mobilité conjugale et union libre. En effet, si c'est en milieu urbain que les ruptures d'union sont plus fréquentes, c'est aussi dans ce milieu que le taux d'union informelle est élevé. Le divorce, événement rare traditionnellement, est la principale cause de rupture des unions. Il représente 62% des causes de rupture des unions. Mais la situation a davantage évolué avec la crise économique que traverse le Bénin depuis le milieu des années quatre-vingt.

## La crise économique

Le Bénin, comme beaucoup d'autres pays africains, traverse depuis le milieu des années quatre-vingt une crise économique. Cette crise entraîne une hausse du coût de la vie (formation, santé, logement, nourriture et autres besoins vitaux) et des mutations diverses. De nouvelles stratégies de survie sont développées par les diplômés sans emploi, les « déflatés » des entreprises liquidées (ou en faillite) et les fonctionnaires de l'État dont le pouvoir d'achat ne cesse de s'amenuiser avec les abattements de salaire et le blocage des avancements. L'égoïsme se substitue à l'esprit communautaire traditionnel. Les relations sociales sont de plus en plus intéressées, signe d'une rupture progressive de la société avec les comportements traditionnels de référence.

Les nouvelles stratégies se traduisent, entre autres, par l'émergence de nouveaux comportements démographiques et sociaux, notamment l'augmentation des unions informelles, de l'entrée en union des filles célibataires avec un homme marié, de la fragilité des unions et la baisse des taux de remariage (Tab. 2).

**Tableau 2 : Répartition (en %) par milieu de résidence des enquêtées à l'EDBSI (1996) selon la situation matrimoniale actuelle**

Groupes-cibles	Situation matrimoniale	Capitale	Grandes villes	Petites villes	Rural	Ensemble
Non célibataires	Union formelle	71,3	86,3	90,2	88,9	88,6
	Union informelle	24,8	10,4	6,8	7,8	9,0
	Divorcée	1,8	2,3	1,5	1,0	0,1
	Veuve	2,1	1,0	1,5	2,3	2,3
En union	Non-cohabitation	21,4	22,9	22,5	1,6	7,6
	Femme CM	28,0	25,0	20,0	10,0	14,0
	2 unions et plus	14,5	26,1	23,1	24,6	23,7
	Polygamie	32,0	50,5	50,3	52,3	48,3
	Entrée en union polygame	57,4	52,9	60,2	58,1	57,2

Source : [13].

Outre la caractéristique de l'union, on voit émerger, contrairement aux comportements passés, de nouvelles formes d'union : la séparation des logements des conjoints de telle sorte que la femme peut être chef ou non de son ménage. Mais ce phénomène semble être essentiellement urbain. En effet, la cohabitation des conjoints demeure vigoureuse en milieu rural car elle concerne 98,4% des unions. C'est également en milieu rural mais aussi dans les petites villes qu'on enregistre les plus faibles taux d'union libre. En fait, les effets de la crise sont ressentis différemment selon les milieux de résidence et selon les générations. Un examen détaillé des données montre que les unions libres et la séparation des logements sont plus fréquentes à la capitale et au sein du groupe d'âge 30-34 ans. Les femmes de 25 à 29 ans de la capitale sont aussi très nombreuses à ne pas cohabiter avec leur époux.

Par ailleurs, malgré le développement de l'urbanisation, de la scolarisation et de l'industrialisation, et malgré l'amélioration du statut de la femme, la polygamie demeure la pratique la plus répandue quel que soit le milieu. Le développement urbain du phénomène (surtout au sein des jeunes femmes de 25-34 ans) est à mettre en relation avec l'émergence du phénomène des « deuxièmes bureaux » ou « maîtresses », l'entrée tardive en union des femmes scolarisées et l'ajournement du mariage par les jeunes hommes sans emploi ou en emploi précaire. Les femmes entrent alors souvent en union avec un homme marié [11] comme l'indique le tableau 2. Le taux d'entrée en union avec un homme marié est en effet de 57% en moyenne.

L'évolution des formes d'union au Bénin n'est pas sans conséquence. Elle s'est accompagnée entre autres d'une baisse non négligeable de la fécondité. En effet, l'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé de 0,8 enfant au cours des 14 ans séparant les deux enquêtes EFB et EDSB1. Nous abordons ci-après la contribution respective des statuts matrimoniaux à cette variation de la fécondité.

## Approche méthodologique

Pour évaluer l'impact de l'évolution des différentes formes d'union sur la variation de la fécondité, nous avons utilisé la méthode d'analyse d'impact au cours d'une période donnée, de l'évolution de la nuptialité et de la fécondité des mariages telle

que décrite par J. Duchêne et A. Ajbilou [9]. Cette méthode s'inspire des indices comparatifs de la fécondité et de la nuptialité des femmes élaborés par A. J. Coale [7].

## La méthode de standardisation de Coale

A.J. Coale [7] propose 3 indices comparatifs de la fécondité et un indice comparatif de la nuptialité des femmes. Soit dans une population :

- $f_i$  le taux de fécondité générale à l'âge  $i$
- $g_i$  le taux de fécondité des femmes en union à l'âge  $i$
- $h_i$  le taux de fécondité des femmes hors union à l'âge  $i$
- $a_i$  le nombre de femmes d'âge  $i$
- $b_i$  le nombre de femmes en union d'âge  $i$
- $c_i$  le nombre de femmes hors union d'âge  $i$
- $\phi_i$  le taux de fécondité des Huttérites en union en 1921-30.

Cette fécondité type, choisie par A.J. Coale est la fécondité la plus élevée jamais observée sur une population<sup>3</sup>.

Les indices sont obtenus comme suit :

- *Indice comparatif de la fécondité générale* :  $F$

$$F = \frac{\sum f_i a_i}{\sum \phi_i a_i}$$

C'est le rapport du nombre observé de naissances dans la population au nombre qui serait survenu si les femmes de cette population connaissaient à chaque âge la fécondité des femmes Huttérites, autrement dit une fécondité naturelle maximale (ou presque).

- *Indice comparatif de fécondité des femmes en union* :  $G$

$$G = \frac{\sum g_i b_i}{\sum \phi_i b_i}$$

C'est le rapport du nombre observé de naissances parmi les femmes en union au nombre que l'on aurait si ces femmes connaissaient à chaque âge la fécondité des femmes Huttérites.

- *Indices comparatifs de fécondité des femmes hors union* :  $H$

$$H = \frac{\sum h_i c_i}{\sum \phi_i c_i}$$

C'est le rapport du nombre observé de naissances parmi les femmes hors union au nombre que l'on aurait si ces femmes connaissaient à chaque âge la fécondité des femmes Huttérites.

Ces trois rapports mesurent la distance entre la fécondité des femmes de la population et la fécondité des femmes Huttérites en union respectivement pour l'ensemble des femmes, pour les femmes en union et pour les femmes hors union.

3. En voici les taux (en %).

Groupe d'âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Taux de fécondité	300	550	502	447	406	222	61

– Indices de la nuptialité des femmes :  $N$

$$N = \frac{\sum \varphi_i b_i}{\sum \varphi_i a_i}$$

C'est le rapport du nombre de naissances qui seraient survenues si les femmes en union de la population connaissaient la fécondité des femmes Huttérites en union au nombre qui serait survenu si toutes les femmes (en union ou non) connaissaient cette fécondité Huttérite. Cet indice mesure la contribution du mariage à la fécondité la plus élevée possible pour cette population.

A chaque âge, on a les relations suivantes :

$$a_i = b_i + c_i$$

$$f_i a_i = g_i b_i + h_i c_i$$

De ces relations, on peut déduire :

$$F = GN + H(1 - N)$$

Le premier terme de  $F$  est la contribution de la nuptialité et de la fécondité des unions à l'indice de fécondité tandis que le second terme est la contribution des naissances hors union à cet indice.

Si les naissances hors union sont négligeables, alors  $H$  est nul et l'on a :

$$F = GN$$

## Quantification de l'impact de la fécondité en union et de la nuptialité sur la fécondité générale

J. Duchêne et A. Ajbilou [9] estiment que les indices de Coale offrent, du fait de la relation qui existe entre eux, la possibilité de quantifier l'impact de la nuptialité et de la fécondité légitime sur la fécondité générale, sous l'hypothèse que la fécondité hors union est négligeable. Pour cela, ils considèrent la variation  $D(1,2)$  entre deux moments 1 et 2 de l'indice comparatif de fécondité générale :

$$D(1,2) = F_2 - F_1 = G_2 N_2 - G_1 N_1 = G_1 (N_2 - N_1) + N_1 (G_2 - G_1) + (G_2 - G_1) (N_2 - N_1)$$

Si la fécondité hors union n'est pas négligeable, on obtient :

$$\begin{aligned} D(1,2) &= F_2 - F_1 = G_2 N_2 - G_1 N_1 + H_2 (1 - N_2) - H_1 (1 - N_1) \\ &= [G_1 (N_2 - N_1) + N_1 (G_2 - G_1) + (G_2 - G_1) (N_2 - N_1)] \\ &\quad + [H_2 (N_1 - N_2) + (1 - N_2) (H_2 - H_1) + (H_2 - H_1) (N_2 - N_1)] \end{aligned}$$

Intégrons maintenant non seulement les naissances hors union, mais également plusieurs formes d'union. Si l'on désigne respectivement par  $G_i$  et  $N_i$  les indices comparatifs, respectivement de la fécondité et de la nuptialité des femmes dans la forme  $i$  d'union, alors,  $D(1,2)$  devient :

$$\begin{aligned} D(1,2) &= \sum [G_1^i (N_2^i - N_1^i) + N_1^i (G_2^i - G_1^i) + (G_2^i - G_1^i) (N_2^i - N_1^i)] \\ &\quad + \{H_2 (\sum N_1^i - \sum N_2^i) + (1 - \sum N_2^i) (H_2 - H_1) + (H_2 - H_1) (\sum N_2^i - \sum N_1^i)\} \end{aligned}$$

Cette expression peut s'écrire :

$$D(1,2) = \sum D_i + \alpha$$

Dans l'expression de  $D_i$ , les trois termes désignent respectivement, les effets de l'évolution de la proportion des femmes dans chaque forme d'union, de l'évolution de la fécondité de chaque forme d'union et de la combinaison de ces deux effets sur l'évolution de l'indice de fécondité.

Dans l'expression de  $\alpha$ , les trois termes indiquent l'effet de la variation de la proportion des femmes non mariées, de la variation de la fécondité hors union et de la combinaison de ces deux effets sur l'évolution de l'indice de fécondité. Nous avons appliqué cette méthode aux données de l'enquête de fécondité de 1982 et de l'enquête démographique et de santé de 1996.

## Calcul des indices

La méthode décrite ci-dessus nécessite que l'on ait les effectifs de femmes et de leurs naissances par groupe d'âges quinquennal. Pour obtenir ces deux données, nous avons considéré pour chaque enquête les femmes continuellement en union au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, puis le nombre de naissances survenues chez ces femmes au cours de cette même période. Ce choix facilite non seulement l'application de la méthode retenue, mais il permet surtout de minimiser les biais dus aux mauvaises déclarations des naissances (omission, mauvaise datation des événements, etc.). Quant aux femmes non continuellement en union dans les cinq dernières années, nous avons supposé que le temps passé en union au cours de cette période est négligeable, autrement dit, elles sont restées continuellement non mariées au cours des cinq années précédant l'enquête.

Dans le cas du Bénin, la relation  $F = GN$  n'est pas appropriée dans la mesure où les naissances hors union sont de plus en plus importantes. Il faut donc utiliser la formule complète.

D'autre part, l'indice  $N$  mesure seulement les unions « formelles », alors que la formalisation des unions est de plus en plus remise en cause. Aussi, la fécondité type utilisée dans ces indices, celle très élevée des Huttérites, est-elle très différente des taux actuels. Nous estimons plus adéquat de prendre une fécondité type adaptée aux réalités contextuelles. Nous avons choisi ici les taux de fécondité du milieu rural béninois au recensement de 1979.

## Résultats et discussion

La catégorisation des formes d'union repose sur quelques postulats. Nous sommes partis de ce qu'au Bénin, il existe un modèle culturel général qui s'applique à toutes les sociétés ; celui de valorisation de la fécondité légitime. Nous pensons à cet effet que, quelle que soit la nature de leur union (monogamie ou polygamie), les femmes en union formelle partagent les mêmes idéaux en matière de procréation. Le caractère non formel de l'union, comme phénomène déviant par rapport aux normes sociales, serait plus susceptible d'entraîner des comportements reproducteurs relativement différents de ceux des femmes en union formelle. Par ailleurs, nous estimons que les unions à logements séparés et les deuxièmes unions et plus (mobilité

conjugale) seraient les plus concernées par les unions informelles. C'est pourquoi nous n'avons considéré que trois formes d'union : l'union informelle, l'union formelle et les femmes hors union (célibataires et non mariées). Les analyses ont été faites au niveau national et selon les milieux de résidence ainsi que l'indiquent les tableaux 3 et 4 ci-après.

**Tableau 3 : calcul des  $\alpha$**

Milieu de résidence	Effet de la variation du nombre des femmes hors unions	Effet de la variation de la fécondité des femmes hors union	Effet combiné des deux	$\alpha$
Ensemble du pays	-0,054	+0,033	-0,014	-0,035
Grandes villes	-0,056	+0,044	-0,022	-0,034
Petites villes	-0,078	+0,072	-0,036	-0,042
Rural	-0,004	-0,000	-0,014	-0,018

De ces résultats, il ressort que les unions informelles ont significativement contribué à la baisse de la fécondité. Mais cet effet est plus remarquable en milieu urbain qu'en milieu rural. En milieu rural, les comportements de fécondité n'ont significativement pas varié, quelle que soit la forme de l'union. On note en particulier un effet relativement important de la variation de la fécondité des unions informelles en milieu urbain. Son effet est de 10% dans les grandes villes et dans les villes alors qu'il n'est que de 4% en milieu rural. Quant à l'union formelle, la variation de la proportion de femmes mariées a été déterminante et a favorisé une variation à la hausse de la fécondité. Cette contribution positive à la variation de l'indice de fécondité est notée par ailleurs en milieu rural où son effet est de 31% contre 7% dans les autres milieux. L'effet de la proportion des femmes hors union semble globalement négligeable. C'est surtout dans les villes que l'évolution de la proportion de femmes hors union semble avoir un effet positif sur la variation de l'indice de fécondité. Il est de 7% contre pratiquement 0% en milieu rural.

L'analyse effectuée ici n'est qu'une simple esquisse descriptive de l'impact des formes d'union sur la fécondité. Les aspects concrets tels que les structures familiales, les rapports et les rôles conjugaux ne sont pas envisagés. Une telle démarche paraît nécessaire pour une meilleure compréhension de la complexité des comportements matrimoniaux et des mécanismes de leur action sur la fécondité. Ce travail peut être ainsi considéré comme une première étape dans l'explication de la relation entre les formes d'union et la fécondité. Les comportements matrimoniaux évoluent dans tous les milieux, mais les comportements de fécondité varient peu en milieu rural.

Quelques faits permettent cependant d'espérer un changement de mentalité en matière de procréation et une amorce certaine et globale de la transition de la fécondité. Trois principaux phénomènes justifient cette perspective. Un premier phénomène est celui de la lutte contre « les enfants confiés », actuellement en cours dans le pays. Dans les sociétés traditionnelles béninoises, la prise en charge d'un enfant n'est pas une œuvre individuelle. Un couple qui a plusieurs enfants peut en confier quelques-uns à un autre ménage matériellement plus à l'aise (parents ou amis). Ce phénomène de circulation des enfants constitue l'un des facteurs d'une demande

élevée d'enfants. Mais avec les diverses mutations des valeurs culturelles et les difficultés structurelles occasionnées par la crise économique, on assiste à un changement de ce fait social. Les enfants confiés sont utilisés maintenant comme domestiques contre rémunération ou non. Ces enfants confiés sont souvent issus du milieu rural et de familles nombreuses. Le recul, voire l'éradication de cette pratique peut entraîner un changement de comportement favorable à la réduction des naissances.

**Tableau 4 : Calcul des  $D_i$  et de  $D(1,2)$**

Milieu de résidence	Type d'union	Effet de la variation du nombre de femmes $G_1 (N_2-N_1)$	Effet de la variation de la fécondité $N_1 (G_2-G_1)$	Effet combiné $(N_2-N_1) (G_2-G_1)$	$D_i$	$\alpha$	$D(1,2)$
Ensemble du pays	Formelle	0,1768	-0,0507	-0,0338	0,0923		
	Informelle	-0,1173	-0,0740	-0,0340	-0,1573		
	Total	0,1233	-0,2508	-0,0297	-0,0612	-0,035	-0,096
Grandes villes	Formelle	0,0759	-0,0522	-0,0198	0,0039		
	Informelle	-0,0071	-0,1025	0,0025	-0,1070		
	Total	0,1400	-0,3010	-0,0430	-0,1031	-0,034	-0,137
Petites villes	Formelle	0,0715	-0,0348	-0,0132	0,0235		
	Informelle	-0,0071	-0,1025	0,0025	-0,1071		
	Total	0,1360	-0,2590	-0,0107	-0,0836	-0,042	-0,126
Rural	Formelle	0,3105	-0,0315	-0,0315	0,2475		
	Informelle	-0,2001	-0,0418	0,0418	-0,2001		
	Total	0,2208	-0,1494	-0,0288	-0,0474	-0,018	-0,066

Un autre phénomène est le taux de plus en plus élevé des avortements provoqués dans tous les milieux, signe d'un besoin croissant de planification des naissances. En effet, une étude [1] montre que la fréquence des avortements par rapport aux accouchements est de plus en plus élevée. Le taux d'avortement provoqué est de 9,5% ; les cas les plus nombreux ont été enregistrés dans la tranche d'âge 15-24 ans (44,8% dont 57,2% des mariées, 64,2% issus des milieux ruraux et suburbains et 77% issus des milieux socio-professionnels défavorisés).

Enfin, un dernier phénomène est la déclaration de politique nationale de population en 1996. La mise en œuvre de cette politique de population, prévue pour 2001, permettra aux organisations non gouvernementales (ONG) de sensibiliser légalement la population à la planification familiale. Ainsi, les femmes le désirant pourront accéder aux services et en user librement.

## Bibliographie

1. ALIHONOU E., GOPUFODJI S. et CAPO-CHICHI V., 1995, *Morbidité et mortalité liée aux avortements provoqués dans trois maternités de Cotonou*, Rapport d'enquête, CERRHUD/Cotonou, 51 p.
2. AMADOU S.M., ATTANASSO O. et KLISSOU P., 1997, *Nouveaux comportements matrimoniaux et entrée en vie féconde à Cotonou*, Rapport technique d'exécution d'enquête et principaux résultats, CEFORP/INE/UNB, Cotonou, 50 p.
3. ATTANASSO O., 1996, *Évolution des comportements matrimoniaux dans les villes en Afrique de l'Ouest : Accra, Cotonou et Lomé*, Thèse de doctorat en démographie économique, INED/CEPED, Paris, 522 p.
4. ATTOLOU A., 1997, *Le code de la famille et des personnes (livre de la famille) : face aux réalités socio-culturelles du Bénin*, CEFORP Ed., Cotonou, 23 p.
5. BOSERUP E., 1985, Economic and demographic interrelationships in sub-saharan Africa, *Population and Development Review*, Vol. 11, n° 3, p. 383-397.
6. CHARBIT Y. et LERIDON H., 1980, *Transition démographique et modernisation en GUADELOUPE et en MARTINIQUE*, INED, PUF, (Travaux et documents, Cahier n° 89), Paris, 303 p.
7. COALE A.J., 1967, Facteurs associés au développement de la basse fécondité : un rappel historique, *Congrès mondial de la population*, 1965, Vol. 2, New York, p. 211-216.
8. COSIO-ZAVALA M., 1995, Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine, in TABUTIN D., EGGERICKX T. et GOURBIN C., Eds., *Transition démographique et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Académia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 401-414.
9. DUCHENE J. et AJBILOU A., 1995, Structures, nuptialité et fécondité dans les déclinés de la natalité d'hier et d'aujourd'hui, in TABUTIN D., EGGERICKX T. et GOURBIN C., Eds., *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Académia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, p. 283-300.
10. DUPAQUIER J. et SOGNER S., 1981, Marriage and remarriage in populations of the past : Introduction I ère partie, in DUPAQUIER J., HELIN E., LASLETT P., LIVI-BACCI M. and SOGNER S., Eds., *Marriage and remarriage in populations of the past*, Academic Press ; London/New York/Toronto/Sydney/San Francisco, p. 13-33
11. HOUEDOKOHO T., 1995, *Approche biographique de la nuptialité des femmes béninoises*, Academia-Bruyant/l'Harmattan, Louvain-La-Neuve, 215 p.
12. INSAE, 1982, Enquête sur la fécondité au Bénin, Rapport national des principaux résultats, Vol. 1, UDFP/MPS, Cotonou, 165 p.
13. INSAE, 1997, Enquête démographique et de santé 1996, Rapport national des principaux résultats de l'enquête, BCR/MPREPRE, Cotonou, 318 p.



# 14. L'activité sexuelle entre puberté et procréation au cœur des transitions au sud

Benoît Ferry<sup>1</sup>

*Les transitions sociales, politiques et démographiques sont en marche dans les pays du Sud. Les valeurs, les normes et les comportements traditionnels disparaissent ou se modifient. Au niveau individuel, un des moments-clé de ces transformations se situe entre la puberté et l'installation dans la vie adulte. L'activité sexuelle se démarquant du contrôle social, débute de plus en plus jeune hors des règles traditionnelles. Le mariage constitue de moins en moins le début de l'exposition au risque de concevoir. Cette activité sexuelle précoce et souvent intense expose non seulement à la grossesse, donc à l'avortement possible, mais aussi aux maladies sexuellement transmissibles, et plus grave encore au Sida. L'efficacité de la prévention de ces risques demeure limitée au Sud. L'impact de ces nouvelles situations est déterminant sur les transitions.*

*A partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de quelques pays du Sud, les analyses montrent globalement que les âges aux premiers rapports sexuels sont sensiblement les mêmes pour les hommes et pour les femmes et restent stables dans les pays en développement. Les hommes s'engagent plus tardivement que les femmes dans l'union, ayant ainsi une activité sexuelle pré-maritale plus longue, et autorisant la polygamie pour ceux qui sont en union. Les femmes ont maintenant tendance à retarder l'entrée en union. Les premières conceptions débutent bien avant cette union pour une large part d'entre elles.*

*La nuptialité se trouvant largement disqualifiée comme phénomène explicatif des transitions, on voit à présent apparaître l'importance des comportements sexuels au cœur des transitions, notamment dans les contextes de l'épidémie de Sida et de la santé de la reproduction.*

Les transitions sociales, politiques et démographiques sont en marche dans les pays du Sud. Les valeurs, les normes et les comportements traditionnels disparaissent ou se modifient. Le moment clé de ces transformations se situe entre la puberté et l'installation dans la vie adulte. L'activité sexuelle, se démarquant du contrôle social, débute de plus en plus jeune hors des règles traditionnelles. Le mariage constitue de moins en moins le début de l'exposition au risque de concevoir. Cette activité sexuelle précoce et souvent intense expose non seulement à la grossesse, donc à l'avortement possible, mais aussi aux maladies sexuellement transmissibles, et plus grave encore au Sida. L'efficacité de la prévention de ces risques demeure limitée au Sud. L'impact de ces nouvelles situations est déterminant sur les transitions.

1. Chercheur au CEPED, Directeur de recherche à l'IRD (ex-ORSTOM).

Les transitions au Sud ne se font pas sans tenir compte ou plutôt sont constituées, de profonds bouleversements dans les comportements, les attitudes et de nouvelles réalités. Dans toutes les sociétés, les cadres conceptuels et référentiels anciens sautent les uns après les autres ; il y a de plus en plus dissociation entre activité sexuelle et mariage, entre activité sexuelle et conception, et entre mariage et conception.

Les jeunes générations se démarquent sensiblement des traditions, des références et des comportements des générations précédentes. L'ensemble des éléments de l'environnement socioculturel est bouleversé. Les pressions, les normes et les comportements traditionnels se relâchent. On voit apparaître de nouveaux comportements, de nouvelles normes, sexuels notamment, qui exposent à la grossesse, aux maladies sexuellement transmissibles (MST) et au Sida.

Que se passe-t-il entre la puberté et la procréation ? Il s'agit d'une période clé dans la vie des individus. La société tout entière dépend de la façon dont cette période se déroule, notamment du fait du début de la sexualité et de la socialisation des individus, principalement à travers le mariage. Cette période enclenche toute la dynamique de la reproduction sociale. Tout changement a des implications importantes et durables pour la société où ils interviennent.

Ce n'est que par une perspective de genre que l'on peut comprendre la réalité et les enjeux de cette période. Beaucoup de choses s'y jouent, et elles ne sont pas le fait d'un seul genre, mais précisément le rapprochement des deux genres, que ce soit pour l'activité sexuelle, le mariage et la procréation. La fécondité doit ainsi être étudiée non à partir des seules femmes, mais dans une perspective de genre. Lorsque l'on regarde ce qui se passe pour les deux sexes, on a une vision radicalement différente de la période du premier rapport sexuel, du mariage et du début de la procréation.

On sait que dans les pays du Sud, ce sont les jeunes et les adolescents qui sont, non seulement les plus exposés au Sida, mais aussi les plus infectés. Le Sida constituera dans les décennies à venir un élément majeur de la dynamique démographique, par ses effets tant sur la mortalité que sur la fécondité. Aucun modèle de transition ne peut plus l'ignorer. Il est donc urgent d'étudier quelques-uns des éléments déterminants de ces nouvelles dynamiques.

## **Objectifs et source de données**

L'hypothèse de travail envisagée ici est de dire que le vrai début de l'exposition aux risques de grossesse, d'avortement, de maladies sexuellement transmissibles (MST) et du Sida est le début de l'activité sexuelle, et de moins en moins le mariage. La nuptialité est peu opérationnelle pour considérer l'exposition, les changements de vie des individus, et envisager l'impact des nouveaux comportements sur les transitions au Sud.

Le but de ce chapitre est d'explorer, de façon très simple, quelques phénomènes-clés, déterminants de cette période dans différentes populations, et à partir de données quantitatives comparables, de voir ce qu'il en est aujourd'hui du début de la vie sexuelle, du mariage, de la première conception.

Ce n'est que récemment que les enquêtes de population ont abordé les comportements sexuels [6, 13, 15 et 19]. Pour la plupart d'entre elles cependant, la fécondité n'est pas étudiée.

Les enquêtes de fécondité sont restées cantonnées pendant longtemps à une approche auprès des femmes, dans certains pays seulement des femmes mariées. Certaines Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) les plus récentes abordent non seulement la population masculine mais s'intéressent aussi aux comportements sexuels et au Sida. Elles constituent un matériel d'assez bonne qualité pour étudier de façon comparative les problèmes qui nous intéressent : le premier rapport sexuel, la première union, et la première naissance. L'analyse comparative présentée ici de ces phénomènes et de leurs relations s'appuie sur les enquêtes EDS III, disponibles et considérant ces variables, à savoir : Côte d'Ivoire 1994, Zimbabwe 1994, Centrafrique 1994-95, Ouganda 1995, Bénin 1996 et Brésil 1996.

Les enquêtes EDS sont généralement d'assez bonne qualité, et il n'y a pas lieu de mettre en doute la validité des réponses concernant les variables première union et première naissance [12]. On doit noter cependant que l'union est grossièrement définie dans les EDS pour inclure les formes d'union consensuelles autant que les mariages civils ou religieux. Il est clair que cela marque le début des relations sexuelles sanctionnées socialement, alors que les comportements sexuels privés ont démarré bien avant.

Contrairement au mariage où l'on a demandé la date de l'événement, on ne dispose que de l'âge concernant les premiers rapports sexuels. Il est dommage que les EDS laissent aux femmes la possibilité de répondre à la question sur l'âge au premier rapport sexuel : « au moment de l'union ». C'est une réponse facile qui limite l'analyse de la distance entre le premier rapport et la première union. De plus, du fait des problèmes de mémoire il est probable que la précision de cet âge baisse avec les générations les plus anciennes, ce qui limite l'étude des changements dans le temps.

Un certain nombre de nuances serait à apporter, concernant la période qui va de la puberté à la première naissance (notamment l'utilisation de la contraception [4], mais aussi l'utilisation éventuelle de préservatifs, le recours à l'avortement, etc.). De plus, les résultats présentés ici concernent des populations prises dans leur ensemble. La réalité est plus complexe du fait de l'existence de sous-populations et de caractéristiques socio-démographiques qui peuvent varier grandement à l'intérieur de chacune de ces populations [10]. Le premier rapport sexuel ne signifie pas forcément le début d'une activité sexuelle régulière, importante ou établie. De plus, dans bien des cas, le premier partenaire est le futur conjoint. Des questions plus spécifiques sur l'activité sexuelle pré-maritale et la nature des partenaires seraient importantes pour comprendre la dynamique de l'entrée dans la vie sexuellement active et le type de risque auquel les individus sont soumis aux jeunes âges.

On peut par ailleurs faire l'hypothèse de deux groupes de comportements (*patterns*) pour les femmes : l'un centré autour du mariage, l'autre sur la sexualité et la grossesse indépendamment du mariage. Pour les hommes, ils suivent pour la plupart un seul modèle de comportement : indépendance des comportements sexuels, du mariage et de la procréation.

## Résultats

### Répartition des situations dans la population

Lorsque l'on considère la répartition des hommes et des femmes de 15 à 49 ans dans la population des pays en développement étudiés ici, on constate que la majorité des hommes au-delà de 30 ans sont mariés ; ce qui est le cas dès 25 ans pour les

femmes. Une faible proportion des hommes, stable de l'ordre de 5%, sont veufs ou divorcés. Chez les femmes, cette catégorie va en augmentant avec l'âge pour atteindre 15 à 20% à 45-49 ans. L'entrée en union se fait à un âge nettement plus jeune chez les femmes, ce qui facilite la polygamie dans de nombreux pays.

Par contre, l'entrée dans l'activité sexuelle se fait sensiblement aux mêmes âges chez les hommes et chez les femmes. De ce fait, la proportion d'hommes en activité sexuelle avant le mariage est beaucoup plus importante que celle des femmes. Au Zimbabwe, par exemple, à 20-24 ans, 60% des hommes ne sont pas mariés et ont une activité sexuelle, contre 10% des femmes aux mêmes âges ; au Brésil, 65% contre 20%. Il apparaît ainsi que la période d'activité sexuelle pré-maritale est beaucoup plus longue chez les hommes du fait qu'ils la débute en même temps que les femmes et qu'ils se marient beaucoup plus tard. Cette période pré-maritale sexuellement active où le nombre de partenaires peut être important, rend les hommes particulièrement vulnérables aux MST et au Sida [10].

## Les premiers rapports sexuels

Le début de l'activité sexuelle mesurée par l'âge médian au premier rapport est assez variable selon les pays (Tab. 1). Elle est précoce pour les femmes dans la plupart des pays : ainsi 50% des femmes ont leur premier rapport à 15,8 ans en Côte d'Ivoire, 15,9 ans en Centrafrique, 16,1 ans en Ouganda ; les âges médians au Bénin, au Zimbabwe et au Brésil sont respectivement de 17,3 ans, 18,4 ans et 19,4 ans. Ce dernier pays se distingue ainsi par une entrée tardive et lente des femmes dans l'activité sexuelle. S. Kishor et K. Neitzel [16] avaient montré que les âges médians des femmes au premier rapport sexuel s'établissaient à 14,9 ans au Niger, 19,1 ans en Namibie, 21,5 ans aux Philippines, 19,9 ans en Colombie et 19,4 ans au Pérou. Pour comparaison, l'âge médian au premier rapport sexuel pour les femmes est de 18 ans en France [19] et 21,5 ans en Thaïlande [6].

Les hommes débute leur activité sexuelle assez jeunes également et selon des rythmes tout aussi variables. Paradoxalement, c'est au Brésil que les hommes ont les premiers rapports sexuels les plus précoces, puisqu'à 16,7 ans, 50% en ont eus ; en Ouganda et en Centrafrique, l'âge médian se situe à 17,6 et 17,9 ans, et au Bénin à 18,2 ans. Le Zimbabwe a un âge médian au premier rapport pour les hommes plus tardif, à 19,6 ans. Pour comparaison l'âge médian au premier rapport sexuel pour les hommes est de 17,5 ans en France [19] et de 18,3 en Thaïlande [6].

Le début de l'activité sexuelle est donc parfois jeune dans certains pays en développement. La différence entre les hommes et les femmes n'est pas très importante avec quelques exceptions notables au Brésil et en Thaïlande.

Certains pensent qu'un rajeunissement sensible de l'âge au premier rapport a eu lieu dans les dernières décennies. On sait pour les pays développés que cet âge a cependant peu évolué au cours des trente dernières années, mais qu'il avait sensiblement rajeuni auparavant dans les sociétés européennes, passant notamment en France de plus de 22 ans pour les femmes dans les années vingt à 18 ans dans les années soixante ; et de 19,5 ans à 17,5 pour les hommes dans le même temps [14].

Dans les pays en développement étudiés ici, on ne constate pas d'évolution significative de cet âge chez les femmes selon les générations, à l'exception d'un léger

rajeunissement de deux ans au Brésil. Ceci se retrouve dans la plupart des enquêtes [11]. Il n'en est pas de même chez les hommes, où, de façon systématique, les jeunes générations débutent leur activité sexuelle de façon plus précoce que leurs aînés. Ce rajeunissement peut atteindre trois ans au Bénin, deux ans au Zimbabwe et un an en Centrafrique et en Ouganda. Au Brésil par contre, où l'âge au premier rapport des hommes est particulièrement bas (16,7 ans), on ne constate pas de rajeunissement significatif.

**Tableau 1 : Age médian aux premiers rapports sexuels**

Caractéristiques		Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)	
Hommes	Age actuel	20-24	17,6	—	—	17,3	18,7	—
		25-29	17,2	—	17,4	17,5	19,0	16,5
		30-34	17,2	—	17,5	17,1	19,1	16,4
		35-39	18,2	—	17,7	17,5	19,6	16,6
		40-44	18,4	—	18,1	18,1	19,8	16,7
		45-49	18,7	—	18,5	17,9	20,0	17,3
		50-54	18,8	—	—	18,3	21,0	—
		55-59	19,6	—	—	—	—	—
	60-64	20,5	—	—	—	—	—	
	Urbain		18,4	—	18,3	17,2	19,6	16,7
Rural		18,0	—	17,6	17,6	19,6	16,9	
Ensemble		(25-64) 18,2	—	(25-59) 17,9	(25-54) 17,6	(25-54) 19,6	(25-59) 16,7	
Femmes	Age actuel	15-19	—	—	16,6	—	—	—
		20-24	—	15,8	16,0	16,5	18,8	—
		25-29	17,2	15,7	15,9	16,0	18,4	18,8
		30-34	17,3	15,8	16,0	16,1	18,0	19,4
		35-39	17,3	15,7	16,0	15,8	18,1	19,6
		40-44	17,5	15,9	15,8	15,9	18,6	19,9
	45-49	17,4	16,0	15,9	15,9	18,3	20,7	
	Urbain		17,7	16,2	15,8	16,4	19,0	19,6
Rural		17,1	15,6	16,0	16,1	18,1	19,1	
Ensemble (15-49)		17,3	15,8	15,9	16,1	18,4	19,4	

Cet âge varie selon le milieu (urbain ou rural), avec un léger vieillissement en milieu urbain, à l'exception des hommes d'Ouganda et du Brésil et des femmes de Centrafrique.

Une étude récente [1 et 9] a montré que, en réaction à l'épidémie de Sida, certains changements rapides peuvent survenir dans le début de l'activité sexuelle, comme en Ouganda en milieu urbain, où, entre 1989 et 1994, les femmes ont retardé de deux ans le début de leur activité sexuelle.

Le premier rapport sexuel ne veut pas forcément dire établissement permanent d'une activité sexuelle importante. Il marque cependant le début de l'exposition à la grossesse pour les femmes et aux maladies sexuellement transmissibles et au Sida.

## La première union

Les EDS ont défini la première union de façon plus large que le seul mariage pour tenter d'englober toute forme d'engagement et de relation durable.

Il apparaît (Tab. 2) que les hommes s'engagent en union à un âge sensiblement plus élevé que les femmes. Ainsi l'âge médian à la première union qui se situe autour de 25 ans pour les hommes, s'échelonnant de 23,1 ans en Ouganda à 26,9 ans en Côte-d'Ivoire, tourne autour de 18 ans pour les femmes, s'échelonnant de 17,3 ans en Centrafrique à 18,9 ans au Zimbabwe. Le Brésil fait exception, les femmes entrant elles aussi en union tardivement à 21,1 ans.

Ainsi la différence d'âge médian à la première union entre hommes et femmes est importante ; 8,8 ans en Côte-d'Ivoire, 6,6 ans en Centrafrique, 6,3 ans au Bénin, 5,7 ans en Ouganda, 5,1 ans au Zimbabwe et seulement 3,0 ans au Brésil.

Contrairement au premier rapport sexuel, l'âge à l'union selon les générations a tendance au vieillissement pour les femmes [11] et à un rajeunissement pour les hommes, avec l'exception du Brésil où cet âge reste stable tant pour les hommes que pour les femmes (Tab. 2).

## Des premiers rapports sexuels à la première union

Si à présent on essaye de situer le début de l'activité sexuelle par rapport au mariage selon la durée écoulée entre les deux événements, on est particulièrement surpris de voir que dans toutes les populations considérées, le processus se déroule de la même façon avec sensiblement la même intensité.

On constate (Tab. 3) de longues périodes entre le premier rapport et la première union chez les hommes. Ainsi au Brésil il s'écoule 7,4 ans, et dans les autres pays de 5,5 à 6,5 ans. Il n'en est pas de même pour les femmes ; elles se marient assez rapidement après leur premier rapport ; 2,3 ans en Côte-d'Ivoire, et pour les autres pays de 0,5 à 1,7 ans après.

Le tableau 4 indique la proportion des premiers rapports sexuels qui ont eu lieu avant la première union selon le sexe : pour plus de la moitié des femmes, le mariage constitue le début de l'activité sexuelle. Par contre, une grande majorité des hommes ont des rapports avant le mariage, qui ne constitue pas un événement important dans l'intensité de leur activité sexuelle. Autrement dit, les hommes sont exposés aux MST et au Sida pendant de très nombreuses années avant leur mariage.

A.J. Gage [11] a cherché à étudier pour les femmes l'influence de l'éducation sur cette durée. Elle montre que dans la plupart des pays, l'éducation n'a pas d'effet important sur l'activité sexuelle pré-maritale.

Si 50 à 60% des femmes déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel au moment du mariage ou juste après, il n'en est pas de même pour les hommes où le mariage ne constitue le début de l'activité sexuelle que pour 10 à 20% d'entre eux. Plus de la moitié des hommes ont eu une activité sexuelle qui a débuté plus de 5 ans avant le mariage.

En considérant l'écart moyen entre le premier rapport et le premier mariage selon l'âge au premier rapport (Tab. 5), on constate que plus l'âge au premier rapport est élevé, plus le délai pour se marier est court. Ce dernier est pratiquement nul si le

premier rapport a lieu au-delà de 25 ans. Pour les femmes, le délai est très court, même pour les plus jeunes : celles qui ont leur premier rapport entre 13 et 17 ans se marient 1 à 2 ans après ; pour des premiers rapports à plus de 18 ans, le mariage intervient un an après. Il n'en est pas de même pour les hommes : quel que soit l'âge au premier rapport, la première union intervient plusieurs années plus tard. Ainsi chez les hommes débutant des rapports à 13-17 ans, le mariage n'intervient que 6 à 8 ans plus tard ; de même, pour des rapports à 18-22 ans cet écart est de 4 à 5 ans. Tout se passe comme si la première union constituait pour une majorité de femmes le signal du début de l'activité sexuelle, alors que pour les hommes les deux phénomènes restent relativement indépendants.

**Tableau 2 : Age médian à la première union**

Caractéristiques			Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)					
Hommes	Age actuel	15-19	—	—	—	—	—	—					
		20-24	—	—	—	—	—	—					
		25-29	25,0	—	23,3	22,6	—	24,3					
		30-34	23,6	26,2	23,2	22,6	25,5	23,7					
		35-39	24,6	27,7	24,2	23,2	23,8	24,0					
		40-44	23,6	26,4	22,9	24,7	24,7	24,0					
		45-49	25,4	27,4	26,5	22,8	25,5	24,0					
		50-54	25,0	27,2	24,9	25,1	26,7	—					
		55-59	25,3	27,4	27,2	—	—	—					
	60-64	27,0	—	—	—	—	—						
Ensemble		(25-64)	24,7	(30-59)	26,9	(20-59)	23,9	(25-54)	23,1	(30-54)	25,0	(25-59)	24,1
Femmes	Age actuel	15-19	—	—	—	—	—	—					
		20-24	18,8	18,8	17,4	17,7	19,8	—					
		25-29	18,7	18,2	17,4	17,8	19,3	21,0					
		30-34	18,3	18,1	17,3	17,3	18,7	21,0					
		35-39	18,4	18,0	17,7	17,1	18,8	21,0					
		40-44	18,3	18,2	16,6	17,0	18,9	21,0					
		45-49	17,9	17,9	17,4	17,3	18,9	21,6					
	Urbain		19,2	18,8	16,9	18,7	19,5	21,3					
Rural		18,0	17,8	17,6	17,2	18,7	20,2						
Ensemble (25-49)		18,4	18,1	17,3	17,4	18,9	21,1						
Différence Homme-Femme			6,3	8,8	6,6	5,7	5,1	3,0					

**Tableau 3 : Différence d'âge médian entre le premier rapport et la première union**

Sexe	Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)
Hommes	6,5	—	6,0	5,5	5,4	7,4
Femmes	1,1	2,3	1,4	1,3	0,5	1,7

**Tableau 4 : Pourcentage de rapports sexuels avant la première union (pour les 25 ans et plus)**

Pays	Femmes	Hommes
Bénin	39,7	81,9
Centrafrique	44,0	81,7
Ouganda	47,2	80,1
Zimbabwe	38,6	79,4
Brésil	41,7	89,2

**Tableau 5 : Écart entre le premier rapport et la première union selon l'âge au premier rapport**

Sexe	Age au premier rapport	Bénin	Centrafrique	Côte d'Ivoire	Zimbabwe	Brésil
Femmes	< 12	-2,6	-2,3	-3,4	-1,5	-3,9
	13-17	-1,4	-1,3	-2,4	-1,3	-1,7
	18-22	-1,0	-1,1	-1,6	-0,7	-1,2
	23-27	-0,4	-0,1	-0,2	-0,1	-0,7
	28-32	0	0,3	0	0,05	-0,7
	33-37	0	—	0	0	-0,5
Hommes	< 12	-11,8	-11,1	—	-12,0	-10,7
	13-17	-7,0	-5,8	—	-7,7	-7,8
	18-22	-4,7	-3,7	—	-4,5	-4,5
	23-27	-1,6	-0,6	—	-1,0	-0,4
	28-32	-0,1	-0,0	—	0,4	0,7
	33-37	-1,9	-0,1	—	0	0,7

## La première naissance

Les EDS n'ont pas tenté de questionner les hommes sur les circonstances de la naissance de leur premier enfant ; c'est pourquoi seules les femmes seront étudiées dans cette partie.

L'âge médian à la première naissance (Tab. 6) se situe autour de 19 ans en Afrique et à 22,4 ans au Brésil. Il n'a, semble-t-il, pas évolué sensiblement dans le temps selon les générations et, à l'exception de la Centrafrique, il est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

En considérant plus spécifiquement les femmes de 15 à 19 ans (Tab. 7) on constate une entrée dans la vie féconde assez différente selon les pays, avec un démarrage précoce et rapide en Côte-d'Ivoire, en Centrafrique et en Ouganda, qui contraste avec les situations au Bénin, au Zimbabwe et surtout au Brésil. La fécondité est beaucoup plus lente à démarrer en milieu urbain qu'en milieu rural.

### *Des premiers rapports sexuels à la première naissance*

Il s'écoule parfois plusieurs années entre le premier rapport et la première naissance. L'écart entre les âges médians est de 3,5 ans en Centrafrique, 3,0 en Côte-d'Ivoire et au Brésil, 2,5 ans en Ouganda, 2,3 ans au Bénin et 1,2 ans au Zimbabwe (Tab. 8).

**Tableau 6 : Age médian à la première naissance (femmes)**

Caractéristiques		Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)
Age actuel	15-19	—	—	—	—	—	—
	20-24	—	18,6	18,9	18,7	—	—
	25-29	19,8	18,6	19,4	18,9	19,7	22,2
	30-34	19,5	18,7	19,4	18,4	19,3	22,2
	35-39	19,9	18,8	19,8	18,4	19,5	22,3
	40-44	19,5	19,2	18,9	18,5	19,7	22,4
	45-49	19,3	19,1	19,8	18,4	19,6	23,0
Urbain		20,4	19,0	18,7	19,3	19,8	22,6
Rural		19,3	18,7	19,9	18,5	19,4	21,4
Ensemble		19,6	18,8	19,4	18,6	19,6	22,4

En considérant la proportion des conceptions par durée écoulée depuis le premier rapport, on constate pour les femmes que 25 à 35% des conceptions ont lieu dans l'année qui suit le premier rapport à l'exception du Zimbabwe où elles sont 50%. Dix-huit à 25% des conceptions ont lieu entre 1 et 2 ans après le premier rapport ; 10 à 12% entre 2 et 3 ans ; 5 à 10% entre 3 et 4 ans et autour de 5% entre 4 à 5 ans.

**Tableau 7 : Pourcentage des adolescentes qui ont déjà été enceintes**

Caractéristiques		Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)
Age actuel	15	2,7	12,5	9,8	7,7	2,9	4,4
	16	7,4	21,2	17,4	22,1	9,7	10,6
	17	22,4	35,6	35,5	43,3	16,2	20,5
	18	35,3	50,3	53,7	64,7	31,1	25,3
	19	56,1	59,2	67,6	70,8	44,1	34,8
Ensemble	15-19 ans	26,0	35,0	36,1	42,9	19,7	18,0
Urbain		18,7	23,8	34,7	30,6	15,3	16,6
Rural		32,5	45,1	37,4	45,4	21,6	24,2

Ainsi une proportion non négligeable des femmes ne conçoivent leur premier enfant que plusieurs années après leur premier rapport sexuel.

### *De la première union à la première naissance, ou l'inverse*

Pour une forte proportion de femmes l'écart entre la première union et la première naissance est très court (Tab. 8). Pour la moitié d'entre elles il s'écoule selon les pays de 0,7 ans à 2,1 ans entre les deux événements. Près d'un tiers d'entre elles ont conçu leur premier enfant avant le mariage (Tab. 9).

**Tableau 8 : Durée entre les premiers événements en années (femmes)**

Intervalles	Bénin (1996)	Côte d'Ivoire (1994)	Centrafrique (1994-95)	Ouganda (1995)	Zimbabwe (1994)	Brésil (1996)
Premier rapport- Première naissance	2,3	3,0	3,5	2,5	1,2	3,0
Première union- Première naissance	1,2	0,7	2,1	1,2	0,7	1,3

**Tableau 9 : Pourcentage de conceptions avant le mariage (femmes mariées de 25 ans et plus)**

Pays	Pourcentage
Bénin	28,5
Centrafrique	39,5
Côte d'Ivoire	31,1
Ouganda	30,1
Zimbabwe	22,9
Brésil	32,6

\*

\* \*

Des analyses plus poussées devraient permettre de mieux comprendre les déterminants de l'âge au premier rapport sexuel et de l'âge à la première union. Elles devraient aussi permettre de mieux comprendre les circonstances et les partenaires des derniers rapports des personnes les plus jeunes : écart d'âge entre partenaires, nombre de partenaires, etc.

Le mariage se prête bien à l'analyse démographique. C'est un événement précis, daté, social, rare. Les comportements sexuels sont plus difficiles à cerner et à mesurer [8]. Ils sont fréquents, répétitifs, ils peuvent prendre plusieurs formes, ils peuvent concerner des paires d'individus très différents dans le temps. Ils sont privés, non datés, s'inscrivent ou non dans une relation. Mais finalement, c'est cela qui constitue le facteur de changement très important, un facteur de variabilité interindividuelle, dans le temps, dans le système interrelationnel, dans les réseaux sociaux, etc.

Les analyses montrent globalement que les âges aux premiers rapports sexuels, assez jeunes, sont sensiblement les mêmes pour les hommes et pour les femmes et restent stables dans les pays en développement. Les hommes s'engagent plus tardivement que les femmes dans l'union, ayant ainsi une activité sexuelle pré-maritale plus longue, et autorisant la polygamie pour ceux qui sont en union. Les femmes ont maintenant tendance à retarder l'entrée en union. Les premières conceptions débutent bien avant cette union pour une large part d'entre elles.

Ce n'est que par une perspective de genre que l'on peut comprendre la réalité et les enjeux de cette période qui va jusqu'à la première naissance et une vie stabilisée par une union. Beaucoup de choses s'y jouent, et elles ne sont pas le fait d'un seul genre, mais précisément du rapprochement des deux genres, que ce soit pour l'activité sexuelle, le mariage ou la procréation. Cette perspective permet de comprendre que les hommes ne vivent pas leur adolescence de la même façon et que leur entrée dans la vie adulte les soumet à des risques très différents. Les évolutions observées, et celles à venir, constituent les facteurs majeurs des nouvelles dynamiques démographiques.

La sexualité pré-maritale est non seulement commune dans beaucoup de sociétés ; mais elle est en train de devenir la norme. Le mariage, la nuptialité ne sont plus une référence à l'exposition, au risque de grossesse et d'avortement en particulier, mais

aussi pour les MST, y compris le Sida. Tout se joue avant le premier mariage ou avant la première conception, d'où l'importance des premiers rapports comme indicateur.

La nuptialité se trouvant largement disqualifiée comme phénomène explicatif des transitions, on voit à présent apparaître l'importance des comportements sexuels au cœur des transitions, notamment dans les contextes de l'épidémie de Sida et de la santé de la reproduction.

L'étude de la nuptialité demeure majeure pour l'anthropologue. Le mariage reste en effet important sur le plan social ; il constitue la cellule de base de la reproduction sociale. Pour le démographe et l'épidémiologiste, ce sont les comportements sexuels qui sont les moteurs de l'exposition aux risques. La principale preuve de la faible importance du mariage par rapport à ces risques est la proportion très élevée de personnes infectées par le Sida et les MST avant leur mariage dans les pays en développement.

Dans les pays du Sud, la santé de la reproduction, les relations de genre, la mortalité et la fécondité ne connaîtront d'évolution et finalement de transition qu'à travers des évolutions des comportements sexuels qui demeureront encore longtemps le principal moteur de l'épidémie de SIDA.

## Bibliographie

1. ASIIMVE-OKIROR G., OPIO A.A., MUSINGUZI J., MADRAA E., TEMBO G., et CARAËL M., 1997, Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda, *AIDS*, 11, p. 1757-1763
2. BEMFAM, 1997, Brasil, Pesquisa nacional sobre demografia e saude 1996, Macro International Inc., Bemfam, Rio de Janeiro, 182 p.
3. BÉNIN, BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT, 1997, Enquête démographique et de santé 1996, Calverton, USA, Macro International, 318 p.
4. BLANC A.K. et WAY A.A., 1998, Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, n° 2, p. 106-116.
5. CENTRAL STATISTICAL OFFICE, 1988, Zimbabwe DHS, Columbia, USA : Institute for Resource Development/ Macro Systems, 170 p.
6. CLELAND J. et FERRY B., Eds., 1995, *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, Taylor and Francis, London, 245 p.
7. CÔTE D'IVOIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, 1994, Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1994, Calverton USA, Macro International, 294 p.
8. FERRY B., 1993, Mesurer les comportements sexuels des populations générales des pays en développement - Leçons des études récentes, *Communication pour le séminaire de l'UIESP sur L'impact du SIDA et sa prévention dans les pays en développement. La contribution de la démographie et des sciences sociales*, 5-9 décembre, Annecy (France), 22 p.
9. FERRY B., 1998, La place des changements de comportements dans la baisse de la prévalence du VIH, *Transcriptase*, n° 63, p. 19-21.
10. FERRY B., 1999, Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain, in BECKER C., DOZON J.P., OBBO C. et TOURE M., Eds., *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Codesria - IRD - Karthala, p. 237-256.
11. GAGE A.J. et MEEKERS D., 1994, Sexual activity before marriage in sub-saharan Africa, *Social Biology*, Vol. 41, n° 1-2, p. 44-60.

12. GAGE A.J., 1995, An assessment of the quality on data on age at first union, first birth, and first sexual intercourse for phase II of Demographic and Health Surveys program, *Occasional Paper*, n° 4, Calverton, MD : Macro International Inc.
13. HUBERT M., BAJOS N., SANDFORT T., Eds., 1998, *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, UCL Press, London, 442 p.
14. JASPARD M., 1997, *La sexualité en France*, La Découverte, Paris, 125 p.
15. JOHNSON A.M., WADSWORTH J., WELLINGS K. et FIELDS J., 1993, *Sexual Attitudes and Lifestyles*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, UK.
16. KISHOR S. et NEITZEL K., 1996, The status of women : Indicators for twenty-five countries, *DHS Comparative Studies*, n° 21, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nation Population Fund, New York, USA, 114 p.
17. MINISTRY OF HEALTH, MINISTRY OF PLANNING AND ECONOMIC DEVELOPMENT, 1988/89, *Uganda DHS*, Columbia, USA : Institute for Resource Development/ Macro Systems, 137 p.
18. NDAMOBISSI R., MBOUP G. et NGUELEBE E.O., 1995, *Enquête démographique et de santé République Centrafricaine 1994-95*, Calverton USA, Macro International, 338 p.
19. SPIRA A., BAJOS N. et LE GROUPE ACSEF, 1992, *Enquête sur le comportement sexuel des Français*, La documentation française, Paris, 352 p.

# 15. Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais

Valérie Delaunay<sup>1</sup>

*Les modèles de nuptialité et de reproduction en Afrique sub-saharienne sont en évolution ; les adolescents en sont les premiers acteurs. Ces évolutions sont surtout mises en évidence en milieu urbain. Nous étudions ici les comportements sexuels et procréateurs des adolescents d'une zone rurale du Sénégal qui a fait l'objet d'un suivi longitudinal et d'enquêtes spécifiques rétrospectives. Les migrations saisonnières vers le milieu urbain touchent une très grande partie des adolescents et semblent induire des changements de comportements.*

*Les résultats montrent que l'entrée en vie sexuelle des hommes est de plus en plus précoce (âge médian inférieur à 17 ans pour les générations les plus jeunes, contre plus de 22 ans pour les plus anciennes). Ceci suppose un accroissement du réseau des partenaires qui est déterminé par trois facteurs : l'entrée en vie sexuelle des filles plus massive, la diminution de l'écart d'âge entre partenaires, le recours à un réseau de partenaires extérieur. Ces trois facteurs agissent de manière concomitante.*

*Les résultats montrent aussi une intensification du nombre des grossesses avant le mariage, lié à la scolarisation et à la migration. La religion chrétienne semble être un facteur favorisant les conceptions prénuptiales, mais sur le lieu de migration uniquement.*

*Même s'il est clair que les changements sont insufflés par le milieu urbain, les évolutions en milieu rural sont profondes. Il est important de mieux comprendre les mécanismes de changements de comportements et leurs conséquences sanitaires et sociales, afin d'orienter l'offre et les messages en matière de planification familiale et de prévention des maladies sexuellement transmissibles.*

L'adolescence, étape charnière entre l'enfance et la vie adulte, est l'une des périodes cruciales de la vie d'un individu, marquant une transformation à la fois biologique et sociale, modifiant rôles et statuts. De nombreuses études se sont penchées sur le concept de « fécondité des adolescentes » et la littérature foisonne de résultats dans ce domaine. L'intérêt pour la fécondité précoce et ses conséquences s'est développé dans les années soixante aux États-Unis où l'environnement de plus en plus permissif a conduit à un accroissement de l'activité sexuelle des célibataires [26] et donc des grossesses avant le mariage [12]. Ce qui est socialement perçu comme problématique est avant tout le changement de nature de la fécondité que représente l'augmentation des grossesses et des naissances parmi les célibataires [37]. Face à ce fait

1. IRD, ETS.

socialement et moralement « dérangent », les thèmes de recherche liés à la fécondité précoce sont devenus prioritaires. On s'est intéressé plus spécifiquement aux conséquences néfastes des grossesses précoces sur la santé de la mère et de l'enfant.

En effet, les conséquences en matière de santé liées à l'âge de la mère, qui amplifient les risques liés à la première grossesse, sont aujourd'hui largement documentées, dans le Nord comme dans le Sud : une plus forte mortalité maternelle [40], des complications obstétricales et gynécologiques plus fréquentes pour les femmes de moins de 20 ans, et plus particulièrement pour celles de moins de 18 ans [1], un risque de prématurité plus important [35], un plus faible poids à la naissance [14], une mortalité infantile et juvénile plus forte quand la mère a moins de 20 ans [25 et 43]. Ces risques sont essentiellement liés à l'immaturité du corps de la mère, mais aussi à son manque de maturité psychologique par rapport aux soins à apporter à l'enfant [17]. Ils sont aussi liés à la situation matrimoniale de la mère au moment de la grossesse et de la naissance, selon le degré de réprobation sociale.

Les conséquences en termes de bien-être social et économique sont identifiées à travers deux facteurs. D'une part, les naissances précoces représentent une entrave à la scolarisation et à la réussite scolaire [2, 5, 11, 28 et 42]. D'autre part, la fécondité précoce est associée à une fécondité ultérieure plus forte [6]. Or ces deux facteurs sont associés à un plus faible potentiel de travail.

La fécondité des adolescentes en Afrique n'est pas un fait récent, puisque elle est traditionnellement encouragée dans le cadre d'un mariage précoce. Le changement mis en évidence cette dernière décennie réside dans l'apparition de grossesses avant le mariage dans des sociétés où les normes l'interdisent. Ce changement se traduit par le développement de grossesses non désirées et socialement inacceptables dont les conséquences en matière de santé ne sont pas négligeables. On identifie alors un risque « social », lié au contexte social entourant la grossesse, dont la conséquence extrême est l'avortement et ses complications. Même si l'incidence réelle de l'avortement reste très difficile à mesurer, de nombreuses études se sont penchées sur l'avortement chez les adolescentes célibataires à partir de données hospitalières ou d'interviews [10, 11, 27, 34, 38 et 39]. Elles soulignent les conséquences souvent dramatiques de l'avortement clandestin. Les adolescentes y ont recours pour échapper à la réprobation sociale et à l'exclusion scolaire. Par ailleurs, les grossesses avant le mariage et/ou non désirées sont associées à un risque plus grand de sous-utilisation des services de santé [21 et 32].

On constate aujourd'hui un regain d'intérêt pour l'activité sexuelle des adolescents (des filles comme des garçons), comme facteur de transmission des maladies sexuellement transmises (MST) depuis plus d'une décennie [11], et mis en avant avec le développement de l'épidémie de sida [9]. Les adolescents ont une activité sexuelle plus intense que les autres générations et elle est souvent en augmentation ; la prévalence du sida et des autres MST est donc attendue plus forte dans ce groupe. L'activité sexuelle des adolescents n'est pourtant pas un fait nouveau. Là encore, le changement réside dans le développement d'une activité sexuelle prémaritale. La sexualité avant le mariage varie beaucoup d'un pays à l'autre [23], mais est partout en augmentation [23, 38 et 39]. Elle varie aussi selon le milieu de résidence et le niveau scolaire [7]. La résidence urbaine et le niveau scolaire élevé sont en fait associés à un mariage plus tardif, et donc à une exposition au risque plus importante. D. Meekers [36] montre que, à âge au mariage égal, les jeunes filles instruites ont à peine

plus, voire moins, de rapports sexuels avant le mariage que les autres. Ce résultat relativise le caractère « libérateur » que l'on accorde souvent à la scolarisation. De même, l'apprentissage et le travail domestique sont aussi associés à un report de l'âge au premier mariage, et donc à un allongement de l'exposition au risque [5].

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer l'augmentation de l'activité sexuelle des célibataires. Certaines postulent une augmentation de la période d'exposition au risque, soit par la diminution de l'âge au ménarche, soit par le recul de l'âge au premier mariage [5]. D'autres font référence à des changements de comportements, avec l'apparition d'unions informelles [29] ou des modifications des normes relatives à la sexualité [41]. L'hypothèse la plus développée est celle de l'impact de l'urbanisation et de la modernisation par le biais d'un affaiblissement du contrôle social des aînés sur la sexualité des jeunes générations [4, 11, 13, 23 et 38]. Enfin, une dernière hypothèse présente la sexualité avant le mariage comme l'élément d'une stratégie rationnelle visant un but bien précis, qu'il soit économique — échange de cadeaux contre des relations sexuelles — ou social — la grossesse peut représenter une incitation au mariage visant à infléchir la décision de l'auteur de la grossesse ou de la famille [8].

L'information sur les dangers liés à la sexualité et les moyens de s'en protéger est la plupart du temps insuffisante. Elle se transmet en dehors du cadre familial, souvent à travers les moyens modernes de communication [18].

Les modèles de nuptialité et de reproduction en Afrique sub-saharienne sont donc en évolution et, bien évidemment, les adolescents en sont les premiers acteurs. Les plus importantes modifications de comportements ont été notées dans les capitales : un recul de l'âge au mariage [3, 33 et 44], un accroissement des grossesses et naissances de mères célibataires [5], une augmentation de la fréquence des avortements [10, 11, 27, 34, 38 et 39].

Cependant, peu de données sont disponibles sur l'évolution des comportements de procréation chez les adolescents en milieu rural et sur la diffusion des comportements urbains chez les adolescents des villages. Les relations entre les campagnes et la ville se sont pourtant intensifiées en raison de l'amélioration des réseaux routiers et il est fréquent, dans beaucoup de pays africains, dont le Sénégal, de voir les jeunes villageois partir en ville à la recherche d'un emploi, même temporaire. L'objectif de cette étude est de montrer que, même en milieu rural africain, les comportements des adolescents en matière de sexualité, de procréation et de mariage se modifient et d'en comprendre les mécanismes à partir de données d'une observation longitudinale d'une zone rurale du Sénégal sur treize années.

## La zone d'étude de Niakhar

Les données utilisées sont issues de la surveillance démographique du « Projet Population et Santé à Niakhar » (PPSN) de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) au Sénégal, qui enregistre les événements démographiques produits dans 30 villages (soit une population de près de 30 000 personnes aujourd'hui) depuis 1984 [15]. Le rythme de surveillance était annuel de 1984 à 1987, puis hebdomadaire jusqu'en 1997. Ces données présentent l'avantage d'une extrême fiabilité de la datation des événements et permettent une analyse séquentielle de ceux-ci. Des enquêtes rétrospectives sur cette même population ont permis de compléter

certaines informations. L'une d'elles a retracé en 1992 l'histoire génésique des femmes qui ont eu des naissances dans la zone d'étude (HGENE). Cette enquête a permis, entre autre, de contrôler la qualité du rang attribué aux naissances, mais aussi d'interroger les femmes sur leur entrée en vie féconde. Une autre enquête qui s'est intéressée en 1997 aux comportements sexuels et aux MST (MECORA) [31], fournit des éléments quant à l'entrée en vie sexuelle. Les données sont d'abord analysées de manière descriptive, puis à l'aide de modèles de régression logistique.

Les villages enquêtés sont situés dans la région de Fatick, à 150 km à l'est de Dakar, la capitale. La population, essentiellement d'ethnie sereer, vit de la culture du mil et de l'arachide. Depuis plusieurs décennies, elle doit faire face à une crise agricole liée en grande partie à la croissance démographique, à la baisse des cours mondiaux et à la baisse de la pluviométrie. Dès la fin des années soixante, la dégradation des conditions de vie entraîne un véritable exode rural, essentiellement vers Dakar. La ville joue alors le rôle de « déversoir d'une campagne saturée » [30]. D'un autre côté, Dakar devient la ville où l'on peut gagner l'argent nécessaire à la survie. Le motif économique apparaît donc comme la motivation majeure de l'exode rural. Certains migrants, partis de la région étudiée à la fin des années cinquante, ont réussi à s'insérer dans le marché de l'emploi de la capitale. Leur rôle dans la constitution de réseaux d'accueil des migrants a été longuement décrit [19 et 20]. Ces réseaux remplissent aussi une fonction d'accès à l'emploi, de sécurité et de contrôle social. Le départ des migrants, et surtout des migrantes, dont la plupart sont très jeunes, est souvent encouragé par la famille qui les place sous la responsabilité d'un(e) aîné(e), lui(elle)-même migrant(e) expérimenté(e). La vie s'organise en groupes afin de minimiser les coûts de la vie (nourriture, logement). Les regroupements se font sur la base des liens familiaux, mais aussi par affinité et par âge. Les garçons trouvent des emplois de gardien, de docker, de manoeuvre, d'aide-infirmier, d'apprenti-maçon, de vendeur, de matelot. Les jeunes filles s'emploient essentiellement comme bonne ou lingère [16 et 20]. A moins d'obtenir un emploi stable ou exceptionnellement bien rémunéré, les migrants retournent généralement au village en fin de saison sèche pour participer aux travaux agricoles.

Il existe donc des liens étroits entre les villages de la région de Niakhar et la capitale. Ces échanges sont susceptibles de jouer un rôle important dans l'évolution des modèles de comportement. Ils constituent en effet un facteur de diffusion des changements observés en milieu urbain sur l'ensemble de la vie sociale des individus et en particulier en matière de sexualité, d'entrée en union et de procréation. Les adolescents représentent le groupe le plus sensible au changement. Les conditions de vie sur les lieux de migration conduisent en effet les adolescents à adopter des comportements en matière de sexualité, d'entrée en union ou de première naissance en rupture avec les normes traditionnelles. L'adoption de nouveaux modèles de comportements peut varier selon certaines caractéristiques des adolescents liées à leur appartenance économique et socio-culturelle.

## L'entrée en vie sexuelle

L'âge au premier rapport sexuel a été enregistré de manière rétrospective sur un échantillon de 500 hommes et de 500 femmes âgés de 15 à 59 ans à l'enquête (1997). Près de la moitié des enquêtés de moins de vingt ans n'ont jamais eu de rapport sexuel (44% des hommes et 45% des femmes). La proportion d'individus qui n'ont jamais eu de rapport sexuel diminue à partir de 20 ans et devient négligeable au-delà de 25 ans.

L'âge médian au premier rapport sexuel diminue au fil des générations chez les hommes et augmente légèrement chez les femmes (Tab. 1, Fig. 1). Il passe de plus de 22 ans pour les hommes des générations les plus anciennes à moins de 17 ans pour les plus jeunes générations. Chez les femmes, la tendance est inverse, l'âge médian au premier rapport sexuel passant de 15 ans à près de 18 ans.

**Tableau 1 : Age médian au premier rapport sexuel selon la génération, 1997**

Génération	Groupe d'âge à l'enquête	Hommes		Femmes	
		Age médian	Effectif	Age médian	Effectif
77-81	15-19 ans	16,7	101	17,6	66
72-76	20-24 ans	17,4	53	16,4	67
67-71	25-29 ans	17,4	29	16,8	57
62-66	30-34 ans	19,1	30	15,6	62
57-61	35-39 ans	19,3	44	15,2	54
52-56	40-44 ans	19,9	46	15,9	55
47-51	45-49 ans	19,9	23	16,0	32
42-46	50-54 ans	21,8	31	14,7	36
37-41	55-59 ans	22,3	23	14,9	31
Ensemble	15-59 ans	19,4	380	19,1	460

Source : Enquête Mecora.

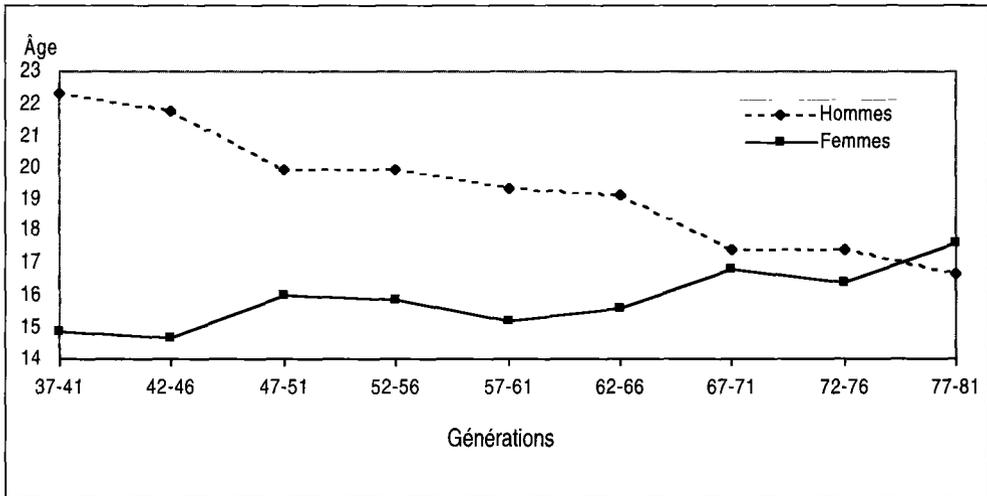
## L'entrée en union et en vie féconde

Les âges médians à la première naissance et au premier mariage ont pu être calculés sur un petit groupe de générations. Ils présentent une tendance à la hausse (Tab. 2, Fig. 2). Cette tendance subit quelques variations, que l'on peut attribuer à la variation annuelle de l'intensité du mariage. Le mariage est en effet fortement dépendant de disponibilités financières. Or l'économie dans cette population paysanne est tributaire de la qualité de la récolte qui elle-même dépend fortement des conditions climatiques. Les revenus monétaires tirés des campagnes agricoles sont très différents d'une année à l'autre, ce qui provoque en matière de mariage des phénomènes de report et de rattrapage.

Il est intéressant de comparer les indicateurs d'entrée en vie sexuelle et d'entrée en union. Cela suppose certaines hypothèses quant à la qualité des réponses. En effet l'indicateur d'entrée en vie sexuelle, issu de données rétrospectives, repose sur des déclarations, alors que l'entrée en union est mesurée à partir de données rétropectives reposant sur l'observation des événements. Moyennant donc certaines réserves, il est possible de comparer les âges médians sur un petit nombre de générations. Nous avons ainsi reporté sur un même graphique l'âge médian au premier rapport sexuel des groupes de générations enquêtées pour lesquelles nous avons pu calculer l'âge médian au premier mariage. On constate un décalage entre l'entrée en vie sexuelle et l'entrée en union, particulièrement important chez les hommes (entre 7 et 9 années), moindre chez les femmes (entre une et deux années). Ces résul-

tats sont donc l'expression de l'existence d'une sexualité des adolescents avant le mariage qui semble s'intensifier chez les garçons.

**Figure 1 : Age médian au premier rapport sexuel selon la génération**

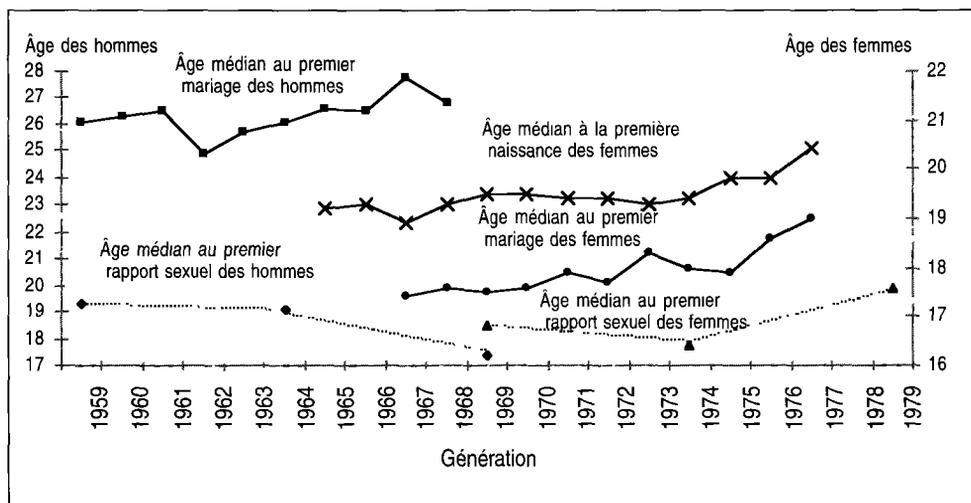


**Tableau 2 : Age médian au premier mariage des femmes et des hommes et âge médian à la première naissance des femmes, selon la génération, 1998**

Femmes				Hommes		
Génération	Age médian au premier mariage	Age médian à la première naissance	Effectif au 01/01/98	Génération	Age médian au premier mariage	Effectif au 01/01/98
1965		19,2	145			
1966		19,3	166			
1967	17,4	18,9	141	1958	26,5	124
1968	17,6	19,3	177	1959	26,1	112
1969	17,5	19,5	129	1960	26,3	156
1970	17,6	19,5	184	1961	26,5	101
1971	17,9	19,4	139	1962	24,9	138
1972	17,7	19,4	214	1963	25,7	133
1973	13,2	19,3	178	1964	26,1	126
1974	18,0	19,4	234	1965	26,6	137
1975	17,9	19,8	234	1966	26,5	120
1976	18,6	19,8	286	1967	27,8	127
1977	19,0	20,4	240	1968	26,8	135

Source : PPSN.

L'analyse transversale permet de retracer l'évolution des taux de primofécondité par âge (Tab. 3). La fécondité avant 15 ans qui était déjà très faible en 1984 devient nulle au cours des dernières années d'observation. Entre 15 et 20 ans les taux diminuent fortement, et plus légèrement entre 20 et 25 ans. On observe ici aussi sur la période des variations que l'on peut attribuer aux fluctuations du premier mariage.

**Figure 2 : Age médian au premier mariage des hommes et des femmes selon la génération**

## Naissances et conceptions avant le mariage

Parmi les naissances de rang 1 observées au cours de la période 1984-97, près de 20% se sont produites avant le mariage (Tab. 4). Certaines d'entre elles (3%) ont été immédiatement suivies d'un mariage, célébré le jour du baptême, 7 jours après la naissance de l'enfant — qui marque la fin d'une période de réclusion de la mère et de l'enfant. Plus de 4% des primipares se sont mariées au cours de la grossesse. On arrive ainsi à un total de 22,5% de conceptions pré-nuptiales, soit presque une première naissance sur 4. Près d'un tiers des conceptions pré-nuptiales est « légitimé » avant la naissance ou au plus tard le jour du baptême.

Des données rétrospectives d'il y a 20 ans ont montré que les grossesses avant le mariage étaient alors très rares. Des femmes des générations 1900 à 1977 ont été interrogées. Ce n'est qu'à partir de la génération 1950 que des naissances et conceptions pré-nuptiales sont déclarées. Leur proportion est de 1% pour les générations 1950-54. Elle augmente rapidement pour atteindre 12% de naissances pré-nuptiales et 18% de conceptions pré-nuptiales pour les générations 1970-74 [16: 215].

Ce phénomène s'est donc accru ces dernières années pour, semble-t-il, se stabiliser (Fig. 3). La proportion de conceptions pré-nuptiales qui était de l'ordre de 20% jusqu'en 1991, passe à plus de 30% à partir de 1992, avec une pointe à 40% en 1994. On observe aujourd'hui une baisse des indicateurs assez remarquable. Cette baisse peut être attribuée à l'augmentation considérable des premiers mariages ces trois dernières années. Le nombre des mariages de rang 1 passe en effet de 97 en 1993<sup>2</sup>, à 200, 170 et 184 respectivement en 1994, 1995 et 1996<sup>3</sup>.

2. On se réfère à l'année précédente, compte tenu du décalage entre conception et naissance.

3. Cette augmentation des mariages est elle-même consécutive à une bonne pluviométrie enregistrée en 1993, 1994 et 1995.

**Tableau 3 : Taux de primofécondité de première catégorie par groupe d'âges et âge moyen à la première maternité, selon l'année d'observation, 1998**

Année	Taux de primofécondité (‰)				Age moyen à la première maternité
	10-14 ans	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	
1984	4	137	356	326	22,4
1985	3	102	235	280	22,8
1986	6	97	300	270	23,2
1987	2	95	311	347	22,7
1988	3	81	223	365	22,3
1989	3	122	248	299	21,7
1990	1	87	221	338	22,9
1991	1	101	236	361	21,1
1992	0	81	228	386	23,2
1993	1	78	208	401	22,4
1994	0	80	213	311	22,3
1995	0	55	271	276	22,6
1996	0	67	200	292	24,0
1984-88	3	102	286	317	22,7
1989-93	1	93	228	358	22,2
1994-96	0	68	230	292	23,0

Source : PPSN.

**Tableau 4 : Répartition des naissances de rang 1 selon les statut, 1984-1996**

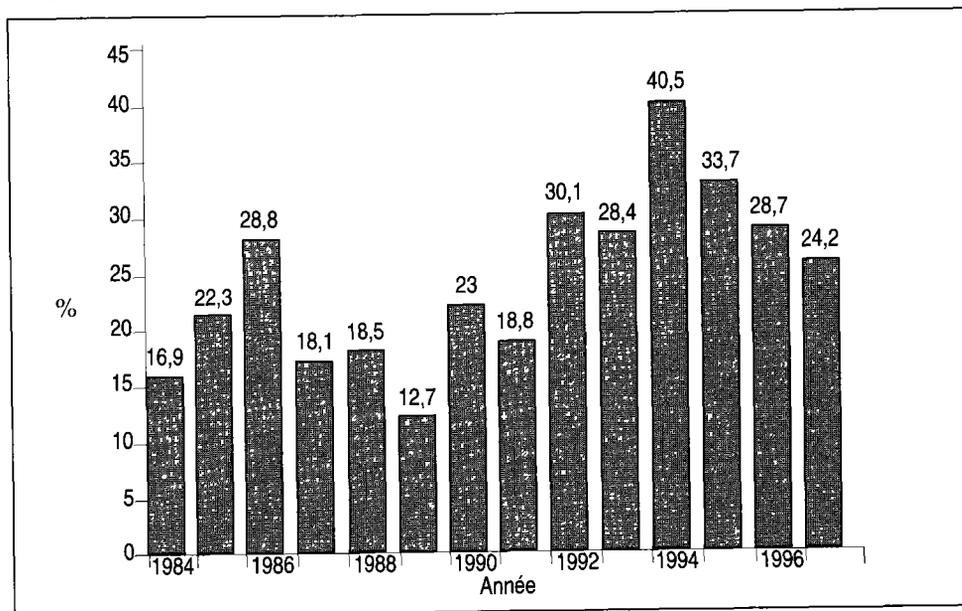
Statut	Effectif	%
Naissance prénuptiale	402	17,2
Mariage le jour du baptême	68	2,9
Mariage pendant la grossesse	107	4,6
(Total conceptions prénuptiales)	(577)	(24,7)
Mariage avant la grossesse	1759	75,3
Total	2336	100,0

Source : PPSN, 1998.

## Les déterminants des grossesses avant le mariage

Le niveau d'instruction a été retenu comme déterminant potentiel puisque les conceptions prénuptiales sont généralement plus fréquentes parmi les jeunes filles scolarisées [7]. En effet, l'apprentissage de l'écriture et de la lecture d'une autre langue (l'enseignement au Sénégal se fait en français), le contenu des programmes scolaires et les éventuels déplacements pour rejoindre une école sont susceptibles de conduire les jeunes à adopter des modèles de comportements différents de ceux de leurs parents. Les proportions des conceptions prénuptiales sont en effet beaucoup plus importantes chez les jeunes mères scolarisées (Tab. 5).

**Figure 3 : Proportion des conceptions prénuptiales parmi les naissances de rang 1 selon l'année de naissance**



La religion doit aussi être considérée dans l'analyse. Malgré l'évidence de la pratique de rites traditionnels dans la région étudiée, très peu de personnes se déclarent de religion traditionnelle. Les villageois se reconnaissent dans l'islam ou le christianisme. Ces religions régissent les normes en matière de mariage. Le mariage musulman se célèbre en deux étapes. Une première appelée *takk*<sup>4</sup> marque la reconnaissance de l'union, l'engagement des familles et le versement d'une partie de la compensation matrimoniale. La seconde correspond à l'installation de la femme dans la famille du mari, assortie d'une réception et marquant généralement la fin des versements liés à la dot. Le mariage chrétien est conclu par une célébration à l'église, à l'issue de laquelle la femme s'installe chez son mari. Il est donc directement conditionné par le versement de la compensation matrimoniale. La moindre exigence du mariage musulman permet de célébrer l'union plus tôt dans le processus de versement dont les montants sont considérables [24]. De plus, aujourd'hui, la tendance est à un allègement des exigences au moment du *takk*. Ces évolutions peuvent être interprétées comme une adaptation du système matrimonial visant à limiter le recul du mariage lié aux difficultés économiques afin de réguler la sexualité des adolescents. Force est de constater que les jeunes femmes chrétiennes sont plus touchées par les conceptions prénuptiales que leurs consœurs musulmanes (Tab. 5).

Le discours populaire sur l'explication de ce phénomène invoque comme facteur principal les migrations des jeunes filles vers la ville. Cette hypothèse peut être corroborée par le fait que l'affaiblissement du contrôle social des aînés sur la sexualité des adolescents, lié à l'urbanisation et à la modernisation [4, 11, 13, 23 et 38], peut aussi s'exprimer en milieu rural à travers les migrations en ville. Les séjours fré-

4. Le *takk* correspond à ce qui est nommé *fatha* en arabe; il s'agit d'une cérémonie célébrée par un représentant de l'islam, qui prononce la première sourate du coran, la *Fatha* (l'ouvrante) et reconnaît ainsi l'union devant Dieu. Le mot wolof *takk* signifie « attacher ».

quents et de longue durée des adolescents en milieu urbain, malgré des réseaux d'accueil et de contrôle très développés, leur procurent liberté, autonomie, opportunités et leur donnent accès à un contexte culturel différent. Ce contact avec le milieu urbain peut, soit par les opportunités offertes, soit par une modification des choix reproductifs ou matrimoniaux, modifier les comportements des adolescents en matière de sexualité, de procréation, et de mariage.

**Tableau 5 : Variables explicatives du type de conception et test d'indépendance du  $\chi^2$  ; naissances de 1993 à 1997**

Variables		Conception pré-nuptiale		Conception conjugale		n	p
		Effectif	%	Effectif	%		
Niveau d'instruction	Non scolarisée	183	25,5	536	74,6	719	0,000
	Primaire	65	50,4	64	49,6	129	
	Secondaire et +	14	60,9	9	39,1	23	
	Autre	12	31,6	26	68,4	38	
	Non réponse	9	69,2	4	30,8	13	
Religion	Traditionnelle	3	33,3	6	66,7	9	0,039
	Musulmane	198	28,6	494	71,4	692	
	Chrétienne	82	37,8	135	62,2	217	
	Non réponse	0	0	4	100,0	4	
Migration l'année précédant la naissance	Oui	108	41,1	155	58,9	263	0,000
	Non	175	26,7	484	73,4	659	
Age de la mère à la naissance	Moins de 20 ans	194	36,7	334	63,3	528	0,000
	20 ans et plus	89	22,6	305	77,4	394	
Total		283	30,7	639	69,3	922	

Depuis 1993, les mouvements saisonniers des villageois, leur lieu et leur motif ont été enregistrés [15]. Nous avons donc rapproché le type de conception de l'expérience migratoire l'année précédant la naissance. Le fait d'avoir une conception pré-nuptiale n'est pas indépendant du fait d'avoir migré l'année précédant l'enquête (Tab. 5).

Ce modèle explicatif peut être testé par une régression logistique. Dans cette analyse, nous n'avons pas considéré les individus présentant une non réponse à l'une au moins des variables considérées. Nous avons regroupé les modalités de la variable « niveau d'instruction » : la catégorie « autre », qui comprend les femmes ayant suivi l'école coranique ou des cours d'alphabétisation, avec la catégorie « non scolarisée » et la catégorie « secondaire et + » avec la catégorie « primaire ». Les 9 femmes se déclarant de religion traditionnelle n'ont pas été considérées dans l'analyse.

Le premier modèle proposé teste les relations des variables sans tenir compte des interactions entre elles. On voit ainsi l'effet significatif du niveau d'instruction, primaire et secondaire, de la religion chrétienne et de la migration. Le test de significativité de Hosmer-Lemeshow montre qu'on ne doit pas rejeter ce modèle. Après avoir

testé l'ensemble des interactions possibles, il ressort qu'une d'entre elles ne peut être écartée de l'analyse. Il s'agit de l'interaction entre religion et migration. Si on l'ajoute au modèle (modèle 2), on constate que la variable religion perd sa significativité mais que le modèle gagne en puissance. La religion n'est donc pas une explication en elle-même des différences de comportement, mais elle en est une dans son association avec la migration. Si la religion ne permet pas de distinguer des différences de comportements au village, les jeunes migrantes chrétiennes auraient une plus forte propension à concevoir avant le mariage que les musulmanes. La scolarisation et la migration restent donc les principaux facteurs explicatifs des différences de comportements, et la religion en est un pour le sous-groupe des migrantes.

**Tableau 6 : Régression logistique du type de conception**

Variables		Modèle 1 n = 896			Modèle 2 n = 896		
		RR	IC	p	RR	IC	p
Niveau d'instruction (non scolarisée)	Primaire et +	3,47	2,38-5,06	0,000	3,47	2,38-5,07	0,000
Religion (musulmane)	Chrétienne	1,42	1,01-2,02	0,042	1,10	0,72-1,68	0,652
Migration l'année précédant la naissance (non)	Oui	2,02	1,46-2,78	0,000	1,65	1,14-2,39	0,008
Age de la mère (< 20 ans)	20 ans et +	0,46	0,34-0,64	0,000	0,47	0,34-0,64	0,000
Religion * migration					2,29	1,08-4,89	0,032
$\chi^2$ Pearson		13,01			8,49		
prob > $\chi^2$		0,29			0,58		
$\chi^2$ Hosmer-Lemeshow		5,61			3,28		
prob > $\chi^2$		0,58			0,86		

Notes : RR : Odds Ratio ; IC : intervalles de confiance. Source : PPSN, 1998.

\*

\* \*

Cette étude montre plusieurs aspects des modifications de comportement en matière de fécondité chez les adolescents.

Tout d'abord, une modification des comportements sexuels, où l'on a vu que les garçons ont leur premier rapport sexuel de plus en plus tôt avant le mariage. L'écart entre l'entrée en vie sexuelle et l'entrée en vie maritale se creuse. Ceci témoigne d'une plus grande liberté et indépendance des adolescents par rapport aux modèles de comportement des anciens, mais aussi de l'ouverture d'un nouveau réseau relationnel. En effet, l'entrée en vie sexuelle plus précoce des garçons suppose un accroissement du réseau des partenaires. Celui-ci peut être déterminé par trois facteurs qui agissent de manière concomitante : l'entrée en vie sexuelle plus massive des filles, la diminution de l'écart d'âge entre partenaires et le recours à un réseau de partenaires extérieur :

- on a montré qu'en moyenne un quart des premières naissances sont conçues avant le mariage, ce qui constitue un seuil minimal de relations sexuelles pré-

nuptiales. Par ailleurs, le premier rapport sexuel à lieu, pour les filles, 1 à 2 années avant le premier mariage. On peut donc affirmer sans trop de risque que le mariage ne constitue plus aujourd'hui le lieu des premiers rapports sexuels pour les jeunes filles ;

- l'écart d'âge entre les partenaires, même s'il n'est pas mesuré comme tel, est évalué par la comparaison des indicateurs masculin et féminin. Les médianes pour les générations les plus âgées au moment de l'enquête présentent une différence de sept années en faveur des garçons, alors que les générations les plus jeunes présentent une entrée en vie sexuelle plus précoce pour les garçons que pour les filles ;
- les migrations saisonnières vers Dakar se généralisent et fournissent aux jeunes l'opportunité d'accéder à d'autres réseaux de partenaires, par la rencontre de jeunes filles originaires d'autres villages (mais rarement culturellement éloignées : les jeunes fréquentent presque toujours des sereer originaires de la même région) ou par l'accès à un réseau de prostitution.

En deuxième lieu, les conceptions avant le mariage touchent plus du quart des primipares. Alors que les grossesses avant le mariage étaient très rares il y a une vingtaine d'années, l'ensemble des familles se sent aujourd'hui concerné. Ce phénomène touche plus particulièrement les filles scolarisées, au primaire ou au secondaire, et les filles qui ont séjourné en ville l'année précédant la naissance. Ces deux facteurs favorisent la sexualité avant le mariage selon deux mécanismes : la scolarisation accroît la durée de l'exposition au risque [36], conduit souvent à un éloignement familial et donne accès à un contexte culturel différent. La migration en ville conduit à l'affaiblissement du contrôle social, à une liberté accrue, à des opportunités plus grandes et, là aussi, à un contexte culturel différent. Le rôle de la migration semble plus important chez les chrétiennes que chez les musulmanes. On peut y voir là l'expression de normes matrimoniales plus rigides dans ce groupe qui retarde l'entrée en union et peut-être plus particulièrement chez les migrantes. On peut aussi penser que les migrantes chrétiennes ont accès à des réseaux sociaux différents en ville, modifiant le contrôle social et les conduisant à adopter des comportements différents. Autant d'hypothèses à vérifier.

Néanmoins, cela ne doit pas occulter le fait qu'un grand nombre de grossesses avant le mariage concerne aussi des jeunes femmes non scolarisées et n'ayant pas migré. La sexualité s'exprime aussi au village, en dépit de la présence familiale. Même s'il est clair que les changements sont insufflés par le milieu urbain, les évolutions en milieu rural sont profondes. Les modèles de constitution des couples sont en évolution. Une grossesse avant le mariage peut constituer l'élément d'une stratégie visant à infléchir le choix familial [8], à limiter les exigences économiques, à accélérer le processus.

Il est important de mieux comprendre comment se diffusent ces évolutions et quels sont les groupes les plus directement concernés. Il est aussi nécessaire de s'interroger sur les conséquences sanitaires et sociales de tels changements. Si certaines grossesses prénuptiales sont bien accueillies, d'autres sont sources d'exclusion ou de répression. Comprendre les particularités des grossesses non désirées permettrait d'adapter l'offre et d'orienter les messages en matière de maîtrise de la fécondité afin d'offrir aux adolescents d'aujourd'hui des choix éclairés en matière de procréation.

## Bibliographie

1. ADEDOYIN M.A. et ADETORO O., 1989, Pregnancy and its outcome among teenage in Ilorin, Nigeria, *East African Medical Journal*, Vol. 66, n° 7, p. 448-452.
2. AKUFFO E., 1987, Teenage pregnancies and school drop-outs. The relevance of family life education and vocational training to girls' employment opportunity, in OPPONG C., Ed., *Sex roles, Population and Development in West Africa*, Heinemann, Portsmouth, New Hampshire, p. 154-164.
3. ANTOINE P., DJIRÉ M., LAPLANTE B., 1995, Les déterminants socio-économique de la sortie du célibat à Dakar, *Population*, Vol. 50, n° 1, INED, Paris, p. 95-117.
4. BARKER G.K. et RICH S., 1992, Influences on Adolescent Sexuality in Nigeria and Kenya : Findings from Recent Focus-Group Discussions, *Studies in Family Planning*, Vol. 23, n° 3, p. 199-210.
5. BLEDSOE C. et COHEN B., Ed., 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington D.C., National Academic Press, 208 p. (Panel on Population Dynamics of Sub-Saharan Africa, Committee on Population, National Research Council).
6. BUMPASS L., RINDFUSS R., JANOSIK R., 1978, Age and marital status at first birth and the pace of subsequent fertility, *Demography*, Vol. 15, n° 1, p. 75-86.
7. CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O., CALDWELL P., 1991, The Destabilization of the Traditional Yoruba Sexual System, *Population and Development Review*, Vol. 17, n° 2, p. 229-262.
8. CALVÈS A., 1997, Adolescent sexuality and fertility in Cameroon : Relevance of the social disorganization and rational adaptation models, *Communication présentée à la Chaire Quetelet 1997*, 27-28 novembre 1997, Louvain-la-Neuve.
9. CARAËL M., 1995, Sexual Behavior, in CLELAND J. and FERRY B., Eds., *Sexual Behavior and Aids in the Developing World*, Taylor&Francis, p. 75-123.
10. CASTLE M.A., LIKWA R., WHITTAKER M., 1990, Observations on Abortion in Zambia, *Studies in Family Planning*, Vol. 21, n° 4, p. 231-235.
11. CHERLIN A. et RILEY N.E., 1986, *Adolescent Fertility : an emerging issue in Sub-Saharan Africa*, World Bank, Population, Health and Nutrition Dept, Washington, D.C, 82 p.
12. CHILMAN C.S., 1986, Some psychosocial aspects of adolescent sexual and contraceptive behaviors in changing American society, in LANCASTER J.B., HAMBURG B.A., Eds., *School-age pregnancy and parenthood : biosocial dimensions*, Aldin de Gruyter, New York, p. 191-217.
13. DARABI K.F., PHILLIBER S.G., ROSENFELD A., 1979, A perspective on Adolescent Fertility in Developing Countries, *Studies in Family Planning*, Vol. 10, n° 10, p. 300-303.
14. DAVIS R., 1988, Adolescent pregnancy and infant mortality : isolating the effects of race, *Adolescence*, Vol. 23, n° 92, p. 899-908.
15. DELAUNAY V. (coord.), 1998, *La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal - 1984-1996*, ORSTOM, Dakar, 133 p.
16. DELAUNAY V., 1994, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Les Études du CEPED, n° 7, Paris, 326 p.
17. DESCHAMPS J.P. et VALANTIN G., 1978, Pregnancy in Adolescence : Incidence and Outcome in European Countries, *Journal of Biosocial Sciences Suppl.*, Vol. 5, p. 101-116.
18. DJIRÉ M., GUEYE M., KONATÉ M.K., 1997, La sexualité des adolescents au Sahel, *La chronique du Ceped*, n° 25, p. 1-5.
19. FALL A.S., 1988, Réseaux migratoires des Sereer Siin-Siin à Dakar - Approche sociologique, *D.E.A. d'anthropologie*, Département de philosophie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 99 p.
20. FALL A.S., 1992, Une réponse à la crise de l'agriculture - La migration des Sereer du Siin (Sénégal), *Sociétés, Espaces, Temps*, Vol. 1, n° 1, p. 138-149.

21. GAGE A.J., 1998, Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia, *Population Studies*, Vol 52, n° 1, p. 21-34.
22. GAGE-BRANDON A.J. et MEEKERS D., 1992, *Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa*, Population Issues Research Center, The Pennsylvania State University, Pennsylvania, 23 p (Working Paper Series, N° 1992-06).
23. GAGE-BRANDON A.J. et MEEKERS D., 1993, Sex, Contraception and Childbearing Before Marriage in Sub-Saharan Africa, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 19, n° 1, p. 14-33.
24. GUIGOU B., 1992, Les changements du système familial et matrimonial : Les Sérères Sine (Sénégal), *Thèse de doctorat, EHESS*, Paris, 548 p.
25. HOBBCRAFT J.N., McDONALD J.W., RUTSTEIN S.O., 1985, Demographic determinants of infant and early child mortality, *Population Studies*, Vol. 39, n° 3, p. 363-385.
26. HOFFERTH S.L., KAHN J.R., BALDWIN W., 1987, Premarital sexual activity among U.S. teenage women over the past three decades, *Family Planning Perspectives*, Vol. 19, n° 2, p. 47-53.
27. INTERNATIONAL CENTER ON ADOLESCENT FERTILITY, 1992, *Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa : Strategies For a New Generation*, The Center for Population Options, 24 p. (Based on The Proceedings of The International Forum on Adolescent Fertility).
28. KULIN H.E., 1988, Adolescent pregnancy in Africa : A programmatic focus, *Social Science and Medicine*, Vol. 26, n° 7, p. 727-735.
29. LACOMBE B., 1987, Les unions informelles en Afrique au Sud du Sahara : l'exemple du deuxième bureau congolais, *Genus*, Vol. 43, n° 1-2, p. 151-164.
30. LACOMBE B., VAUGELADE J., DIOUF B., BAVIERE M., BERTRAND A., DAUCHY S., 1977, *Exode rural et urbanisation au Sénégal. Sociologie de la migration des Serer de Niakhar vers Dakar en 1970*, INED-PUF, (Travaux et Documents n° 73), Paris, 207 p.
31. LAGARDE E., PISON G., ENEL C., DELAUNAY V., GABADINHO A., 1997, Résultats d'une étude préliminaire sur les facteurs de variation de l'infection par le VIH et les maladies sexuellement transmissibles en zone rurale d'Afrique de l'Ouest, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 45, p. 271-278.
32. LEGRAND T.K. et M'BACKE C.S., 1993, Teenage Pregnancy and Child Health in the Sahel, *Studies in Family Planning*, Vol. 24, n° 3, p. 137-149.
33. LESTHAEGHE R., KAUFMANN G., MEEKERS D., 1989, The Nuptiality Regimes in Sub-Saharan Africa, in LESTHAEGHE R., Ed., *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, p. 238-337.
34. LOCOH T., 1991, La fécondité des adolescentes : synthèse des résultats des enquêtes nationales, *Vie et Santé*, n° 8, p. 3-6.
35. MAKINSON C., 1985, The Health Consequences of Teenage Fertility, *Family Planning Perspectives*, Vol. 17, n° 3, p. 132-139.
36. MEEKERS D., 1994, Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa, *Population Studies*, Vol. 48, n° 1, p. 47-64.
37. NATHANSON C.A. et KIM Y.J., 1989, Components of Change in Adolescent Fertility, 1971-79, *Demography*, Vol. 26, n° 1, p. 85-98.
38. NICHOLS D., LAPIDO O.A., PAXMAN J.M., OTOLORIN E.O., 1986, Sexual Behavior, Contraceptive Practice, and Reproductive Health Among Nigerian Adolescents, *Studies in Family Planning*, Vol. 17, n° 2, p. 100-106.
39. NICHOLS D., WOODS E.T., GATES D.S., SHERMAN J., 1987, Sexual Behavior, Contraceptive Practice, and Reproductive Health Among Liberian Adolescents, *Studies in Family Planning*, Vol. 18, n° 3, p. 169-177.
40. NORTMAN D., 1974, Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development, *Family Planning*, n° 16, p. 1-51 (Reports on population).

41. ORUBULOYE I.O., CALDWELL J.C., CADWELL P., 1991, Sexual Networking in Ekiti District of Nigeria, *Studies in Family Planning*, Vol. 22, n° 2, p. 61-73.
42. TRUSSELL J. et MENKEN J., 1978, Early Childbearing and Subsequent Fertility, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 10, n° 4, p. 209-218.
43. TRUSSELL J. et PEBLEY A.R., 1984, The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child and Maternal Mortality, *Studies in Family Planning*, Vol. 15, n° 6, p. 267-280.
44. VAN DE WALLE E., 1993, Recent trends in marriage ages, in FOOTE K.A., HILL K.H., and MARTIN L.G., Eds., *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, National Academic Press, Washington D.C., 379 p. (Panel on Population Dynamics of Sub-Saharan Africa, Committee on Population, National Research Council).



# 16. Amitiés, sexualité et avortement en milieu scolaire. Le cas de la ville de Kikwit (RDC)

Séraphin Ngondo a Pitshandenge<sup>1</sup>

*Les comportements adoptés par les jeunes en matière de nuptialité, de sexualité et d'avortement au cours d'une époque peuvent augurer des changements dans le domaine de la croissance démographique. A défaut d'un déclin de la mortalité, en effet, ces comportements peuvent conduire, de par leur impact sur la fécondité, à une transition démographique provoquée uniquement par le déclin de la fécondité. C'est cette présomption que nous voulons défendre à travers cette propension aux amitiés et aux fiançailles, la forte intensité de la sexualité et le recours à l'avortement que nous avons notés lors d'une étude en milieu scolaire dans la ville de Kikwit. Il est ressorti de cette enquête que 79% de l'ensemble des élèves interrogées étaient impliquées dans les liens de fiançailles ou de « copinage ». Pour des raisons aussi bien affectives qu'économiques, quelques-unes de ces élèves vivaient en « relations polyandres », cumulant un fiancé et un copain.*

*Sous couvert de ces relations, les élèves fiancées ou ayant un copain menaient une vie sexuelle relativement intense.*

*Les avortements enregistrés chez les élèves observées, conséquences d'une sexualité non protégée, sont suffisamment nombreux pour parvenir à réguler une fécondité des jeunes scolarisées dont le niveau serait égal à celui de filles de leur âge régulièrement mariées et qui acceptent de garder leur grossesse.*

## Présentation des filles interrogées

Cet chapitre reprend les grands résultats d'une enquête réalisée en 1996 et portant sur « Le nouveau vécu du mariage et de la sexualité et le statut de la femme dans la ville de Kikwit ». Cette étude, financée par l'Union pour l'Étude de la Population Africaine (UEPA), a porté sur deux échantillons probabilistes : un échantillon de 976 femmes adultes non célibataires et âgées d'au moins 20 ans et un échantillon de 802 élèves célibataires scolarisées dans 25 classes de 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> des Humanités de 13 écoles de la place et âgées de 15 à 21 ans révolus. Les 13 écoles appartenaient aux cinq réseaux locaux d'enseignement, à raison de quatre écoles du réseau catholique, de quatre écoles du réseau protestant, de trois écoles du réseau kimbanguiste, de deux écoles du réseau officiel et de deux écoles du réseau privé.

1. Département de Démographie, Université de Kinshasa.

Le volet « filles scolarisées » de l'étude menée à Kikwit en octobre 1996 et dont nous exploitons les réponses a touché toutes les élèves finalistes des Humanités dans 25 classes de 13 instituts secondaires. Agées de 15 à 21 ans, soit un âge moyen de 16,9 ans, ces élèves ne sont plus pour l'essentiel des adolescentes.

Plus de la moitié d'entre elles, soit 51,9%, sont natives de la ville de Kikwit même et y ont toujours vécu ; 36,9% proviennent de la Province de Bandundu, mais sont nées ailleurs qu'à Kikwit. Elles sont majoritairement issues des ethnies limitrophes de Kikwit et les plus représentées dans la ville, à savoir les Bambala (27,8%), les Bapende (16,3%), les Bayansi (15,6%) et les Babunda (14,3%).

Elles sont à 72% de religion catholique et à 25% de religion protestante. Le reste relève des groupuscules minoritaires comme le « néo-apostolique » ou le « kimbanguiste ».

Nous n'avons pas observé de corrélation entre l'appartenance religieuse d'une élève et le réseau d'enseignement où elle poursuit ses études. Dans chacun des cinq réseaux d'enseignement, les élèves de religion catholique constituent la majorité des inscrites. Elles forment notamment 56% des élèves fréquentant les établissements du réseau protestant.

Concernant la survie et l'état matrimonial de leurs parents, 76,1% des jeunes filles interrogées ont leurs deux parents en vie contre 3,4% qui sont orphelines de père et de mère. Les orphelines de père seul sont plus nombreuses (13,6%) que les orphelines de mère seule (6,9%).

Les parents des élèves interrogées sont mariés monogames dans 63,5% des cas et mariés polygames dans 13,9% des cas. Ils vivent en co-résidence dans 69,4% des cas ou en résidence séparée pour 23,5% d'entre eux.

Comme leurs enfants, les parents sont majoritairement de religion chrétienne (catholique ou protestant). Leurs activités sont essentiellement agricoles et manuelles pour les pères alors que les mères sont, en général, ménagères ou sans emploi. Cette situation contraste avec les niveaux d'instruction assez élevés déclarés aussi bien par les pères que par les mères et qui donnent de la population de Kikwit l'image d'une population parmi les plus instruites de la République Démocratique du Congo : 87% des parents ont été à l'école et savent lire et écrire.

L'étude a donc concerné des adolescentes déjà mûres, finalistes et pré-finalistes des études secondaires, élevées et vivant dans la mouvance des religions chrétiennes. La plupart ont encore leurs deux parents en vie et qui vivent ensemble. Ceux-ci, à l'image de la population de cette ville, sont instruits et exercent le métier d'agriculteur, un métier manuel ou sont fonctionnaires pour les plus favorisés. Ce sont donc, de manière générale, des filles de bonnes familles.

## **Amitiés et fiançailles comme mariages d'essai**

### **L'intensité des amitiés**

Les années qui précèdent le mariage peuvent être pleines de renseignements sur les us et coutumes d'une société. Elles nous informent, en particulier, sur la conformité du processus suivi par une génération, par rapport aux étapes prescrites par les coutumes. Ainsi il est utile d'observer la situation des élèves en matière de fiançailles et de copinage.

A travers les réponses obtenues, nous avons noté quatre traits :

- a) 74% des 802 élèves de l'échantillon avaient déjà vécu, soit en « fiançailles », soit en « copinage » dans les trois dernières années ;
- b) 71,1% se trouvent (encore) dans une telle situation au moment de l'étude ;
- c) certaines élèves avouent une vie « polyandre » ; elles peuvent avoir simultanément un « fiancé » et un « copain » ; c'est le cas de 15,2% des enquêtées dans les trois dernières années et de 9,5% à la date de l'enquête ;
- d) le nombre de filles déclarant un « simple copinage » est plus élevé que celui de celles se disant être fiancées (31,5% contre 27,2% dans le passé, 34,2% contre 27,4% à l'enquête).

## Quelques facteurs associés à la pratique des amitiés

Les facteurs suivants sont positivement associés à la recherche d'une vie relationnelle :

- a) le nombre relatif de filles ayant déjà un fiancé ou un copain augmente avec l'âge. Il est de 56,6% à 16 ans et passe à 87,5% à 19 ans. Les élèves les plus âgées sont naturellement les plus nombreuses à rechercher une vie relationnelle auprès d'un fiancé ou d'un copain ;
- b) les orphelines se déclarent plus souvent fiancées qu'en copinage. De leur côté, les élèves ayant encore leurs deux parents vivent plus souvent avec un copain. On se serait pourtant attendu à une situation contraire compte tenu de la connotation financière que l'on serait tenté d'imputer aux relations de « copinage » ;
- c) par contre, aucune différence significative des comportements n'est observée entre les élèves selon que leurs parents vivent ou ne vivent pas ensemble ;
- d) le fiancé et/ou l'ami sont généralement des étudiants de niveau secondaire ou de niveau universitaire. La rencontre a eu lieu à l'école, dans un groupe de prière ou lors d'une fête. Les occasions de choix individuel se multiplient donc par rapport aux générations anciennes ;
- e) si le fiancé est le plus souvent du même groupe ethnique que la fiancée, il en est autrement du copain dont le choix n'est pas lié à l'endogamie ethnique ;
- f) l'on trouve également, parmi les « fiancés » et les « copains », des commerçants (12,9%) et autres trafiquants (8,7%), des fonctionnaires (2,1%) et des enseignants (4,4%). La présence des commerçants parmi les « amis » des élèves peut tenir à cette tendance que décrit J. Ki-Zerbo [2] à « vouloir profiter, en tant qu'épouse ou maîtresse, des privilèges détenus par certains hommes ».

Ce constat au niveau des élèves de Kikwit n'est pas sans rappeler les concepts de « fiancé académique » ou le slogan de « Choc, Chic et Chèque » couramment usités dans les instituts supérieurs et universitaires de Kinshasa. Par ces termes, les élèves veulent distinguer et caractériser respectivement :

- 1) le « copain », ce « petit ami », éventuellement de même promotion, à qui l'on voue un amour-passion pendant le séjour sur le Campus ;
- 2) le « chic », le fiancé (le vrai), l'homme de sa vie, le futur père de ses enfants et à qui on accorde un amour de type adulte et ;
- 3) enfin, le « chèque », ce généreux magnat dont on est la maîtresse pour un amour monnayé [3 et 4]. C'est lui qui finance les études. E.A. Calves [1] dit à ce propos :

« Ces vieux messieurs que l'on qualifie souvent de « sugar » et « sponsors », donnent de l'argent aux filles pour leur nourriture, leur logement, mais aussi les inscriptions scolaires, les uniformes, les livres et les fournitures scolaires, et cela en échange de faveurs sexuelles »<sup>2</sup>.

Les parents sont plus souvent indifférents qu'hostiles aux amitiés de leur fille. Ceux qui se montrent hostiles le sont pour différentes raisons : les études de la fille (39,5% de cas), son âge jugé trop jeune (12,9% de cas), l'état matrimonial antérieur du prétendant (12,9% de cas), son ethnie (12,1% de cas), la différence de religions entre la fille et le prétendant (7,3% de cas), la réputation de sa famille (3,2% de cas), l'âge du copain trop jeune ou trop élevé (dans 1,6% de cas).

Mais de l'avis de toutes nos interlocutrices, l'opposition des parents devient de moins en moins contraignante et purement formelle. Même lorsque les parents manifestent une hostilité visible, celle-ci est rarement suspensive de l'élan amoureux de leur fille. Au besoin, celle-ci peut décider de placer les parents devant le fait accompli en allant vivre ailleurs ou par un début de grossesse.

## La sexualité des élèves

Un autre volet de l'enquête a concerné les comportements en matière de sexualité, de protection contre le risque de grossesse et en cas d'une conception accidentelle.

### En matière de sexualité

L'intensité de la sexualité à Kikwit est à la mesure de la fréquence des relations d'amitié et de copinage déclarées. Sur les 802 élèves de l'échantillon, 677 ont reconnu avoir déjà eu une expérience sexuelle, soit un taux de 84,4%.

L'importance de cette sexualité mérite attention en raison tout d'abord de la conjoncture actuelle dominée par la pandémie du sida, et ensuite de l'incompatibilité entre scolarité et maternité. Et ce, d'autant plus que beaucoup de ces grandes adolescentes dans le passé se retrouvent parmi les femmes mariées.

Plus de deux tiers des interrogées, soit 69% des filles, ont eu leur premier rapport sexuel quand elles avaient entre 14 et 17 ans, souvent avec un copain de classe, de même école, un éducateur (enseignant) ou encore un individu s'étant présenté comme devant épouser la jeune fille.

La primosexualité intervient longtemps avant l'âge au mariage qui est en moyenne de 20,5 ans à Kikwit. Pour un bon nombre d'adolescentes, la perte de la virginité remonte aux années où elles se trouvaient encore en primaire. La prolongation de la durée des études n'est pas le seul facteur explicatif de la sexualité des adolescentes.

L'âge moyen aux premiers rapports sexuels est établi à 16,4 ans en moyenne à Kikwit, soit à un âge un peu plus tardif que celui souvent observé dans les milieux estudiantins de Kinshasa (15,5 ans).

La virginité avant le mariage n'est pas une exigence traditionnelle chez les ethnies limitrophes de Kikwit. Elle ne semble pas constituer une valeur en soi pour nos

---

2. Traduction des éditeurs.

interlocutrices qui la rejettent en raison de « la nécessité de satisfaire pleinement son futur mari dès la première nuit et qui requiert un apprentissage et une initiation préalables en la matière », ou en raison de « la conviction répandue parmi les jeunes qu'une expérience sexuelle avant le mariage assagit la femme et la rend plus fidèle dans son mariage ».

L'exposition à la primosexualité est fonction de la présence ou non d'un partenaire. Le « copinage » et, dans une moindre mesure les fiançailles, sont associés à une primosexualité plus fréquente que l'absence d'un partenaire. Le taux de primosexualité passe ainsi de 76,0% chez les adolescentes ayant un fiancé à 93,5% chez celles ayant déclaré « un copain ». Il se situe à 88,9% pour les filles ayant à la fois un fiancé et un copain. Selon que l'adolescente vit ou non en « relation », l'expérience sexuelle est plus précoce chez les filles qui déclarent un copain (15,5 ans) que chez celles qui ont déclaré avoir un fiancé (17,8 ans). Le calendrier plus tardif de la primosexualité des fiancées renforce la présomption que les « fiancés » seraient un peu plus respectueux de leur fiancée que les « petits amis ».

Il existerait aussi des « relations innocentes » si l'on en juge par la proportion, trop faible il est vrai, de 9% de filles qui, en dépit d'avoir un copain ou un fiancé jouiraient encore de leur virginité.

Par ailleurs, ne pas avoir de copain ou de fiancé ne condamne pas toujours à une chasteté forcée : 24,8% des adolescentes sans fiancé ni copain ont tout de même avoué une expérience sexuelle.

Les deux religions classiques, catholicisme et protestantisme, ne semblent avoir sur ce point qu'un effet limité. Le taux de primosexualité est de 86,5% chez les catholiques et de 80,5% chez les protestantes alors qu'il n'est que de 57% chez les personnes se déclarant d'une autre religion.

Les filles dont les parents ne résident pas à Kikwit ont une primosexualité moindre (62%) par rapport aux autres (86,2%). Elles se retrouvent plus souvent dans un internat que les autres et de ce fait, elles bénéficient d'une certaine protection.

## Une sexualité d'actualité

Les pratiques sexuelles sont loin de se limiter à la primosexualité. Leur caractère continu et « actuel » peut être apprécié à travers la date du dernier rapport sexuel en comparaison avec la date de l'enquête. Les relations sexuelles pour les filles non vierges sont relativement « fraîches » et d'actualité. Au moment de l'enquête, 26,8% ont déclaré avoir eu leur dernier rapport dans le mois. Cette actualité est en corrélation avec la pratique d'amitiés et de fiançailles. La proportion est de 24,6% pour les filles ayant un fiancé, de 31,8% pour les adolescentes déclarant un « copain » et de 30,0% pour celles déclarant avoir « un copain et un fiancé » (soit des niveaux supérieurs à la moyenne).

Les proportions des filles ayant eu des relations dans les deux mois s'élèvent, dans l'ensemble à 53,3%, soit à 47,5% pour les filles ayant un fiancé, à 56,7% pour celles ayant un « copain », et à 61,0% pour celles cumulant fiançailles et copinage.

Les filles n'ayant ni fiancé, ni copain ont été 35,4% à déclarer avoir eu des rapports sexuels dans les trois mois avant l'enquête.

## Une sexualité plutôt ouverte

Les moyens utilisés pour se prémunir d'une grossesse dénotent une sexualité plutôt non protégée tant les stratégies envisagées ou connues des adolescentes sont empiriques et inefficaces.

Le « contrôle de son cycle » (55,7% de choix), « l'utilisation de quelque chose » (6%), l'espacement des rapports (17,3%) ou encore « la foi en Dieu » sont des méthodes mentionnées contre le risque de grossesse<sup>3</sup>. Le préservatif n'est pas cité comme une méthode efficace.

Apparemment, même le calcul des périodes fertiles d'un cycle ne semble pas être très bien maîtrisé et l'idée erronée selon laquelle les relations sexuelles espacées garantissent contre le risque de grossesse, est bien implantée.

## Des conceptions non désirées, conséquences d'une sexualité non protégée

### Importance relative des conceptions

L'intensité et la non-protection de la sexualité amènent à un nombre non-négligeable de grossesses non désirées.

En effet, parmi les 677 élèves ayant eu au moins une expérience sexuelle, 168 (soit 24,8%), ont reconnu « avoir déjà enregistré au moins un « retard prolongé des règles » dans leur vie »<sup>4</sup>. Ces 168 cas de « retard des règles » se sont soldés par 159 grossesses confirmées, tandis que 9 adolescentes ont interprété leur cas comme une anomalie due à la maladie ou comme un fait de « hasard » (« C'était revenu de soi-même », avons-nous entendu comme explication à cette occasion). Le taux de conception déduit de ces déclarations est de 235 grossesses pour 1000, ce qui est un niveau important<sup>5</sup>.

### Les facteurs associés aux conceptions observées

- a) Les filles de religion catholique et protestante enregistrent les taux de conceptions les plus importants : respectivement 26,3% et 20,3%. Les autres ont un taux de conception de 16,6%. La corrélation entre l'ampleur de la primosexualité et le

3. La question sur les moyens de prévention contre une grossesse a suscité beaucoup de commentaires. Une adolescente a consigné le commentaire suivant à notre intention : « Dieu lui-même sait qu'il ne peut pas me punir en me donnant un enfant dans ma situation actuelle d'étudiante ». Certaines adolescentes ont certifié avoir cessé tout « rapport coupable » depuis qu'elles ont découvert et rencontré Christ ». D'autres nous ont demandé d'un ton très menaçant, « plutôt que de continuer des études où il est question de la sexualité, des règles et des avortements (toutes choses diaboliques), d'opter pour la transmission des messages divins dans des écoles ».

4. C'est en ces termes que les filles préférèrent parler de leur grossesse.

5. Ce taux n'est pas un taux annuel et il reprend les conceptions survenues quelle que soit l'époque et quel que soit alors l'âge de l'adolescente. Pour certaines de ces adolescentes, la conception en question peut remonter à plusieurs années. Par ailleurs, ce taux risque de sous-estimer la réalité non seulement en raison des fausses déclarations, mais parce qu'il ne comptabilise qu'une seule conception par adolescente et ne tient pas compte des adolescentes renvoyées de leur établissement à la suite de cela.

taux de conception traduit bien le caractère non protégé des relations sexuelles chez les jeunes, quelle que soit leur appartenance religieuse.

- b) Analysée par réseau d'enseignement, la variation du risque de conception traduit une toute autre vérité. Les élèves poursuivant leur scolarité dans les deux réseaux confessionnels (catholique et protestant) ont des taux de conception relativement faibles (17,1% et 20,0%). Trois réseaux ont des taux particulièrement élevés : le réseau kimbanguiste (42,8%), le réseau privé (32,3%) et le réseau officiel (21,2%). Par rapport au constat précédent selon lequel les adolescentes catholiques (et protestantes, dans une moindre mesure) manifestent une plus grande propension à la primosexualité, les deux religions chrétiennes ont un impact plus important en tant que structures d'encadrement conduisant à plus de discipline que dans les autres réseaux d'enseignement. Le comportement de l'adolescente de religion catholique ou protestante pourrait être dicté non pas par la conviction philosophique, mais par la discipline scolaire imposée à ces établissements<sup>6</sup>.
- c) La vie dans un internat offre théoriquement un cadre de protection plus strict des élèves. La différence de comportement entre les adolescentes ayant vécu dans un internat et celles qui n'y ont jamais vécu n'est pas significative en ce qui concerne la primosexualité (67% contre 76,5%). Cependant, le taux de conception enregistré chez les élèves justifiant d'un passé d'internat (11,2%) est près de trois fois supérieur à celui de la très large majorité qui n'ont jamais été dans un internat<sup>7</sup>.
- d) Le nombre des filles tombées enceintes est important dans les groupes ethniques non limitrophes de Kikwit : chez les Bapende du Territoire de Gungu (30,1%) et chez les Babunda du Territoire d'Idiofa (23,5%). De manière générale, on peut affirmer que la ville n'est pas encore parvenue à harmoniser les comportements en matière de sexualité par groupe ethnique.

## Le sort des conceptions enregistrées en milieu scolaire

La question mérite d'être posée et justifie la problématique même de ce chapitre. La raison en est que, même dans un contexte où la preuve de fécondité procède de l'attente sociale et constitue une garantie pour le mariage, il est évident que la grossesse pour une adolescente encore sur les bancs de l'école ne peut pas être aussi bien acceptée que dans le cadre du mariage.

Le taux de déperdition assez élevé de 60,4 grossesses sur 100 en témoigne. Si l'on ajoute, dans le calcul de cette déperdition, les refus de répondre (6,4%)<sup>8</sup>, les grossesses ayant fait l'objet d'un « *avortement* » représentent 66,8% du total des conceptions<sup>9</sup>.

6. Mais il est également possible que les différences de comportements suivant le réseau d'enseignement tiennent à la qualité des recrues : les adolescentes les moins conformistes se retrouvent plus souvent hors d'un réseau confessionnel catholique ou protestant où elles se conduiraient mal. Majoritaires dans ces autres réseaux comme nous l'avons signalé, elles risquent alors d'y influencer sur les comportements.

7. Il n'est pas inutile de signaler, à ce propos, que, dans leur quasi-totalité, les internats sont dirigés par des religieuses catholiques.

8. Pour ces cas de refus de répondre sur l'issue de la grossesse, nous présumons qu'il s'agit là des cas de grossesses terminées par un avortement provoqué et que les adolescentes ne veulent pas en parler.

La déperdition des grossesses est fonction de plusieurs variables :

- a) Les élèves de religion catholique ont un taux de déperdition de grossesses (71,1%) un peu plus important que les protestantes (61,6%). Celles-ci, à leur tour, ont un taux qui dépasse celui des filles appartenant aux autres réseaux dont la déperdition est de 41,0%.
- b) La propension à l'avortement n'épargne aucun réseau d'enseignement. C'est dans le réseau d'enseignement officiel que le taux de déperdition de grossesses semble le plus élevé (73,6%). Le réseau d'enseignement catholique vient en seconde position (63,2%). Il est suivi de près par le réseau d'enseignement protestant.
- c) Le taux de déperdition de la grossesse est plus important chez les filles ayant un passé d'internat (73,2%) que chez les autres. Pour une fille à l'internat, la grossesse représente à court terme un danger de renvoi de ce lieu d'accueil et à long terme, un danger de renvoi certain de l'établissement. On peut comprendre de cette manière une propension à l'avortement plus importante que chez les adolescentes externes.
- d) La propension à l'avortement ne suit pas toujours l'ampleur de la primosexualité. La déperdition la plus élevée (73%) est observée chez les Bambala. Ce groupe dépasse tous les autres groupes minoritaires. Une propension à l'avortement chez les Bambala ne manque pas de surprendre car elle concerne un groupe ethnique où le premier accouchement est culturellement recherché comme preuve de fécondité et constitue un facteur de nuptialité. Mais dans le cas d'une adolescente à l'école, on peut supposer que l'attrait pour les études l'emporte sur le désir du mariage, surtout quand le prétendant, étudiant ou diplômé au chômage, ne garantit pas le mariage dans l'immédiat.

La propension à l'avortement revêt les mêmes contours culturels que la sexualité, en ce sens que les groupes ethniques où la primosexualité est intense sont également ceux où les conceptions et les avortements sont les plus nombreux. Une telle corrélation semble traduire une absence, dans tous les groupes ethniques en présence, de toute précaution de nature à prévenir une grossesse.

\*

\* \*

La réflexion que nous avons menée à partir des données obtenues auprès des élèves de Kikwit, montre la possibilité d'autres voies explicatives du déclin de la fécondité. Cette possibilité est celle transitant par les modifications des comportements et de la vision autour du mariage, de la sexualité et de la procréation. Elle est celle de l'autonomisation progressive de la femme vis-à-vis de la société.

Toutes ces modifications sont rendues possibles par l'école non seulement en tant qu'espace de liberté et marché sexuel, mais aussi en tant que source d'autres valeurs

9. Dans l'ensemble, nous avons retrouvé 53 mères-célibataires dans l'échantillon. Leur présence témoigne sans doute que la maternité ne ferme pas, de façon définitive, toute possibilité de poursuite des études. En réalité, les écoles procèdent toujours au renvoi systématique des élèves enceintes. Mais il arrive parfois, après l'accouchement et dès que le nouveau-né parvient à l'âge où il est détachable de sa mère, que la jeune maman cherche à reprendre les études. Dans le meilleur des cas, la solution la plus facile est de recourir à un établissement du réseau officiel, un réseau laïc, où l'on est peu regardant sur la vie privée. Il est aussi possible de s'inscrire dans un établissement du réseau privé où la capacité à s'acquitter des frais d'études compte plus que toute autre considération.

aussi valorisantes que le mariage et la maternité. A travers des liens d'amitiés et de fiançailles, les filles affichent et acquièrent de plus en plus d'indépendance par rapport à la famille et à la société. L'image et surtout la valeur du mariage tendent à se modifier en tant qu'institution pour devenir un simple lieu de relations sexuelles continues. La décision individuelle est devenue importante.

La voie vers la transition de la fécondité passe par l'incompatibilité entre l'émancipation de la femme par la scolarisation et la maternité. Dans une conjoncture où la pratique contraceptive est encore absente, le conflit se résout par l'avortement.

- a) L'école, du moins telle que nous l'avons observé à Kikwit, se substitue progressivement, si elle ne s'est pas déjà substituée, aux structures traditionnelles d'encadrement des jeunes que constituaient la famille et la société. Il en découle une disparition progressive des valeurs propagées jusque-là par les cultures locales sans que d'autres modes s'imposent de manière uniforme et intangible. La virginité préconjugale figure parmi ces valeurs en voie de disparition.
- b) La sexualité est de plus en plus dissociée de la procréation. D'autres perspectives sont apportées par la scolarisation qui, pour une femme, s'avèrent plus valorisantes que le mariage et la maternité. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de la scolarisation elle-même, de l'exercice d'un emploi salarié ou de la tenue d'un commerce.
- c) La sexualité tend à se justifier davantage pour des raisons de gratification personnelle et d'affirmation de soi. Elle se justifie aussi, pour certaines, en raison de la conjoncture de crise économique que traverse le pays et qui peut faire du sexe un fond de commerce.
- d) L'intensification de la sexualité en milieu scolaire vient amplifier l'effet mécanique classique de la scolarisation sur la fécondité par le retard qu'elle provoque sur l'âge au mariage. Elle vient ajouter, en effet, l'incompatibilité entre maternité et poursuite de la scolarité pour justifier le recours à l'avortement.
- e) L'école de la ville de Kikwit n'est pas encore préparée, en tant que structure d'encadrement, aux réalités nouvelles d'une jeunesse qui ne veut plus de normes anciennes et dont les besoins sont ceux de filles déjà biologiquement mûres et qui, autrefois et en d'autres lieux, se retrouveraient déjà parmi les mariées. L'école n'offre aucune éducation sexuelle et ne prévoit aucun service de planification familiale. Les réponses qu'elle donne ne peuvent être que drastiques : le renvoi de l'école.
- f) Le problème posé par la grossesse ne peut se résoudre pour beaucoup que dans l'avortement ; un comportement qui désacralise en même temps le pronatalisme traditionnellement reconnu en Afrique. Dans ce contexte où les méthodes contraceptives modernes sont soit ignorées, soit abhorrées, le recours à l'avortement risque de demeurer pour longtemps encore la seule voie de prévention contre toute naissance non désirée.
- g) Se produisant, malgré tout, dans un contexte dominé par des religions chrétiennes, les faits observés forcent à tempérer l'influence attendue des religions (catholique et protestante) en tant que facteurs déterminants des comportements individuels.

- h) L'espacement des naissances a toujours existé et été pratiqué en Afrique. A l'heure actuelle, il serait plus pratique et plus efficace de promouvoir la connaissance physiologique et de permettre aux jeunes et aux adultes de se prendre en charge en leur apprenant à maîtriser leur cycle. Le processus de transition y gagnerait sans que les vies des jeunes soient en danger par des avortements provoqués.

## Bibliographie

1. CALVES E.A., 1996, Youth and fertility in Cameroon : Changing patterns of family formation, *Thesis in Rural Sociology and Demography*, The Pennsylvania State University, 254 p.
2. KI-ZERBO J., 1973, *Éducation sexuelle et émancipation de la femme*, in *Éducation sexuelle en Afrique tropicale*, Compte-rendu du séminaire CRDI, Bamako, p. 93.
3. NGONDO A PITSHANDENGE S., 1991, *Réflexions sur la problématique de la fécondité des adolescentes au Zaïre*, *Zaïre-Afrique*, n° 260, Kinshas, p. 571-581.
4. NGONDO A PITSHANDENGE S., 1991, Urbanité et évolution des comportements en matière de nuptialité dans les grandes villes du Zaïre, *Actes de la Conférence Femme, Famille et Population*, 24-29/04/1991, Ouagadougou (Burkina Faso), Vol. 2, p. 200-226.

**PARTIE V**  
**PLANIFICATION FAMILIALE**  
**ET CONTRACEPTION**



# 17. L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?

Akam Evina et Kishimba Ngoy<sup>1</sup>

*Le recours aux méthodes de planification familiale a toujours été observé en Afrique. La continence et l'abstinence sont les plus vieilles méthodes que les sociétés africaines utilisaient pour espacer les naissances en vue de sauvegarder la santé des mères et des enfants. Aujourd'hui, suite à l'influence de la modernisation et à l'application des programmes de planification familiale, de nouvelles méthodes prennent le pas sur les méthodes traditionnelles. Elles bouleversent ainsi les habitudes traditionnelles des femmes. L'objectif assigné aux programmes par les gouvernements et les organismes de financement consiste à fournir à la population de nouvelles méthodes contraceptives permettant de limiter les naissances. Dans quelle mesure les femmes habituées aux méthodes traditionnelles recourent-elles aux méthodes modernes ? Quel est l'objectif poursuivi par les femmes en pratiquant la contraception moderne ? Est-ce l'espacement ou la limitation des naissances ? L'analyse réalisée sur neuf pays d'Afrique francophone à partir des données des enquêtes démographiques et de santé montre que les femmes d'Afrique du Nord contrairement à celles d'Afrique sub-saharienne utilisent davantage la contraception moderne en vue d'espacer et de limiter les naissances. Au Maroc tout comme en Tunisie, le comportement d'arrêt des naissances intervient dès l'entrée en vie féconde. A partir de trois enfants, on retrouve près de 50% des femmes en union qui désirent arrêter la procréation au Maroc. En Afrique sub-saharienne, bien que la prévalence contraceptive se soit beaucoup améliorée ces dernières années, on constate que les femmes pratiquent la contraception moderne en vue d'espacer les naissances. Le comportement d'arrêt de fécondité intervient surtout après avoir donné naissance à plus de cinq enfants. Mais suite à l'influence de la modernisation notamment la scolarisation des filles et des garçons, l'urbanisation, l'accès à l'emploi du secteur moderne, on devrait s'attendre à une évolution rapide de la situation : le passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité.*

1. Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II.

La régulation des naissances à travers un espacement long entre les naissances a toujours été pratiquée en Afrique. Elle visait surtout la sauvegarde de la santé de la famille, en particulier celle de la mère et de l'enfant. La continence et l'abstinence sont ainsi les plus vieilles méthodes que l'on rencontre dans tous les pays et les continents. En Afrique, elles ont constitué de tout temps la meilleure façon d'espacer les naissances ; elles étaient traditionnellement pratiquées par les couples en vue de garder un grand nombre d'enfants en vie [2, 3 et 6]. Dans les sociétés modernes les contraintes et les conditions d'application de ces méthodes sont devenues de plus en plus inadaptées et difficiles à observer, surtout en milieu urbain. Cela a pour conséquences la réduction des intervalles entre naissances, les grossesses rapprochées, l'augmentation de la fécondité, et la fragilisation de la santé des mères et des enfants. Le recours aux méthodes de contraception plus efficaces et moins contraignantes s'avère donc indispensable, d'une part pour amener la fécondité à des niveaux compatibles aux ambitions de développement des pays et, d'autre part, pour améliorer substantiellement la santé des mères et des enfants.

Depuis plus d'une trentaine d'années les pays anglophones d'Afrique, à l'exemple du Ghana, du Kenya, du Botswana, etc., ont mis sur pied des programmes ambitieux de planification familiale. Au cours des dix dernières années les pays francophones se sont lancés sur la même voie. L'expérience des pays anglophones a montré qu'un temps relativement long s'est écoulé entre le début des programmes et les premiers signes d'une baisse de la fécondité. On penserait donc qu'au premier stade de ces programmes, la pratique contraceptive moderne constitue un substitut des pratiques traditionnelles et vise surtout l'espacement des naissances. Au second stade, elle modifie le comportement procréateur des femmes et les amène volontairement à limiter les naissances.

Il est donc intéressant de se poser la question de savoir à quel stade se situent les pays francophones d'Afrique qui ont mis en place des programmes de planification familiale. Quel est l'objectif poursuivi par les femmes en recourant aux méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes ? Est-ce l'espacement ou la limitation des naissances ? Ce chapitre essaye de répondre à ces interrogations. Il tente aussi de relever les variables pertinentes pouvant expliquer le passage de la stratégie d'espacement à la stratégie de limitation des naissances.

## Méthodologie et sources des données

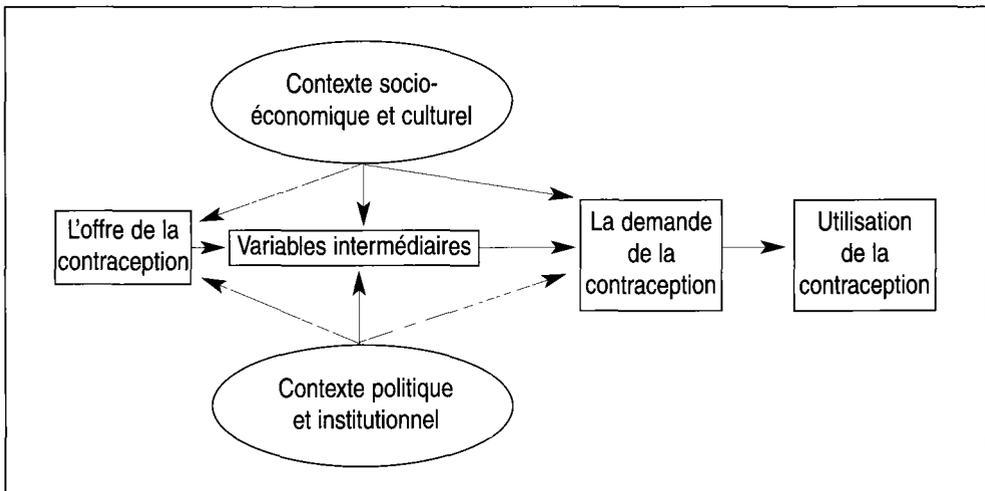
Les études consacrées au passage de la stratégie d'espacement à la stratégie de limitation des naissances sont très rares. De l'espacement à la limitation des naissances ? Cette question de recherche s'inscrit dans une approche longitudinale. Il importe par conséquent de bien préciser la démarche conceptuelle, la source des données utilisées ainsi que les limites de l'étude.

### Cadre conceptuel

L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique ainsi que les objectifs assignés à cette pratique dépendent d'abord du contexte politique et institutionnel de chaque pays (Fig. 1). L'influence de ce contexte à travers l'offre de la contraception consiste, pour le pouvoir politique en place, à adopter une législation en faveur des

actions du programme de planification familiale (PF). Beaucoup de progrès ont été réalisés sur ce plan en Afrique, c'est le cas notamment de l'abrogation de la loi française de 1920 qui interdisait la vente des produits contraceptifs au Cameroun, au Sénégal, en Côte d'Ivoire etc. Mais quant aux objectifs assignés à l'utilisation de la contraception, on observe encore des différences selon les pays. Dans certains pays la mise en œuvre des programmes de PF a pour objectif la réduction du niveau de fécondité en fournissant à la population les méthodes contraceptives d'arrêt des naissances. C'est le cas de la Tunisie, du Maroc, du Rwanda, du Zimbabwe, etc. Mais dans d'autres pays d'Afrique francophone, c'est essentiellement la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement long entre les naissances [5]. Les objectifs des programmes de PF rejoignent les préoccupations traditionnelles de la population.

**Figure 1 : Cadre conceptuel de l'analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives**



Le contexte politique et institutionnel peut aussi agir sur la demande de la contraception en facilitant l'accès aux services de planification familiale à toutes les couches de la population : homme ou femme sans restriction d'âge, couple, personne mariée accompagnée ou non de son conjoint. De par sa position dominante dans le couple et dans la société, l'homme est de plus en plus pris en compte dans les programmes de PF. A travers le dialogue, les discussions qu'il peut entretenir avec son épouse, le projet de fécondité et de planification familiale peut être élaboré par les deux conjoints en tenant compte de leurs contraintes socio-économiques.

Au niveau contextuel agissent aussi les facteurs socio-économique et culturel. Un contexte économique favorable permet à l'Etat d'apporter aux programmes de PF les soutiens financier et matériel nécessaires. Il permet en outre la mise en œuvre des programmes sociaux tels que l'éducation des filles qui favorisent également la demande de la contraception. D'un autre côté, il permet aux couples de disposer de ressources suffisantes pour l'achat des contraceptifs.

Les variables dites intermédiaires médiatisent à la fois l'influence des contextes socio-politique, économique et institutionnel sur la demande de contraception.

Parmi ces variables, on a l'attitude de la femme face à la PF, l'attitude de la femme face aux messages sur la PF diffusés à la radio ou à la télévision, l'attitude du mari face à la PF, la préférence de la femme par rapport à celle de son mari en matière de fécondité, la discussion entre conjoints sur la PF, la demande d'enfants exprimée par la femme, et la fécondité réalisée par la femme. C'est à travers ces variables intermédiaires que les actions du programme de PF représentées par l'offre de la contraception sur la figure 1 agissent pour susciter la demande de la contraception chez les femmes.

## Définitions des concepts

Ce chapitre fera largement usage des concepts de pratique des méthodes de planification familiale pour espacer ou limiter les naissances.

### *L'utilisation pour l'espacement des naissances*

Au cours de leur vie génésique, les femmes peuvent éprouver la nécessité de retarder la conception pour plusieurs raisons, de santé ou économique. Dans ce dernier cas, le but visé à long terme est la limitation des naissances suite à la crise économique. Pour y parvenir, la femme peut faire usage des méthodes contraceptives traditionnelles, à savoir la continence périodique, l'abstinence, le retrait, les gris-gris, les plantes, etc., ou des méthodes modernes telles que la pilule, le DIU, les injections, les méthodes vaginales, le condom, les stérilisations masculine et féminine. Ainsi l'utilisation pour espacer les naissances concerne les femmes qui utilisent, au moment de l'enquête, les méthodes de planification familiale (traditionnelles ou modernes) pour retarder la conception<sup>2</sup>.

### *L'utilisation pour la limitation des naissances*

La limitation des naissances peut survenir à n'importe quel moment de la vie génésique de la femme. Après quelques accouchements survenus dans des conditions difficiles, la femme peut se retrouver obligée par ordonnance médicale, de mettre fin à sa vie féconde. Ce comportement d'arrêt peut aussi être observé chez une femme ou un couple qui estime avoir réalisé la descendance voulue. L'utilisation exclusive des méthodes contraceptives efficaces est un recours indispensable : méthodes d'arrêt définitif (stérilisation féminine ou masculine) ou méthodes réversibles (ligature des trompes, pilule, DIU, etc.). Ainsi l'utilisation pour limiter les naissances est un comportement d'arrêt en matière de fécondité qui concerne les femmes ou les couples qui pratiquent la contraception dans le but de ne plus avoir d'enfants.

C'est ainsi qu'à l'enquête EDS du Cameroun 1991, la prévalence contraceptive totale chez les femmes en union était de 16,1%. Ce taux de prévalence se décompose en 11,0% et 5,0% respectivement pour l'espacement et la limitation des naissances. Ces résultats révèlent que 5,0% des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives ne

2. Dans les rapports principaux des enquêtes EDS, on définit l'utilisation pour l'espacement des naissances comme étant une pratique visant à éviter la conception dans un délai minimum de deux ans. Mais tous les résultats EDS sur cette variable prennent en compte aussi bien les femmes utilisatrices désirant attendre moins de deux ans avant la prochaine conception que celles qui ne se prononcent pas sur le délai de la prochaine conception. Ce choix laisse supposer, et nous l'avons vérifié nous-même, que la restriction de la durée de deux ans rend les résultats difficiles à interpréter.

désirent plus avoir d'enfants. Tandis que 11,0% des femmes pratiquant la contraception désirent avoir un enfant dans un délai quelconque.

### *L'exposition au risque de grossesse*

L'utilisation des méthodes contraceptives dans le contexte de la planification familiale suppose que la femme a la possibilité de concevoir lors des rapports sexuels. L'exposition au risque de grossesse suppose donc que la femme est apte à concevoir et est exposée aux relations sexuelles. Ce sont en général les femmes mariées, vivant en union ou ayant un partenaire régulier. Certaines catégories de femmes exposées aux relations sexuelles peuvent se retrouver momentanément non soumises au risque de grossesse (femmes en aménorrhée post-partum, enceintes ou infécondes) ou définitivement (femmes ménopausées, femmes stériles). Les analyses qui sont faites par la suite ne concernent que les femmes exposées au risque de conception.

### Disponibilité des données

Pour tester la méthodologie développée précédemment nous utilisons les données des EDS récentes réalisées au Maroc (1992), Tunisie (1987), Burkina Faso (1993), Côte d'Ivoire (1994), Sénégal (1992/1993), Togo (1988), Cameroun (1991), Centrafrique (1994/1995), Rwanda (1992). De façon générale la méthodologie de collecte utilisée dans les EDS assure la comparabilité des résultats entre les différents pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes contraceptives, on dispose des informations pour tous les pays concernés par cette étude : l'utilisation à un moment quelconque et l'utilisation au moment de l'enquête (méthodes traditionnelles et modernes). Quel que soit le pays étudié, la contraception moderne fait référence à la pilule, au condom, aux stérilisations masculine et féminine, au DIU, aux injections et aux méthodes vaginales.

Les variables intermédiaires sont pour la plupart disponibles dans tous les pays à l'exception du Togo, du Maroc et de la Tunisie. Les enquêtes du Maroc et de la Tunisie ne contiennent pas les informations sur les attitudes du mari et de la femme vis-à-vis de l'utilisation de la contraception, ni sur la discussion entre conjoints sur la planification familiale. Pour la Tunisie et le Togo on ne dispose pas de la préférence du mari par rapport à celle de la femme en matière de pratique des méthodes contraceptives.

Pour ce qui est des variables indépendantes, elles ont pour la plupart été recueillies dans toutes les enquêtes survenues après 1990. Pour les enquêtes relativement anciennes comme celles du Togo et de la Tunisie, certaines informations ne sont pas disponibles. Pour le Togo, c'est le cas du suivi des messages sur la PF à la radio ou à la télévision, de l'occupation de la femme et de celle de son mari. Pour l'enquête de la Tunisie, seule l'activité de la femme n'est pas disponible.

Pour des raisons de comparaison, deux modèles d'analyse sont élaborés en fonction de la disponibilité des variables indépendantes selon les pays. Le premier modèle qui prend en compte toutes les variables du cadre théorique n'est élaboré que pour le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Cameroun, la Centrafrique et le Rwanda. Le second modèle conçu pour tous les pays n'analyse que l'influence de quelques variables.

## La prévalence contraceptive

Les différences de pratique contraceptive se dégagent selon les pays et les types de méthodes utilisées (Tab. 1). Les pays du Maghreb utilisent le plus les méthodes modernes tandis que les pays d'Afrique sub-saharienne ont recours en général aux méthodes traditionnelles. Le Maroc et la Tunisie sont parmi les premiers pays à avoir adopté des politiques de régulation des naissances très actives [4]. La Tunisie enregistre la meilleure performance avec un taux de prévalence élevé : 60,0% en 1994 [1]. Au Burkina Faso, au Togo et au Cameroun, les méthodes traditionnelles sont les plus utilisées. Le Sénégal et le Rwanda présentent des niveaux encore très faibles, mais la tendance semble être en faveur de l'utilisation des méthodes modernes.

Au Maroc et en Tunisie surtout, la sexualité et l'usage des contraceptifs se pratiquent presque exclusivement dans le mariage et les conditions de la femme y sont meilleures. Les interviews des femmes non mariées auraient permis de mieux apprécier cette situation.

**Tableau 1 : Utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelles et modernes selon l'état matrimonial**

Pays	Année	Célibataires		Mariées		Autres		Ensemble	
		T	M	T	M	T	M	T	M
Maroc	1992	0,0	0,0	6,8	40,5	0,0	0,0	3,5	21,1
Tunisie	1987	—	—	10,4	44,5	0,0	0,0	9,9	42,7
Burkina Faso	1993	4,0	2,5	23,7	4,8	9,8	7,3	20,4	4,5
Cameroun	1991	31,5	3,0	13,6	4,9	14,7	7,0	17,3	4,7
Centrafrique	1994/95	9,0	3,9	13,4	3,8	8,7	4,7	11,9	3,9
Côte d'Ivoire	1994	20,5	9,3	8,1	5,0	13,1	6,7	12,0	6,3
Rwanda	1992	0,8	0,9	9,6	15,0	2,4	8,0	5,8	9,3
Sénégal	1992/93	1,7	2,7	3,1	5,5	4,8	11,4	2,8	5,0
Togo	1988	27,0	3,9	35,9	3,6	25,9	6,6	33,2	3,8

Notes : T : méthodes traditionnelles ; M : méthodes modernes.

En Afrique noire le comportement reproductif est différent. La sexualité ainsi que le recours aux méthodes de régulation des naissances sont des phénomènes qu'on observe en dehors du mariage. Les femmes célibataires tout comme celles qui ont déjà vécu en union utilisent pour la plupart des méthodes contraceptives traditionnelles. Mais ce comportement différentiel selon l'état matrimonial varie selon le pays. Au Burkina Faso, au Sénégal et au Rwanda, la prévalence contraceptive chez les célibataires est plus faible, quelle que soit la méthode considérée (traditionnelle ou moderne) comparativement à ce qu'on observe dans les autres pays du continent. Ainsi par exemple, les femmes rwandaises mariées ont plus recours aux méthodes modernes de contraception (15,0%) que les femmes burkinabé qui utilisent encore davantage les méthodes traditionnelles (23,7%). Le niveau de prévalence contraceptive dépend aussi des efforts déployés par les programmes de planification familiale en matière de sensibilisation, de service, de disponibilité des produits et des progrès socio-économiques réalisés par les pays. Certains de ces aspects seront abordés par la suite.

Toutefois, le taux de prévalence contraceptive n'est pas le seul élément déterminant pour la baisse de la fécondité. Celle-ci dépend aussi et surtout du but poursuivi dans l'utilisation des différentes méthodes, à savoir l'espacement ou la limitation des naissances. Le passage de la pratique des méthodes traditionnelles à celle des méthodes modernes peut ainsi être une indication de la volonté réelle des couples et des individus d'un contrôle plus strict de leur fécondité. Il constitue donc un des éléments essentiels à prendre en compte dans la relation « pratique contraceptive-fécondité ».

La pratique contraceptive en Afrique, quels que soient la méthode utilisée et l'objectif visé, révèle que l'Afrique sub-saharienne, surtout francophone, reste encore attachée à une pratique d'espacement des naissances contrairement à l'Afrique du Nord plus orientée vers la limitation. En considérant l'ensemble des méthodes (traditionnelles et modernes), il y a lieu de noter que la Tunisie et le Maroc se distinguent des autres pays par une utilisation intense des méthodes contraceptives en vue de limiter les naissances. Le comportement d'arrêt de la fécondité est rarement observé en Afrique sub-saharienne francophone, à l'exception peut-être du Rwanda et du Togo, où s'amorce timidement l'utilisation d'une contraception d'arrêt. Ce résultat rejoint dans une certaine mesure celui de F. et E. Van de Walle : « En Afrique, autant les stratégies d'espacement sont évidentes, autant les stratégies d'arrêt sont rares » [6]. La différence d'objectifs visés entraîne aussi celle du choix des méthodes. En effet, les méthodes traditionnelles sont essentiellement utilisées pour espacer les naissances. Dans les pays où elles sont les plus utilisées, les méthodes contraceptives traditionnelles sont fortement corrélées à la fois à une forte fécondité et à une faible propension à l'arrêt de la procréation. L'Afrique sub-saharienne en général et les pays francophones en particulier, sont les régions les plus concernées (Tab. 2). Plus la fécondité est élevée et plus le recours à la contraception est traditionnel. A titre d'exemple, le Togo et le Burkina Faso, pays à fécondité élevée, sont les pays où cette tradition paraît être la plus conservée. Au moment de l'enquête, 26,3% des femmes mariées au Togo se servaient des méthodes traditionnelles pour espacer les naissances et elles étaient 18,7% au Burkina Faso. Le recours à ces méthodes pour limiter les naissances s'observe généralement dans des proportions très faibles dans tous les pays, à l'exception du Togo (9,6%) et dans une moindre mesure au Burkina Faso (5,0%) et au Rwanda (4,6%). En Afrique du Nord la pratique des méthodes traditionnelles est rare. Les quelques rares femmes mariées qui recourent à ce type des méthodes au Maghreb les utilisent davantage pour limiter les naissances.

L'Afrique du Nord dans son ensemble (à l'exception peut-être de la Libye) se distingue des autres régions du continent par une prévalence élevée d'utilisation des méthodes modernes de contraception. Celle-ci vise à la fois l'espacement et la limitation des naissances. Au Maroc par exemple, près du double des utilisatrices de méthodes modernes (26,7%) sont des femmes mariées qui veulent arrêter et limiter leurs naissances, contre 13,8% de celles qui désirent les espacer. En Tunisie par contre, les proportions d'utilisatrices dans les deux groupes précédents (limitation et espacement) sont identiques (27,2% pour la limitation et 27,7% pour l'espacement).

Contrairement à l'Afrique du Nord, le recours à la contraception moderne en Afrique sub-saharienne reste encore très faible et la différence entre la limitation et l'espacement est difficile à percevoir. On constate toutefois que dans certains pays comme le Rwanda (pays qui a l'une des fécondités les plus élevées au monde), les femmes commencent à utiliser la contraception moderne en vue de limiter leurs naissances.

**Tableau 2 : Utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelles et modernes (en %) chez les femmes mariées pour espacer ou limiter les naissances**

Pays	Année	Méthodes traditionnelles		Méthodes modernes		Toutes méthodes	
		Espacer	Limiter	Espacer	Limiter	Espacer	Limiter
Maroc	1992	2,3	4,5	13,8	26,7	16,1	31,2
Tunisie	1987	3,9	6,5	23,8	20,7	27,7	27,2
Burkina Faso	1993	18,7	5,0	3,0	1,8	21,7	6,8
Cameroun	1991	10,5	3,1	2,2	2,7	12,7	5,8
Centrafrique	1994/95	11,4	2,0	2,4	1,4	13,8	3,4
Côte d'Ivoire	1994	6,0	2,2	3,3	1,7	9,2	3,9
Rwanda	1992	4,9	4,6	6,9	8,1	11,8	12,7
Sénégal	1992/93	2,1	1,0	3,0	2,5	5,1	3,5
Togo	1988	26,3	9,6	2,2	1,4	28,5	11,0

## De l'espacement à la limitation des naissances

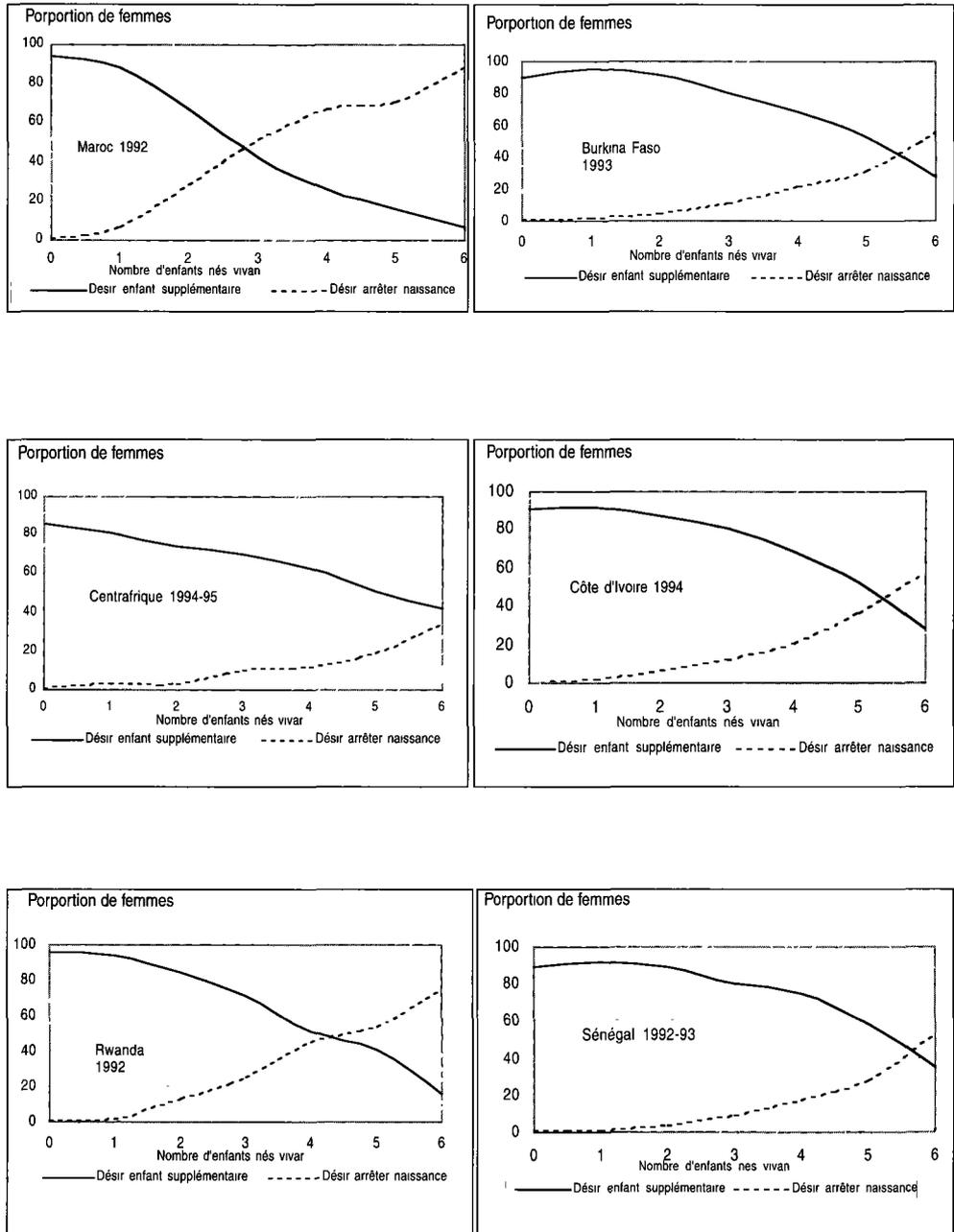
### Fécondité réalisée, fécondité désirée et méthodes contraceptives

La propension à l'espacement et à l'arrêt de la fécondité augmente avec le nombre d'enfants nés vivants. Plus ce nombre est élevé, plus le couple ou la femme aura tendance à vouloir arrêter sa fécondité (Fig. 2). Il en est de même de l'âge de la femme qui est fortement corrélé au nombre d'enfants nés vivants (Fig. 3). Le comportement d'arrêt de fécondité intervient ainsi généralement lorsque le couple estime avoir réalisé la descendance voulue. Ceci suppose au préalable l'existence d'un projet de planification de la taille de la descendance. La définition d'un projet de planification de la dimension de la famille et sa réalisation sont donc des étapes indispensables à l'amorce d'une transition de la fécondité en Afrique, du passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité.

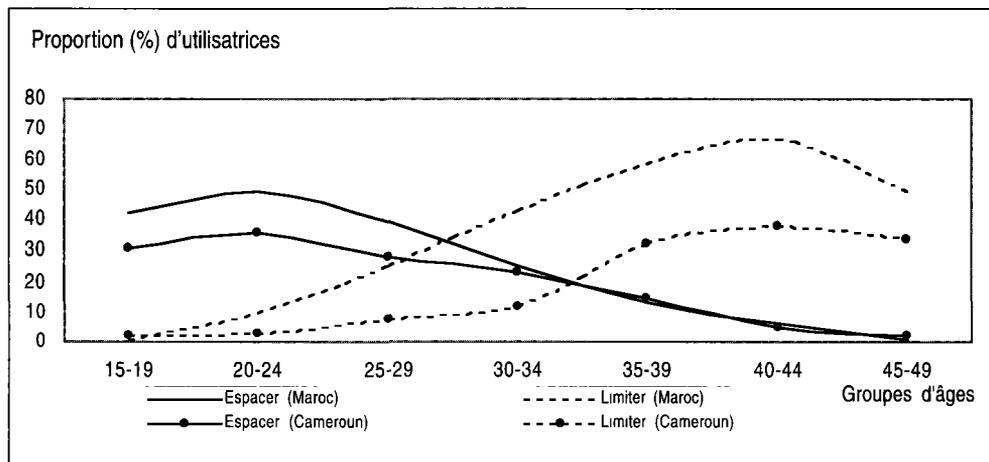
La propension à l'espacement ou à l'arrêt de la fécondité entraîne le recours aux méthodes de régulation des naissances qui permettent, soit de retarder une grossesse soit d'éviter définitivement une conception supplémentaire, si la descendance désirée est déjà réalisée. La fécondité désirée et la fécondité réalisée sont donc deux variables liées qui vont déterminer le choix d'une utilisation de la planification familiale ou non. Sur la base de ce choix, le couple aura recours soit à l'espacement des naissances soit à la contraception d'arrêt de la fécondité. Le choix des méthodes se fera aussi en fonction de la disponibilité des méthodes.

En Afrique en général et en Afrique sub-saharienne en particulier, l'existence d'un projet de planification de la dimension de la famille n'est pas toujours évidente. Elle ne se manifeste encore que lentement au cours de la vie du couple et va dépendre généralement de ses conditions de subsistance, celles-ci influant sur le nombre idéal d'enfants désirés. La figure 2 montre ainsi que le désir de limiter les naissances reste très faible dans les pays à fécondité élevée de l'Afrique sub-saharienne, contrairement à l'Afrique du Nord.

**Figure 2 : Proportion des femmes selon leur désir d'arrêt de fécondité ou d'enfant supplémentaire selon le nombre d'enfants nés vivants**



**Figure 3 : Proportion des femmes utilisatrices de la contraception pour espacer ou limiter les naissances selon les groupes d'âges**



Les courbes d'évolution du désir d'enfant supplémentaire d'une part et de la volonté d'arrêt de la fécondité d'autre part (Fig. 2) sont d'autant plus étalées que la fécondité est élevée. Le point de croisement de ces deux courbes détermine approximativement le nombre moyen de naissances désirées par les femmes considérées et la concrétisation d'un projet de limitation de la fécondité. Sa position par rapport à l'axe des ordonnées décrit l'entrée en phase de limitation des naissances (c'est le cas au Maroc), ou le maintien d'une contraception d'espacement des naissances (le cas des pays de l'Afrique sub-saharienne). Le Rwanda se distingue cependant des autres pays de la région et semble déjà avoir un projet manifeste de limitation des naissances. On devrait s'attendre à une évolution plus rapide du passage de la pratique d'espacement à la pratique de limitation dans ce pays. Le rythme de baisse de la fécondité au cours de ces dernières années semble corroborer cette hypothèse. Mais ce résultat ne pourra être atteint qu'avec une utilisation plus grande de la contraception moderne.

L'exemple du Maroc (Fig. 3) prouve que le projet de limitation des naissances ne peut être réalisé qu'avec une utilisation plus accrue des méthodes modernes de planification familiale, et par conséquent du passage de l'espacement des naissances (exemple du Cameroun) à la limitation des naissances (exemple du Maroc). Il est donc intéressant d'examiner dans quelle mesure la population habituée à la pratique des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances recourt à la pratique des méthodes modernes de limitation des naissances, et donc de connaître les principaux facteurs déterminant ce passage<sup>3</sup>.

La détermination de ces facteurs peut se faire à partir des données des enquêtes EDS. La variable dépendante, l'utilisation contraceptive, a les modalités suivantes : n'a jamais

3. Une enquête rétrospective de type biographique conviendrait mieux à ce type d'analyse. On serait alors en mesure de connaître le temps mis pour passer de la pratique des méthodes traditionnelles ou de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'utilisation des méthodes modernes. On serait également en mesure de savoir les facteurs explicatifs associés à ce changement à partir des itinéraires suivis par les personnes interrogées dans les autres aspects de la vie sociale : profession, résidence, logement, vie matrimoniale et procréative, etc. Mais on peut néanmoins à l'aide des données des enquêtes transversales faire une étude de ces facteurs.

utilisé la contraception, n'a utilisé que la contraception traditionnelle, a déjà utilisé la contraception moderne. Cette dernière modalité comprend aussi les femmes qui à un moment quelconque ont eu recours à la contraception traditionnelle. Ces dernières seraient donc passées de la contraception traditionnelle à la contraception moderne. C'est ce groupe qui permet de dévoiler le passage de la contraception traditionnelle ou de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes à la pratique de la contraception moderne. Pour ce faire, on se sert du modèle de régression logit. Les variables disponibles selon les pays conduisent à la construction de deux modèles de régression. Le premier prend en compte l'activité de la femme et celle de son mari, le milieu de résidence, le niveau d'éducation de la femme et celui de son mari, l'âge de la femme à l'enquête, et les variables intermédiaires de la planification familiale, à savoir le nombre d'enfants nés vivants de la femme, le nombre d'enfants désirés par la femme, l'attitude de la femme et celle de son mari face à la planification familiale, les préférences de la femme et de son mari en matière de fécondité<sup>4</sup> et la discussion entre conjoints sur la planification familiale. Ce modèle est construit pour six pays : Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Sénégal, et Rwanda (Tab. 3). Le second modèle construit pour tous les pays retenus n'analyse que l'influence de quelques variables : l'éducation de la femme et celle de son mari, le milieu de résidence, l'âge de la femme, le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés par la femme (Tab. 4).

## Influence de la modernisation

L'urbanisation, la scolarisation et l'accès à l'emploi dans le secteur moderne sont les indicateurs utilisés pour examiner l'influence de la modernisation sur l'identification du groupe des femmes qui recourent à la contraception moderne [7]. Le tableau 3 présente les résultats de la régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque, en fonction de l'ensemble des variables du premier modèle.

Parmi les indicateurs de modernisation retenus, l'accès de la femme ou de son mari à l'emploi dans le secteur moderne de façon générale, n'a aucun pouvoir prédictif significatif sur la pratique contraceptive moderne dans tous les pays étudiés, à l'exception du Cameroun et du Sénégal. A titre d'exemple, les femmes camerounaises dont les maris exercent dans le secteur moderne ont près de trois fois plus de chances (2,73) d'avoir pratiqué la contraception moderne que celles dont les maris sont sans emploi ; mais au Sénégal, c'est plutôt l'accès de la femme à l'emploi dans le secteur moderne qui lui a procuré plus de chances de pratiquer la contraception comparativement à la femme sans emploi. En examinant les risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon l'accès de la femme ou de son mari à l'emploi dans le secteur moderne, on constate toutefois une amélioration de la pratique contraceptive moderne, même si elle reste encore non significative, lorsque la femme ou son mari accède à un emploi dans le secteur moderne. Ce résultat suggère d'une part que les taux d'activité dans le secteur moderne n'ont pas encore atteint les niveaux nécessaires pour pouvoir modifier de manière significative le recours à la contraception moderne dans les pays concernés, et d'autre part que l'impact des programmes d'éducation à la vie familiale des travailleurs est encore faible. Par opposition au secteur moderne, l'appartenance de la femme ou de son mari au secteur traditionnel

4. On distingue à cet effet les couples où les deux conjoints ont la même préférence en matière de fécondité, ceux au sein desquels le mari préfère avoir plus d'enfants que son épouse, ceux où le mari préfère moins d'enfants que sa femme, et les couples où la femme ne connaît pas la préférence de son mari. Ce dernier cas de figure concerne généralement les couples où les deux conjoints n'ont jamais eu de discussion sur la fécondité et la planification familiale.

réduit de manière significative les risques de pratique de la contraception moderne chez les femmes au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Centrafrique et au Rwanda. Ceci n'exprime que la réalité du secteur de l'emploi traditionnel constitué en majeure partie des agriculteurs dont les techniques culturales nécessitent encore une main-d'œuvre importante constituée généralement par les femmes et les enfants. Dans ces conditions, les aspirations à la descendance nombreuse réduisent les projets de recours à la contraception moderne et donc à la limitation des naissances.

**Tableau 3 : Premier modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne en fonction de l'ensemble des variables indépendantes**

Variables indépendantes		Burkina Faso		Cameroun		Centrafrique		Côte d'Ivoire		Rwanda		Sénégal	
		RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil
Secteur d'activité de la femme	Sans emploi	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Moderne	2,932	0,531	1,343	0,291	1,292	0,513	1,518	0,063	0,920	0,835	1,847	0,017
	Informel	2,552	0,588	1,198	0,335	1,025	0,880	1,085	0,496	1,097	0,808	1,085	0,623
	Traditionnel	0,872	0,938	0,379	0,000	0,642	0,032	0,980	0,908	0,538	0,038	0,767	0,469
Secteur d'activité du mari	Sans emploi	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Moderne	1,239	0,799	2,730	0,000	1,256	0,416	1,062	0,829	0,756	0,690	2,097	0,153
	Informel	0,956	0,957	1,806	0,025	1,428	0,197	0,709	0,222	0,628	0,505	1,382	0,532
	Traditionnel	0,632	0,589	(1)		0,713	0,292	0,437	0,005	0,439	0,233	0,580	0,339
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,904	0,000	1,225	0,250	1,389	0,037	1,527	0,000	0,951	0,823	1,930	0,000
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	2,243	0,000	3,158	0,001	2,073	0,000	2,424	0,000	1,381	0,001	1,527	0,021
	Secondaire et +	4,277	0,000	5,444	0,000	5,557	0,000	5,440	0,000	1,895	0,006	1,785	0,017
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,822	0,015	0,966	0,922	0,857	0,486	1,572	0,002	1,103	0,339	1,875	0,004
	Secondaire et +	2,326	0,022	1,520	0,253	1,431	0,108	2,103	0,000	1,344	0,179	2,321	0,001
	Ne sais pas	2,348	0,006	2,256	0,076	0,925	0,812	2,277	0,000	1,205	0,730	1,619	0,058
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	2,100	0,038	0,756	0,368	1,832	0,030	0,977		1,212	0,272	0,881	0,623
	30 – 39	2,109	0,016	0,906	0,735	1,870	0,012	1,075	0,904	1,330	0,032	1,138	0,541
	40 – 49	1,000		1,000		1,000		1,000	0,683	1,000		1,000	
Nombre d'enfants né vivants	0–3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 – 6	1,695	0,020	1,302	0,173	1,761	0,001	0,889	0,347	2,401	0,000	2,033	0,000
	7 et plus	1,110	0,751	1,511	0,147	3,053	0,000	0,944	0,749	3,212	0,000	1,585	0,067
Nombre d'enfants désirés	0–3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 – 6	1,322	0,270	1,236	0,383	1,004	0,986	1,137	0,348	0,998	0,987	0,765	0,186
	7 et plus	1,155	0,670	1,083	0,789	0,666	0,142	0,657	0,023	0,934	0,739	0,830	0,455
	Non numérique	0,907	0,787	1,795	0,147	0,779	0,418	0,968	0,935	0,359	0,159	0,884	0,718
Attitude de la femme face à la PF	Désapprouve	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Approuve	3,844	0,000	1,817	0,036	1,171	0,350	4,060	0,000	2,205	0,012	4,920	0,000
Attitude du mari face à la PF	Désapprouve	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Approuve	2,525	0,000	1,721	0,007	1,432	0,051	1,776	0,000	1,784	0,001	2,073	0,000
	Ne sais pas	0,696	0,227	1,171	0,484	0,864	0,550	0,904	0,514	0,895	0,633	0,613	0,071
Discussion entre conjoint sur la PF	Jamais	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Une ou 2 fois	3,128	0,000	2,130	0,001	1,328	0,152	0,510	0,000	1,664	0,001	2,285	0,000
	Plusieurs fois	2,589	0,000	2,167	0,000	1,899	0,002	1,256	0,097	2,264	0,000	4,313	0,000
Préférence fécondité de la femme p/r au mari	La même	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Le mari plus	1,063	0,810	0,883	0,517	1,003	0,985	1,100	0,497	0,942	0,674	0,863	0,466
	La femme plus	0,820	0,617	1,582	0,096	1,250	0,335	1,132	0,432	0,858	0,249	0,864	0,673
	Ne sait pas	0,834	0,398	0,874	0,512	0,913	0,625	1,076	0,578	0,701	0,013	0,681	0,039

Notes : RR : Risques Relatifs. (1) : Cette modalité n'a pas été prise en compte car très peu de femmes (6) ont donné des réponses numériques.

A l'exception du Cameroun et du Rwanda, l'urbanisation est l'un des facteurs de modernisation qui favorise le recours aux méthodes modernes de planification familiale. Les chances de pratiquer la contraception moderne sont nettement plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Centrafrique.

L'éducation de la femme est un facteur de modernisation dont l'influence est significative dans tous les pays étudiés. Les chances de recourir à la contraception moderne s'élèvent avec le niveau de scolarisation. Le niveau d'éducation secondaire ou supérieur prédispose plus les femmes à la pratique contraceptive moderne. Par rapport aux femmes non scolarisées, les risques relatifs sont variables selon les pays : au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Centrafrique, les femmes de niveau secondaire ou plus ont environ 5,5 fois plus de chances de recourir aux méthodes modernes que les femmes n'ayant jamais été à l'école. Au Rwanda et au Sénégal, ces risques relatifs se situent autour de 1,8. On observe aussi que l'instruction du mari augmente les chances pour la femme de recourir à la contraception moderne, mais les variations des risques relatifs ne sont pas aussi importantes que celles engendrées par l'instruction de la femme. Au Cameroun, en Centrafrique, et au Rwanda, l'influence du niveau d'instruction du mari n'a pas encore atteint un niveau significatif sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Le second modèle qui étudie l'ensemble des neuf pays, ne retient comme variables de modernisation que l'urbanisation, le niveau de scolarisation de la femme et celui de son mari (Tab. 4). Dans tous les pays étudiés, les effets de ces variables se révèlent être très significatifs. L'urbanisation et l'instruction des femmes et des hommes améliorent les taux de pratique contraceptive moderne des femmes mariées. Selon le niveau de scolarisation, les risques de recourir à la contraception moderne sont beaucoup plus élevés chez les femmes mariées de niveau secondaire et plus, ou chez celles dont les maris ont atteint le secondaire ou plus. Par rapport au milieu de résidence, les femmes qui résident en milieu urbain ont plus de chances de pratiquer la contraception moderne que celles du milieu rural.

## Impact des variables socio-démographiques

L'âge, le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants désirés sont des caractéristiques démographiques souvent prises en compte dans les études portant sur la planification familiale. Les variations de l'utilisation de la contraception moderne selon l'âge peuvent être dues à l'effet des générations. Les jeunes générations vivent généralement dans des conditions sanitaires et technologiques meilleures que les anciennes et sont beaucoup plus exposées et souvent plus sensibles aux campagnes sur la planification familiale. Les variations selon l'âge peuvent aussi refléter l'effet de la fécondité déjà réalisée ; les anciennes générations dont la descendance atteinte est souvent proche de celle désirée vont pratiquer une planification d'arrêt, tandis que les nouvelles générations, parfois sans projet fixe en matière de fécondité, utiliseront la contraception d'espacement ou remettront ce projet à plus tard. L'âge est ainsi en interaction constante avec la fécondité réalisée. Le rapport entre le nombre d'enfants désirés, le nombre d'enfants nés vivants et la planification familiale va dépendre, comme on l'a souligné plus haut, de l'existence d'un projet de régulation de la fécondité.

**Tableau 4 : Deuxième modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne en fonction de l'ensemble des variables indépendantes**

Variables indépendantes		Maroc		Tunisie		Burkina Faso		Cameroun		Centrafrique	
		RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil	RR	Seuil
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,729	0,000	1,708	0,000	2,680	0,000	2,297	0,003	2,563	0,000
	Secondaire et +	2,199	0,000	1,833	0,000	4,696	0,000	6,166	0,000	9,784	0,000
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	1,649	0,000	1,087	0,419	2,285	0,000	2,251	0,010	0,948	0,800
	Secondaire et +	1,908	0,000	1,548	0,001	3,773	0,000	4,816	0,000	1,988	0,001
	Ne sais pas	0,879	0,788	1,022	0,915	2,524	0,000	4,440	0,000	1,118	0,716
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,119	0,000	2,141	0,000	4,484	0,000	1,901	0,000	2,239	0,000
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	1,724	0,000	0,664	0,002	1,586	0,069	0,594	0,035	2,068	0,004
	30 - 39	1,490	0,000	0,982	0,863	1,663	0,023	0,674	0,089	2,000	0,003
	40 - 49	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
Nombre d'enfants nés vivants	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	3,699	0,000	2,995	0,000	1,856	0,000	1,473	0,029	2,050	0,000
	7 et plus	4,578	0,000	2,520	0,000	1,286	0,294	2,482	0,000	3,803	0,000
Nombre d'enfants désirés	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	0,636	0,000	0,754	0,001	0,894	0,492	1,060	0,790	0,952	0,835
	7 et plus	0,421	0,000	0,358	0,000	0,625	0,038	0,786	0,351	0,555	0,023
	Non numérique	0,237	0,000	0,515	0,000	0,310	0,000	1,004	0,991	0,615	0,094

Variables indépendantes		Côte d'Ivoire		Rwanda		Sénégal		Togo	
		R R	Seuil	R R	Seuil	R R	Seuil	R R	Seuil
Niveau de scolarisation de la femme	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	3,172	0,000	1,525	0,000	2,513	0,000	1,747	0,005
	Secondaire et +	7,164	0,000	3,167	0,000	4,490	0,000	3,650	0,000
Niveau de scolarisation du mari	Aucun	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Primaire	2,033	0,000	1,251	0,000	2,925	0,000	1,815	0,015
	Secondaire et +	4,049	0,000	2,137	0,000	5,694	0,000	3,593	0,000
	Ne sais pas	3,320	0,000	1,355	0,516	2,524	0,000	1,454	0,273
Milieu de résidence	Rural	1,000		1,000		1,000		1,000	
	Urbain	2,111	0,000	1,531	0,023	3,302	0,000	2,106	0,000
Age de la femme à l'enquête	< 30 ans	1,253	0,193	1,183	0,301	1,193	0,424	0,538	0,031
	30 - 39	1,276	0,125	1,271	0,051	1,229	0,251	0,778	0,312
	40 - 49	1,000		1,000		1,000		1,000	
Nombre d'enfants nés vivants	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	1,169	0,174	2,721	0,000	2,616	0,000	1,084	0,708
	7 et plus	1,457	0,022	3,219	0,000	3,135	0,000	1,112	0,717
Nombre d'enfants désirés	0 - 3	1,000		1,000		1,000		1,000	
	4 - 6	1,032	0,805	0,950	0,618	0,765	0,139	0,704	0,101
	7 et plus	0,455	0,000	0,630	0,017	0,593	0,018	0,278	0,001
	Non numérique	0,630	0,184	0,145	0,006	0,426	0,003	(1)	

Notes : R R : Risques Relatifs. (1) : Cette modalité n'a pas été prise en compte car très peu de femmes (6) ont donné des réponses numériques.

Le premier modèle qui analyse l'impact de l'ensemble des variables indépendantes sur la pratique de la contraception moderne montre que l'influence des variables démographiques à savoir l'âge, le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés, n'apparaît que dans certains pays. En ce qui concerne l'âge, la différence des comportements entre les jeunes générations et les anciennes est très significative au Burkina Faso et en Centrafrique. Dans ces deux pays les jeunes femmes de moins de 30 ans ont plus de chances d'utiliser la contraception moderne que les femmes âgées de 40-49 ans. Mais dans les autres pays, le recours à la contraception moderne n'est pas influencé par l'âge, peut-être à cause de son interaction avec le nombre d'enfants nés vivants.

Le nombre d'enfants nés vivants est en effet un facteur déterminant de la pratique des méthodes modernes dans tous les pays étudiés (Tab. 4). Plus le nombre d'enfants augmente, plus la femme a des chances de pratiquer la contraception moderne, et par la suite d'avoir un projet de limitation de sa fécondité. Par contre, le désir d'enfants constitue un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Plus les femmes désirent avoir des enfants, moins elles ont recours à la contraception moderne (Tab. 4).

## Influence des caractéristiques liées au mari

La prise en compte des caractéristiques liées au mari dans la recherche de l'explication des phénomènes démographiques, notamment la fécondité et la planification familiale, est une piste intéressante à explorer. Dans cette étude, l'influence de ces caractéristiques est appréhendée à travers l'attitude du mari face à la planification familiale, la discussion entre conjoints sur la planification familiale et la préférence du mari en matière de fécondité.

Les résultats de la régression (Tab. 3) montrent que l'influence du mari sur le recours à la contraception moderne est très importante. Cette influence se fait à travers son attitude et les discussions qu'il a avec son épouse sur la planification familiale. On remarque ainsi que plus le mari a une attitude favorable, plus le risque d'utiliser la contraception moderne par la femme est élevé. La fréquence des discussions entre conjoints améliore encore ce risque. D'une façon générale, les femmes qui ont discuté plusieurs fois avec leurs maris sur les méthodes de planification familiale sont aussi celles qui présentent les risques les plus élevés de recourir à la contraception moderne. Enfin, les préférences du mari en matière de fécondité par rapport à sa femme sont dans l'ensemble non significatives.

\*

\* \*

Les pays de l'Afrique du Nord, à l'exemple du Maroc et de la Tunisie, en sont déjà au stade de familles planifiées. Ils sont passés ainsi de la planification d'espacement à la planification de limitation des naissances. Ils ont pu amorcer, de ce fait, leur transition de la fécondité. Les pays francophones d'Afrique sub-saharienne restent encore, dans leur ensemble, au stade de la planification familiale traditionnelle visant essentiellement l'espacement des naissances. La fécondité y demeure élevée, le désir d'enfants important et l'utilisation de la contraception moderne faible. Aucun projet de planifier la descendance ne semble encore clairement défini.

Toutefois, on devrait s'attendre à une évolution rapide de cette situation vers un passage de la planification d'espacement des naissances à la planification d'arrêt de la fécondité. Certains indices positifs sont à ce niveau perceptibles dans la plupart des pays : tout d'abord, une nette volonté de limiter la descendance (désir de ne plus avoir de naissance supplémentaire en constante augmentation avec l'âge) associée de plus en plus à l'utilisation de la contraception moderne, ensuite une scolarisation croissante des jeunes filles et enfin le début, bien que timide, des discussions entre conjoints sur la planification familiale. Tous ces éléments concourent à terme à la définition d'un projet de famille planifiée par les couples (définition d'un nombre limité d'enfants), suivi de la concrétisation de ce projet par l'adoption d'une planification familiale moderne à la place de la planification traditionnelle, et donc d'un passage de la planification d'espacement à la planification de limitation des naissances. Ce cheminement devrait conduire à un plus grand contrôle de la fécondité, et aussi à la transition de la fécondité. La réponse à la question du passage de l'espacement à la limitation des naissances reste en suspens. Les pays concernés par cette étude, à l'exception des pays de l'Afrique du Nord, en sont encore au premier stade du processus, à savoir la définition d'un projet de planification familiale.

## Bibliographie

1. FNUAP, 1997, *Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction, État de la population mondiale*, New York, 76 p.
2. LOCOH T., 1984, Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain, INED-PUF, (Travaux et documents de l'INED, cahier n° 107), Paris, p. 177-182.
3. NGOM P., 1993, Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? L'exemple du Botswana, in *Conférence sur La reproduction et la santé familiale en Afrique*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 8-13 novembre 1993, UEPA, Dakar (Sénégal), p. 1-20.
4. ROSS J.A. et FRANKENBERG G.E., 1993, *Findings from two decades of family planning research*, The population council, New York, 101 p.
5. UNITED NATIONS, 1993, *Population policies and programmes*. Proceedings of the United Nations expert group meeting on population policies and programmes, Cairo, Egypt, 12-16 april 1992, United Nations, New York.
6. VAN DE WALLE E. et VAN DE WALLE F., 1988, Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité, in TABUTIN D., dir., *Population et sociétés en Afrique au sud du sahara*, l'Harmattan, Paris, p. 141-165.
7. WAKAM J., 1994, De la pertinence des théories « économistes » de fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain, *Les cahiers de l'IFORD*, n° 8, Yaoundé, 527 p.

# 18. Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique

Eliwo Mandjale Akoto<sup>1</sup> et Helène Kamgno Kandem<sup>2</sup>

*En Afrique, la généralisation de la pratique contraceptive (surtout moderne), se heurte à plusieurs obstacles. Ce chapitre a pour objectif de relever d'une part les facteurs individuels déterminant l'utilisation de la pratique contraceptive moderne en Afrique, et d'autre part, à partir des expériences des pays dans lesquels les programmes de planification familiale ont connu du succès, les facteurs favorisant cette pratique au niveau macro. Notre hypothèse principale est que l'environnement socio-politique, économique et culturel dans lequel vivent les couples, influence leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de contraception en général et de contraception moderne en particulier. Notre étude porte sur trois pays choisis selon le niveau de prévalence contraceptive : la Tunisie, pays où les programmes de planification familiale ont connu un grand succès, le Kenya, pays où ces programmes ont connu un succès mitigé et le Cameroun, pays où ces programmes se sont soldés par un échec ou n'ont pas été effectivement mis en œuvre. Nous avons utilisé les données des Enquêtes Démographiques et de Santé de ces pays, complétées par une revue de la littérature sur les politiques de population et les programmes de planification familiale.*

*Les exemples tunisiens et kenyans montrent que, pour obtenir une diffusion rapide de la contraception au sein de la population, l'appui gouvernemental est indispensable car par son soutien, il rend les services de planification familiale disponibles et accessibles.*

*Au niveau individuel, l'analyse montre l'importance du rôle joué par l'Information, Éducation et Communication (IEC), à travers les médias, dans les changements d'attitudes, de perceptions et de comportements en matière de contraception. L'étude révèle aussi la prépondérance de l'avis des hommes sur la contraception lorsque le processus de transition n'est pas encore enclenché. Par conséquent, faute d'une approche par couple, les hommes doivent être ciblés de façon spécifique dans les programmes de planification familiale. Enfin, il ressort de l'étude qu'une discussion entre hommes et femmes au sujet des méthodes contraceptives permet d'augmenter leurs chances d'utilisation. Cela confirme toute l'importance de la participation des femmes à la prise de décision au sein du ménage en général et en matière de procréation en particulier, d'où la nécessité d'améliorer leur statut.*

1. Directeur de l'IFORD, Yaoundé, Cameroun.

2. Doctorante à l'IFORD, Yaoundé, Cameroun.

De nos jours, la majorité des gouvernements africains qui ont longtemps affiché des positions favorables à une forte fécondité, adoptent de plus en plus une attitude inverse [17 et 3]. C'est ainsi que la plupart d'entre eux ont mis en place des programmes de planification familiale en vue de faire baisser la fécondité et de préserver la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, des études ont montré que ces programmes n'ont pas produit partout les mêmes résultats [5 et 25]. Dans certains pays (une minorité) tels que le Kenya et la Tunisie, la planification familiale a connu du succès tandis que dans d'autres pays, elle s'est soldée par un échec. Il importe de signaler que même dans le premier cas, ce programme ne concernait que certaines couches de la population [25]. La généralisation de la pratique contraceptive, surtout moderne, se heurte donc à plusieurs obstacles.

L'objectif de ce chapitre est non seulement de relever les facteurs individuels déterminant la pratique contraceptive moderne en Afrique, mais aussi de relever à partir des expériences des pays dans lesquels les programmes de planification familiale ont connu du succès, les facteurs favorisant cette pratique au niveau macro. Cette étude comparative permettra peut-être de mieux orienter les politiques de planification familiale en tenant compte des expériences des uns et des autres.

Ce chapitre sera structuré en trois grandes parties, une fois la problématique posée et la méthodologie précisée : dans un premier temps, on examinera les politiques de population et les programmes de planification familiale. Cette analyse permettra d'identifier les points de divergence et de ressemblance entre pays. On analysera ensuite, au niveau individuel, les réseaux d'information et d'approvisionnement des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes. Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'étude des déterminants individuels de la pratique contraceptive moderne.

## Hypothèses et cadre conceptuel

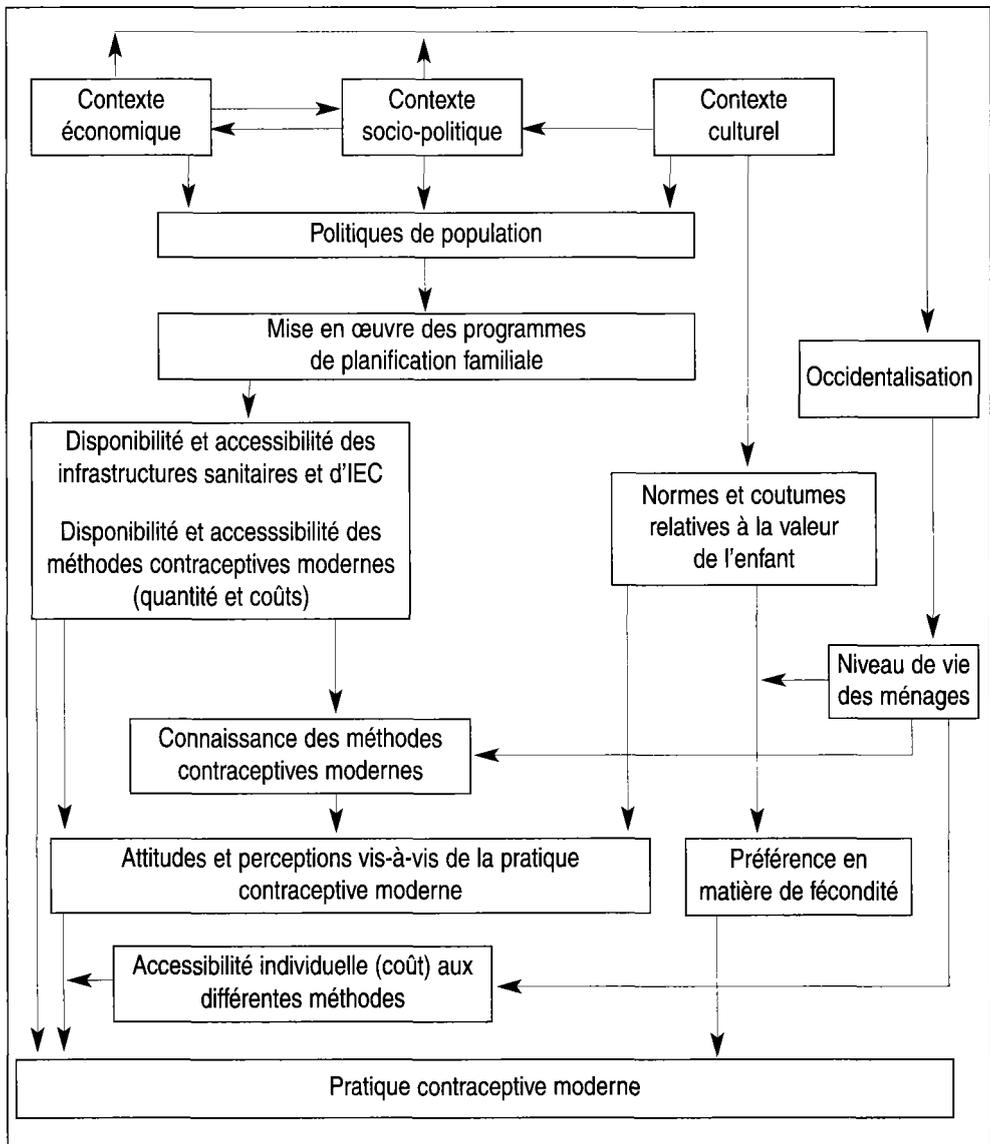
Nous partons de l'hypothèse principale suivante : l'environnement socio-politique, économique et culturel dans lequel vivent les couples influence leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de pratique contraceptive en général et de pratique contraceptive moderne en particulier. Cette influence s'exerce à travers toute une série de mécanismes. Elle se réalise à travers la disponibilité d'infrastructures en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC), d'infrastructures sanitaires, de méthodes et de services contraceptifs, à travers la déclaration de politique de la population et la mise en œuvre des programmes de planification familiale au niveau macro, et à travers les caractéristiques socio-économiques et culturelles de l'individu. L'expérience a montré en effet que l'engagement politique et la situation socio-économique d'un pays sont d'une grande importance pour la conception, la mise en place et la réussite des programmes de planification familiale [21].

La disponibilité d'infrastructures agit en association avec les caractéristiques socio-économiques et culturelles individuelles sur la pratique contraceptive moderne, directement ou indirectement, à travers le niveau de connaissances des individus. En effet, même si les méthodes contraceptives et les services de planification familiale sont disponibles en quantité suffisante, c'est le niveau de vie des individus (ou leur pouvoir d'achat) qui leur permet d'acquérir non seulement ces méthodes, mais aussi les moyens d'information (radio, télé, journaux...).

Le niveau des connaissances et le contexte culturel (à travers les normes et coutumes relatives à la fécondité en général et à la valeur de l'enfant en particulier) agissent sur les attitudes et les perceptions des individus en matière de pratique contraceptive moderne. Quels que soient le niveau des connaissances et le niveau de vie, il peut arriver que le degré d'attachement aux normes et coutumes relatives à la valeur de l'enfant influence fortement les attitudes et les perceptions à l'égard de la pratique contraceptive moderne et la préférence en matière de fécondité et, par ricochet le niveau de recours aux méthodes contraceptives modernes.

Des hypothèses précédentes découle le schéma conceptuel (Fig. 1).

**Figure 1 : Relations entre les contextes socio-politique, économique et culturel et la pratique contraceptive moderne**



## Sources de données et méthodes d'analyse

Les pays africains peuvent être classés en trois catégories suivant la performance de leurs services de planification familiale : le premier groupe réunit les pays où les programmes de planification familiale ont connu un grand succès ; le deuxième, les pays où ces programmes ont connu un succès mitigé ; le troisième, les pays où ces programmes se sont soldés par un échec ou n'ont même pas été effectivement mis en œuvre. Dans le cadre de cette étude, trois pays ont été sélectionnés, un par catégorie : la Tunisie pour le premier groupe, le Kenya pour le second et le Cameroun pour le dernier. Nous utilisons les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de ces pays, données complétées par une revue de la littérature sur les politiques de population et les programmes de planification familiale. Au niveau individuel, notre population cible est constituée de femmes en union en âge de procréer. Lorsque cela est possible, nous tenons compte aussi des caractéristiques du conjoint.

Nous procédons à deux types d'analyse. Une analyse *descriptive univariée* nous permet tout d'abord de décrire les principaux réseaux d'information sur la pratique contraceptive moderne, ainsi que les sources d'approvisionnement. Une analyse *multivariée* cherche ensuite à expliquer la pratique contraceptive moderne au moment de l'enquête (variable dépendante) par les variables indépendantes avec un contrôle par les variables intermédiaires. Compte tenu de la nature dichotomique de nos variables dépendantes, nous utilisons la méthode de la régression logistique. Comme nous voulons identifier pour chaque pays les facteurs spécifiques de la pratique contraceptive moderne, nous utilisons la méthode « pas à pas » qui introduit au fur et à mesure dans le modèle les variables indépendantes en commençant par celle qui a une forte influence sur la variable dépendante. Comme il y a des variables intermédiaires, nous introduisons d'abord toutes les variables indépendantes et nous voyons les plus influentes. Puis, nous contrôlons nos résultats par les variables intermédiaires. Les variables les plus influentes pouvant être différentes selon les pays, cela nous permet d'identifier les facteurs communs à tous les pays et les facteurs spécifiques pour chaque pays.

## Diversité dans les politiques de population et les programmes de planification familiale

En matière de politique de la population, la situation des pays africains a subi de nombreux changements depuis la Conférence de Bucarest de 1974. Durant les années soixante, le nombre de pays dotés d'une politique de population ne dépassait guère une dizaine. En dehors des pionniers (Maurice, 1964 ; Tunisie, 1964, Égypte, 1965 ; Maroc, 1965 ; Kenya, 1966 ; Gambie, 1968 ; Ghana, 1968 ; Zimbabwe, 1968 ; Benin, 1969) la plupart des États ne voyaient pas la nécessité de se doter d'une politique de population et encore moins la nécessité de mettre en place des programmes nationaux destinés à réduire la fécondité [4]. Certains gouvernements, comme celui de la Zambie, ne trouvaient pas d'inconvénients liés à une croissance démographique élevée. Toutefois, après Bucarest, la majorité des pays africains ont adopté ou mis en place des programmes de planification familiale. Le nombre de pays disposant de programmes de planification familiale explicites destinés à faire baisser la fécondité est passé de 4 en 1974 à 23 en 1989 [6 : 42].

Mais la mise en place des programmes de planification familiale ne procède pas d'une même finalité. Elle peut se justifier par des motifs purement démographiques (maîtrise de la croissance démographique) ou sanitaires et humanitaires (santé maternelle et infantile, droits de la personne humaine relatifs à la procréation). Toutefois, cette distinction n'est pas facile à effectuer en pratique, car la plupart des pays qui soutiennent les activités de planification familiale pour réduire l'impact négatif de la croissance démographique sur leur développement le font en général également pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, on retient les raisons purement démographiques uniquement lorsque les objectifs poursuivis sont explicites et quantifiés (un certain taux brut de natalité, un indice synthétique de fécondité donné, un taux net de reproduction ou un taux d'accroissement donné dans un intervalle de temps spécifique).

En 1980, douze des trente-sept pays africains (Botswana, Égypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Ouganda, Sénégal, Seychelles, Swaziland et Tunisie) ayant adopté ou autorisé la mise en place des programmes de planification familiale l'ont fait pour des raisons démographiques. Les autres ont préféré mettre en place des programmes de santé maternelle et infantile avec un volet de planification familiale [4 : 126-127]. Toutefois, cette proportion masque de fortes variations régionales. En Afrique francophone et lusophone (17 pays concernés), seul le Sénégal a mis en œuvre des programmes de planification familiale en vue de contrôler la croissance de sa population. Plus récemment, Madagascar (1990) a adopté une politique de population dont les objectifs démographiques sont clairement définis et bien quantifiés : réduire l'indice synthétique de fécondité de 6 enfants en 1984 à 4 en l'an 2000, ramener avant l'an 2000 le taux d'accroissement naturel à environ 2%, etc. Parmi les pays anglophones en revanche, 8 pays sur 18 ont justifié leur soutien à la planification familiale avec le même motif. En définitive, peu de pays africains se prononcent sur la finalité démographique de leurs programmes de planification familiale.

Concernant l'appui apporté aux programmes de planification familiale, la situation est très différente selon les pays : appui direct, ou absence totale d'appui. On rencontre surtout l'appui direct dans les pays ayant une politique explicite. A l'heure actuelle, environ 50% des pays africains (25 sur 51) sont dotés d'une déclaration explicite de politique de population [20]. Vingt autres pays sont engagés dans le processus de formulation d'une politique de population. En 1995, dix-huit pays (Afrique du Sud, Bénin, Burundi, Centrafrique, Congo, R.D. Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Guinée-Bissau, Guinée Équatoriale, Libye, Mozambique, Namibie, Seychelles, Somalie, Soudan, Togo et Zimbabwe) n'avaient pas de politique de population explicite [20]. La comparaison de ces pays avec la liste des pays apportant un appui direct aux programmes de planification familiale (Tab. 1) montre que l'adoption d'une politique de population n'est pas un préalable à la mise en place des activités de planification familiale. On notera, toutefois, qu'à l'exception des Seychelles, tous les pays n'ayant pas de déclaration de politique de population n'apportent aucun appui aux activités de planification familiale. Autrement dit, l'absence d'une politique de population explicite peut traduire la volonté d'un État de ne pas agir sur la fécondité et indirectement sur sa croissance démographique (politique du « laissez faire »).

L'appui direct aux programmes de planification familiale en Afrique est quasi général. Il concerne plus de 80% des pays (Tab. 1). Ceci dit, la mise en place des programmes de planification familiale et l'appui accordé par le gouvernement, ne signifient pas une utilisation effective par la population des services offerts. En

Afrique sub-saharienne, la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive quelconque ne dépasse guère les 20%. Le taux de prévalence contraceptive d'un pays comme le Kenya où l'appui direct aux programmes de planification familiale remonte à 1966, a longtemps stagné autour de 7 à 8% avant de passer à 27% en 1989, puis 33% en 1993 (la proportion des utilisatrices de méthodes modernes est toutefois inférieure : 27% en 1993) [21]. La Tunisie, quant à elle, aura mis près de vingt-cinq ans depuis l'appui initial du gouvernement aux activités de planification familiale (1964), pour atteindre le niveau de 50% de femmes utilisant une méthode contraceptive. Tout ceci confirme le fait que les changements sociaux sont lents. Malgré la formulation d'une politique de population dans la plupart des pays, on peut raisonnablement s'attendre à ce que la pratique contraceptive moderne ne concerne encore pendant longtemps que très peu de femmes.

**Tableau 1 : Classement des pays africaines selon le type d'appui apporté aux activités de planification familiale (1993)**

Type d'appui	Pays	Nombre
Direct	Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap Vert, Centrafrique, Comores, Congo, Congo Démocratique, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tome e Principe, Sénégal, Seychelles, Soudan, Tanzanie, Togo, Tunisie, Zambie, Zimbabwe	43
Indirect	Cameroun, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Somalie, Tchad	5
Aucun	Djibouti, Guinée Équatoriale, Gabon, Libye	4

Source : établi à partir des données de base publiées par les Nations-Unies [24].

Les expériences nationales doivent être confrontées afin d'en tirer les leçons. Il faut éviter par-dessus tout de se contenter uniquement d'une simple déclaration de politique. La réussite d'une politique de population passe par son appropriation aussi bien par les gouvernants que par les gouvernés. L'absence d'adhésion de la population aux objectifs et aux stratégies mis en place explique en grande partie l'échec des politiques de population. « Les politiques de population doivent (...) être socialement et culturellement acceptables et acceptées pour avoir un maximum de chances de succès » [8].

Dans son état des lieux des politiques de population en Afrique, Nzita [9] mentionne trois approches dans le processus de formulation de politique :

- l'élaboration de politique de population dans un cadre sous-régional en vue de résoudre des problèmes qui se posent à ce niveau (cas des pays du Sahel avec la déclaration de N'djaména) ;
- l'élaboration de politique de population à partir des résultats des études réalisées par des experts nationaux, à la suite de nombreux séminaires de sensibilisation et de consultation des communautés de base ;
- l'élaboration de politique de population selon le schéma défini par le *Research Triangle Institute* : les experts nationaux sont réunis pour formuler une proposi-

tion de politique de population à partir du document du *Future's Group* intitulé « les matériaux pour la préparation de politiques nationales de population pour les pays africains ».

La troisième approche comporte le risque d'aboutir à une déclaration de politique « prête à porter », où la population ne se sent pas impliquée. La deuxième formulation, la plus répandue, peut en revanche laisser supposer que le problème d'appropriation a très peu de chance de se poser. Mais il n'en est pas ainsi dans la pratique. En Afrique sub-saharienne, la quasi-totalité des politiques élaborées selon cette procédure ont été formulées sous l'instigation du FNUAP qui, à chaque fois, a dépêché sur place des experts internationaux pour aider à cette élaboration. Même si l'on ne peut pas douter de la bonne foi de ces experts, l'examen des différents documents de politique dénote de fortes similitudes et l'absence (souvent) de spécificité nationale. La lecture des différents textes donne l'impression qu'en dehors des figures de style, ils sont interchangeables. En considérant seulement le but, les documents de déclaration de politique du Cameroun, du Sénégal et du Tchad, par exemple, se caractérisent par l'absence d'objectifs quantifiés [9], donc difficiles à traduire en termes de plans et de programmes. « Or la fixation de (...) valeurs-cibles (a) l'avantage non seulement de rassurer sur la détermination des autorités politiques, mais aussi de focaliser l'action sur les résultats attendus » [7].

En outre, les documents examinés (Cameroun, Sénégal, Tchad) montrent une multiplicité d'objectifs à atteindre. Lors de sa troisième session, le Comité de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Plan d'Action du Caire réuni à Addis Abéba (septembre 1998), a mentionné parmi les contraintes de la mise en œuvre de politiques de population en Afrique, leur caractère général et la difficulté d'établir des priorités entre des objectifs trop nombreux. Au Cameroun, par exemple, on compte huit objectifs généraux, et pas moins de trente-cinq objectifs spécifiques, dont certains sont en fait des stratégies. Cela représente un sérieux handicap pour la mise en œuvre de la politique.

En définitive, la pratique contraceptive entre de plus en plus dans les mœurs en Afrique à un rythme variable selon les pays. La multiplication des déclarations de politiques de population devra à terme aboutir à une meilleure diffusion des méthodes contraceptives. Si l'on prend les exemples des pays au stade de transition avancée ou en léger décrochage, pour reprendre l'expression de D. Tabutin, cela durera le temps de remplacement d'une génération (environ 25 ans). Mais que faire pour accélérer la diffusion des méthodes contraceptives modernes ?

## **Recours à la contraception moderne et contexte socio-politique, économique et culturel**

### **Quelles leçons tirer de l'expérience tunisienne ?**

Avec un taux de prévalence contraceptive de 60%, la Tunisie occupe, après Maurice (75%), la deuxième position sur la scène africaine. Le succès de la planification familiale dans ce pays repose en grande partie sur l'intérêt que le président Bourguiba y a apporté dès le départ. La régulation des naissances, considérée comme favorable

au développement, apparaît dans le discours présidentiel dès 1966 (le 12 août 1966) à Tunis. Il affirme : « un accroissement trop rapide de la population conditionne l'évolution économique de la Tunisie qui ne saurait se permettre de contrecarrer son développement par des mères traînant derrière elles une marmaille d'une douzaine de gosses » (extrait cité par Sahli [16] : 322). Il préconise ainsi l'amélioration du statut de la femme à travers la scolarisation massive des filles et des garçons, et son émancipation. Un autre discours au relent néo-malthusien, tenu à La Kasba le 23 juillet 1973, met l'accent sur le lien entre la croissance économique et la limitation des naissances [16]. Entre 1965 et 1974, le chef de l'État tunisien n'a tenu pas moins d'une dizaine de discours au cours desquels il a évoqué les problèmes de population. Dans ce pays, le soutien du chef de l'État s'est avéré un des atouts majeurs du succès de la diffusion de la planification familiale en Tunisie. Cet appui a permis, entre autres, d'obtenir l'adhésion de la société civile.

La volonté du gouvernement s'est traduite, au moment de la création de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) en 1973, par la mise à disposition de ressources considérables (tant humaines que matérielles) à cette structure chargée de rendre opérationnelle la politique.

Contrairement à la plupart des pays d'Afrique, la Tunisie consacre énormément de moyens à son programme de planification familiale. La part du budget de l'État dans le financement des activités dans ce domaine a connu une progression régulière : elle a augmenté de 61% en 1970 à 90% en 1990 en passant par 75% en 1980 [13 : 18]. Parallèlement, l'aide étrangère a baissé dans les mêmes proportions, passant de 39% à 10%.

Le succès tunisien est donc essentiellement dû à un soutien gouvernemental considérable, à la mise en place d'une structure autonome (ONFP) chargée de gérer les programmes et dont les attributions ont été clairement définies, au bon fonctionnement de l'ONFP, aux programmes d'IEC destinés à promouvoir l'adoption du modèle de la famille de petite taille auprès de la population et, enfin et surtout, à l'adhésion de la société civile à cette cause.

## Et le Kenya ?

L'expérience kenyane est intéressante à plusieurs égards. Même si la mise en place des programmes de planification familiale dans ce pays remonte à la même époque que celle de la Tunisie, le Kenya a suivi une trajectoire totalement différente. Pionnier de la formulation d'une politique de population et des programmes de planification familiale en Afrique sub-saharienne, ce pays a longtemps attendu avant de commencer à goûter aux premiers succès de cette option politique. Jusqu'au début des années quatre-vingt, le taux de prévalence contraceptive y avoisinait 7 à 8%. Cet échec s'explique, entre autres, par le faible engagement du gouvernement dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Durant cette période, la part des ONG dans la distribution des contraceptifs a toujours été plus importante que celle de l'État. En outre, contrairement à la Tunisie, les programmes mis en place n'étaient ni culturellement, ni socialement acceptés par la population. On a, par exemple, ignoré le rôle et la place de l'homme dans la prise de décision dans le ménage. Or dans la société kenyane, l'avis de l'homme est déterminant pour le recours à la contraception moderne [15].

Un élément va tout changer à partir de 1982 : la création du Conseil National de la Population et du Développement (« National Council for Population and Development », NCPD). Il est chargé de coordonner les activités des organisations gouvernementales et non gouvernementales dans le domaine de la planification familiale. Trois objectifs lui sont assignés : formuler et coordonner les efforts visant à réduire le taux d'accroissement rapide de la population ; formuler la politique et les stratégies en matière de population ; renforcer l'organisation des programmes de population et de planification familiale. Actuellement, les objectifs démographiques poursuivis sont quantifiés (ramener l'ISF à 5,2 enfants par femme en l'an 2000 ; augmenter le nombre de centres de santé maternelle et infantile et de planification familiale de 850 en 1986 à 1550 en 1990). En outre, à l'initiative du NCPD, le Président de la République a déclaré en 1985 que les femmes devaient avoir au maximum quatre enfants et que le congé de maternité ne leur serait plus accordé à partir du cinquième enfant [22 : 104]. Tout ceci traduit un changement politique majeur : l'appui gouvernemental aux programmes de planification familiale se renforce. C'est l'une des clefs du début de la réussite de ces programmes.

En définitive, les exemples tunisien et kenyan montrent que l'appui réel de l'État, qui va au-delà de simples déclarations, est crucial dans la réussite des programmes de planification familiale. Il en est de même de la mise en place d'une structure chargée de la coordination des activités, de l'adhésion de la population à la politique ainsi préconisée, et donc, indirectement de l'information, l'éducation et la communication pour obtenir les changements de comportement dans le sens voulu. L'UNECA [21 : 39] affirme à ce sujet qu'on a observé au Kenya et en Tunisie une corrélation entre le renforcement des compétences en matière d'organisation et de gestion et l'accroissement de la capacité d'étendre et d'améliorer les services de planification familiale. Mais au-delà du contexte politique et socio-économique, n'y a-t-il pas au niveau individuel des facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver le recours aux méthodes contraceptives ?

## Importance des réseaux d'information et d'approvisionnement

Quel que soit le pays, le niveau de connaissance de l'existence des méthodes contraceptives modernes est assez élevé. La Tunisie se distingue avec le taux le plus élevé (99%), suivie du Kenya (95%) et du Cameroun (72%). Toutefois, une très bonne connaissance de l'existence des méthodes contraceptives ne signifie pas nécessairement un meilleur usage. Au début des années quatre-vingt, le Kenya était le pays d'Afrique sub-saharienne où les méthodes étaient les moins ignorées des femmes, mais cela n'a pas empêché qu'on y enregistre l'un des taux de prévalence contraceptive les plus faibles du continent [18 : 82].

On observe la même tendance au niveau de la connaissance des lieux d'approvisionnement. Ici encore, la Tunisie vient en tête avec un taux de 96%, suivie du Kenya avec un taux de 88%. Au Cameroun, en revanche, le niveau de connaissance du lieu d'approvisionnement n'est pas aussi élevé (51%). Ceci pourrait s'expliquer par la faible couverture géographique des services de planification familiale et l'insuffisance des campagnes de sensibilisations dans ces pays. En effet, le Cameroun figure parmi les pays où l'appui aux activités de planification familiale est non seulement indirect, mais aussi récent : le premier programme n'y a démarré qu'au milieu des années quatre-vingt [2].

En ce qui concerne l'approvisionnement des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes en Tunisie comme au Kenya, les sources les plus utilisées relèvent du secteur public. Cela se conçoit dans la mesure où la plupart des activités de planification familiale dans ces pays sont soutenues par le gouvernement qui joue un rôle moteur en la matière. Au Cameroun par contre, c'est le secteur privé qui vient en tête. Toutefois, la contribution du secteur public y est non négligeable (30,5%).

Il convient, enfin, de distinguer entre les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Notons de prime abord que des trois pays retenus, la Tunisie est celui où la pratique contraceptive moderne est la plus élevée (un taux d'environ 50% en 1994). Le Kenya occupe une position intermédiaire avec un taux de 27% (en 1993). C'est au Cameroun qu'on observe le taux le plus faible (4% en 1991).

Concernant la pratique contraceptive en général, les tendances sont les mêmes. La Tunisie continue d'afficher le taux le plus élevé (60% en 1994), suivie du Kenya (33% en 1993) et du Cameroun (16% en 1991). La différence entre les premiers chiffres et les seconds correspond aux méthodes dites traditionnelles. La part de ces méthodes est plus élevée et connaît une évolution à la hausse au Cameroun (Tab. 2). Elle est passée de 67% en 1978 à 73% en 1991. Au Kenya, cette contribution est beaucoup plus faible qu'au Cameroun ; elle est restée presque stable entre 1977-78 et 1989 autour de 33-36% avant de chuter à 16% entre 1989 et 1993. C'est en Tunisie qu'on observe la contribution des méthodes traditionnelles la plus faible avec une évolution à la baisse comme au Kenya (de 19% à 16% entre 1988 et 1994). Ces résultats tempèrent, si besoin est, le progrès réalisé en matière de contraception au Cameroun car les méthodes traditionnelles qui s'avèrent souvent inefficaces masquent la réalité.

**Tableau 2 : Répartition par pays des femmes en union utilisatrices de méthode contraceptive selon le type de méthode**

Type de méthode	Pays						
	Cameroun		Kenya			Tunisie	
	1978	1991	1977-78	1989	1993	1988	1994
Moderne	33,3	26,7	64,1	66,5	83,5	81,1	83,7
Traditionnelle	66,7	73,3	35,9	33,5	16,5	18,9	16,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : *Rapports EMF Cameroun (1978), Kenya (1977-78) ; Rapports EDS Cameroun (1991), Kenya (1993), Tunisie (1988) ; ONFP de Tunisie (1995).*

De la Tunisie au Kenya, puis au Cameroun, on enregistre une diminution de la part des méthodes traditionnelles dans la pratique contraceptive. Les méthodes traditionnelles cèdent donc la place aux méthodes modernes au fur et à mesure que la contraception se répand au sein de la population.

## Déterminants du recours à la contraception moderne

Nos analyses sur le Kenya portent sur les données de l'enquête démographique et de santé de 1989, afin de pouvoir établir des comparaisons avec le Cameroun (EDS 1991) et la Tunisie (EDS 1988). Nous examinerons par la suite l'évolution de la hié-

rarchie des facteurs explicatifs de la contraception moderne au Kenya, grâce à l'enquête démographique et de santé de 1993.

## Influences socio-économiques et culturelles individuelles

Lorsqu'on ne considère que les variables indépendantes liées aux caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques des femmes (Tab. 3), les résultats sont très variables selon le pays.

### *Scolarisation féminine*

On soulignera tout d'abord la prépondérance de la scolarisation féminine au Cameroun, au Kenya et dans une moindre mesure, en Tunisie. Dans les deux premiers pays, l'instruction est la variable qui influence le plus la pratique contraceptive moderne, suivie de l'âge et de l'activité de la femme. Au Cameroun comme au Kenya, c'est à partir de 7 ans d'études que le comportement des femmes face à la pratique contraceptive moderne est significativement différent de celui des femmes non scolarisées. Les premières ont 2,5 fois au Cameroun et 1,7 fois au Kenya plus de chance de pratiquer la contraception moderne que les analphabètes. Ce phénomène est également valable pour l'instruction du mari. La femme dont le mari a effectué au moins 7 années d'études a plus de chance (50% de plus au Cameroun et 23% de plus au Kenya) de pratiquer la contraception moderne. En Tunisie, en revanche, c'est le groupe des femmes ayant 5 à 6 ans d'études qui se distingue des autres : leur probabilité de recours à la contraception moderne est d'environ 23% supérieure à celle des autres femmes. La prévalence contraceptive moderne des analphabètes est meilleure que celles des femmes qui ont fait 1 à 4 ans d'études au Cameroun. Dans ce pays, les femmes non scolarisées ont deux fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne que celles ayant accompli 1 à 4 années d'études, sans doute parce que les premières sont beaucoup plus réceptives aux campagnes d'information, d'éducation et de communication.

### *Milieu d'habitat*

Le lieu de résidence s'est avérée être la variable la plus influente en Tunisie et, dans un degré moindre, au Kenya. Au Cameroun, son rôle est inexistant. En Tunisie, la forte influence du milieu d'habitat provient du fait que l'installation des services de planification familiale a débuté en milieu urbain où ils sont très développés ; ce n'est que plus tard et de façon progressive que ces services ont été étendus au milieu rural où ils sont relativement moins développés, surtout dans les zones enclavées. Au Cameroun, l'absence d'effet significatif du milieu de résidence ne signifie pas que la ville n'exerce pas d'influence sur la pratique contraceptive moderne. Mais, comme nous l'avons souligné [1], l'impact du milieu de résidence au Cameroun est médiatisé par l'instruction ; les citadines sont nettement plus scolarisées que les femmes résidant en milieu rural, elles ont plus de chance de pratiquer la contraception moderne. La présence, dans notre modèle, de l'instruction de la femme neutralise ainsi l'effet du lieu de résidence.

### *Age*

L'âge joue un rôle déterminant dans les trois pays. Les jeunes femmes (moins de 25 ans) ont une probabilité moindre d'utiliser la contraception moderne que les

femmes âgées de 35 ans et plus. Ces dernières ayant fort probablement atteint, voire dépassé, leur fécondité désirée, on peut penser qu'elles sont plus enclines à pratiquer la contraception que les premières qui sont pour la plupart au début de leur vie féconde. On notera toutefois des différences entre d'une part le Cameroun et d'autre part le Kenya et la Tunisie. Au Cameroun, on n'enregistre aucune différence significative entre les groupes d'âges 25-34 ans et 35 ans et plus, tandis que dans les deux autres pays, le groupe 25-34 ans, où la fécondité atteint son maximum, est celui qui pratique le plus la contraception moderne. Enfin, la pratique contraceptive moderne semble relativement plus répandue chez les jeunes femmes tunisiennes que chez leurs congénères du Cameroun et du Kenya. Les premières semblent mieux informées et plus sensibilisées sur la planification familiale que les autres.

**Tableau 3: Résultats de la régression quand on ne tient pas compte des variables relatives aux attitudes**

Variables indépendantes		Pays											
		Cameroun (1991)			Kenya (1989)			Kenya (1993)			Tunisie (1988)		
		or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig
Age (35-49 ans)	15-24 ans	2	0,46	+++	2	0,46	+++	2	0,42	+++	2	0,60	+++
	25-34 ans		0,83	-		1,14	++		1,29	+++		1,09	+
Années d'étude (non scolarisé)	1-4 ans	1	0,49	++	1	0,98	-	1	0,79	+++	3	0,94	-
	5-6 ans		1,31	-		1,11	-		1,23	+++		1,23	+++
	7 ans et plus		2,51	+++		1,67	+++		1,66	+++		0,97	-
Années d'étude du conjoint (non scolarisé)	1-4 ans	5	0,99	-	4	1,21	+	3	0,92	-			
	5-6 ans		1,29	-		0,96	-		0,89	-			
	7 ans et plus		1,49	++		1,23	+++		1,54	+++			
Religion* (musulmane)	Chrétienne							4	1,31	++			
	Autre								0,51	+++			
Occupation du conjoint (agriculteur (4))	Cadre (1)	4	1,21	+	6	1,18	++	7	1,29	+++			
	Commerce (2)		1,54	++		1,26	+++		1,06	-			
	Manœuvre (3)		1,71	++		0,84	+		1,04	-			
	Chômeur		1,02	-		0,86	-		0,68	++			
Occupation de la femme (agriculteur (4))	Cadre (1)	3	1,20	+	3	1,29 <sup>1</sup>	+++	5	1,13 <sup>1</sup>	+++			
	Commerce (5)		1,89	+++		1,00 <sup>2</sup>			1,00 <sup>2</sup>				
	Chômeur		1,21	-									
Lieu de résidence actuel (rural)	Urbain				5	1,15	+++	6	1,15	+++	1	1,40	+++

*risque* : risque relatif ; *or* : ordre croissant d'influence de la variable sur la pratique contraceptive moderne ; *sig* : signification (+ : significatif à 10%, ++ : significatif à 5%, +++ : significatif à 1%, - : non significatif) ; \* : variables non saisies en Tunisie. Au Kenya et en Tunisie, l'occupation de la femme a seulement deux modalités : <sup>1</sup> : la femme travaille, <sup>2</sup> : la femme ne travaille pas (pour ces deux pays, <sup>2</sup> est la modalité de référence) ; (1) : Cadre, professions libérales, chef d'entreprise et techniciens du secteur organisé ; (2) : Commerce, autre service ; (3) : Manœuvre, technicien du secteur non organisé ; (4) : Agriculture, pêche, élevage ; (5) : Commerce, manœuvre, technicienne du secteur organisé et autre service.

### Activités de la femme et de son mari

La profession de la femme exerce une influence non négligeable sur la pratique contraceptive au Cameroun et au Kenya. Au Cameroun, les agricultrices et les chômeuses ont tendance à moins pratiquer la contraception moderne que les autres femmes. Cela s'observe également pour l'activité du mari. Les agriculteurs ayant

besoin d'une main-d'œuvre abondante pour les travaux des champs, et donc d'une progéniture nombreuse, il est normal que leurs femmes recourent moins que les femmes des autres travailleurs à la contraception moderne. Par ailleurs, le conflit maternité-emploi peut expliquer en partie la propension des femmes travaillant dans le secteur non agricole à recourir à la contraception moderne. L'absence d'influence de la profession de la femme sur sa pratique contraceptive en Tunisie peut s'expliquer par le soutien (financier) du gouvernement et des organisations non-gouvernementales aux programmes de planification familiale, rendant ainsi les coûts des services de planification familiale et des méthodes contraceptives financièrement accessibles à la grande majorité de la population. Le revenu des ménages (mesuré à travers la profession) n'est ainsi pas discriminant en ce qui concerne l'acquisition de contraceptifs, une fois prise la décision d'y recourir.

En résumé, l'analyse comparative des déterminants de la contraception moderne dans les trois pays révèle la prépondérance de la scolarisation féminine, de l'âge, de l'activité économique (sauf en Tunisie) et du milieu d'habitat (sauf au Cameroun).

## Influence des attitudes face à la pratique contraceptive moderne

Le tableau 4 fournit les résultats de la régression où l'on tient compte en plus des variables socio-économiques, des facteurs relatifs aux attitudes face à la contraception moderne.

### *Prépondérance de l'avis du conjoint*

Au Cameroun et au Kenya, les influences de l'instruction du conjoint et de son activité s'estompent. C'est l'avis du conjoint sur la pratique contraceptive qui devient la variable la plus influente. Les femmes dont le mari approuve l'utilisation d'une méthode contraceptive ont une plus grande probabilité de pratiquer la contraception moderne que celles dont le conjoint désapprouve la pratique contraceptive<sup>3</sup>. L'avis de la femme sur la pratique contraceptive est aussi déterminant, mais son influence est plus faible que celle de l'homme. L'influence de l'activité de la femme est maintenue et devient plus significative. La discussion avec le conjoint des méthodes contraceptives est aussi favorable à la pratique contraceptive moderne, cette influence est cependant beaucoup plus faible au Kenya qu'au Cameroun. Au regard de ces observations, on peut affirmer que le point de vue de l'homme est fondamental au Cameroun et au Kenya. Dans ces deux pays, c'est l'homme qui détient le pouvoir de décision au sein de la famille. Les activités de planification familiale ne devraient ainsi pas être axées uniquement sur la femme, mais aussi sur l'homme.

### *Diffusion des informations sur la planification familiale dans les médias*

En Tunisie, le milieu de résidence reste toujours la variable la plus déterminante, suivie de l'âge. L'influence de l'instruction de la femme passe de la 3<sup>ème</sup> à la 5<sup>ème</sup> position, et ce sont l'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les médias et le nombre idéal d'enfants qui occupent respectivement les 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> places. Les femmes qui approuvent la diffusion des informations

3. Nous pensons que si cette variable avait été saisie en Tunisie, on aurait observé le même résultat.

sur la planification familiale dans les média pratiquent davantage la contraception que celles qui ne l'approuvent pas. L'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les média n'influence pas fortement la pratique contraceptive moderne au Cameroun. Ceci peut s'expliquer par une insuffisance de ces messages dans les média au Cameroun où les activités de sensibilisation sur la planification familiale sont récentes et moins développées, contrairement au Kenya, et surtout à la Tunisie. La différence de recours à la pratique contraceptive moderne entre les femmes qui trouvent que le nombre idéal d'enfants est de trois au plus et celles qui trouvent que ce nombre est de 7 au moins est significative. Les premières ont plus de chance que les secondes de pratiquer la contraception moderne. Les influences du nombre idéal d'enfants et de l'attitude face à la diffusion des informations sur la planification familiale dans les média s'observent aussi au Kenya où elles occupent respectivement les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> positions et varient dans le même sens qu'en Tunisie. Toutefois, les femmes qui trouvent que le nombre idéal d'enfants se situe entre 4 et 6 enfants ont moins de chance de pratiquer la contraception moderne que celles pour qui ce nombre est de 7 enfants au moins. Pour les premières, on pourrait penser que leur fécondité réalisée est inférieure à leur nombre idéal d'enfants qui n'est pas encore atteint.

### *Scolarisation féminine*

Au Cameroun, le comportement différentiel face à la pratique contraceptive moderne selon le niveau d'instruction devient significatif quand la femme a fait plus de 4 années d'études alors qu'au Kenya, cette différence s'observe lorsque la femme a accompli au moins 7 ans d'études. En Tunisie, c'est toujours le groupe des femmes ayant 5 à 6 ans d'études qui se distingue des autres.

### **En définitive**

Le rôle des média, du nombre idéal d'enfants et du milieu de résidence est donc important au Kenya et en Tunisie, deux pays où la tradition de programme de planification familiale est ancienne et où la prévalence contraceptive moderne est relativement élevée, comparée à celle du Cameroun. Les stratégies d'information, d'éducation et de communication en planification familiale à travers les média ont, à n'en pas douter, contribué de façon déterminante aux changements de comportements en matière de contraception des Kenyanes et des Tunisiennes. Ce n'est pas le cas au Cameroun.

Par ailleurs, l'influence du mari est prépondérante dans les deux pays sub-sahariens. Au Kenya comme au Cameroun, l'avis du mari sur la contraception est la variable la plus importante. Son approbation pour les méthodes contraceptives modernes fait plus que doubler la probabilité pour la femme d'y recourir. Autrement dit, dans ces deux pays, une campagne d'information, d'éducation et de communication adressée aux hommes peut, si elle est efficace, faire progresser sensiblement la prévalence contraceptive moderne. Ce résultat a également été observé dans d'autres pays d'Afrique, tels que le Ghana, le Soudan et le Zimbabwe où les hommes pensent qu'ils ont leur mot à dire sur la planification familiale [15: 12].

**Tableau 4 : Résultats de la régression quand on tient compte des variables relatives aux attitudes**

Variables indépendantes		Pays											
		Cameroun (1991)			Kenya (1989)			Kenya (1993)			Tunisie (1988)		
		or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig	or	risque	sig
Age (35-49 ans)	15-24 ans	5	0,54	+++	3	0,47	+++	2	0,40	+++	2	0,59	+++
	25-34 ans		0,93	-		1,16	+++		1,26	+++		1,08	-
Années d'étude (non scolarisé)	1-4 ans	6	0,77	-	4	1,02	-	3	0,81	+++	5	0,94	-
	5-6 ans		1,75	++		1,06	-		1,20	++		1,20	+++
	7 ans et plus		2,22	+++		1,41	+++		1,51	+++		0,96	-
Années d'étude du conjoint (non scolarisé)	1-4 ans							5	0,91	-			
	5-6 ans								0,87	-			
	7 ans et plus								1,49	+++			
Religion* (musulmane)	Chrétienne							8	1,13	-			
	Autre								0,55	+++			
Occupation du conjoint (agriculteur (4))	Cadre (1)				10	1,12	-						
	Commerce (2)					1,22	++						
	Manœuvre (3)					0,89	-						
	Chômeur					0,92	-						
Occupation de la femme (agriculteur (4))	Cadre (1)	2	1,74	+	2	1,23 <sup>1</sup>	+++	7	1,13 <sup>1</sup>	+++			
	Commerce (5)		2,94	+++		1,00 <sup>2</sup>			1,00 <sup>2</sup>				
	Chômeur		1,99	+++									
Lieu de résidence actuel (rural)	Urbain				8	1,15	+++				1	1,34	+++
Avis sur la diffusion d'information sur la PF dans les médias (contre)	Pour				6	2,17	+++				3	1,47	+++
	Contre												
Avis sur la contraception* (désapprouve)	Approuve	4	1,98	++	9	1,24	+++	4	1,92	+++			
Avis du conjoint sur la contraception* (désapprouve)	Approuve	1	1,86	+++	1	2,46	+++	6	1,14	+++			
Discussion avec le conjoint de la contraception* (non)	Oui	3	1,79	+++	7	1,84	+++						
	Non												
Nombre idéal d'enfants (7 et plus)	Moins de 4				5	1,45	+++	1	1,65	+++	4	1,19	+++
	4 à 6					0,82	++		0,91	-		1,09	-

risque : risque relatif ; or : ordre croissant d'influence de la variable sur la pratique contraceptive moderne ; sig : signification (+ : significatif à 10%, ++ : significatif à 5%, +++ : significatif à 1%, - : non significatif) ; \* : variables non saisies en Tunisie. Au Kenya et en Tunisie, l'occupation de la femme a seulement deux modalités : <sup>1</sup> : la femme travaille, <sup>2</sup> : la femme ne travaille pas (pour ces deux pays, <sup>2</sup> est la modalité de référence) ; (1) : Cadre, professions libérales, chef d'entreprise et techniciens du secteur organisé ; (2) : Commerce, autre service ; (3) : Manœuvre, technicien du secteur non organisé ; (4) : Agriculture, pêche, élevage ; (5) : Commerce, manœuvre, technicienne du secteur organisé et autre service.

## Évolution des déterminants au Kenya

Au Kenya, les données permettent une comparaison dans le temps : de 1989 à 1993, la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passée de 18% à 27%. La comparaison des facteurs explicatifs de deux périodes confirme la prépondérance de la scolarisation de la femme et de son âge. Alors que son influence n'était pas considérable en 1989, la religion occupe la quatrième position en 1993, soit bien avant le travail de la femme et de son conjoint ainsi que le lieu de résidence. Par rapport aux femmes musulmanes, les chrétiennes ont une probabilité de recourir à la contraception moderne de 30% supérieure. Les adhérentes aux autres religions ont deux fois moins de chance que les musulmanes d'y recourir. Contrairement à 1989, la prise en compte des variables liées aux attitudes dénote cette fois-ci la prépondérance du nombre idéal d'enfants dans le recours contraceptif moderne. Cette variable explique en grande partie l'évolution de la prévalence contraceptive observée entre 1989 et 1993. En effet, la proportion de femmes ayant un nombre idéal d'enfant inférieur à 4 a sensiblement augmenté durant cette période, passant de 18% à 34%. Ceci résulte sans doute des différentes campagnes d'information, d'éducation et de communication menées dans ce pays. Un autre élément important à signaler concerne l'avis du conjoint : même s'il demeure relativement important, il n'occupe plus que la sixième place dans la hiérarchie des facteurs explicatifs.

\*

\* \*

L'amélioration des connaissances des différentes méthodes contraceptives ne suffit pas pour améliorer la prévalence. Pour insuffler un grand élan à la diffusion rapide de la contraception au sein de la population, les services de planification familiale doivent être rendus disponibles et accessibles d'un point de vue géographique, financier et culturel. Pour cela, le soutien réel des autorités politiques est essentiel. Cet appui du gouvernement, même s'il n'a pas conditionné l'exercice des activités de planification familiale dans différents pays, est indispensable pour obtenir des résultats palpables. En Tunisie et au Kenya, cela s'est réalisé à travers la création et la mise en place effective d'une structure chargée de coordonner les activités de planification familiale aussi bien du secteur public que privé. C'est une expérience à reproduire dans d'autres pays si l'on veut donner un coup d'accélérateur au recours contraceptif moderne sur le continent.

L'analyse au niveau individuel met en lumière le rôle important joué par l'information, l'éducation et la communication à travers les médias : changements d'attitudes, de perception et de comportement en matière de contraception. Par rapport aux deux autres pays, le Cameroun souffre d'un déficit d'information, d'éducation et de communication. Les résultats obtenus suggèrent qu'en Afrique sub-saharienne, en dehors des femmes, les hommes doivent également être pris en compte : leur avis sur la contraception prime sur toute autre considération (scolarisation, profession, etc.), c'est la variable la plus influente. C'est le cas du Cameroun (1991) et du Kenya (1989). Toutefois, l'exemple kenyan de 1993 montre que lorsque le processus de transition est enclenché, l'avis du conjoint devient moins important.

En outre, cette étude confirme les résultats observés dans d'autres pays, relatifs à l'importance de la participation de la femme à la prise de décision au sein du ména-

ge. On a ainsi remarqué qu'une discussion entre hommes et femmes au sujet des méthodes contraceptives permet d'augmenter les chances de recours contraceptif moderne aussi bien au Cameroun qu'au Kenya. Il y a lieu de penser que l'amélioration du statut de la femme entraînera, entre autre, celle de la prévalence contraceptive moderne.

## Bibliographie

1. AKOTO E. et KANDEM H., 1998, Comportement procréateur face à la crise et milieu d'habitat en Afrique, in GENDREAU F., *Dir., Crises, pauvreté et changements démographiques dans les Pays du Sud*, AUFELF/UREF, ESTEM, Paris, p. 317-338.
2. BELLA N., 1998, *Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande*, Les Cahiers de l'IFORD, N° 17, Yaoundé, 156 p.
3. CHAMIE J., 1988, Les positions et politiques gouvernementales en matière de fécondité et de planification familiale, in TABUTIN D., *Dir, Population et sociétés en Afrique du Sud du Sahara*, l'Harmattan, Paris, p. 167-190.
4. JOHNSON S.P., 1994, *World Population — Turning the tide. Three decades of progress*, Graham & Trotman, Londres, 388 P.
5. LOCOH T., 1998, La fécondité en Afrique Noire : un progrès rapide des connaissances, mais un avenir encore difficile à discerner, *les dossiers du CEPED*, n° 3, CEPED, Paris, 26 p.
6. MAKINWA P., Content of Population Policies : African Countries, in United Nations, *Population Policies and Programmes*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.R/128, p. 42-52.
7. NGONDO A PITSHANDENGE S., 1994, Politiques et programmes de population en Afrique : précision des objectifs et adéquation des moyens, in GENDREAU D., NZITA KIKHELA D. et GUERIN V., *Dir., L'évaluation des politiques et programmes de population*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 99-109.
8. NGEWE E., 1998, *Un aperçu des problèmes de population en Afrique, Communication présentée au Séminaire de l'UEPA sur La Sensibilisation des Responsables de Comités Nationaux de Population*, Kinshasa, 19 p.
9. NZITA KIKHELA D., 1998, *Les politiques de population en Afrique : état et principaux acquis, Communication présentée au Séminaire de l'UEPA sur La Sensibilisation des Responsables de Comités Nationaux de Population*, Kinshasa, 19 p.
10. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, COMMISSION NATIONALE DE LA POPULATION, 1993, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 62 p.
11. RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL/DIRECTION DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES, 1996, *La déclaration de Politique de Population à la lumière des enseignements islamiques*, Projet UNICOM II.
12. RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR, Loi n° 90-030 relative à la Politique Nationale de Population pour le Développement Économique et Social.
13. RÉPUBLIQUE TUNISIENNE, OFFICE NATIONAL DE LA FAMILLE ET DE LA POPULATION, 1995, *La planification familiale en Tunisie. Fondements, Résultats, Perspectives*, Tunis, ONFP.
14. RÉPUBLIQUE TUNISIENNE, OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIALE ET DE LA POPULATION, 1981, *Législation et politique tunisienne en matière de population*, Tunis, ONPFP.
15. RONO P.K., 1998, Family size preferences and attitudes towards contraceptive use among men : the case of Kappuno Community in Nandi district of Kenya. An analysis of patriarchal implications on fertility regulation, *UAPS Study Report*, n° 34, 72 p.

16. SAHLI S., 1981, La pensée démographique tunisienne à travers les discours présidentiels, in *République Tunisienne/Office National du Planning familial et de la Population, Législation et politique tunisienne en matière de population*, Tunis, ONPFP, P. 319-327.
17. SALA-DIAKANDA D.M. et GUBRY P., 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances, *Les dossiers du CEPED*, n° 2, CEPED, Paris, 50 p.
18. SALA-DIAKANDA D.M., 1994, L'évaluation de l'objectif de maîtrise de la croissance démographique en Afrique, in GENDREAU F., NZITA KIKHELA D. et GUERIN V., *Dir., L'évaluation des politiques et programmes de population*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 77-84.
19. UNECA, 1993, *An assessment of the formulation and implementation of National Population Programmes in ECA member states during the 1990s*, ECA/POP/TP/93/1 [3(b) (i)].
20. UNECA, 1993, *Evaluation of Institutional Arrangements for the Formulation and implementation of National Population Programmes in ECA member States*, ECA/POP/TP/93/3(b)/2.
21. UNECA, 1996, *Comparative study on management of family planning programmes in selected African countries*, E/ECA/SER.A./13.
22. UNITED-NATIONS, 1989, *Trends in Population Policy*, *Population Studies*, n° 114, New-York, United Nations, 387 p.
23. UNITED NATIONS, 1989, *World Population Policies, vol. II & III*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.A./102/Add1 & ST/ESA/SER.A./102/Add2.
24. UNITED NATIONS, 1995, *Global Population Policy data base, 1993*, New-York, United Nations, ST/ESA/SER.R./138.
25. VIMARD P., 1996, Évolutions de la fécondité et crises africaines, in COUSSY J. et VALLIN J., *Dir., Crise et Population en Afrique*, Les Études du CEPED, n° 13, Paris, p. 293-318.

# 19. Impact de la distribution de produits contraceptifs en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazèga

Banza Baya<sup>1</sup>

*Au titre de sa stratégie pour le développement du programme de planification familiale (PF), le Ministère de la Santé du Burkina Faso a entrepris d'expérimenter une approche visant à faire face aux besoins de services de planification familiale non satisfaits en milieu rural. Ainsi, il procède actuellement à l'expérimentation de modèles de distribution communautaire de méthodes contraceptives dans le cadre du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC) du Bazèga. Cette approche à travers laquelle des volontaires issus de la communauté fournissent les services à domicile ou renvoient la population aux structures sanitaires, est supposée être un moyen permettant d'atteindre un nombre assez important de client(es) potentiel(les) en zone rurale.*

*L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'impact de l'intervention des services à base communautaire (SBC) sur les comportements en matière de contraception. La population cible, c'est-à-dire celle bénéficiant de l'intervention d'agents SBC, diffère-t-elle de la population témoin (celle ne bénéficiant pas d'intervention) en matière de contraception ? Nous tentons de répondre entre autres aux questions suivantes : les couples expérimentent-ils plus leur souhait d'espacer et/ou de limiter leur descendance du fait de l'intervention SBC ? Comment le taux de prévalence contraceptive a-t-il varié dans chacun des deux cas ? Comment la demande de contraception a-t-elle évolué dans les deux cas ? Quelles ont été les modifications dans la perception de la contraception ?*

*Les données utilisées proviennent de deux séries d'enquêtes portant sur une population bénéficiant de l'intervention et sur une population témoin. Une première, dite enquête de base a été menée d'avril à juin 1996, avant le début des activités de SBC. La seconde série est intervenue dix-huit mois après la mise en œuvre de la stratégie de distribution à base communautaire, afin d'évaluer les progrès accomplis au cours de la période.*

*Les résultats indiquent un accroissement significatif de la prévalence contraceptive dans la zone d'expérimentation (par rapport à la zone témoin), c'est-à-dire celle bénéficiant de la présence des volontaires des services à base communautaire. Cependant, on doit se demander si l'on peut compter, de façon durable, sur le travail bénévole d'agents communautaires qui doivent chaque jour faire face à de dures conditions d'existence.*

1. UERD, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

La fécondité des femmes au Burkina Faso demeure très élevée. Elle est d'environ sept enfants par femme [7]. La timide transition de la fécondité révélée par l'Enquête Démographique et de Santé ne semble se manifester qu'en milieu urbain, où vit à peine un burkinabé sur cinq. La prévalence contraceptive qui était estimée à 10% pour l'ensemble du pays en 1993 n'était que de 1,5% en milieu rural. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé révèlent toutefois l'existence de besoins non satisfaits en matière de PF.

Le programme de PF du Burkina Faso a été officiellement adopté au milieu des années quatre-vingt. Depuis cette date, les services de PF se sont progressivement mis en place dans les formations sanitaires publiques du pays. Les deux principales associations privées de prestation de services de PF que sont l'Association Burkinabé pour le Bien-être Familial (ABBEF) et l'Association Burkinabé des sages-femmes (ABSF) ont renforcé et diversifié leurs interventions sur le terrain [13]. Toutefois le programme de PF est, comme l'ensemble des services de santé, beaucoup plus concentré dans les zones urbaines où il a connu plus de succès [7].

Ce sera seulement à la suite de l'adoption de la politique de population du Burkina Faso en 1991 que le Ministère de la Santé élaborera en 1992 une « stratégie pour le développement du programme de PF<sup>2</sup> au Burkina Faso couvrant la période 1993-98 ». Au titre des stratégies pour augmenter la disponibilité des prestations de services de PF, l'expérimentation de modèles de distribution communautaire de méthodes contraceptives est recommandée. Plusieurs organisations ont donc mis en œuvre cette recommandation [13].

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne, en effet les formations sanitaires sont au Burkina Faso la principale source d'approvisionnement des services de PF. Cependant, en raison des longues distances que les populations ont souvent à parcourir pour se rendre dans une formation sanitaire et en raison aussi des autres considérations ayant trait à la qualité des services [3 et 12], l'accès est parfois limité pour des utilisateurs potentiels des services de santé de la reproduction. Par conséquent, plusieurs programmes ont développé et mis en œuvre des approches alternatives hors formation sanitaire afin de mettre les services à la disposition des populations.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a entrepris d'expérimenter une approche visant à faire face aux besoins de services de PF non satisfaits en milieu rural. Le Laboratoire de Santé Communautaire (LSC)<sup>3</sup> du Bazèga a ainsi été mis en place afin de tester des systèmes permettant d'atteindre un nombre assez important de client(es) potentiel(les). Pour ce faire, une stratégie de fourniture de services à base communautaire (SBC) a été mise en œuvre leur offrant des services à domicile ou les dirigeant vers les structures sanitaires.

---

2. La planification familiale est définie au Burkina Faso comme étant « l'ensemble des mesures éducatives, psycho-sociales et techniques offertes aux individus et aux couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, d'éviter les grossesses non désirées, d'espacer les naissances et de déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille » [10].

3. Le LSC se veut une station de recherche capable de jouer un rôle similaire à celui du Centre de recherche en santé de Navrongo au Ghana [1]; c'est-à-dire créer un environnement pour évaluer de nouvelles approches novatrices dans la prestation de services de santé et de population avant leur utilisation à grande échelle et leur exécution au niveau national. Outre le Ministère de la Santé (DSF), les autres institutions impliquées dans les activités du LSC sont le Population Council, Mwangaza et l'UERD. L'USAID et la Fondation Rockefeller en sont actuellement les bailleurs de fonds.

Bien que variant dans leur structure et dans leur fonctionnement, les programmes SBC consistent essentiellement à mettre à la disposition de la communauté, des agents issus de cette même communauté, qui ont à charge d'éduquer les membres de la communauté en matière de PF et autres services. Ces agents distribuent ou vendent des contraceptifs, ainsi que quelques médicaments sélectionnés.

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'impact de l'intervention SBC sur les comportements en matière de contraception en milieu rural au Burkina Faso. La population cible, c'est-à-dire, celle bénéficiant de l'intervention d'agents SBC diffère-t-elle de la population témoin (celle ne bénéficiant pas d'intervention) en matière de contraception ? Nous tentons de répondre entre autres aux questions suivantes : les couples expriment-ils davantage leur souhait d'espacer et/ou de limiter leur descendance du fait de l'intervention SBC ? Comment le taux de prévalence contraceptive a-t-il varié dans chacun des deux cas ? Comment la demande de contraception a-t-elle évolué dans les deux cas ? Quelles ont été les modifications dans la perception de la contraception ?

Nous décrirons tout d'abord les caractéristiques du champ d'investigation, puis l'approche méthodologique et les hypothèses qui sous-tendent la démarche. Nous présenterons enfin quelques résultats issus de l'expérience conduite sur le terrain.

## **Cadre de l'étude**

### **Caractéristiques de la population**

La zone d'étude du LSC est une zone entièrement rurale peuplée majoritairement par l'ethnie mossi. Près de la moitié de la population est musulmane ; l'autre moitié se partageant entre l'animisme (environ 30%) et le christianisme (environ 20%) [8].

Les résultats de l'enquête de base réalisée en 1996 indiquent des caractéristiques de l'aire d'investigation assez proches de celles du Burkina Faso rural [14]. La concession abrite en moyenne 1,4 ménage, avec une taille moyenne du ménage d'environ sept personnes (6,8), soit environ une dizaine de personnes par concession (9,5).

Environ un chef de ménage sur dix (9,0%) est de sexe féminin, ce qui est un résultat proche de celui fourni pour le milieu rural par le recensement général de la population de 1985 où la proportion de chefs de ménage femmes était de 9,3% [6].

L'habitat de l'aire du LSC est de type traditionnel. Les murs sont essentiellement faits en banco ; le sol est surtout fait de terre battue, et de ciment dans une moindre mesure. La paille puis la tôle constituent dans l'ensemble, les principaux matériaux du toit.

La pratique de l'excision y demeure largement répandue. La prévalence y est estimée à 79% chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Les données sur la mortalité indiquent qu'environ un enfant sur cinq né dans la zone meurt avant de fêter son cinquième anniversaire.

La structure par grands groupes d'âges révèle une extrême jeunesse de la population, conformément à la tendance observée au niveau national. Environ un résident sur deux (51,1%) est âgé de moins de 15 ans. La faible part de la population âgée de 65 ans et plus (4,6%) traduit le faible niveau de l'espérance de vie à la naissance.

Le rapport de masculinité est de 91 hommes pour 100 femmes. Ce rapport numérique entre les deux sexes n'est pas identique aux différents âges. C'est surtout dans la tranche d'âge de 20 à 60 ans que l'on observe un important déficit masculin, probablement imputable à l'émigration. En effet, selon les résultats de l'enquête démographique de 1991, le Bazèga se classe au troisième rang des provinces pourvoyeuses en migrants vers les autres provinces du pays.

## Caractéristiques de la fécondité et de la prévalence contraceptive

La parité moyenne observée montre une précocité de la fécondité. Un cinquième des femmes de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Dans la tranche d'âges 20-24 ans, 16% des femmes ont déjà eu au moins trois naissances vivantes. Le problème de la santé reproductive des adolescentes se pose donc avec acuité. Cette précocité de la fécondité s'explique en partie par la précocité et l'intensité du mariage. En effet l'âge moyen au premier mariage des filles est de 17,7 ans et à 20-24 ans, 95% des femmes sont déjà mariées. Il n'y a presque pas de célibat définitif féminin (moins de 1% des femmes).

Les discussions au sein du couple sur la reproduction, particulièrement sur le nombre d'enfants désirés sont particulièrement peu nombreuses : 88,4% des femmes et 85,4% des hommes déclarent n'avoir jamais discuté de la question avec le (la) partenaire. Quant aux facteurs pouvant influencer sur le nombre d'enfants, une forte proportion s'en remet à Dieu (35% chez les femmes et 53% chez les hommes).

Trois femmes sur cinq (63%) en âge de procréer ont déjà entendu parler d'espace-ment des naissances. Chez les hommes, la proportion est plus importante (79%). Alors que chez les hommes cette proportion varie faiblement d'une zone à l'autre, chez les femmes, la variation est beaucoup plus forte.

Parmi les personnes ayant déjà entendu parler de PF, au moins sept sur dix (respectivement 72 et 78% des hommes et des femmes) déclarent approuver la PF. Cependant, il semble y avoir peu d'hommes (moins d'un sur quatre) qui encouragent leurs épouses en matière de PF.

Pour la plupart des personnes interrogées (plus de 80% de chaque sexe), l'intervalle intergénéral devrait être au minimum de trois ans. Concernant la signification de la PF, la majorité des femmes estiment qu'elle permet de laisser la mère se reposer alors que du côté des hommes, ceux-ci pensent qu'elle permet à la mère de mieux s'occuper des enfants.

Environ une femme sur dix et un homme sur cinq pensent qu'il existe des inconvénients liés à la PF. Les inconvénients le plus souvent cités ont trait aux ennuis de santé occasionnés par la contraception. A noter aussi que les femmes citent l'opposition du mari et le coût élevé de la PF comme étant des inconvénients.

La pilule et le condom sont les méthodes contraceptives les plus connues des femmes interrogées. Les hommes quant à eux, citent plus souvent le condom et l'abstinence périodique. Quels que soient le sexe et la zone considérés, la méthode la plus utilisée de tous temps est l'abstinence périodique. Les méthodes contraceptives modernes le sont à un moindre degré.

Parmi les femmes n'utilisant pas actuellement de méthode contraceptive, environ 2/5 déclarent avoir l'intention d'en utiliser dans l'avenir, contre une proportion à peu près équivalente qui n'en a pas l'intention. La pilule semble être la méthode préférée par les femmes qui ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir. A noter toutefois que le taux de préférence de la pilule chez les futures utilisatrices de PF varie d'une zone à l'autre. La proportion des femmes indécises est aussi non négligeable.

Pour les femmes n'utilisant pas la contraception, les principales raisons avancées sont l'absence de rapports sexuels, le désir d'enfant et le manque d'information.

Les principales sources d'information des populations enquêtées sur la PF sont le personnel de santé et la radio.

Quel que soit leur sexe, les enquêtés sont relativement plus nombreux (un tiers environ) à penser que la décision du choix de la méthode contraceptive incombe à l'homme.

## **Méthodologie**

L'étude cherche à tester l'efficacité de deux formules expérimentales et à les comparer à une zone témoin dans laquelle le programme gouvernemental habituel est en cours (Fig. 1). Dans la première zone (A), le personnel des centres de santé publics existants a été recyclé par une formation aux prestations de services de PF. Les cinq centres de santé ont également été approvisionnés d'un grand nombre de méthodes contraceptives.

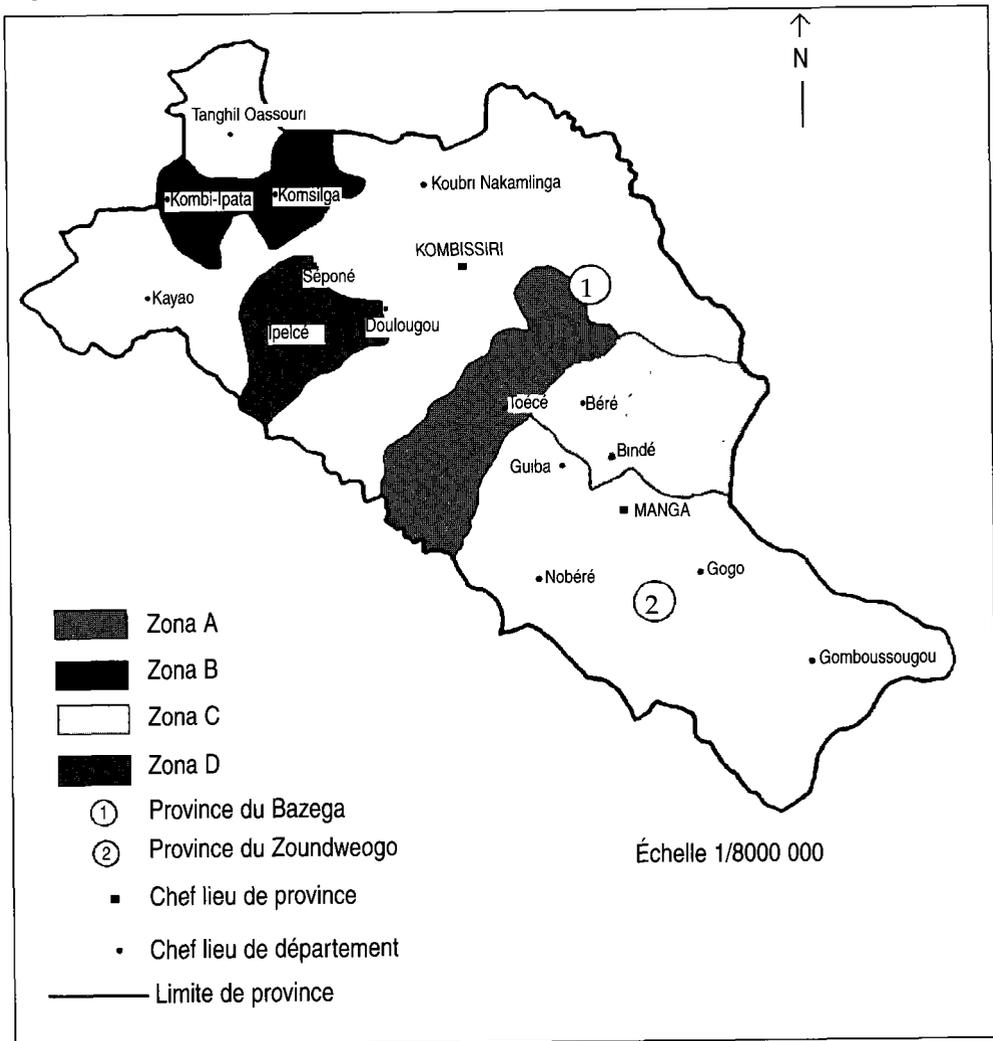
En zone B, en plus de la même organisation que dans la zone A, des agents SBC (en moyenne deux par village), interviennent. Ils sont recrutés et formés pour effectuer des visites à domicile. Cette zone comprend six formations sanitaires. Elle constitue la zone expérimentale par excellence. Par conséquent c'est dans cette zone que l'impact le plus important est attendu.

Ces agents SBC sont des volontaires sélectionnés par la communauté elle-même en dehors de toute intervention de l'autorité médicale. Le recrutement des agents SBC a été conduit par une ONG nationale (Mwangaza), spécialisée dans le domaine de la mobilisation sociale. Ces volontaires sont formés pour faire des visites à domicile, vendre des contraceptifs (condoms, mousses et pilules), recommander aux clientes les centres de santé auxquels elles peuvent s'adresser pour d'autres services et également offrir quelques services de santé comme les sels de réhydratation par voie orale (SRO) en cas de diarrhée et de la nivaquine en cas de paludisme. Chaque agent SBC a reçu une bicyclette pour ses déplacements et un sac pour le transport du matériel.

Deux autres zones ont été enquêtées aux fins de comparaison. La zone C est une zone témoin située dans une province voisine (Zoundwéogo) de celle qui abrite les deux premières zones. Aucune activité spéciale d'intervention n'y est envisagée. Elle comprend les villages relevant de deux formations sanitaires. Elle a été choisie suffisamment éloignée de la zone d'expérimentation (B) pour éviter les risques de contamination. La zone D, également zone de comparaison, est située dans la province du Bazèga. C'est une zone où l'ONG « Save The Children » a mené au cours des dix dernières années (qui ont précédé 1995) des activités ayant trait aux services de santé primaires et de PF. Il n'y est pas prévu d'intervention dans le cadre du pro-

jet SBC. La zone D comprend les villages relevant de six formations sanitaires. L'ajout de la zone D à notre champ d'investigation vise à explorer l'hypothèse de maintien ou de détérioration du niveau des indicateurs de santé à la suite du retrait de la zone de l'ONG Save the Children. Le tableau I récapitule l'approche méthodologique et le découpage du champ d'investigation en zones A, B, C et D est porté sur la figure 1.

**Figure 1 : Laboratoire de Santé communautaire (Burkina Faso) : zones d'étude**



Les données utilisées proviennent de deux séries d'enquêtes. Une première, dite enquête de base, a été menée entre avril et juin 1996, avant le début des activités de SBC. La seconde série est intervenue deux années après la première et dix huit mois après la mise en œuvre de la SBC, afin d'évaluer les progrès accomplis au cours de la période. Le questionnaire de type EDS, a été administré à toute femme en âge de procréer (15-49 ans) et à tout homme chef de ménage, âgé de 18 ans et plus, résidant dans les concessions échantillonnées pour l'étude. Les concessions visitées en 1996 l'ont été à nouveau en 1998.

**Tableau 1 : Approche méthodologique (LSC, 1996)**

Zones expérimentales	<b>A (expérience 1)</b> –Rénovation des services de santé –Recyclage du personnel –Mise à disposition d'une gamme variée de produits contraceptifs	<b>B (expérience 2)</b> –Rénovation des services de santé –Recyclage du personnel –Mise à disposition d'une gamme variée de produits contraceptifs –Présence d'agents SBS
Zones témoin et de comparaison	<b>C (témoin)</b> Services gouvernementaux habituels de santé	<b>D (comparaison)</b> Zone d'intervention de l'ONG « Save the Children » au cours des dix années ayant précédé 1995

## Hypothèses

On peut penser que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes va s'accroître si des campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) sont menées en direction des utilisateurs potentiels en même temps que l'on accroît la disponibilité des services. En même temps qu'ils approvisionnent les nouvelles personnes utilisatrices de la PF et qu'ils réapprovisionnent les anciens utilisateurs, les agents SBC mènent des activités d'IEC.

Comme l'ont souligné plusieurs auteurs [2, 4 et 5], parmi les variables qui influencent la fécondité, la contraception apparaît comme une composante centrale lorsque les couples sexuellement actifs souhaitent réduire leur fécondité en deçà de leur potentiel naturel. Des études ont montré que les politiques, les lois et les programmes gouvernementaux qui soutiennent et font la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives, ont une grande influence sur la fécondité [5].

La hausse de la prévalence contraceptive devrait se traduire à terme par une baisse de la fécondité. Cependant, en raison de l'idéologie pro-nataliste fortement ancrée dans cette société, il serait illusoire d'espérer des changements fondamentaux de comportements en matière de reproduction en si peu de temps, deux ans en l'occurrence. C'est pourquoi, même si la baisse de la fécondité, observée grâce à l'indice synthétique de fécondité, est le résultat ultime attendu, ici la pratique contraceptive constitue la variable dépendante qui retient notre attention parce que l'expérience aura été sans effet si la prévalence contraceptive n'a pas augmenté.

La figure 2 présente le cadre conceptuel simplifié de la stratégie SBC.

L'hypothèse sous-jacente est que l'intensité des rencontres entre les agents mobiles et les villageois aura un impact sur la demande et l'utilisation des services.

Les activités du programme d'intervention permettent une large information sur les méthodes contraceptives ainsi que leur disponibilité. Il s'ensuivra un accroissement de la demande contraceptive, de même qu'une utilisation accrue des méthodes contraceptives.

En réduisant les temps de déplacement, l'attente des clients(es), bref, en rapprochant les services des utilisateurs, le programme SBC est susceptible de générer une

utilisation de la contraception indépendamment d'un changement dans la demande. Les bénéfiques de l'approche SBC se situent aussi au plan psychologique : les services sont mis à la disposition des populations dans un cadre supposé beaucoup plus approprié que les points fixes de prestation de services qui paraissent plutôt étrangers à l'environnement quotidien des populations. Le programme est supposé contribuer à légitimer la pratique contraceptive et rompre le silence entre conjoints à propos de la PF.

**Figure 2 : Cadre conceptuel de la stratégie SBC**



En améliorant les connaissances des populations en matière de PF, cela pourrait améliorer la perception que les populations ont des méthodes contraceptives. La tendance est parfois de lier à tort certains problèmes de santé à l'utilisation de méthodes contraceptives. La présence des agents SBC devrait donc entraîner la levée d'un certain nombre d'obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Dans notre schéma, l'hypothèse nulle est celle où aucune des formules n'engendre une augmentation de la prévalence contraceptive comparativement au cas témoin ( $H_0 : B=A=C$ ). Les hypothèses alternatives sont :

- celle où les formules A et B s'équivalent ( $H_1 : B=A>C$ ) avec un résultat supérieur à celui de la formule C (témoin) ;
- celle où la formule B donne des résultats supérieurs à ceux de la formule A, elle-même donnant des résultats supérieurs à ceux de la formule témoin ( $H_2 : B>A>C$ ).

## Résultats

Les résultats qui suivent sont issus d'un premier dépouillement et ne concernent que le sexe féminin. Par ailleurs, nous ne faisons ici qu'une analyse transversale de chacune des deux enquêtes de 1996 et de 1998.

### Evolution de la demande contraceptive

La demande potentielle totale en PF a été définie de la même façon que dans les EDS, c'est-à-dire comme étant la somme des besoins satisfaits et des besoins non satisfaits pour espacer ou limiter les naissances. Les besoins non satisfaits pour espacer les naissances concernent d'une part les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, et d'autre part les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, mais qui ont déclaré ne pas vouloir une prochaine naissance dans l'immédiat et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive.

Quant aux besoins non satisfaits pour limiter les naissances, ils concernent d'une part les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse n'était pas désirée, et d'autre part les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée mais qui déclarent ne plus vouloir d'enfant et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive. Les femmes qui déclarent ne pas pouvoir avoir d'enfant (pour des raisons de stérilité ou de ménopause) sont exclues des calculs.

L'analyse de l'évolution de la demande potentielle de contraception au cours de la période indique que celle-ci est restée sensiblement la même entre 1996 et 1998 (Tab. 2).

**Tableau 2 : Évolution (en %) de la demande potentielle de contraception entre 1996 et 1998 (LSC, 1998)**

Année	Zone			
	A	B	C	D
1996	43,2	51,5	44,0	49,0
1998	43,2	49,7	37,0	52,0

## Prévalence contraceptive

Nous avons considéré les femmes âgées de 15 à 49 ans en 1996 et en 1998. La structure par âge des femmes dans les deux opérations de collecte est très comparable. Des différences éventuelles de prévalence contraceptive ne seraient donc pas imputables à cette structure.

Nous avons exploité la variable « Utilisation actuelle d'une méthode contraceptive moderne » recueillie auprès des femmes en âge de procréer. En raison de la faiblesse des effectifs de femmes utilisant chaque méthode contraceptive moderne, la présentation est faite non pas par méthode contraceptive mais pour l'ensemble des méthodes contraceptives modernes. Le tableau 3 donne pour chaque zone, la prévalence contraceptive en 1996 et 1998.

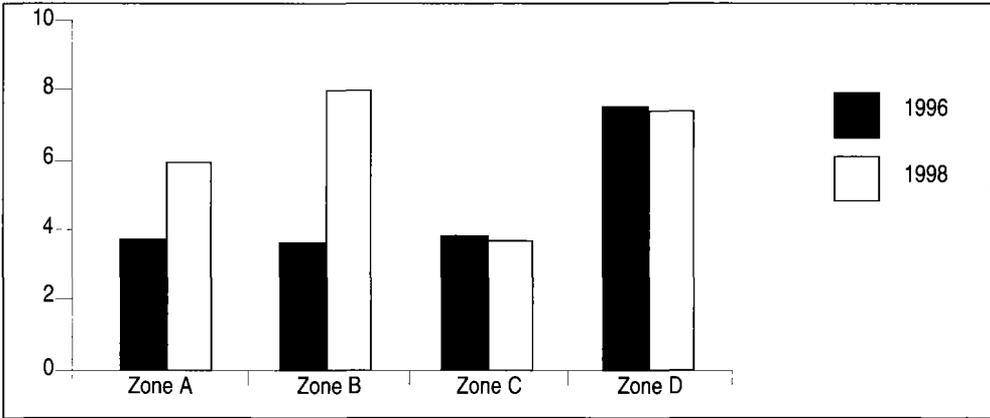
**Tableau 3 : Taux de prévalence contraceptive (%) par zone en 1996 et 1998 (LSC, 1998)**

Zones	A	B	C	D
1996	3,7	3,6	3,2	7,4
1998	5,9	8,0	2,7	7,3

Deux des quatre zones connaissent une forte augmentation des taux de prévalence contraceptive. En 1996, le niveau de prévalence contraceptive était assez proche dans les trois zones A, B et C. Deux années plus tard, l'écart s'est creusé entre ces trois zones. Dans la zone B, le taux de prévalence a doublé au cours de la période alors que dans la zone A, le taux a été multiplié par 1,6. Quant aux deux autres zones C et D, elles ont connu une situation quasi stationnaire. La tendance serait même à une légère régression, notamment dans la zone C (Fig. 3).

Ces résultats confirment l'hypothèse 2 selon laquelle la formule B qui met à contribution les volontaires SBC entraîne une plus forte augmentation de la prévalence contraceptive que la formule A, elle-même plus performante que la formule C (témoin).

**Figure 3 : Prévalence contraceptive par zone entre 1996 et 1998**

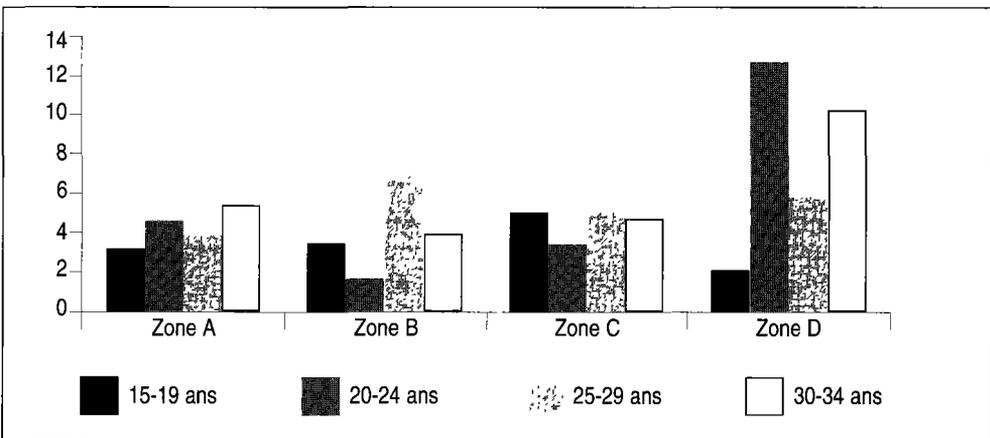


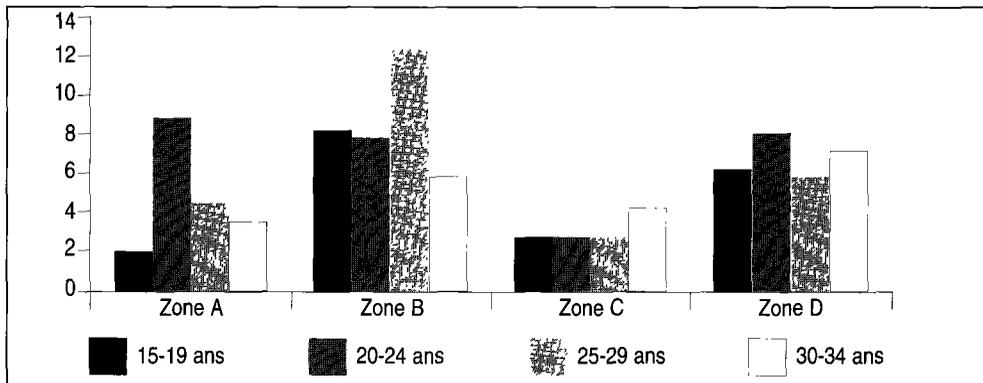
L'examen de l'évolution de la demande puis des taux de prévalence contraceptive suggère que la facilité d'accès aux moyens contraceptifs dans les zones A et B a permis de satisfaire une demande qui existait déjà. Il ne semble pas y avoir eu création de nouvelle demande contraceptive du fait de la présence des agents SBC.

Nous nous sommes intéressés en particulier aux femmes relativement jeunes, c'est-à-dire celles âgées entre 15 et 34 ans. La raison en est que ce sont celles dont la pratique contraceptive est le plus susceptible d'influencer le niveau de la fécondité dans la région.

Lorsqu'ils sont ventilés par tranche quinquennale d'âges et par zone, les effectifs de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne deviennent très faibles. L'examen de la prévalence contraceptive indique toutefois une tendance à la hausse dans les zones A et B au cours de la période 1996-98, et ce pour chacun des groupes d'âge considérés (sauf pour les femmes de 30 à 34 ans dans la zone A). Dans la zone C, la tendance est plutôt à la baisse dans chacun des groupes d'âge entre 1996 et 1998. C'est ce dernier schéma qui est également observé dans la zone D, hormis la première tranche d'âge (Fig. 4 et 5).

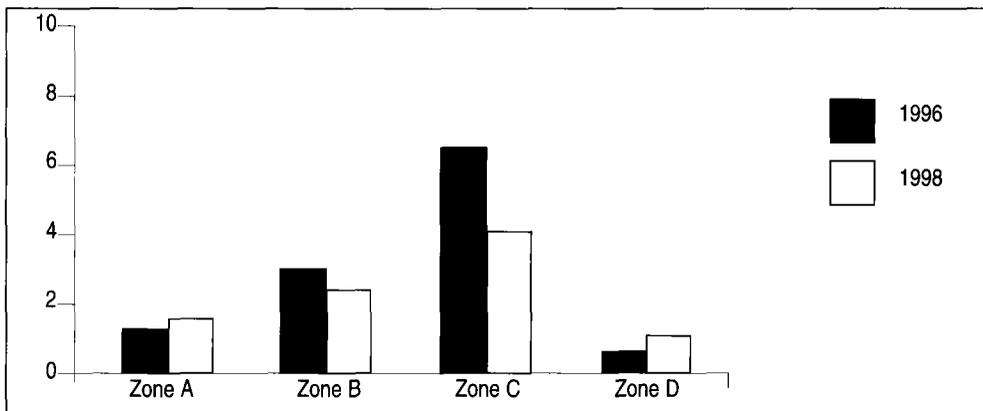
**Figure 4 : Prévalence contraceptive chez les jeunes femmes en 1996 par zone**



**Figure 5 : Prévalence contraceptive chez les jeunes femmes en 1998 par zone**

### Perception des méthodes de planification familiale

Une faible proportion de femmes déclare des inconvénients associés à l'utilisation de méthodes contraceptives. On notera une tendance à une légère baisse de cette proportion entre 1996 et 1998 (Fig. 6). Cependant, il importe de relever que les femmes qui déclarent ne pas savoir représentent une proportion non négligeable<sup>4</sup> qui semble même avoir légèrement augmenté au cours de la période de 1996 à 1998, passant de 15% à 17%.

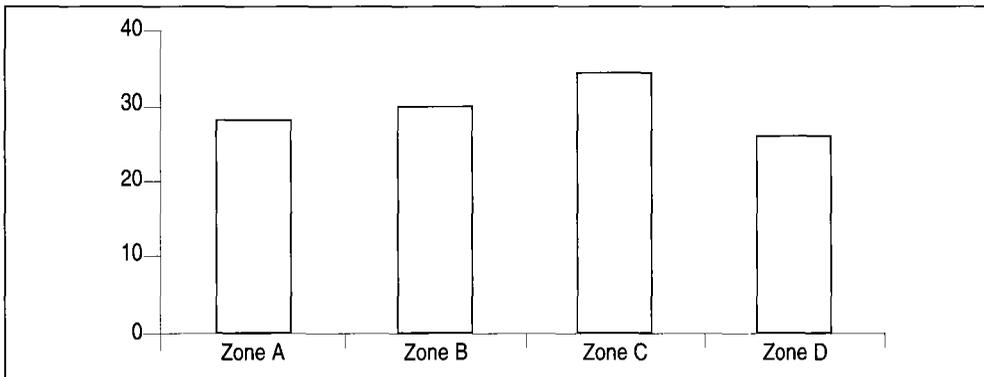
**Figure 6 : Proportion des femmes qui déclarent que les méthodes contraceptives comportent des inconvénients en 1996 et 1998**

Enfin, la proportion de femmes qui mentionnent les inconvénients des méthodes contraceptives est plus forte en zone C que dans les autres zones (Fig. 6).

Une autre donnée, disponible uniquement en 1998, permet d'apprécier l'évolution de la perception de la PF : c'est la proportion de femmes qui n'accepteraient pas les produits contraceptifs en dépit de leur gratuité. Environ une femme sur trois est dans ce cas. Les différences entre zones sont faibles. Néanmoins, la comparaison révèle la zone C comme celle où le rejet des méthodes contraceptives est légèrement plus fort. Le taux de rejet dans les zones A et B est sensiblement le même. Le plus faible taux de rejet est enregistré en zone D (Fig. 7).

4. Dans le doute, les femmes sont tentées de s'en abstenir.

**Figure 7 : Proportion des femmes qui n'accepteraient pas les méthodes contraceptives en dépit de leur gratuité par zone en 1998 (en %)**



\*  
\* \*

Les résultats de l'expérience menée au Bazèga révèlent une hausse significative de la prévalence contraceptive notamment dans la zone où les SBC ont été mis à contribution (versus la zone témoin). Par contre, la demande contraceptive ne semble pas avoir augmenté, même dans la zone (B) d'expérimentation par excellence. Cela suggère que si les volontaires SBC sont parvenus à satisfaire une demande qui existait déjà, leur travail ne semble pas avoir permis de susciter une demande contraceptive additionnelle.

L'expérience mérite d'être poursuivie afin de vérifier l'atteinte de l'objectif ultime de la baisse de la fécondité, mais pour cela, deux conditions doivent être remplies :

- l'élaboration d'un programme adéquat de motivation. La motivation des volontaires communautaires détermine en grande partie les chances de succès du projet de SBC. La plupart des expériences connues ont été confrontées à cette difficulté sans pouvoir y apporter une solution satisfaisante. C'est donc à juste titre que G. Sorgho [13] fait observer que les formations/recyclages ne suffiront pas à maintenir la motivation de personnes bénévoles dans les villages burkinabé tenaillés par la misère car c'est bien en milieu rural que la misère sévit le plus comme l'ont indiqué les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages [9]. C'est ainsi que le repas quotidien n'est jamais assuré : chaque jour, les populations doivent trouver des solutions pour y parvenir. Ceci limite objectivement la disponibilité de volontaires pour le bénévolat à l'échelle communautaire. Le système de ristourne pratiqué sur la vente des contraceptifs au Bazèga n'est pas de nature à garantir la motivation des volontaires. En effet, il est prévu 10 FCFA de ristourne sur chaque plaquette de pilule vendue. Ceci correspond à un montant de 1000 FCFA si le volontaire parvient à réaliser une performance (quasi-impossible) de 100 plaquettes vendues mensuellement.
- un accent sur la lutte contre la mortalité des enfants. Les expériences à petite échelle des ONG ou du secteur public au Burkina Faso ont montré que les volontaires ne parlant que de PF dans des communautés qui ont faiblement accès à des services de santé, sont souvent marginalisés et rejetés. De façon pragmatique, l'élargissement de la gamme des prestations des volontaires communautaires

apparaît comme une stratégie en faveur de la PF. L'accent devrait être mis sur la lutte contre la mortalité des enfants parce que la demande d'enfant est, dans le contexte du Bazèga, affectée par le niveau encore élevé de la mortalité des tout petits. Un enfant sur cinq qui naît au Bazèga décède avant son cinquième anniversaire. Les pathologies responsables sont à présent assez bien identifiées : le paludisme, les infections respiratoires, la rougeole, la méningite et des diarrhées aggravées par la malnutrition. La mortalité des enfants apparaît donc, comme l'ont relevé d'autres auteurs [11], comme un des principaux obstacles à la volonté des populations de réduire leur fécondité.

## Bibliographie

1. BINKA N.F., NAZZAR A., and PHILLIPS J., 1995, The Navrongo Community Health and Family Planning Project, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 3, p. 121-139.
2. BONGAARTS J., 1978, A framework for analysing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, Vol. 4, n° 1, p. 105-131.
3. BURKINA FASO, 1996, *Deuxième analyse situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso*, 48 pages.
4. DAVIS K. and BLAKE (J.), 1956, *Social Structure and Fertility : An Analytical Framework*, *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 4, n° 3, p. 211-235.
5. FAROOQ G.M. and DEGRAFF D.S., 1988, *Fertility and Development : An introduction to theory, empirical research and policy issues*, International Labour Office Geneva, 56 p.
6. INSD, 1989, *Recensement général de la population du Burkina Faso 1985. Analyse des résultats définitifs*, 318 pages.
7. INSD, 1994, *Burkina Faso, Enquête démographique et de Santé 1993. INSD et Macro International Inc.*, 296 pages.
8. INSD, 1995, *Analyse des résultats de l'enquête démographique de 1991. Direction de la démographie avec la coopération du FNUAP*, deuxième édition, Ouagadougou, 358 pages.
9. INSD, 1996, *Le profil de la pauvreté au Burkina Faso*, Etude statistique nationale.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE, 1992, *Politiques et Standards des services de SMI/PF au Burkina Faso*, DSF.
11. NAZZAR A., ADONGO P.A., BINKA F.N., PHILLIPS J.F., ADAZU F. and MACLEOD B., 1995, Developing a Culturally Appropriate Family Planning Program for the Navrongo Experiment, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 6, p. 307-324.
12. PRAPASS, 1997, *Projet Recherche Action pour l'Amélioration des Soins de Santé*, Projet TS3\*CT92-0078 « Science et Technologie pour le Développement » Université de Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé et Université de Heidelberg Département d'Hygiène Tropicale et de la Santé Publique, Rapport Final 213 p.
13. SORGHO G., 1997, *Planification à base communautaire au Burkina Faso : Expériences et leçons*, 49 p.
14. UERD, 1997, *Résultats de l'enquête de base du Laboratoire de Santé Communautaire (LSC), réalisée en 1996*, 96 p.



# 20. Condition féminine, milieu social, planification familiale et santé infantile au Maroc

Aurora Angeli<sup>1</sup>, Silvana Salvini<sup>2</sup>

L'objectif principal de ce chapitre est d'étudier la variabilité démographique et de déterminer les facteurs qui peuvent mieux expliquer les différences relatives, en particulier, à la fécondité, à la contraception et à la santé maternelle et infantile. La base des données des analyses se trouve dans les informations individuelles contenues dans les enquêtes démographiques réalisées au Maroc en 1992 et 1995.

Les changements des modèles de nuptialité et de fécondité sont liés au processus d'exode rural qui a caractérisé le Maroc pendant les dernières décennies. Le processus d'urbanisation semble avoir beaucoup d'importance dans la transition de la fécondité.

Au Maroc, comme dans les autres pays du monde arabe, la scolarisation féminine exerce un rôle primordial dans la formation des comportements démographiques autant au niveau du contrôle des naissances que pour l'utilisation des structures de santé. Cela montre que le moment le plus important de l'émancipation de la femme, c'est à dire la scolarisation, est à la base des choix en matière de famille et de santé.

A partir de là, on vérifie l'importance des différents facteurs qui peuvent décrire la situation de la femme (par exemple le niveau d'instruction et le milieu de résidence) par rapport au comportement contraceptif et à la santé infantile. Dans ce but, l'analyse de la mortalité infantile permet, grâce à l'utilisation de modèles de régression logistique, de déterminer les facteurs qui conditionnent la contraception et la survie des enfants jusqu'à la première année de vie et, également, d'analyser les effets des variables liées aux améliorations de la condition de la femme. Enfin, il ne faut pas oublier l'importance des mécanismes qui lient les caractéristiques familiales (en termes de structures et de relations) au modèle de formation de la famille et des soins apportés aux enfants. Notre hypothèse considère la position de la femme, à l'intérieur de la famille ou de la société, comme le dénominateur commun du changement.

Les résultats de l'utilisation des modèles de régression appliqués aux données de l'enquête de 1995 mettent en lumière le fait que le recours à des structures sanitaires et à la planification familiale semble dépendre de l'existence d'un « dialogue » entre les conjoints sur des sujets relatifs à la taille de la famille. Cela témoigne autant du rôle non négligeable du mari dans les choix du couple que du rapport d'égalité entre les conjoints.

1. Département de Statistique, Université de Bologne.

2. Département de Statistiques, Université de Florence.

Les travaux de la Conférence du Caire de 1994 et de la Conférence de Pékin de 1995 ont souligné non seulement que la diffusion de la contraception représente la clef de voûte du déclin de la fécondité, mais aussi que le nouveau modèle de fécondité qui en découle favorise le déclin de la mortalité infantile. L'existence de facteurs communs à ces deux processus, liés à l'amélioration de la condition féminine, apparaît évidente. La diffusion de la scolarisation féminine, l'accès au marché du travail pour les femmes, l'égalité au sein de la famille, l'accès aux services, en particulier à la santé de la reproduction, l'élimination des inégalités entre les genres, sont désormais considérés comme des objectifs essentiels du développement social.

Cette contribution<sup>3</sup> s'inscrit dans une recherche plus vaste sur les changements de comportements démographiques à l'intérieur de certains pays méditerranéens islamiques. L'objectif principal est d'étudier la variabilité démographique et de déterminer les facteurs qui permettent d'expliquer ces différences [1 et 2].

La base de données des analyses est constituée des informations individuelles issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées au Maroc en 1992 et en 1995 ; en particulier l'accent a été mis sur les données relatives à la fécondité, à la contraception et à la santé maternelle et infantile en relation avec le contexte économique et social, notamment la situation féminine.

Aujourd'hui, la situation démographique de l'Afrique du Nord n'est pas encore homogène : les indicateurs les plus récents [15] continuent de montrer une remarquable hétérogénéité au niveau territorial, avec de profondes différences au niveau tant des indicateurs strictement démographiques que des indicateurs socio-économique. En général, les facteurs considérés comme les plus importants pour expliquer les différences dans le comportement procréatif et la transition de la fécondité, sont liés à l'évolution sociale et culturelle, en particulier l'augmentation de l'âge au mariage, l'amélioration du statut de la femme et l'extension de la pratique contraceptive.

Le Maroc a connu ces dernières années, de substantiels changements de la fécondité et de la survie, en particulier de celle des enfants. Cependant une situation contradictoire se fait jour [15 et 23] : le taux de mortalité maternelle et le pourcentage d'accouchement assistés par un personnel qualifié, montrent clairement les dures conditions que les femmes continuent de subir. La connaissance bien répandue des méthodes de contrôle des naissances semble toutefois indiquer que les structures de santé maternelle et infantile sont distribuées correctement sur le territoire. Mais il semble que les couples, contrairement à d'autres pays d'Afrique du Nord, éprouvent des difficultés à réaliser la taille désirée de leur famille, ceci se traduisant par une augmentation de la fécondité non désirée entre 1987 et 1992 [7].

Au Maroc, comme dans les autres pays du monde arabe [13], la scolarisation féminine exerce un rôle primordial dans la formation des comportements démographiques, par rapport aussi bien au contrôle des naissances qu'à l'utilisation des structures de santé. Le moment le plus important de l'émancipation de la femme, c'est-à-dire la période de la scolarisation, détermine les choix en matière de famille et de santé [20].

Dans ce chapitre, on tentera de vérifier l'influence des différentes variables qui décrivent la situation de la femme (par exemple l'instruction, la structure familiale) sur le comportement contraceptif et la santé maternelle et infantile.

---

3. Ce texte est le fruit d'un travail conjointement mené par les deux auteurs. En particulier, Aurora Angeli s'est occupée de la rédaction de cette introduction et de la seconde partie ; Silvana Salvini a préparé celle des première et troisième parties.

Nous utiliserons également les variables relatives aux caractéristiques résidentielles, car le contexte urbain peut représenter un indicateur de changement de la mentalité traditionnelle.

## Planification familiale et santé maternelle et infantile

La diminution de la fécondité au Maroc a commencé au début des années soixante. A partir des niveaux proches de la fécondité naturelle des années soixante-dix (7,2 enfants par femme) et après un léger accroissement dû aux premières améliorations sanitaires (l'ISF est passé à 7,4), la fécondité a amorcé un déclin continu et soutenu. Selon l'enquête de 1995, l'ISF a enfin atteint un peu plus de trois enfants par femme. Si l'on regarde les différences selon le niveau d'instruction, on voit le rôle que ce facteur, à la fois cause et conséquence de l'émancipation féminine, a eu au cours de la transition démographique [9 et 10]. En effet, la diminution de la fécondité concerne tous les niveaux d'instruction, y compris les femmes analphabètes, mais on est frappé par l'évolution de l'indice synthétique de fécondité pour les femmes ayant atteint une instruction supérieure : la réduction est de plus de la moitié, jusqu'à atteindre une valeur inférieure au niveau de remplacement des générations.

Cette évolution a été naturellement facilitée par l'urbanisation rapide qui a caractérisé le Maroc dans les trente dernières années, mais aussi par la diffusion de l'instruction et par une plus grande possibilité pour les femmes de s'affirmer comme telles et non uniquement comme mère. Ceci conditionne le comportement en termes de variables intermédiaires de la fécondité, en particulier l'âge au mariage et l'utilisation des méthodes de contrôle des naissances. En effet, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'acceptation de normes de fécondité contrôlée et donc l'adoption de méthodes de contrôle des naissances apparaît plus facile dans les zones urbaines où, parallèlement, le niveau d'instruction est plus élevé [8]. De même que le niveau d'instruction, le milieu urbain favorise l'accès de la femme au monde du travail, qui est un symbole de l'acceptation sociale du rôle de la femme en dehors de la famille [12]. Actuellement, le facteur influant le plus sur le travail féminin extra-ménager semble être la nuptialité, qui dépend du niveau d'instruction et de la soumission au système patriarcal encore existant au Maroc rural [24].

L'augmentation de l'âge au premier mariage et le recours à la contraception (la prévalence contraceptive étant passée de 36% en 1987 à 50% en 1995) ont remarquablement contribué au déclin de la fécondité. Outre les changements de mentalité qui ont provoqué une diminution de la « demande d'enfants », c'est l'augmentation de la disponibilité des méthodes contraceptives et surtout, la diffusion sur le territoire de structures d'information et de fourniture des méthodes contraceptives qui ont conduit à la modernisation des comportements. La disponibilité des services sanitaires et la diffusion des moyens contraceptifs se sont améliorés parallèlement au recours aux soins de santé maternelle et reproductive, notamment l'assistance pendant la grossesse et l'accouchement.

Les tableaux suivants fournissent, à partir des données des enquêtes EDS de 1992 et de 1995, une synthèse de ces phénomènes, qui sont importants comme indices du développement socio-sanitaire d'un pays et comme facteurs de la transition de la fécondité. Le recours aux soins prénatals et à l'assistance pendant l'accouchement

par un personnel qualifié tend à augmenter. Tandis que dans l'enquête de 1992 seulement 32% des femmes ont déclaré avoir eu recours aux soins prénatals et 28,4% avoir accouché dans des structures sanitaires [25], l'enquête panel, qui a été réalisée trois ans après, montre que ces proportions ont sensiblement augmenté (Tab. 1 et 2).

**Tableaux 1 : Soins prénatals : répartition (%) des naissances des cinq années précédant l'enquête selon le type des visites faites et les caractéristiques de résidence et d'instruction de la mère, enquêtes 1992 et 1995**

Type de visite		Médecin		Infirmier		Sage femme		Personne	
Caractéristiques		1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Résidence	Urbain	45,0	56,8	18,6	22,1	0,3	0,1	39,0	20,8
	Rural	10,7	16,5	6,9	11,1	0,1	0,1	82,3	72,0
Niveau d'instruction	Aucun	13,8	20,2	9,4	12,6	0,1	0,1	76,6	67,0
	Primaire	31,2	47,7	21,9	24,0	1,0	0,0	38,7	28,3
	Secondaire	75,2	72,8	12,2	19,7	0,0	0,0	12,6	7,5

Sources : [4] et [5]

**Tableau 2 : Lieu de l'accouchement : répartition (%) des naissances des cinq années précédant l'enquête selon le lieu de l'accouchement et les caractéristiques de résidence et d'instruction de la mère, enquêtes 1992 et 1995**

Lieu d'accouchement		Services sanitaires		A la maison		Ailleurs	
Caractéristiques		1992	1995	1992	1995	1992	1995
Résidence	Urbain	58,7	73,8	41,1	26,0	0,1	0,1
	Rural	12,5	18,5	87,3	81,3	0,0	0,2
Niveau d'instruction	Aucun	18,9	24,1	81,0	75,6	0,0	0,2
	Primaire	58,1	65,5	41,3	34,5	0,2	0,0
	Secondaire	84,4	88,5	15,2	11,5	0,2	0,0

Sources : [4] et [5]

Il apparaît clairement que le type de résidence et le niveau d'instruction exercent une influence sur le recours aux services sanitaires en général : en 1995, presque trois enfants sur quatre sont nés dans des structures sanitaires en ville, contre 19% à la campagne (Tab. 2). En ce qui concerne le niveau d'instruction, parmi les mères qui ne sont pas scolarisées, seulement 24% des accouchements se produisent dans des hôpitaux, contre 66% pour les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 89% pour celles qui ont une instruction plus élevée. De ce point de vue, la situation sanitaire paraît s'être améliorée pendant les trois années qui séparent les deux enquêtes. On ne rapporte pas ici les données relatives aux vaccinations, qui, du reste, ont vu pendant la période une augmentation de leur diffusion en parallèle à la diffusion de la scolarisation [22], tant en ville qu'à la campagne.

Les données sur la mortalité infantile ne mettent pas en évidence ce processus d'amélioration sanitaire (Tab. 3), probablement parce que la qualité des données des enquêtes les plus récentes est meilleure.

**Tableau 3 : Mortalité des enfants dans les cinq premières années de vie. Taux de mortalité néo-natale, post-néonatale et infantile pour les naissances des cinq années qui précèdent l'enquête, EDS 1987, 1992 et 1995**

Taux de mortalité (%)	EDS 1987	EDS 1992	EDS 1995
Mortalité néonatale	43,5	31,4	37,4
Mortalité post-néonatale	32,5	25,9	24,2
Mortalité 0-1 an	76,0	57,3	61,6
Mortalité 1-4 ans	31,1	20,0	20,0
Mortalité 0-4 ans	104,7	76,1	80,4

Sources : [3], [4] et [5].

Alors qu'il y a une amélioration entre 1987 et 1992, on relève une augmentation des taux de mortalité, en particulier de la mortalité néo-natale, entre l'enquête de 1992 et celle de 1995. La mortalité post-néonatale paraît avoir continué de décliner, de façon cependant moins rapide que durant la période précédente.

## Survie infantile, santé maternelle et infantile, comportement reproductif

Beaucoup d'études conduites en Afrique du Nord ainsi que dans d'autres pays en voie de développement suggèrent que le niveau d'instruction de la mère est lié de façon significative à une plus grande survie des enfants : les femmes les plus instruites sont plus conscientes des normes d'hygiène, en particulier pour l'alimentation des enfants après l'allaitement. En outre, elles sont mieux informées de l'existence des structures sanitaires et des pratiques de vaccination. En résumé, les femmes qui ont fréquenté une école sont, en général, mieux informées des pratiques contraceptives et des problèmes relatifs à la grossesse et à l'allaitement.

Le milieu urbain aussi favorise, comme on l'a déjà noté, la survie infantile : selon les données de l'enquête de 1992, le niveau de la mortalité entre un et quatre ans était de 7% en ville et de 31% à la campagne [6]. En effet, le milieu urbain offre des types d'habitation meilleurs, un accès à l'eau potable plus facile, et des services sanitaires plus nombreux, de meilleure qualité et plus accessibles [11].

Notre analyse s'appuie sur la recherche des variables explicatives des différences dans le niveau de la mortalité infantile, l'utilisation des structures de santé et des méthodes de planification familiale.

Ainsi, dans les modèles explicatifs que nous proposons, outre les variables démographiques, nous envisageons l'instruction et le milieu de résidence. Le tableau 4 présente les variables que nous allons introduire dans nos modèles d'explication.

La mortalité infantile au cours des cinq années précédant l'enquête est considérée comme la variable dépendante, dans un modèle de régression logistique qui a les variables explicatives suivantes : l'âge de la femme au moment de l'enquête, la résidence urbaine ou rurale, l'alphabétisation, les comportements sanitaires pendant la grossesse et l'accouchement, le fait que la femme parle avec le mari de planification familiale.

**Tableau 4 : Cadre analytique des variables ajoutées aux modèles de régression, Maroc, EDS 1995**

Nom de la variable	Modalités	Pourcentage
Variable dépendante = Mortalité infantile et soins prénatals (a)		
Milieu de résidence	Urbaine	33,0
	Rurale	67,0
Classe d'âge	15-24	18,8
	25-34	48,4
	35 et +	32,8
Alphabétisation	Oui	23,5
	Non	76,5
Nombre d'enfants	0	12,5
	1	18,6
	2	16,2
	3	12,7
	4 et +	40,0
Assistance à l'accouchement (b)	Oui	43,0
	Non	57,0
Soins prénatals (b)	Oui	50,7
	Non	49,3
Parle avec le mari de planification familiale	Oui	67,2
	Non	32,8
Variable dépendante = Utilisation de méthodes contraceptives au moment de l'enquête (c)		
Milieu de résidence	Urbaine	44,1
	Rurale	55,9
Classe d'âge	15-24	17,3
	25-34	36,4
	35 et +	46,3
Alphabétisation	Oui	29,1
	Non	70,9
Nombre d'enfants	0	10,2
	1	13,3
	2	14,9
	3	12,5
	4 et +	49,1
Désire d'autres enfants	Oui	50,9
	Non	49,1
Assistance à l'accouchement (d)	Oui	29,5
	Non	70,5
Soins prénatals (e)	Oui	34,3
	Non	65,7
Parle avec le mari de nombre d'enfants	Oui	69,6
	Non	30,4
Parle avec le mari de planification familiale	Oui	66,9
	Non	33,1

Notes : (a) : Groupe de repère : 2424 nés vivants dans les 5 années précédant l'enquête ; (b) : pour chaque grossesse ; (c) : groupe de repère ; 2481 femmes mariées au moment de l'enquête ; (d) : au moins un accouchement suivi par du personnel spécialisé ; (e) : au moins une grossesse avec une ou plus de visites par du personnel spécialisé.

Sur 2424 enfants nés entre 1990 et 1994, 143 sont morts au cours de la première année de vie, ce qui indique la persistance d'un niveau élevé de mortalité infantile (59‰). Cependant, la faible taille de l'échantillon nous conduit à utiliser avec précaution les résultats, surtout dans un modèle à plusieurs variables.

Dans le modèle explicatif (Tab. 5), outre les variables socio-économiques, qui ne sont liées au phénomène que de façon indirecte, on a introduit les variables qui pèsent directement sur la survie et qui sont à leur tour conditionnées par le milieu de résidence et par l'instruction, c'est-à-dire les variables relatives aux soins prénatals, à l'assistance pendant l'accouchement et au nombre d'enfants de la femme.

**Tableau 5 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = mortalité infantile, enquête de 1995**

Variabes explicatives	Coefficient B	Risques relatifs
Constante	-3,535	—
Age 15-24 ans (a)	0,998**	2,713
Age 25-34 ans (a)	0,245	1,278
Nombre d'enfants	0,129**	1,137
Résidence : urbaine	-0,425*	0,654
Instruction : alphabétisée	-0,366	0,693
Soins prénatals : oui	0,553**	1,738
Parle de planification familiale avec le mari : oui	-0,421*	0,657
Assistance à l'accouchement : oui	-0,052	0,950

Notes : \*\* : significatif à niveau  $p < 0,01$  ; \* : significatif à niveau  $p < 0,05$  ; (a) : catégorie de repère 35 ans et +.

Avoir eu recours aux services sanitaires pendant la grossesse et avoir bénéficié d'une assistance adéquate pendant l'accouchement fait entrevoir une intégration directe de la femme au milieu social ; c'est pourquoi nous pouvons identifier dans ces variables des indicateurs de promotion sociale de la femme.

En réalité, le signe du coefficient de la variable « soins prénatals » (qui, comme on l'a déjà dit, prend la valeur 1 si la femme a eu, pendant cette grossesse-là, au moins une visite spécialisée) est positif. Ceci indique une corrélation positive entre les soins et la mortalité de l'enfant. Ce résultat n'est pas facilement interprétable ; cependant il semble indiquer la tendance à utiliser plus souvent les soins prénatals dans le cas où la grossesse présente des problèmes particuliers.

En effet, si l'on regarde les résultats reportés dans le tableau 6, où l'on a considéré comme variable dépendante le fait d'avoir reçu ou non des soins prénatals, on voit que la résidence urbaine et l'alphabétisation de la mère ont une influence positive très forte sur la survie des enfants.

En outre, les deux modèles montrent que la mortalité infantile augmente avec le nombre d'enfants. Le signe et la valeur du coefficient nous confirment que la fécondité pèse directement (Tab. 5) et indirectement (Tab. 6) sur la mortalité infantile. En effet, le risque relatif de la variable « nombre d'enfants » est de 1,137 si la variable dépendante est la mortalité infantile (Tab. 5) et 0,936 si la variable est « soins prénatals » (Tab. 6) : l'utilisation des soins prénatals diminue avec l'augmentation du nombre d'enfants. Ces résultats montrent que le déclin de la mortalité infantile et le déclin de la fécondité par l'adoption de normes de fécondité contrôlée sont liés d'une façon complexe.

**Tableau 6 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = soins prénatals, enquête de 1995**

Variables explicatives	Coefficient $\beta$	Risques relatifs
Constante	-0,182	—
Age 15-24 ans (a)	-0,825**	0,438
Age 25-34 ans (a)	-0,609**	0,544
Nombre d'enfants	-0,066**	0,936
Résidence : urbaine	1,596***	4,931
Instruction : alphabétisée	1,510**	4,525
Parle de planification familiale avec le mari : oui	0,301**	1,351

Notes : \*\* : significatif à niveau  $p < 0,01$  ; \* : significatif à niveau  $p < 0,05$  ; (a) : catégorie de repère 35 ans et +.

L'interprétation de ces relations se base sur des considérations différentes : une première approche destinée à étudier les liens entre la santé maternelle et infantile et le comportement fécond peut être définie comme l'hypothèse de la « cause commune ». L'idée principale est que le développement économique et social provoque un déclin dans la mortalité d'abord et ensuite un déclin analogue dans la fécondité. Dans la version de la cause commune de la théorie de la transition, la période de temps entre le déclin de la mortalité et celui de la fécondité est habituellement expliquée en termes culturels : dans le cas de la mortalité, il n'y a pas de résistance culturelle au changement, tandis qu'elle peut être forte concernant le comportement fécond. L'idée de limiter délibérément la reproduction à l'intérieur du mariage peut être extérieure ou même contraire à la conception des couples, mais le développement social, en changeant la structure économique peut éliminer la nécessité des familles nombreuses et augmenter les coûts de la reproduction. Tôt ou tard, les défenseurs culturels de la fécondité élevée tendent à perdre un rôle dominant et la fécondité diminue. On est dans le cadre de l'explication classique de la transition démographique.

Une autre hypothèse dérive de la constatation que la fécondité élevée se présente sous la forme d'une adaptation fonctionnelle à la mortalité élevée ; quand la survie s'améliore, le taux de reproduction se réduit : la perception de l'amélioration de la survie infantile peut représenter un facteur important de la transition de la fécondité, car on prend conscience que même si les naissances diminuent, un plus grand nombre atteindra l'âge adulte. Dans ce sens, la survie infantile prend de l'importance comme variable intermédiaire de la fécondité potentielle, c'est-à-dire de l'offre d'enfants. Cette hypothèse, qui explique les stratégies familiales selon la « survie de l'enfant », se base sur des mécanismes de remplacement et d'assurance de la survie familiale. Enfin, il faut noter un lien purement physiologique entre une plus longue survie infantile et la fécondité grâce à l'allaitement : la réduction du taux de mortalité infantile tend à étendre les intervalles entre les naissances et réduit ainsi la fécondité.

Enfin on a introduit dans les modèles une variable qui intuitivement ne semblait pas être importante comme variable explicative de la survie infantile : si la femme a parlé avec le mari des techniques de planification familiale. Dans les modèles successifs, on considère cette variable comme un indicateur de promotion féminine à l'intérieur du couple et de la famille, c'est-à-dire comme « proximi » du rapport entre les conjoints dans la détermination des choix reproductifs.

Le coefficient de cette variable apparaît significativement positif autant dans le modèle explicatif de la mortalité infantile que dans celui qui est relatif aux soins prénatals.

L'interprétation, bien qu'elle ne soit pas immédiate, se situe dans le cadre des relations d'égalité au sein du couple. Si la femme a eu la possibilité de dialoguer avec son mari sur un thème délicat comme le contrôle des naissances, cela signifie que les normes traditionnelles de soumission au mari se sont au moins en partie détendues et qu'un peu de pouvoir délibératif s'est introduit dans les familles où le rôle de la femme pouvait apparaître en second plan. On peut considérer cet indicateur comme « proximal » du rapport entre les conjoints en ce qui concerne la détermination des choix en matière de reproduction, c'est-à-dire la possibilité d'un dialogue autour du contrôle de la fécondité et en définitive comme un indicateur d'autonomie féminine.

## Promotion de la femme et comportement contraceptif

L'autonomie féminine joue un rôle important dans l'analyse de l'utilisation des méthodes de contraception. Encore une fois, les liens entre la santé maternelle et infantile et le comportement reproductif sont mis en évidence.

Dans le tableau 7, on a considéré comme variable dépendante l'utilisation d'un moyen contraceptif au moment de l'enquête et comme variables explicatives celles qui ont été utilisées précédemment et qui peuvent être subdivisées en trois groupes : les variables démographiques et sociales relatives à la mère (le nombre d'enfants nés vivants, le milieu de résidence actuelle, le niveau d'instruction), les variables qui peuvent synthétiser l'intégration sociale de la femme (l'assistance pendant l'accouchement, le recours aux soins prénatals), et enfin, les variables de la promotion féminine à l'intérieur du couple et de la famille (« parle avec le mari du nombre d'enfants » et « parle avec le mari de planification familiale »).

Environ 46% des 2481 femmes mariées au moment de l'enquête déclarent utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les résultats figurant dans le tableau 7 montrent l'effet des variables explicatives sur le comportement contraceptif. En particulier, le milieu de résidence joue un rôle fondamental : toutes choses étant égales par ailleurs, vivre en ville augmente de 75% la probabilité d'utilisation des moyens anticonceptionnels. L'alphabétisation a également une influence positive, moindre cependant que le milieu de résidence.

Ensuite émergent les relations avec d'autres variables qui peut-être n'expliquent pas directement la propension à utiliser des moyens contraceptifs mais sont plutôt liées à une démarche commune : l'assistance au moment de l'accouchement ou l'utilisation de soins prénatals montrent une influence très significative sur le comportement reproductif. C'est surtout l'utilisation de soins prénatals qui fait apparaître une attention de la femme à la santé de la reproduction et une participation active à l'utilisation de structures médico-sanitaires (risque relatif de 1,8). Les variables « de promotion au sein du couple » exercent une influence encore plus significative : parler de planification familiale avec le mari et vivre donc une relation d'égalité par rapport à cet aspect, triple presque la probabilité d'utiliser des méthodes de contrôle des naissances. La simple discussion avec le mari sur le nombre d'enfants a aussi une influence positive, même si elle est moindre.

**Tableau 7 : Résultats de la régression logistique. Variable dépendante = utilisation des méthodes modernes de contraception au moment de l'enquête, 1995**

Variables explicatives	Coefficient $\beta$	Risques relatifs
Constante	-1,490**	—
Age 15-24 ans (a)	0,212	1,236
Age 25-34 ans (a)	0,234*	1,264
Nombre d'enfants	0,033	1,034
Résidence : urbaine	0,561**	1,752
Instruction : alphabétisée	0,246*	1,279
Assistance à l'accouchement : oui	0,412**	1,510
Soins prénataux : oui	0,588**	1,800
Désire d'autres enfants : oui	-1,131**	0,323
Parle (b)	0,273*	1,314
Parle PF (c)	1,054**	2,870

Notes : \*\* : significatif à niveau  $p < 0,01$  ; \* : significatif à niveau  $p < 0,05$  ; (a) : catégorie de repère 35 ans et + ; (b) : Parle : « Parle avec le mari du nombre d'enfants » ; (c) : Parle PF : « Parle avec le mari de la planification familiale ».

En ce qui concerne l'âge, on observe que les femmes de la tranche d'âges centrale (25-34 ans) sont celles qui utilisent le plus les moyens contraceptifs. Les femmes les plus jeunes ne sont pas significativement différentes de celles qui sont plus âgées, même si les motivations des deux groupes sont probablement différentes : les premières n'ont pas encore la nécessité de limiter la taille de leur famille ; les femmes les plus âgées la « refusent » pour des raisons culturelles que l'on peut imputer à la persistance des valeurs traditionnelles.

D'autre part, les femmes de la classe d'âges centrale (25-34 ans) sont les mêmes qui déclarent parler plus souvent avec le mari de planification familiale : 68% contre 53% pour les plus âgées et contre 66% pour les plus jeunes. Cela semble indiquer un comportement différent des couples moins âgés, avec des rapports plus égalitaires et une approche culturelle différente envers la question de la procréation. Cette égalité à l'intérieur du couple peut dépendre du niveau d'instruction des conjoints, des opportunités de travail, et donc elle peut être conditionnée par le milieu de résidence et les relations sociales.

En outre, ces résultats mettent en évidence le concept d'assistance sanitaire intégrée qui ne signifie pas seulement une bonne distribution des services sur le territoire : le point essentiel est de rendre les femmes conscientes des possibilités afin qu'elles puissent les utiliser, ce qui dépasse la pratique strictement médicale. Là où le niveau d'intégration entre les services d'assistance maternelle-infantile et les services de planification familiale est le plus élevé, l'utilisation de moyens modernes de contraception est encore plus généralisée. Pour le moment, la diffusion des services intégrés a eu une influence minime sur la planification familiale mais la qualité s'est améliorée, et on prévoit plus de recours aux services avec une retombée positive sur la santé des femmes et des enfants [15]. L'instruction, encore une fois, fait fonction de variable de repère : les femmes les plus instruites prêtent plus d'attention à leur santé, utilisent plus efficacement les informations et les services disponibles et peuvent payer plus facilement les contraceptifs elles-mêmes.

\*

\* \*

Il résulte de l'analyse des facteurs de changement de la santé de la reproduction et de la planification familiale au Maroc que la condition de la femme, notamment dans sa dimension relative à l'instruction, représente un des facteurs qui conditionnent les comportements socio-démographiques.

En particulier, l'alphabétisation exerce une influence claire sur la mortalité infantile et sur l'utilisation des structures sanitaires pour la santé infantile et de la reproduction.

Non seulement l'utilisation de moyens de contraception se révèle fortement conditionnée par des variables démographiques (parité atteinte et génération d'appartenance), mais elle résulte aussi du niveau d'instruction féminine. L'acceptation de normes de fécondité contrôlée et donc l'adoption de méthodes de contrôle des naissances apparaît plus facile dans les zones urbaines où, par ailleurs, le niveau d'instruction est plus élevé. En effet, comme l'on a déjà relevé pour d'autres pays en voie de développement, l'instruction paraît représenter le facteur de fond le plus important quant au pouvoir explicatif du déclin de la fécondité, c'est-à-dire de l'accélération de la transition démographique.

Les résultats de l'utilisation des modèles de régression appliqués aux données de l'enquête de 1995 ont mis en évidence le fait que le recours aux soins prénatals et à la planification familiale semble dépendre de l'existence d'un « dialogue » entre les conjoints à propos de la planification familiale et de la taille de la famille. Cela prouve qu'on ne peut pas négliger le rôle du mari quant aux choix reproductifs du couple [21] et cela démontre l'importance du rapport entre les conjoints.

Si l'on désire approfondir le rôle de la promotion féminine dans la détermination des comportements démographiques, l'important est d'ajouter dans l'analyse, toute une série de variables de type économique et culturel afin de mettre en évidence l'autonomie/indépendance féminine à partir de la condition de travail de la femme.

Malheureusement, les renseignements rassemblés sur la condition de la femme sont assez négligeables et, par exemple, les données sur le travail féminin sont insuffisamment exploitables. Au Maroc, comme dans d'autres pays en voie de développement, la situation du travail des femmes n'est pas suffisamment définie. Il serait souhaitable qu'il y ait au Maroc aussi (comme, par exemple, dans l'enquête EDS de l'Égypte, 1988), des indicateurs d'autonomie féminine. Cela pourrait nous permettre de voir le lien de cette variable avec le comportement reproductif et le niveau de mortalité infantile [17].

## Bibliographie

1. ANGELI A. et SALVINI S., 1996, Changing demographic behaviour in Morocco ; the role of migration, family patterns, and women's status. A comparison of the 1987 and 1992 DHS data, in *Arab Regional Population Conference*, Vol. II, Cairo, p. 304-323.
2. ANGELI A. et SALVINI S., 1997, Les facteurs territoriaux de la fécondité marocaine, une analyse d'après l'enquête ENPS de 1987, in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb; approches anthropologiques*, Les Cahiers de l'IREMAM, CNRS-Universités d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, p. 31-42.
3. AZELMAT M., AYAD M. et BELHACHMI H., 1989, Enquête nationale sur la Planification familiale, la Fécondité et la Santé au Maroc (ENPS) 1987, Ministère de la Santé Publique, Services des Études et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Institute for resource Development/Westinghouse, USA.
4. AZELMAT M., AYAD M. et HOUSNI E.A., 1993, Enquête nationale sur la Population et la Santé (ENPS II) 1992, Ministère de la Santé Publique, Services des Études et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., USA.
5. AZELMAT M., AYAD M. et HOUSNI E.A., 1996, Enquête nationale sur la Population et la Santé (EPPS) 1995, Ministère de la Santé Publique, Services des Etudes et de l'Information Sanitaire, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., USA.
6. BICEGO O. et AHMAD B., 1996, Infant and child mortality, *DHS Comparative Studies* n° 20, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA, 58 p.
7. BONGAARTS J., 1997, Trends in unwanted childbearing in the Developing World, *Studies in Family Planning*, Vol. 28, n° 4, p. 267-277.
8. CASTRO MARTIN T., 1995, Women's education and fertility ; results from 26 Demographic and Health Surveys, *Studies in Family Planning*, Vol. 26, n° 4, p. 187-202.
9. COURBAGE Y., 1995, Fertility transition in the Mashriq and the Magrib ; education, emigration, and the diffusion of ideas, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, gender, and population in the Middle East; policies in context*, American University Press in Cairo, Cairo, p. 80-104.
10. COURBAGE Y., 1998, Nuovi scenari demografici mediterranei, *au Colloque Contributi di Ricerca Fondazione Giovanni Agnelli*, 6/3/1998, Torino.
11. DESAI S. et ALVA S., 1998, Maternal education and child health ; is there a strong causal relationship ?, *Demography*, Vol. 35, n° 1, p. 71-81.
12. DIXON-MÜLLER R., 1993, Population policy & women's rights. *Transforming reproductive choice*, Praeger Publishers, Westport CT.
13. EL-KHORAZATY M., 1996, Characterisation and determinants of reproductive patterns in the Arab World ; 1976-95, *Arab Regional Population Conference*, Vol. I, Cairo, p. 375-434.
14. FARGUES P., 1995, Changing gerarchies of gender and generation in the arab world, in MAKHLOUF OBERMEYER C., Ed., *Family, Gender, and Population in the Middle East; Policies in Context*, American University Press in Cairo, Cairo, p. 179-198.
15. FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, 1997, *État de la population mondiale 1997 : le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*, sous la direction de Nafis Sadik, N.Y., 76 p.
16. KARIMS., 1997, *Reproductive Behaviour in Muslim Countries*, DHS Working Papers n° 23, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA.
17. KISHOR S., 1995, Autonomy and egyptian women ; Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey, *DHS Occasional Papers*, n° 2, Calverton : Macro International Inc., 56 p.

18. MAKHLOUF OBERMEYER C. et CARDENAS R., 1997, Son preference and differential treatment in Morocco and Tunisia, *Studies in Family Planning*, Vol. 28, n° 3, p. 235-244.
19. MAKHLOUF OBERMEYER C., 1992, Islam, women and politics ; the demography of Arab countries, *Population and Development Review*, Vol. 18, n° 1, p. 33-60.
20. MAKHLOUF OBERMEYER C. , 1993, Culture, maternal health care, and women's status ; a comparison of Morocco and Tunisia, *Studies in Family Planning*, Vol. 24, n° 6, p. 133-156.
21. ROBEYS B., ROSS J., BHUSHAN I., 1996, Meeting unmet need; new strategies, *Population Reports*, Série J, n° 43.
22. SOMMERFELT A.E. et PIANI A.L., 1997, Childhood immunization ; 1990-94, *DHS Comparative Studies*, n° 22, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, New York, USA, 50 p.
23. WORLD BANK, 1997, *World Development Indicators*, Washington D.C, 340 p.
24. YAAKOUBD A.I., 1997a, La transition de fécondité au Maroc ; faits et facteurs, *Genus*, Vol. LIII, n° 1-2, p. 189-202.
25. YAAKOUBD A.I., 1997b, La situation socio-démographique au Maroc à la veille de l'an 2000, *Genus*, Vol. LIII, n° 3-4, p. 243-259.



# 21. Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc

Ali El Youbi<sup>1</sup>

*Le Maroc connaît un accroissement continu de sa prévalence contraceptive. Dans ce chapitre, nous avons analysé les facteurs qui peuvent influencer la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives et ceux qui freinent l'accroissement de la prévalence contraceptive. Nous étudions également le niveau et la structure de la discontinuation des méthodes contraceptives ainsi que les raisons justifiant cette discontinuation.*

*On a constaté que, parallèlement à une prévalence contraceptive en nette augmentation, le taux des femmes qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive baisse avec l'âge et avec le niveau d'instruction. Par contre, la discontinuation de la contraception diminue avec l'âge et augmente avec le niveau d'instruction. De plus, son taux est plus important dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Les méthodes contraceptives les plus discontinuées dans le milieu rural sont la pilule et l'abstinence périodique alors que dans le milieu urbain, il s'agit du DIU et du retrait.*

*Les raisons les plus importantes de la discontinuation de la contraception sont de nature « démographique et d'exposition », suivies par des raisons de santé et des raisons d'échecs. Les méthodes traditionnelles font l'objet de discontinuation pour des raisons d'échecs, alors que la pilule l'est plus pour des raisons « démographiques et d'exposition ». A l'inverse, le DIU est arrêté pour des raisons de santé plus que pour n'importe quelle autre raison. Les taux de discontinuation pour des raisons « démographiques et d'exposition » et des raisons d'échec baissent avec l'âge; par contre les taux de discontinuation pour des raisons de santé augmentent au début de l'âge fécond et jusqu'à l'âge de 30 ans et s'amenuisent ensuite. Quelle que soit la raison, les taux de discontinuation chez les femmes sans niveau d'instruction sont toujours plus importants que chez celles qui ont atteint le niveau primaire.*

La contraception, un des déterminants proches de la fécondité, reste la variable privilégiée pour agir sur l'intensité et la structure de la fécondité. Seulement, elle demeure exposée aux phénomènes de refus, de non-utilisation et d'arrêt de son utilisation. Ces facteurs peuvent empêcher l'évolution normale d'un programme de planification familiale et influencer négativement son impact sur la fécondité.

1. Démographe, Chercheur au Centre d'Études et de Recherches Démographiques (CERED).

En effet, sachant que le Maroc connaît un accroissement continu de sa prévalence contraceptive, le rôle de la dynamique d'utilisation de la contraception sur la structure de la prévalence contraceptive et sur l'intensité de la fécondité risque d'être de plus en plus important. Nous souhaitons à travers ce chapitre contribuer à la connaissance de ce phénomène en répondant aux interrogations suivantes : y a-t-il des facteurs qui peuvent empêcher la continuité de l'utilisation des méthodes contraceptives et induire le freinage de l'accroissement de la prévalence contraceptive ? Quels sont le niveau et la structure de la discontinuation des méthodes contraceptives ? Quelles sont les raisons qui génèrent cette discontinuation ?

## Données et méthodologie

Les données qui sont utilisées dans cette étude proviennent pour l'essentiel de l'Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1992 (ENPS) [1]. Il s'agit très précisément du calendrier rempli pour les femmes éligibles lors de cette enquête, notamment les deux colonnes qui donne mensuellement (et sur les cinq années qui précèdent l'enquête) la méthode contraceptive utilisée par femme et la raison de sa discontinuation éventuelle. Dans cette étude, on s'est limité à la population des femmes qui utilisaient, en janvier 1990, une méthode contraceptive, autre que la stérilisation<sup>2</sup>, soit 1667 femmes<sup>3</sup>.

Dans cette population, quatre méthodes dont deux modernes et deux traditionnelles, sont utilisées par la quasi-totalité des femmes. Les deux méthodes modernes (la pilule et le DIU) sont utilisées par plus des quatre cinquième des femmes. La pilule est utilisée par plus des deux tiers des femmes enquêtées, soit 72%, suivie par le DIU (10%). Alors que les deux méthodes traditionnelles sont utilisées par 16% des femmes : l'abstinence périodique (9%) et le retrait (7%).

Nous avons suivi l'évolution de l'utilisation de la méthode contraceptive sur 24 mois. Ainsi, nous avons relevé le premier arrêt de l'usage, la raison et la durée d'utilisation, à partir du mois de janvier 1990 et jusqu'à la date d'arrêt du contraceptif. Même si la femme reprend l'usage de la contraception, elle n'est pas reprise dans l'échantillon. Ceci nous a permis de dégager les taux de discontinuation des méthodes contraceptives et les raisons avancées sur 12 et 24 mois.

## La prévalence contraceptive

Toutes les études sur la fécondité réalisées au Maroc montrent qu'il y a d'importantes inégalités dans la fécondité et la prévalence contraceptive selon l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

La fécondité est passée, au niveau national, d'environ 7 enfants par femme en 1962 à 3,1 en 1994-97, soit une baisse relative de 56%. Dans le milieu urbain, elle a enregistré une baisse de 70%. Dans le milieu rural, la baisse de l'indice synthétique de fécondité de 6,9 à 4,1 enfants par femme, a été moins rapide (41%). Cette situation est due essentiellement aux divers changements et mutations sociales qu'a connus la société marocaine, notamment l'augmentation de la prévalence contraceptive.

2. La stérilisation étant une méthode irréversible, elle ne peut être discontinuée.

3. L'idéal aurait été d'étudier des femmes qui ont commencé à utiliser une méthode contraceptive au même moment pour éviter les effets de la troncature à gauche.

Ainsi, en 1980, moins d'une femme mariée en âge de procréer sur cinq utilisait un moyen contraceptif (19,4%). Cinq ans plus tard, cette prévalence contraceptive est passée à 25,5%, soit une hausse relative de 30%. Elle atteint 59% en 1997 avec des disparités selon le milieu de résidence. Le milieu rural reste en retard par rapport au milieu urbain : le taux de prévalence contraceptive se chiffrait, en 1997, à 51% dans la campagne contre 66% dans les villes.

Ce taux de prévalence varie aussi selon le niveau d'instruction. En 1995, de 45% chez les femmes sans instruction, il passe à 63% chez celles ayant atteint le niveau primaire et à 66% chez celles ayant atteint le secondaire ou plus. Par ailleurs, entre 1992 et 1995, l'augmentation de l'utilisation de moyens contraceptifs a été plus prononcée chez les femmes analphabètes (+25%) que chez celles ayant reçu un enseignement primaire (+11%) ou secondaire (+2%).

Néanmoins, malgré l'extension sans précédent de la connaissance et de l'usage des méthodes contraceptives, une proportion non négligeable de femmes n'ont jamais utilisé les moyens contraceptifs. Les données montrent qu'en 1992, plus d'un tiers (36%) des femmes non célibataires n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive (23% dans le milieu urbain et 47% dans le milieu rural). Le taux de non-utilisation décroît avec l'âge et le niveau d'instruction. En 1995, le taux global de non-utilisation a baissé à 28% (14% en milieu urbain et 39% en milieu rural). De 1992 à 1995, la baisse des taux de non-utilisation se produit à tous les âges et pour tous les niveaux d'instruction (Tab. 1).

34% des femmes mariées n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive en 1992, contre seulement 26% en 1995. Le taux de non-utilisation des femmes mariées a atteint 19% chez celles du niveau primaire et 10% chez les femmes du niveau secondaire et plus. Ce taux atteint presque 40% chez les femmes mariées sans niveau d'instruction. On note ainsi l'importance de la part des femmes mariées parmi celles qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive et le rôle qu'elles peuvent avoir dans la modification de la structure de la prévalence contraceptive.

Ceci étant, les variables « âge », « milieu de résidence » et « niveau d'instruction » impliquent-elles des différences quant à la discontinuation ? Quelles sont les raisons qui poussent les femmes à arrêter l'usage des méthodes contraceptives ?

## La discontinuation de la contraception

La discontinuation d'une méthode contraceptive donnée peut être commandée soit par le désir d'avoir un enfant, soit pour changer de méthode ; il peut s'agir aussi d'une cessation définitive<sup>4</sup>.

### Le niveau de la discontinuation de la contraception

Dans le tableau 2 donnant les taux de discontinuation suivant l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et la méthode abandonnée, nous constatons que 31% des femmes ont arrêté leur méthode contraceptive au cours de la première année et plus de la moitié l'ont arrêté au cours de la deuxième année d'utilisation<sup>5</sup>.

4. Nous ne nous intéressons pas à « l'après discontinuation », autrement dit à la situation de la femme vis-à-vis de la contraception après avoir discontinué une méthode contraceptive.

5. Notons que ces variables individuelles donnent la situation lors de l'enquête et non au moment de la discontinuation.

**Tableau 1 : Taux (%) de non-utilisation des méthodes contraceptives selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et l'état matrimonial en 1992 et 1995**

Variables	Catégorie	1992 (N = 5639)	1995 (N = 2736)
Classe d'âges	15-19	58,0	48,6
	20-24	40,8	35,4
	25-29	35,1	26,5
	30-34	29,3	21,6
	35-39	32,1	22,2
	40-44	32,6	26,8
	45-49	46,2	34,9
Milieu de résidence	Urbain	22,9	14,2
	Rural	46,9	39,2
Niveau d'instruction	Aucun	41,9	34,4
	Primaire	21,7	15,7
	Secondaire	12,5	9,5
	Supérieur	6,0	5,1
État matrimonial actuel	Mariée	33,8	25,8
	Veuve	66,7	51,1
	Divorcée	53,9	45,3
Total		36,1	27,9

Sources : [1] et [2].

Les taux de discontinuation diminuent avec l'âge et augmentent avec la durée d'utilisation (Fig. 1 à 4). Le même évolution est observée selon le niveau d'instruction. Plus la femme est instruite, plus elle est disposée à arrêter la méthode qu'elle utilisait. Les taux de discontinuation sont plus importants dans le milieu rural que dans le milieu urbain, soit respectivement 31% contre 28% sur 12 mois d'usage, et 50% contre 46% sur 24 mois.

Sur 12 mois, trois méthodes contraceptives, parmi les quatre les plus utilisées, sont arrêtées par près du tiers des utilisatrices, soit presque 32%. Il s'agit de la pilule, de l'abstinence périodique et du retrait. Le DIU qui est normalement une méthode de longue durée n'est discontinué qu'à 21%. Les taux de discontinuation de ces quatre méthodes n'évoluent pas de la même manière sur 24 mois. L'abstinence périodique voit son taux de discontinuation atteindre 55%, suivi par la pilule avec 51%, ensuite le DIU avec 45% et enfin le retrait avec 43%.

Au cours des cinq années précédant l'enquête de 1992, 56% des femmes non célibataires ont arrêté la dernière méthode utilisée. Ce niveau de discontinuation est presque le même dans le milieu urbain (56%) que dans le milieu rural (57%). Ce taux augmente avec le niveau d'instruction : il va de 55% pour les femmes analphabètes à 64% pour celles qui ont atteint le niveau secondaire. Toutes les méthodes sont discontinuées à un taux qui dépasse 80%. Le condom se trouve au premier rang avec 97% comme taux de discontinuation et les méthodes vaginales au dernier rang avec le taux de 82%. Le taux de discontinuation augmente de 52% dans le groupe d'âges 15-19 ans jusqu'à 68% dans le groupe d'âges 25-29 ans et diminue après cet âge. Il atteint 26% pour les femmes âgées de 45 et 49 ans.

**Tableau 2 : Taux (%) de discontinuation selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction, la méthode discontinuée et la durée d'observation**

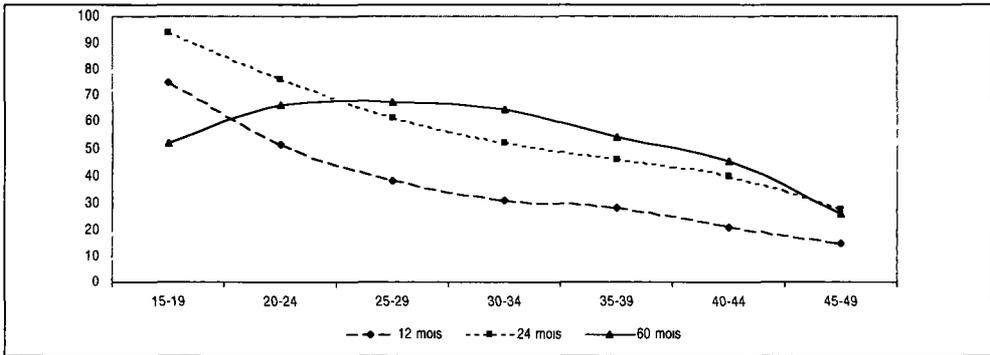
Variable	Catégorie	Durée d'observation (N = 1667)		Dernière discontinuation sur 5 ans (N = 3603)
		12 mois	24 mois	
Classe d'âges	15-19	75,0	93,7	52,2
	20-24	51,3	76,3	66,5
	25-29	38,0	61,6	67,6
	30-34	30,9	52,2	64,7
	35-39	28,1	45,8	54,1
	40-44	20,8	39,6	45,4
	45-49	14,9	27,9	25,7
Milieu de résidence	Urbain	27,3	45,5	55,6
	Rural	30,8	50,2	57,2
Niveau d'instruction	Aucun	27,2	45,9	54,7
	Primaire	27,4	45,6	56,5
	Secondaire	35,0	53,3	64,1
	Supérieur	38,9	63,9	62,8
Méthode discontinuée	Pilule	31,4	51,3	91,6
	DIU	21,3	45,1	87,3
	Abstinence périodique	31,7	55,2	95,1
	Retrait	32,0	43,4	94,4
	Injections	44,4	66,7	95,7
	Diaphragme/Mousse/Gelée	50,0	50,0	82,4
	Condom	28,6	53,6	96,6
Total		30,6	50,6	56,3

Sources : [1] et [2].

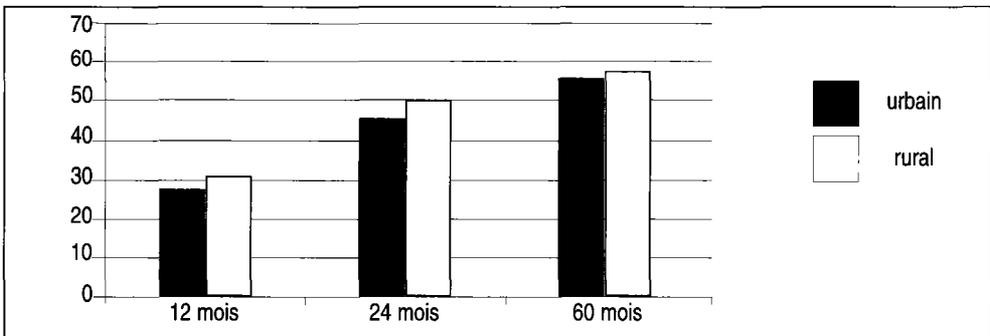
Alors pourquoi ces différences par niveau d'instruction et par milieu de résidence ? La supériorité des taux de discontinuation dans le milieu rural ne se retrouve pas au niveau de toutes les méthodes contraceptives. En effet, la pilule et l'abstinence périodique sont plus discontinuées dans le milieu rural que dans le milieu urbain alors que le DIU et le retrait sont plus discontinués dans le milieu urbain. En un an, un tiers des femmes rurales ont arrêté l'utilisation de la pilule contre 30% des femmes urbaines (Tab. 3). Sur deux années, plus de la moitié des utilisatrices de pilule l'ont arrêtée dans le milieu rural (55%) contre moins de la moitié en milieu urbain. Le DIU est une méthode plus résistante à la discontinuation dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Ainsi sur une année, 18% des femmes rurales ont discontinué le stérilet contre 22% dans l'urbain. Sur 24 mois, ces taux font plus que doubler dans les deux milieux, soit respectivement 47% et 36%.

Contrairement au retrait, les femmes rurales pratiquent moins l'abstinence périodique que les femmes urbaines. Par conséquent, l'abstinence périodique est plus soumise à la discontinuation dans le milieu rural que dans le milieu urbain, avec des taux de discontinuation de 41% contre 29%. Autrement dit, les femmes urbaines résistent plus au désir d'avoir des rapports sexuels au cours de la période fécondable de leur cycle que les femmes rurales. Ceci signifie-t-il que les femmes urbaines sont plus en mesure que les femmes rurales de refuser des rapports sexuels lorsque ceux-ci peuvent entraîner des risques de grossesse ? Ou est-ce le fait que les femmes rurales connaissent moins leur cycle et par conséquent arrêtent l'abstinence périodique sans le vouloir ?

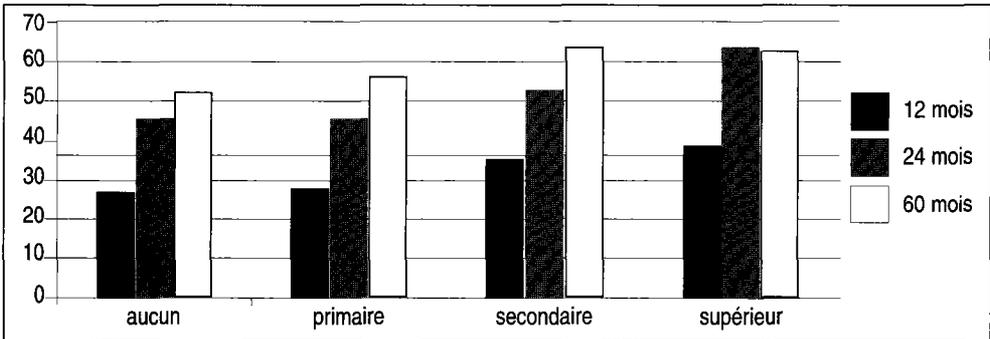
**Figure 1 : Taux de discontinuation selon l'âge (ENPS, 1992)**



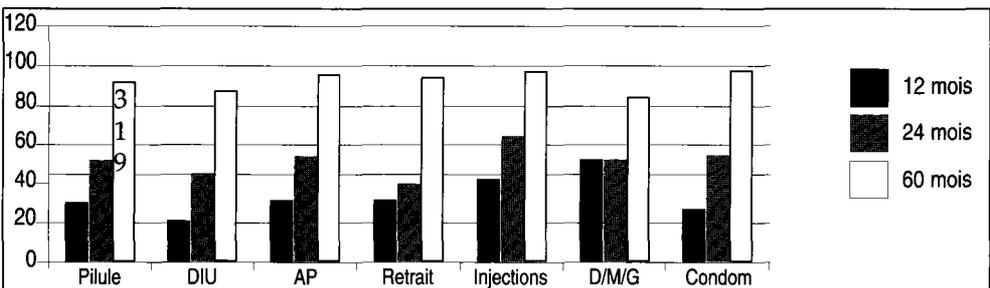
**Figure 2 : Taux de discontinuation selon le milieu de résidence (ENPS, 1992)**



**Figure 3 : Taux de discontinuation par niveau d'instruction (ENPS, 1992)**



**Figure 4 : Taux de discontinuation par méthode (ENPS, 1992)**



Toutes les méthodes contraceptives connaissent des taux de discontinuation en diminution avec l'âge (sauf le DIU) et en augmentation avec la durée d'observation. Les taux de discontinuation du DIU dans la première année augmentent d'abord et redescendent après l'âge de 30 ans. Cette évolution des taux de discontinuation du DIU s'explique par le fait que le DIU est une méthode contraceptive de longue durée, difficile à arrêter après une courte durée d'utilisation, sauf s'il a des effets sur la santé de la femme.

**Tableau 3 : Taux (%) de discontinuation de quatre méthodes contraceptives selon la durée, l'âge, le milieu de résidence et le niveau d'instruction**

Variable	Catégorie	Méthode contraceptive et durée d'observation en mois							
		Pilule (N = 1193)		DIU (N = 164)		Abstinence périodique (N = 145)		Retrait (N = 122)	
		12	24	12	24	12	24	12	24
Classe d'âges	15-19	76,9	92,3	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	20-24	51,3	76,5	22,2	66,7	57,1	71,4	71,4	85,7
	25-29	38,4	60,7	30,0	55,0	44,4	72,2	38,5	76,9
	30-34	29,0	50,2	20,9	53,5	32,5	57,5	55,2	58,6
	35-39	29,5	46,5	17,4	41,3	30,6	52,8	20,7	31,0
	40-44	23,9	43,6	20,0	30,0	13,6	45,4	16,0	24,0
	45-49	13,8	27,5	26,7	33,3	14,3	28,6	11,1	22,2
Milieu de résidence	Urbain	30,0	48,8	22,1	47,3	29,3	53,4	35,4	46,1
	Rural	33,3	54,7	18,2	36,4	41,4	62,1	28,1	40,3
Niveau d'instruction	Aucun	30,7	51,1	19,8	39,6	22,6	52,8	29,9	42,5
	Primaire	30,0	50,2	25,0	46,9	31,2	53,1	23,5	29,4
	Secondaire	37,1	52,9	21,0	55,3	39,2	54,9	46,7	60,0
	Supérieur	35,0	60,0	33,3	66,7	44,4	77,8	66,7	66,7
Total		31,4	51,3	21,3	45,1	31,7	55,2	32,0	43,4

Source: [1]

## Les raisons de discontinuation des méthodes contraceptives

La discontinuation peut être le résultat d'un mauvais conseil, d'une méthode inappropriée, des effets secondaires de la méthode ou d'une mauvaise infrastructure. Mais la discontinuation peut être aussi le fait d'un environnement socio-culturel défavorable, comme l'opposition de l'époux et de l'entourage proche ou la dominance de représentations culturelles défavorables à la planification familiale, etc.

Pour analyser ces phénomènes de discontinuation, nous avons regroupé les raisons avancées par les enquêtées en cinq groupes : il s'agit des raisons de santé (les effets secondaires et les problèmes de santé), des raisons économiques et d'accès (le manque d'information, le coût trop élevé de la méthode, la difficulté d'obtenir les méthodes contraceptives et l'incommodité de la méthode), des raisons culturelles (la désapprobation du mari et d'autres personnes, la religion, l'opposition à la planification familiale et le fatalisme), des raisons « démographique et d'exposition » (le désir des enfants, les rapports sexuels peu fréquents, la difficulté à tomber enceinte, la ménopause ou la stérilité et la rupture des unions ou la séparation) et des raisons d'échec (le fait de tomber enceinte en utilisant la méthode et la recherche d'une méthode plus efficace).

Le groupe le plus important de raisons responsables de la discontinuation des méthodes contraceptives est celui des motifs démographiques et d'exposition avec un taux de discontinuation de 11% sur 12 mois et de 19% sur 24 mois (Tab. 4, Fig. 5). En seconde position, viennent les raisons d'échec et les raisons de santé avec 8% et 13% chacune sur 12 mois et 24 mois respectivement. Ces deux dernières raisons, relativement liées aux méthodes contraceptives, expliquent ainsi 16% des discontinuations sur une année et plus du quart sur 24 mois. C'est un taux important dont il faut tenir compte dans le programme de planification familiale. Les discontinuations pour des raisons économiques et d'accès et pour des raisons culturelles sont relativement faibles. Ensemble, elles ne dépassent que de peu le taux de 1% sur 12 mois et de 2% sur 24 mois.

**Tableau 4 : Taux (%) de discontinuation selon les raisons agrégées, la durée d'observation et la méthode discontinuée**

La méthode discontinuée	Raison de discontinuation et la durée d'observation en mois											
	Raisons démographiques et d'exposition		Raisons de santé		Raisons d'échec		Autres raisons		Ne sait pas		Total	
	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24	12	24
Pilule	13,1	21,2	8,6	14,8	6,4	10,4	0,8	1,3	2,5	3,6	31,4	51,3
DIU	4,3	12,2	13,4	21,3	1,8	4,9	0,0	2,4	1,8	4,3	21,3	45,1
Abstinence périodique	5,5	12,4	0,7	0,7	21,4	33,8	2,1	3,4	2,1	4,8	31,7	55,2
Retrait	13,9	18,0	0,8	0,8	15,6	19,7	1,6	4,1	0,0	0,8	32,0	43,4
Injections	11,1	22,2	22,2	22,2	0,0	11,1	0,0	0,0	11,1	11,1	44,4	66,7
Diaphragme / Mousse / Gelée	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7	50,0	50,0
Condom	3,6	14,3	0,0	0,0	10,7	21,4	14,3	17,9	0,0	0,0	28,6	53,6
Total	11,4	19,1	7,7	13,0	8,0	12,8	1,2	2,1	2,3	3,6	30,6	50,6

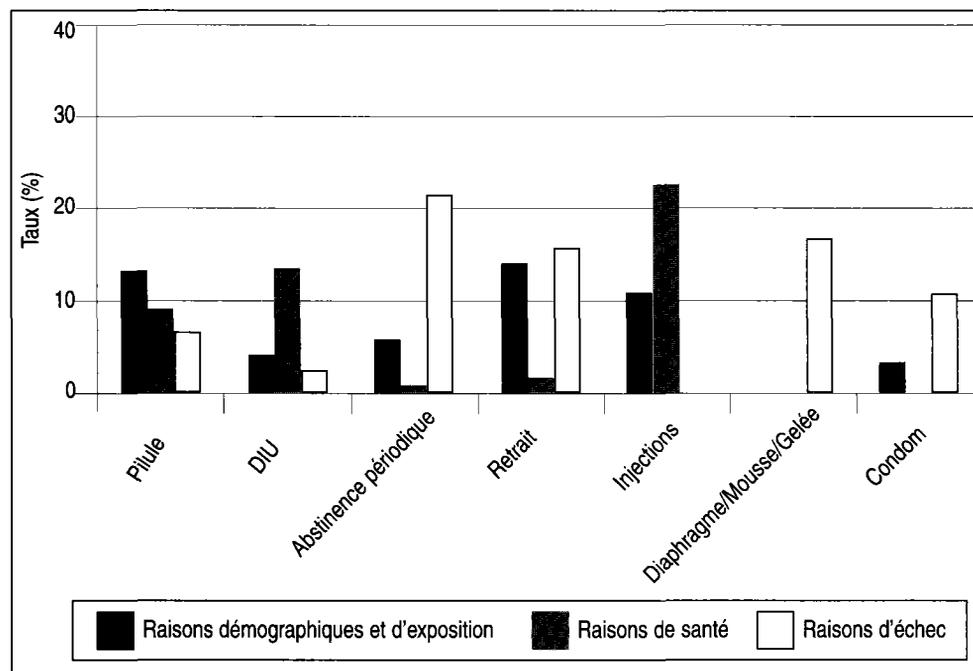
Source : [1].

Ceci dit, les méthodes traditionnelles sont les plus sujettes à la discontinuation pour des raisons d'échec. Ainsi sur 12 mois, plus d'une femme sur cinq utilisatrices de l'abstinence périodique se sont arrêtées pour des raisons d'échec, contre plus d'une femme sur trois sur 24 mois. Le retrait reste moins soumis à l'échec que l'abstinence périodique. Il connaît un taux de discontinuation de 16% sur 12 mois et de 20% sur 24 mois d'observation. Ces deux méthodes sont peu arrêtées pour des raisons de santé (moins de 1%). Apparemment, l'utilisation de la pilule est susceptible d'être plus interrompue pour des raisons démographiques : 13% et 21%, dont respectivement 11% et 18% pour tomber enceinte (données non publiées ici) que pour des raisons de santé (8%) ou des raisons d'échec (6%). A l'inverse, l'utilisation du DIU est susceptible d'être discontinuée pour des raisons de santé plus que pour n'importe qu'elle autre raison (13% sur 12 mois).

Des taux de discontinuation de ces quatre méthodes ont été calculés sur les douze mois qui suivent la date du début de l'utilisation pour les années 1992 et 1995 (tab. 5, Fig. 6), alors que pour le tableau 4, nous avons les taux de discontinuation au cours de 12 mois à compter de janvier 1990 pour les femmes utilisatrices de

méthodes contraceptives à cette date. Ainsi, parmi l'ensemble des utilisatrices de ces quatre méthodes, en 1992, 8% ont renoncé à leur méthode avant la fin de la première année pour raison d'échec de la méthode, contre 7% en 1995. En 1992, 8% ont répondu avoir cessé l'utilisation de la contraception parce qu'elles voulaient tomber enceintes contre 10% en 1995, soit une augmentation de 2 points en trois ans. En 1992, le taux de discontinuation pour des problèmes de santé vient en première position avec 9,2%. Ce taux a légèrement baissé en 1995, soit 8,6%.

**Figure 5 : Taux de discontinuation sur 12 mois selon les méthodes contraceptives et les raisons**



De 1992 à 1995, le taux d'arrêt pour des raisons d'échec a diminué de 1 point pour la pilule, mais il a augmenté de 0,8 point pour le DIU. La même évolution est constatée au niveau des problèmes de santé, passant respectivement de 11% et 10% à 13% et 8%. Le taux de discontinuation le plus élevé se trouve au niveau de l'abstinence périodique. Cette méthode traditionnelle est arrêtée essentiellement pour des raisons d'échec, soit 24% en 1992 et 22% en 1995. L'interruption de la contraception afin de « tomber enceinte » a augmenté entre 1992 et 1995 pour trois méthodes contraceptives : la pilule, l'abstinence périodique et le retrait.

On peut se poser maintenant la question de savoir si ces raisons de discontinuation changent d'une catégorie sociale à une autre ?

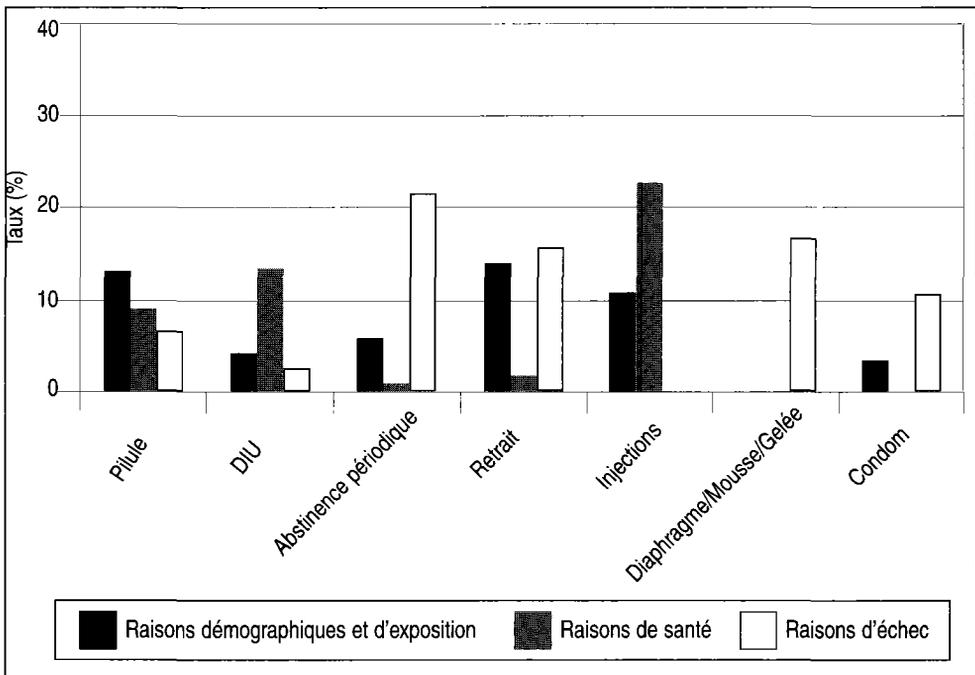
## Les facteurs de la discontinuation de la contraception

Nous n'examinons pas les raisons économiques et d'accès et les raisons culturelles où l'évolution reste peu claire, vu la faiblesse de leur taux de discontinuation. Les raisons de santé, les raisons démographiques et d'exposition et les raisons d'échec ont connu une évolution qui mérite d'être analysée.

**Tableau 5 : Taux de discontinuation des méthodes contraceptives au cours de la première année selon la raison et la méthode**

Méthodes	Échec de la méthode		Pour tomber enceinte		Problèmes de santé		Autres raisons		Toutes raisons	
	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995	1992	1995
Pilule	5,8	4,9	9,0	11,4	11,2	9,8	11,4	13,5	37,4	39,6
DIU	2,1	2,9	1,3	0,0	9,8	12,8	5,7	0,8	18,8	16,6
Abstinence périodique	23,9	22,3	10,3	10,4	0,6	3,4	15,6	14,9	50,4	51,1
Retrait	11,1	6,8	5,5	6,1	0,8	1,5	28,4	37,5	45,8	51,9
Ensemble	7,8	6,9	8,0	9,6	9,2	8,6	13,6	15,2	38,7	40,3

Sources : [1 : 55] et [2 : 43].

**Figure 6 : Taux de discontinuation selon les méthodes contraceptives et les raisons en 1992 et 1995**

Le taux de discontinuation pour des raisons démographiques et d'exposition et pour des raisons d'échec connaissent une baisse continue avec l'âge (soit respectivement de 50% et 12,5% entre 15 et 19 ans à 6% et 1% entre 45 et 49 ans). Par contre, ceux concernant les raisons de santé augmentent de 0% à 15-19 ans jusqu'à atteindre un maximum de 9% entre 30 et 34 ans. Ils diminuent ensuite jusqu'à 6% entre 45 et 49 ans, confirmant ainsi l'hypothèse qu'avec l'âge, les femmes qui ont réalisé leur fécondité, ont tendance à moins interrompre ou changer de méthode contraceptive.

Les taux de discontinuation pour ces raisons, sur 12 mois, sont plus importants dans le milieu rural que dans le milieu urbain (soit 8% contre 7,5% pour des raisons de santé, 12,6% contre 10,6% pour des raisons démographiques et d'exposition, et 9%

contre 7% pour des raisons d'échec). En plus, la discontinuation pour des raisons démographiques et d'exposition est presque indépendante de la durée d'utilisation des méthodes contraceptives. Elle évolue au même rythme dans les deux milieux de résidence en gardant la même différence entre le taux de discontinuation sur 12 mois et sur 24 mois. Par contre, la discontinuation pour des raisons d'échec évolue plus vite dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Enfin, la discontinuation pour des raisons de santé augmente au cours de la deuxième année, dans le milieu urbain, à un rythme beaucoup plus rapide que dans le milieu rural, au point d'annuler la différence qui existait au cours de la première année entre les deux milieux, passant respectivement de 7,5% et 8% sur 12 mois, à presque 13% pour les deux milieux sur 24 mois. Comment peut-on expliquer cette accélération de la discontinuation pour des raisons de santé dans le milieu urbain au cours de la deuxième année ?

La situation par raison de discontinuation est encore plus apparente selon le niveau d'instruction. Les taux de discontinuation, quelle que soit la raison, sont plus importants chez les femmes sans niveau d'instruction que chez les femmes ayant atteint le niveau primaire. Ce n'est qu'à partir du niveau secondaire et plus que les taux de discontinuation, pour les raisons évoquées, commencent à dépasser ceux des femmes sans instruction. Une des hypothèses expliquant ce constat est que les femmes d'un certain niveau d'instruction se trouvent contraintes à utiliser la contraception beaucoup plus tôt que les femmes sans instruction. Par conséquent, les femmes sans instruction n'utilisent la contraception qu'après avoir eu le nombre d'enfants désiré et utilisent par la suite une contraception destinée à arrêter leur procréation alors que les femmes plus instruites utilisent la contraception dans le but d'espacer leurs naissances.

Les femmes sans niveau d'instruction arrêtent la contraception pour des raisons démographiques et d'exposition d'abord (11%), ensuite pour des raisons de santé (8%), puis pour des raisons d'échec (7%) et enfin pour des raisons économiques et d'accès et des raisons culturelles. Les taux par raison de discontinuation des femmes du niveau primaire sont dans le même ordre d'importance que ceux des femmes sans instruction (soit 10%, 8% et 6% respectivement pour les raisons d'exposition, de santé et d'échec sur 12 mois). Ainsi, un bas niveau d'instruction des femmes n'influence pas énormément l'ordre d'importance des taux par raison de discontinuation. L'ordre d'importance des taux de discontinuation n'a changé entre les raisons d'échec et les raisons de santé qu'à partir du niveau secondaire et supérieur. Ainsi, les taux de discontinuation pour des raisons d'échec sont plus élevés que les taux de discontinuation pour des raisons de santé.

\*

\* \*

Cette analyse de la discontinuation et de son rôle dans la modification de la prévalence et de la structure de la contraception devrait être poursuivie par l'étude des comportements des femmes qui ont arrêté une méthode contraceptive : abandonnent-elles complètement la contraception ou changent-elles seulement de méthode ?

La contraception n'est pas l'affaire de la femme seule, elle concerne aussi l'homme. Le manque de communication et de consensus des deux conjoints sur l'utilisation de la contraception peut avoir un effet important sur l'accroissement des taux de non-utilisation et de la discontinuation des méthodes contraceptives.

## Bibliographie

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1993, *Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la Population au Maroc 1992*, ENPS 1992, Rabat, Maroc, 281 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1996, *Enquête de Panel sur la Population et la Santé*, EPPS 1995, Rabat, Maroc, 201 p.

# 22. La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil

Elisabete De Carvalho<sup>1</sup>

« Les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances et de disposer des connaissances et moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ».

Conférence Internationale des Droits de l'Homme, 1968.

*Dans la région Nordeste du Brésil, la moins développée du pays, la fécondité a commencé à baisser au cours des années soixante-dix. De 7,6 enfants par femme en 1970, le taux de fécondité est passé à 3,1 en 1994-96, soit une réduction de 4,5 enfants en 25 ans. Comme pour le reste du pays, parmi les déterminants de la fécondité, c'est la contraception qui a eu la plus forte influence.*

*C'est dans le cadre de cette forte baisse de la fécondité, que nous analysons la part de la demande de contraception restant à satisfaire. Pour ce faire, nous avons travaillé sur la base de données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996, en sélectionnant les femmes selon plusieurs variables : statut matrimonial, utilisation de la contraception et désir d'enfants.*

*La demande insatisfaite de contraception pour limiter les naissances est plus élevée que celle pour les espacer. L'analyse de la demande insatisfaite totale et par type de besoin selon certaines variables montre l'influence de l'âge, du nombre d'enfants nés et du niveau d'instruction. Cette analyse permet également d'identifier les femmes ayant une demande insatisfaite et de révéler le rôle indirect joué par la stérilisation féminine.*

*Nous posons également la question de savoir si les niveaux de la demande insatisfaite sont suffisamment élevés pour avoir un impact significatif sur la fécondité dans le cas où cette demande viendrait à être satisfaite. A partir de plusieurs modèles, basés sur des hypothèses qui prennent en compte les critiques émises à l'égard du concept, nous calculons le taux de fécondité « potentiel », c'est-à-dire si la demande de contraception est satisfaite.*

1. Doctorante à l'Université Paris X - Nanterre.

Dans la région Nordeste du Brésil, la moins développée du pays, la fécondité a commencé à baisser au cours des années soixante-dix. De 7,6 enfants par femme en 1970 [6] le taux de fécondité est passé à 3,1 en 1994-96 [1], soit une réduction de 4,5 enfants en 25 ans. Comme pour le reste du pays, parmi les déterminants de la fécondité, c'est la contraception qui a eu la plus forte influence. Selon G. Martine [5], pour l'ensemble du pays, l'avortement aurait également joué un rôle important, surtout pendant les premières années de baisse de la fécondité, mais, l'avortement étant illégal au Brésil, on ne dispose pas de données fiables. En ce qui concerne l'allaitement, il n'a eu qu'un effet limité. La nuptialité et la cohabitation n'ont pas contribué à la baisse de la fécondité et auraient même pu favoriser une augmentation de celle-ci. En effet, A.A. Camarano [3] a montré une baisse de l'âge moyen à la première union qui, si elle n'a pas conduit à une augmentation de la fécondité, a eu pour effet de diminuer l'âge à la première naissance, qui est de 22 ans dans le Nordeste [1].

Dans le cadre de cette forte baisse de la fécondité, il est intéressant d'analyser la part de la demande de contraception restant à satisfaire. Pour ce faire, nous avons travaillé sur la base de données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1996. D'après le rapport final [1], 13% des femmes nordestines en union ont une demande de contraception qu'elles ne satisfont pas. Dans une première partie, nous exposerons la méthodologie et le concept permettant de mesurer la demande insatisfaite de contraception et nous ferons la distinction entre deux types de besoin de contraception, pour espacer ou limiter les naissances. Ensuite, il s'agira de cerner les femmes ne satisfaisant pas leur demande à travers trois variables : l'âge, le nombre d'enfants nés et le niveau d'instruction. Le Nordeste étant caractérisé par une fécondité élevée chez les adolescentes (15-19 ans) il est intéressant d'analyser la répartition de la demande insatisfaite selon le type de besoin. Cette analyse permettra de mettre en évidence le rôle joué par la stérilisation féminine. Enfin, nous estimerons la baisse de la fécondité qui pourrait résulter de la satisfaction de la demande insatisfaite de contraception.

## Méthodologie et concept

L'existence d'une demande de contraception a d'abord été démontrée à partir de données collectées lors des enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP), menées au cours des années soixante et soixante-dix dans de nombreux pays, qui s'intéressent également aux préférences des femmes quant à la taille de leur famille. Certaines recherches réalisées à partir de ces enquêtes ont donné naissance à la notion de *KAP-Gap*, qui est le décalage entre la pratique de la contraception et les intentions de reproduction. Cette notion, considérée comme un indicateur de la demande insatisfaite de contraception, correspond à la proportion de femmes mariées qui ne veulent plus d'enfants mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception. A juste titre, J. Bongaarts [2] a relevé deux principaux défauts dans cette définition :

- certaines femmes qui ne veulent plus d'enfants ont de bonnes raisons de ne pas utiliser de méthode contraceptive ; elles peuvent être infécondes, parce que stériles, ménopausées ou enceintes ; les prendre en compte surestime la demande insatisfaite de contraception ;

- il existe aussi une demande insatisfaite de contraception parmi les femmes qui souhaitent espacer leurs naissances ; ne pas les prendre en compte sous-estime la demande insatisfaite de contraception.

Mais les recherches dans ce domaine n'en étaient alors qu'à leurs débuts, et les approches sont aujourd'hui beaucoup plus fines et détaillées. De l'expression *KAP-Gap* qui s'appliquait aux enquêtes du même nom, nous sommes passés à celle de *unmet need* développée principalement par C.F. Westoff depuis 1978 [10, 11, 12 et 13]. C'est sur son modèle que s'appuie notre analyse.

D'une manière générale, « le concept, c'est la motivation des femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive pour contrôler leur fécondité, mais qui en même temps expriment le désir de retarder leur prochaine naissance, ou de ne plus avoir d'enfants » [11]<sup>2</sup>.

Tout d'abord, pour que les femmes soient demandeuses de contraception il faut qu'elles soient exposées au risque de conception. Le premier choix méthodologique a été de ne sélectionner que les femmes mariées ou en union. Non pas que l'on considère les autres femmes comme sexuellement inactives, mais leur degré d'exposition au risque est sensiblement moins élevé. En effet, parmi les femmes nordestines qui n'ont jamais été mariées, 87% déclarent ne pas avoir de partenaire au moment de l'enquête (74% n'ayant jamais eu de rapports sexuels), de même que 70% des femmes ayant précédemment vécu en union. R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] ont critiqué ce choix en arguant que si l'on peut supposer que les femmes ne vivant pas en union ont des niveaux d'activité sexuelle moins élevés, on peut également supposer que relativement peu de ces femmes seraient heureuses d'être enceintes et donc que relativement plus souhaiteraient reporter ou éviter une grossesse. Mais inclure les femmes hors union dans notre analyse, en considérant qu'elles sont autant exposées que les femmes en union, tendrait à sous-estimer la demande insatisfaite en termes de pourcentages, même si le nombre de femmes concernées est plus important. En effet, seulement 10% des femmes n'étant pas en union déclarent avoir un partenaire sexuel régulier et 6,5% un partenaire occasionnel. Sans prendre en compte pour le moment les femmes stériles, ménopausées ou infécondes, on peut dire que toutes les femmes en union sont potentiellement exposées au risque de conception, alors qu'elles ne sont que 16,5% parmi les femmes n'étant pas en union. Cependant, selon J. Bongaarts [2], la « demande potentielle [des individus ne vivant pas en union] est indubitablement substantielle dans beaucoup de pays en développement ». R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] s'accordent pour ajouter que cette sélection des femmes en fonction de leur statut matrimonial joue un rôle dans les politiques de planification familiale, qui ne visent trop souvent que les couples en union, aux dépens des individus n'ayant pas de conjoint et spécialement des adolescents. Il semble que ces critiques aient été prises en compte puisqu'aujourd'hui les dernières enquêtes démographiques et de santé (phase III) permettent d'estimer la proportion de femmes ne vivant pas en union et ayant une demande insatisfaite de contraception. Elle est de 2,2% au Nordeste du Brésil.

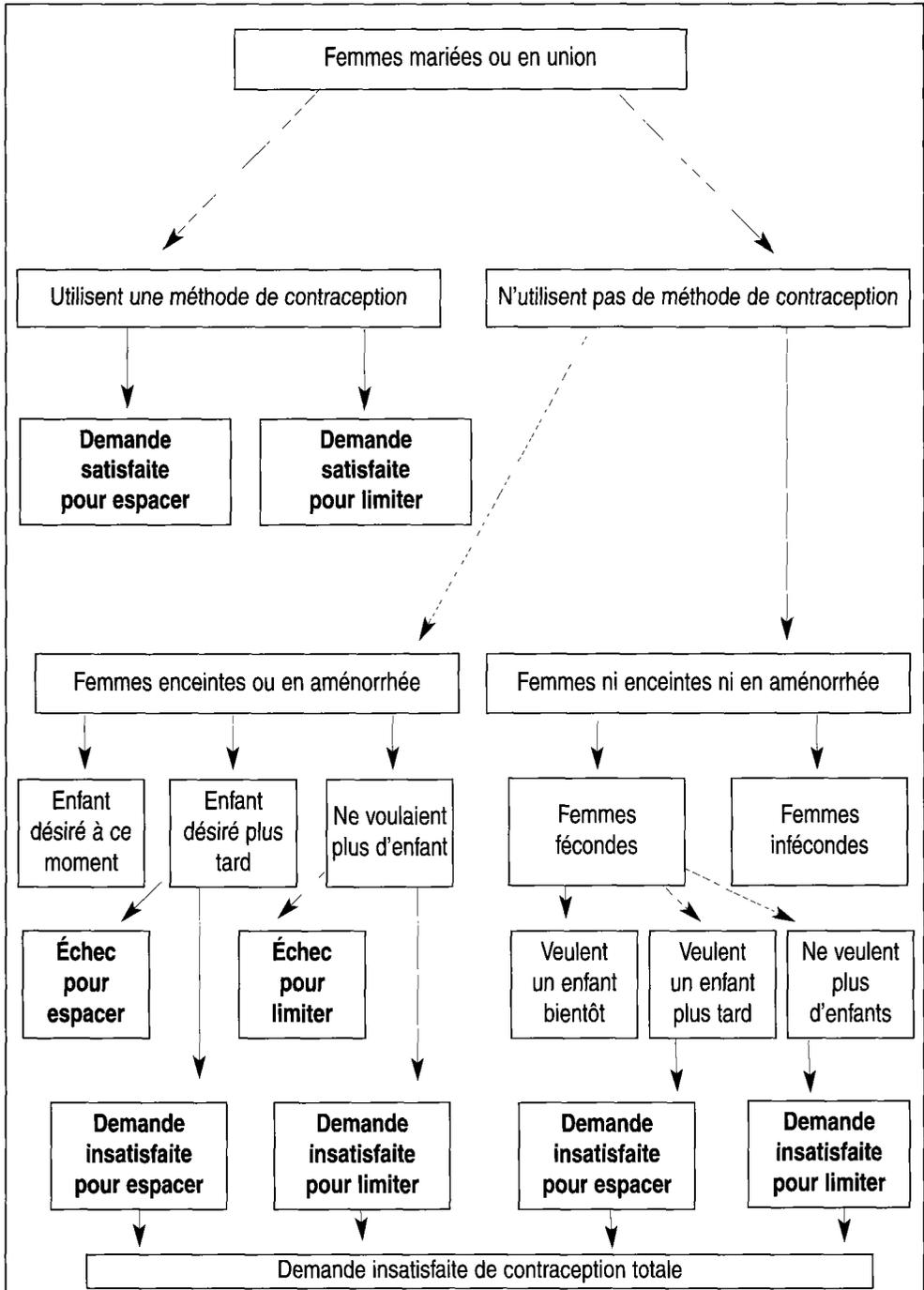
La demande totale de contraception est composée de la demande satisfaite, de la demande insatisfaite et de l'échec de la méthode contraceptive utilisée. Ce dernier sous-groupe concerne les femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum suite à une défaillance ou à une mauvaise utilisation passée de leur méthode, mais qui au

---

2. Traduction de l'auteur.

moment de l'enquête ne sont plus utilisatrices de contraception. Les différentes étapes permettant de définir chaque sous-groupe, que nous allons maintenant décrire, sont représentées à la figure 1.

**Figure 1 : Méthode de sélection des femmes pour obtenir la demande satisfait et insatisfaite de contraception et l'échec de la méthode**



Après une première sélection selon le statut matrimonial, une deuxième est effectuée selon que les femmes utilisent ou non un moyen de contraception, indépendamment de la méthode utilisée. Le premier groupe, celui des femmes utilisatrices, constitue la demande satisfaite de contraception. Il sera ensuite divisé en deux sous-groupes : d'une part les femmes utilisatrices qui ont déclaré vouloir un autre enfant (demande satisfaite pour espacer) et d'autre part celles ne voulant plus d'enfants (demande satisfaite pour limiter).

Plusieurs sélections vont être effectuées dans le deuxième groupe, celui des femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive, afin d'en extraire celles ayant une demande insatisfaite.

Tout d'abord, certaines femmes ne sont pas demandeuses de contraception. Il s'agit des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum qui ont déclaré souhaiter leur grossesse ou une dernière naissance, des femmes fécondes qui veulent un enfant bientôt, et des femmes non fécondes.

La demande insatisfaite pour espacer les naissances est constituée :

- des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum ayant déclaré qu'elles auraient préféré que cette grossesse ou dernière naissance soit survenue plus tard ;
- des femmes fécondes, non-utilisatrices de contraception, qui veulent attendre au moins deux ans pour avoir un enfant ou sont indécises quant au moment de leur prochaine grossesse ou quant à savoir si elles souhaitent un (autre) enfant ou non.

La demande insatisfaite pour limiter les naissances concerne quant à elle :

- les femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum mais qui ne voulaient plus d'enfants ;
- les femmes fécondes, non-utilisatrices, qui ne veulent plus d'enfants.

L'échec de la méthode correspond aux femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum qui sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode de contraception. Elles ont mal utilisé la méthode ou utilisé une méthode peu efficace. Elles sont exclues de la demande insatisfaite car elles nécessitent une méthode plus efficace ou mieux adaptée. Elles ne font, bien entendu, pas partie non plus de la demande satisfaite, mais sont incluses dans la demande totale. Cette précision méthodologique soulève une critique à l'encontre de la demande satisfaite. En effet, si certaines femmes sont tombées enceintes alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive, ce risque existe aussi parmi les utilisatrices actuelles. Cependant, la part de femmes exposées à ce risque est difficile à estimer et la proportion de femmes ayant connu un échec est faible (2%). Par ailleurs, cette proportion montre une certaine constance, puisqu'elle était déjà de 2% en 1991.

Enfin, s'il n'apparaît pas logique, à première vue, de prendre en compte les femmes enceintes ou en aménorrhée, qui du fait de leur état ne sont pas exposées au risque de conception, les sélectionner en fonction du désir de leur grossesse ou naissance permet de les inclure dans l'analyse. En effet, ces femmes ont une demande potentielle de contraception.

Avant d'en finir avec le concept et la méthodologie, nous voulons ajouter quelques précisions quant aux imperfections du modèle. R. Dixon-Mueller et A. Germain [4]

ont dénoncé le fait que ce ne sont pas les femmes qui se déclarent demandeuses de contraception mais le chercheur qui le déduit du décalage apparent entre le comportement contraceptif des femmes et leurs préférences en matière de procréation. Cela rejoint une critique de L. Pritchett [7] qui préfère l'expression « demande potentielle » à celle de « demande insatisfaite ». Nous signalons que nous emploierons les deux expressions. L. Pritchett pense par ailleurs qu'un certain nombre de femmes classées comme ayant un besoin non satisfait ne devraient pas être considérées comme demandeuses, parce qu'elles peuvent être opposées à l'utilisation d'une méthode contraceptive, ou avoir peu de relations sexuelles, ou encore avoir des problèmes de santé. Nous tiendrons compte de cette critique lors du calcul de la baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande insatisfaite.

Pour finir, R. Dixon-Mueller et A. Germain [4] ont relevé deux problèmes relatifs aux femmes enceintes et en aménorrhée. Premièrement, les réponses à la question de l'enquête concernant le désir de l'enfant sont biaisées. En effet, il n'est pas évident qu'une femme avoue franchement ou même se souvienne que sa grossesse n'était pas désirée et la difficulté est d'autant plus grande si l'enfant est déjà né. Le nombre d'enfants non désirés est donc sous-estimé. Le chercheur n'est-il pas à la merci de la sincérité et de la mémoire des femmes interrogées ? Deuxièmement, ne disposant pas d'informations fiables sur l'avortement, le nombre de grossesses et d'enfants non désirés est d'autant plus sous-estimé qu'on ne peut effectivement travailler que sur des enfants survivants. L'expérience a montré que le nombre d'avortements déclarés était largement en dessous de la vérité, a fortiori dans les pays où l'avortement n'est pas légalisé.

Le tableau 1 livre les résultats obtenus pour l'ensemble des femmes en union, des femmes demandeuses et les femmes demandeuses par type de besoin.

**Tableau 1 : Demande de contraception totale, insatisfaite et satisfaite, selon le type de besoin, pour les femmes en union (en %)**

	Demande insatisfaite			Demande satisfaite			Demande totale			Total femmes
	espacer	limiter	total	espacer	limiter	total	espacer	limiter	total	
Ensemble	4,7	8,2	12,9	10,1	58,1	68,2	15,5	67,6	83,1	100,0
Demandeuses	5,7	9,9	15,6	12,1	69,9	82,0	18,7	81,3	100,0	—
Par type de besoin										
–pour espacer	30,3			64,8			100,0			
–pour limiter		12,2			86,0			100,0		

*Note : La demande totale est composée de la demande insatisfaite, satisfaite et des femmes enceintes ou en aménorrhée post-partum suite à un échec de leur méthode contraceptive. Le détail de ces dernières n'est pas fourni dans le tableau.*

## La demande insatisfaite de contraception

Afin d'identifier les femmes concernées par la demande insatisfaite de contraception, nous avons choisi d'utiliser trois variables qui exercent habituellement une influence sur le comportement contraceptif des femmes : l'âge, le nombre d'années d'études et le nombre d'enfants nés. Etant donné que la demande totale et par type de besoin varie également selon ces variables<sup>3</sup>, nous ne considérerons dorénavant

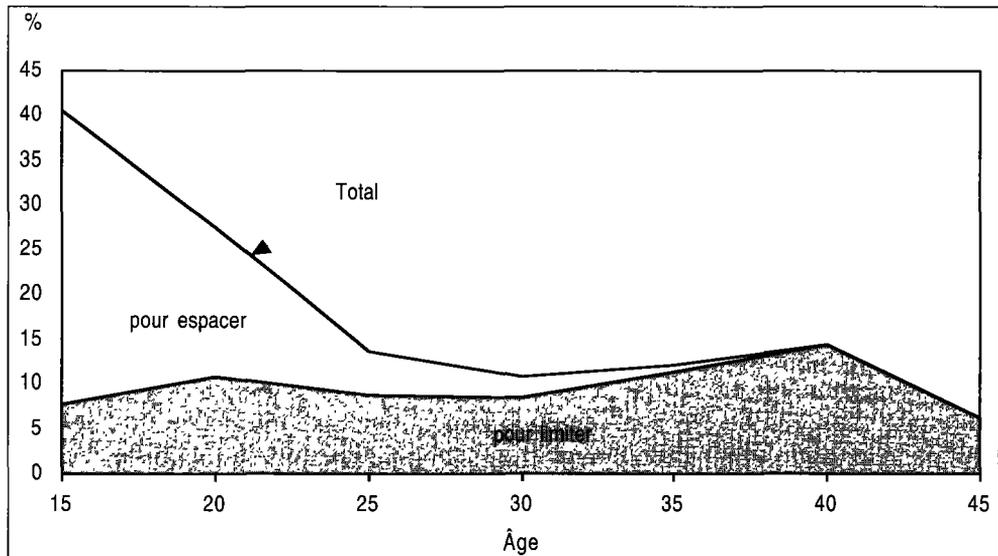
3. Pour ne prendre qu'un exemple, si 83,1% des femmes en union sont demandeuses de contraception, cette proportion est de 90% chez les femmes âgées de 30-34 ans contre 64,8% à 45-49 ans.

plus que les femmes demandeuses de contraception. Cela permet de neutraliser cette variation et de voir ainsi la part de la demande totale et par type de besoin qui n'est pas satisfaite dans chaque groupe d'âge, pour chaque niveau d'études et par nombre d'enfants nés.

Enfin, dans le but de voir si les femmes ont plus de facilités à limiter ou à espacer leurs naissances, nous devons également neutraliser la différence d'effectifs entre les demandes pour chaque type de besoin. En effet, la demande totale pour limiter les naissances est beaucoup plus importante que celle pour les espacer (67,6% et 15,5% respectivement).

## Variations de la demande insatisfaite selon certaines variables

**Figure 2 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon l'âge (en % de la demande totale). Femmes en union.**

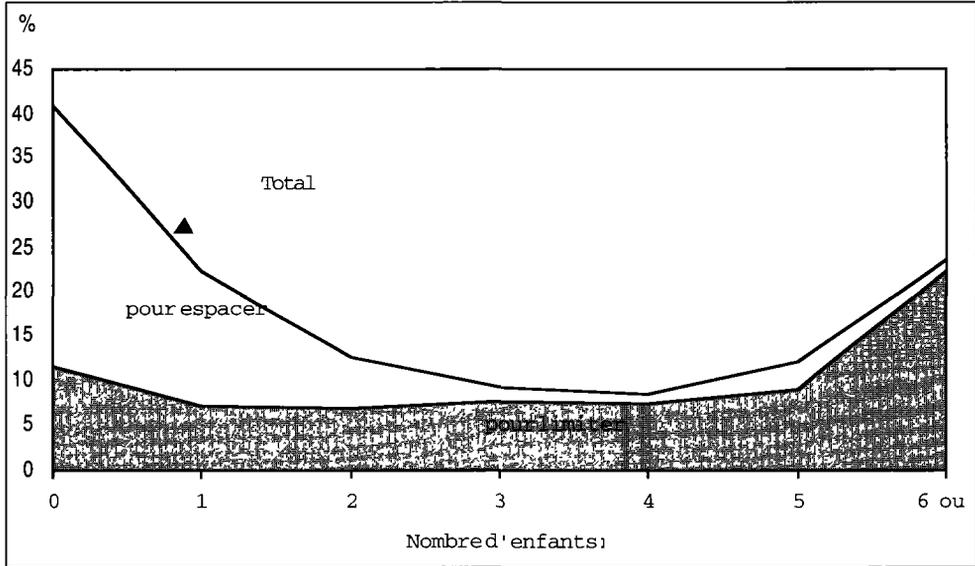


Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

D'une manière générale, la proportion de la demande non satisfaite dans chaque groupe diminue à mesure que l'âge augmente (Fig. 2). En effet, 40,4% des femmes demandeuses de contraception âgées de 15-19 ans ne satisfont pas leur demande, contre 6,3% pour les 45-49 ans. Si l'on s'intéresse à la composition de la demande insatisfaite selon le type de besoin, la part du besoin pour limiter ne varie pas beaucoup avec l'âge contrairement au besoin pour espacer. Dès lors, si les femmes jeunes ont non seulement une demande insatisfaite pour limiter presque aussi importante que les femmes plus âgées mais en plus une forte demande potentielle pour espacer, on comprend que leur demande insatisfaite totale soit plus élevée. Il peut paraître surprenant que les femmes en union de 15-19 ans aient une demande insatisfaite pour limiter leurs naissances déjà aussi élevée. Mais il faut savoir que 71% d'entre elles sont déjà mères et que 15% sont enceintes de leur premier enfant. Cela

explique que 34% des demandeuses de contraception de 15 à 19 ans cherchent à limiter leurs naissances et ne veulent donc plus d'enfants.

**Figure 3 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon le nombre d'enfants nés, en % de la demande totale. Femmes en union**



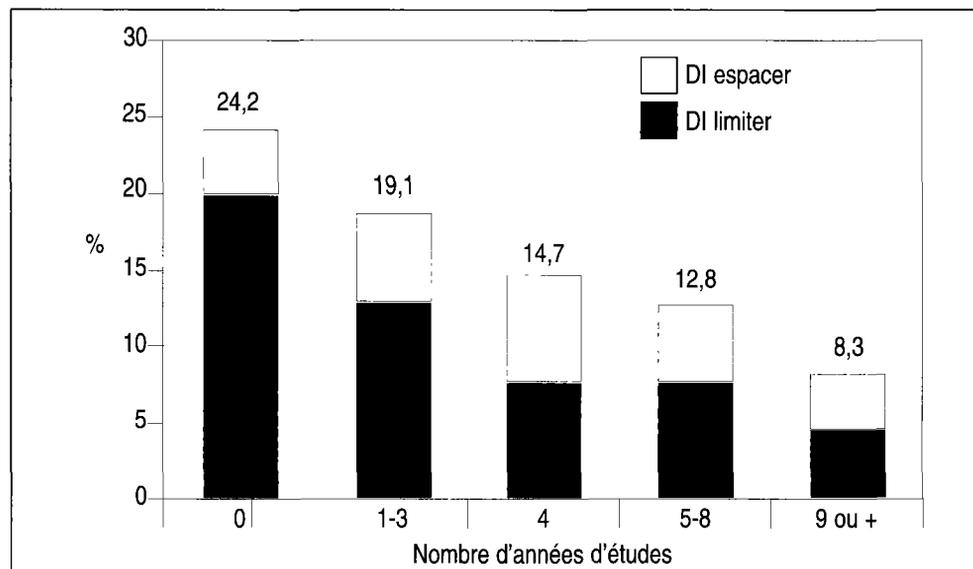
Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

Si l'on s'intéresse à la demande insatisfaite selon le nombre d'enfants nés (Fig. 3), on constate que la première moitié du graphique est très semblable à celle du graphique précédent, et pour cause puisque les femmes les plus jeunes sont aussi celles qui ont le moins d'enfants. La demande insatisfaite la plus élevée (41%) s'observe chez les femmes n'ayant pas encore eu d'enfants. Après une forte baisse, elle est stable entre 3 et 4 enfants pour finalement remonter. Cela peut laisser penser qu'il y a un « seuil » (4 enfants nés) au-delà duquel les femmes n'ayant pas réussi à maîtriser leurs naissances auront plus de difficultés encore à le faire par la suite.

La dernière variable, le niveau d'instruction, est des plus intéressantes (Fig. 4). Tout d'abord, l'évolution de la demande insatisfaite totale est conforme à ce que l'on pouvait attendre : plus les femmes sont éduquées et mieux elles contrôlent leurs naissances. En effet, la part de la demande non satisfaite parmi les femmes n'étant jamais allées à l'école est presque trois fois plus importante que celle des femmes ayant au moins neuf années d'études (24,2% et 8,3% respectivement).

Le fait le plus intéressant réside dans la distribution par type de besoin. Contrairement aux précédentes variables c'est le besoin pour limiter les naissances qui a la principale influence sur le niveau de la demande insatisfaite totale. Lorsqu'il s'agit d'espacer les naissances, le niveau d'instruction n'a que peu d'influence. En revanche, les femmes ayant suivi l'école pendant moins de 4 ans ont beaucoup plus de difficultés à limiter leurs naissances que celles y étant allées au moins 4 ans. La demande insatisfaite pour limiter les naissances est de 19,8% pour les femmes n'ayant aucune instruction, soit 4,5 fois plus que celles ayant au moins 9 années d'études.

**Figure 4 : Demande de contraception insatisfaite totale, pour espacer et pour limiter, selon le niveau d'instruction, en % de la demande totale. Femmes en union**



Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

Nous avons voulu montrer avec ce tour d'horizon de la demande insatisfaite les niveaux qu'elle pouvait atteindre selon certaines variables. Si leur influence est évidente, elle est parfois surprenante, comme c'est le cas pour l'âge ou le niveau d'instruction. Nous ne pouvions en rester là, dans la mesure où c'est tantôt le besoin pour espacer qui a la part la plus importante dans la demande insatisfaite totale, tantôt le besoin pour limiter. Par ailleurs, leurs poids respectifs dans la demande totale de contraception sont très inégaux : 19% des femmes demandeuses de contraception veulent espacer leurs naissances et 81% souhaitent les limiter. Nous nous devons donc de comparer la part de la demande non satisfaite pour chaque type de besoin dans leurs demandes totales respectives (Tab. 1). Notre but est de voir si les femmes parviennent mieux à limiter ou espacer leurs naissances, ce qui nous permettra de comprendre pourquoi les femmes jeunes sont les plus touchées par la demande insatisfaite. Il reste évident que numériquement parlant, les femmes souhaitant limiter leurs naissances mais n'utilisant aucune méthode contraceptive sont plus nombreuses que les femmes non-utilisatrices désirant les espacer.

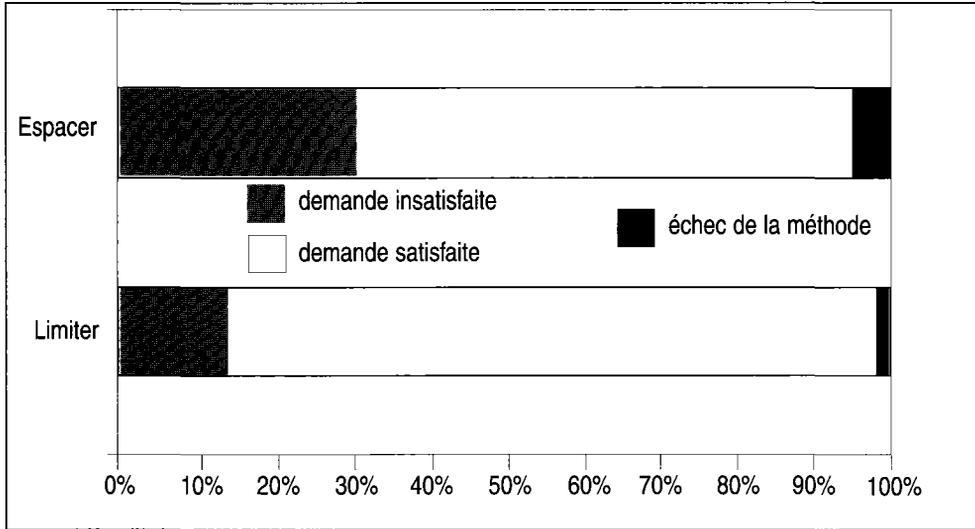
### Les femmes nordestines parviennent-elles mieux à limiter ou à espacer leurs naissances ?

La figure 5 donne la composition de la demande totale de contraception par type de besoin. La part de la demande insatisfaite dans la demande de contraception pour espacer est 2,5 fois supérieure à celle de la demande de contraception pour limiter (30,3% et 12,2% respectivement). Les femmes nordestines parviennent donc mieux à mettre un terme à leur vie reproductive qu'à planifier leurs naissances.

Cette observation nous conduit à nous interroger sur les méthodes de contraception utilisées par les femmes dont la demande est satisfaite, selon qu'elles veulent espa-

cer ou limiter leurs naissances. Il semble en effet que ces dernières utilisent une contraception plus efficace.

**Figure 5 : Part de la demande satisfaite, insatisfaite et échec de la méthode dans la demande totale, par type de besoin. Femmes en union.**



Source : Base de données EDS Brésil, 1996.

La réponse apparaît désormais évidente. En effet, la stérilisation féminine en tant que méthode irréversible est le seul moyen de contraception qui ne puisse pas être utilisé par les femmes qui veulent encore des enfants. Bien qu'au Brésil, cette opération ne soit pas officiellement autorisée en tant que méthode contraceptive, 43,9% des femmes nordestines en union sont stérilisées. Un taux aussi élevé de stérilisation féminine est, en partie, possible grâce à un nombre élevé d'accouchements par césarienne. Vingt pour cent des naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête ont eu lieu par césarienne. Les médecins peuvent donc, entre autres raisons, invoquer le risque encouru par une femme ayant subi plusieurs césariennes en cas de grossesse supplémentaire. De plus, 43,2% des stérilisations ont été pratiquées au cours d'un accouchement par césarienne [1].

La stérilisation est donc la méthode choisie par 75,6% des femmes utilisatrices qui ne veulent plus d'enfants, 11,4% utilisent la pilule et les autres méthodes sont chacune peu représentées. En ce qui concerne les femmes utilisant une méthode contraceptive pour espacer leurs naissances, 59,7% ont recours à la pilule, 11,9% au préservatif, 10,9% à l'abstinence périodique et 10% au retrait. Les femmes souhaitant espacer leurs naissances ont donc beaucoup plus recours aux méthodes traditionnelles, ce qui explique que l'échec de la méthode soit plus fréquent dans la demande totale pour espacer (Fig. 5).

Si l'on s'interroge sur les raisons pour lesquelles les femmes n'utilisent pas de méthode contraceptive, la réponse que l'on trouve dans l'EDS est incomplète dans la mesure où il n'est demandé aux femmes que la raison principale de leur non-utilisation. Compte tenu du fait qu'un certain nombre d'entre elles sont enceintes ou allaitent, leur état est précisément la raison qu'elles invoquent (26,3% et 5,4% res-

pectivement). Parmi les autres motifs proposés, ce sont les problèmes de santé (10,4%), la peur des effets secondaires (10,4%) et les relations sexuelles peu fréquentes qui sont le plus fréquemment donnés. Doit-on considérer ces femmes comme ayant une demande insatisfaite en fonction de la raison principale invoquée ? En fait, mis à part les raisons d'ordre moral (femme ou conjoint opposé à la planification des naissances) ou religieux, la variété des méthodes contraceptives devrait permettre à chaque femme de trouver une méthode adaptée à sa situation. Si la quasi-totalité des femmes et des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive, il n'est cependant pas évident qu'ils aient connaissance de la diversité des méthodes disponibles, sans oublier d'éventuelles difficultés d'accès, et ne sont donc pas en mesure de faire le bon choix.

Le calcul des parts des demandes insatisfaites pour espacer et limiter dans leurs demandes totales respectives, a permis de mettre en évidence le rôle joué par la stérilisation. Du fait de la large pratique de la stérilisation, la limitation des naissances est plus facilement réalisable que l'espacement. C'est pourquoi les femmes jeunes, caractérisées par une forte demande de contraception pour espacer, sont celles qui observent la demande non satisfaite de contraception totale la plus élevée.

## **Baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande insatisfaite**

L'analyse de la demande insatisfaite permet d'identifier les femmes ayant un besoin de contraception et d'adapter alors les programmes de planification familiale. En satisfaisant la demande de ces femmes, la fécondité devrait baisser. Ces dernières années, une controverse est née autour de la question de savoir si les niveaux de la demande insatisfaite sont suffisamment élevés pour avoir un impact significatif sur la fécondité dans le cas où cette demande viendrait à être satisfaite. Certains pensent que la baisse de la fécondité qui en résulterait n'est pas aussi importante que ce que l'on pourrait penser. C'est le cas de L. Pritchett [7] dont nous avons cité certaines des critiques à l'égard du modèle de calcul de la demande insatisfaite. Selon lui, elle inclut un nombre important de femmes qui n'ont pas réellement besoin de contraception. Entre autres raisons, elles peuvent être opposées à l'utilisation d'une méthode contraceptive, avoir peu de relations sexuelles ou avoir des problèmes de santé. La demande potentielle, comme L. Pritchett préfère l'appeler, serait donc surestimée. Nous tiendrons compte de ses remarques.

Une autre école de pensée, qui a été importante à la Conférence du Caire en 1994, soutient qu'il existe un nombre important de femmes, environ 120 millions dans le monde, qui souhaiteraient espacer ou limiter leurs naissances mais qui n'ont pas recours à la contraception [8 et 9]. Il ne fait pas de doute que si ces femmes parvenaient à contrôler leurs naissances, la fécondité diminuerait.

Étant donné que nous avons utilisé le modèle de C.F. Westoff pour calculer la demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil, nous allons également nous servir de la méthode qu'il emploie, en collaboration avec A. Bankole, pour mesurer la baisse de fécondité qui résulterait de la satisfaction de la demande potentielle de contraception [11]. Trois niveaux de satisfaction seront envisagés : maximum, minimum et réaliste.

J. Bongaarts [2] a démontré que la demande insatisfaite est surestimée, surtout celle du besoin pour espacer. En effet, la méthode utilisée pour le calcul de la demande potentielle est basée sur les désirs et les besoins des femmes à un moment donné. Or, sur le long terme, si l'on émet l'hypothèse que les femmes vont toutes satisfaire leur demande, les femmes qui souhaitaient espacer leurs naissances au moment de l'enquête vont arrêter leur contraception afin d'avoir un enfant. Par conséquent, pendant la durée nécessaire à la conception mais surtout pendant la grossesse et l'aménorrhée post-partum, ces femmes ne seront pas utilisatrices. Par ailleurs, si toutes les femmes satisfont leur demande de contraception pour espacer leurs naissances, elles vont mettre plus de temps à avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent ; la période entre la dernière naissance et la fin de la vie féconde va être plus courte. La demande insatisfaite de contraception pour espacer les naissances doit donc être réduite ; J. Bongaarts estime cette réduction à 30%. Quant à la réduction à apporter à la demande potentielle de contraception pour limiter les naissances, il l'estime à 3%.

Si l'on applique cette correction au cas du Nordeste, 3,3% ( $4,7\% \times 0,7$ ) et 8% ( $8,2\% \times 0,97$ ) des femmes mariées ont une demande insatisfaite pour espacer et pour limiter les naissances. Les autres composants de la demande de contraception restant inchangés, cela ramène à 81,5% la demande totale de contraception. Ce chiffre correspond à la première hypothèse (maximum) où toute la demande de contraception est satisfaite. Même si cette hypothèse est irréaliste, elle permet de définir le niveau maximum que pourrait atteindre le taux de prévalence de la contraception et le taux de fécondité qui en découlerait.

Le deuxième modèle prend en compte les intentions d'utilisation de contraception des femmes ayant une demande insatisfaite en supposant qu'elles ne vont pas changer d'avis. Les femmes ayant déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode de contraception, ou qui n'en sont pas sûres, ne vont effectivement pas en utiliser. De même, celles ayant déclaré avoir l'intention d'y recourir vont effectivement le faire. Selon ces hypothèses, notre demande totale est de 79,2% et correspond à l'estimation minimum de la demande de contraception qui pourrait être satisfaite.

Le troisième modèle établit le pourcentage de femmes potentiellement utilisatrices de contraception, le plus réaliste selon C.F. Westoff. Son calcul repose sur deux hypothèses :

- 1) Parmi les femmes ayant une demande insatisfaite pour espacer leurs naissances, 20% de celles ayant l'intention d'utiliser une méthode ne vont finalement pas en utiliser. Parmi celles ayant une demande potentielle pour limiter leurs naissances et ayant l'intention d'utiliser une méthode, 10% ne vont finalement pas y recourir.
- 2) Les femmes de la demande insatisfaite totale qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive ou sont indécises parce qu'elles se sentent peu exposées au risque d'une conception non désirée (peu de relations sexuelles, sous-fécondes, proches de la ménopause) ne vont effectivement pas en utiliser. Parmi les femmes invoquant une raison autre que les précédentes, une moitié va avoir recours à une méthode contraceptive et l'autre non.

La demande totale selon ce troisième modèle est de 79%. Dans une majorité de pays, le niveau de la demande totale de contraception selon le modèle réaliste se situe entre ceux des modèles minimum et maximum, sauf dans les pays où un nombre important de femmes ayant une demande insatisfaite déclarent avoir l'intention de

recourir à la contraception. En effet, les réductions relatives à la première hypothèse ne sont pas compensées par l'addition d'un certain nombre de femmes consécutive à la deuxième hypothèse.

C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont établi une équation à partir de la corrélation qui existe entre le taux de prévalence contraceptive (TPC) et l'indice synthétique de fécondité (ISF). Ils ont assemblé « les estimations les plus récentes de ces deux paramètres pour 86 pays. La corrélation générale est de 0,94 ».

$$\text{ISF} = 7,1789 - 0,0682 (\text{TPC}) + e$$

Le résidu « e » est calculé à partir des taux actuels de la manière suivante :

$$e = \text{ISF} - [7,1789 - 0,0682 (\text{TPC})]$$

Il s'agit donc de remplacer TPC (en %) par les estimations du taux de prévalence potentiel que nous avons calculés précédemment. Les résultats figurent dans le tableau 2, ainsi que le pourcentage de réduction du taux de fécondité.

**Tableau 2 : Taux de prévalence de contraception, taux de fécondité et pourcentage de réduction du taux de fécondité, actuels et estimations**

	Taux de prévalence contraceptive (%)	Taux de fécondité (enfants par femme)	% de réduction du taux de fécondité
Taux actuels	68,2	3,1	—
Maximum	81,5	2,2	29,0
Minimum	79,2	2,3	25,8
Réaliste	79,0	2,4	22,6

Il est intéressant de constater que les taux de fécondité potentiels sont identiques au nombre idéal moyen d'enfants des femmes nordestines, soit 2,3 enfants par femme. Par ailleurs, selon l'hypothèse réaliste, la fécondité pourrait baisser de 22,6% si la demande de contraception était satisfaite. Les pourcentages de réduction du taux de fécondité qui résulteraient de la satisfaction réaliste de la demande de contraception pour les 27 pays que C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont étudiés varient entre 6,7% au Ghana et 26,2% au Kenya. Les situations sont donc diverses selon les pays, mais ce modèle présente l'avantage de tenir compte des intentions d'utilisation de la contraception exprimées par les femmes. Nous pouvons donc en conclure que la demande insatisfaite de contraception est suffisamment élevée dans certains pays pour avoir un impact significatif sur la fécondité. La région Nordeste du Brésil présente en tout cas un pourcentage de réduction potentiel de la fécondité parmi les plus élevés.

\*

\* \*

La demande totale de contraception est une mesure du moment et correspond aux besoins, satisfaits ou non, des femmes au moment de l'enquête. Elle est soumise aux différentes normes culturelles et sociales en vigueur dans chaque pays. C.F. Westoff et A. Bankole [11] ont établi un rapprochement entre les niveaux de la demande totale et insatisfaite et les niveaux de fécondité aux différents stades de la transition de la fécondité. En effet, lorsqu'au début les familles nombreuses sont le modèle préféré ou que la fécondité élevée compense les forts taux de mortalité infantile, la

demande insatisfaite de contraception est faible puisqu'il y a peu de demande de contraception. Lorsque la mortalité infantile diminue, le nombre d'enfants survivants augmente et la forte demande de contraception qui s'en suit ne peut être instantanément satisfaite. La demande insatisfaite se situe alors à son niveau le plus élevé. En fin de transition, la demande de contraception reste élevée mais est largement satisfaite et la taille des familles est réduite. Vu sous cet angle, le Nordeste brésilien serait proche de la dernière phase. Cependant, cette vision simplifiée et la seule considération des niveaux de la demande insatisfaite cachent une situation bien plus complexe.

L'analyse de la demande insatisfaite totale et selon le type de besoin a permis d'identifier les femmes concernées et a révélé le rôle indirect joué par la stérilisation. En effet, c'est parce que les femmes ont plus de difficultés à espacer leurs naissances qu'à les limiter que les jeunes femmes, caractérisées par une forte demande de contraception pour espacer, ont une demande insatisfaite plus importante que les plus âgées. Cela traduit un manque d'accès, d'expérience et de connaissance des autres méthodes modernes de contraception.

Le rapide développement qu'ont connu les régions du Sud et du Sudeste a favorisé une amélioration plus rapide des indicateurs démographiques. Par ailleurs, la demande insatisfaite de contraception dans ces régions est de l'ordre de 4 à 5%, la stérilisation y est moins élevée et les femmes ont davantage recours à la pilule.

Au-delà des effets bénéfiques sur la santé des femmes et des enfants, la contraception (adaptée) peut permettre aux femmes d'avoir un meilleur contrôle sur leur vie. En décidant quand et combien d'enfants elles auront, elles seront plus en mesure de prendre leur existence en main, notamment en ce qui concerne l'éducation et le travail. C'est pourquoi les jeunes femmes sexuellement actives (en union ou non) qui souhaitent continuer leurs études ou suivre une formation doivent pouvoir avoir accès à la contraception, sous peine de voir leurs projets de vie bouleversés par une grossesse non désirée ou non planifiée. Certes, la contraception n'est pas la solution à tous les problèmes et est loin d'être le seul facteur intervenant dans la situation et les conditions de vie des femmes. Cependant, une bonne maîtrise de leur fécondité peut en partie leur permettre de procéder à des choix, leur donner plus de chances de les réaliser et améliorer leur qualité de vie.

## Bibliographie

1. BEMFAM, 1997, Brasil, Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996, Macro International Inc., BEMFAM, Rio de Janeiro, 182 p.
2. BONGAARTS J., 1991, *The KAP-Gap and the unmet need for contraception*, The Population Council, 34 p.
3. CAMARANO A.A., 1994, *Os determinantes próximos da fecundidade nordestina uma análise agregada*, in BEMFAM/DHS, *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991*, Rio de Janeiro.
4. DIXON-MUELLER R. et GERMAIN A., 1992, Stalking the elusive « unmet need » for family planning, *Studies in family planning*, Vol. 23, n° 5, p. 330-335.
5. MARTINE G., 1996, Brazil's fertility decline, 1965-95, *Population and development review*, Vol. 22, n° 1, p. 47-75.

6. MERRICK T.W., 1983, Fertility and Family Planning in Brazil, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 9, n° 4.
7. PRITCHETT L., 1994, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and development review*, Vol. 20, n° 1, p. 1-55.
8. ROBESY B. *et al.*, 1992, The reproductive revolution New survey findings, *Population Reports*, Série M, n° 11, 23 p.
9. SINDING S.W., ROSS J.A., ROSENFIELD A.G., 1994, Seeking common ground Unmet need and demographic goals, *International family planning perspectives*, Vol. 20, n° 1, p. 23-27.
10. WESTOFF C.F., 1978, The unmet need for birth control in five asian countries, *International family planning perspectives*, Vol. 10, n° 3, p. 173-181.
11. WESTOFF C.F. et BANKOLE A., 1995, Unmet need 1990-94, *DHS Comparative studies*, n° 16, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, NY, USA, 46 p.
12. WESTOFF C.F. et OCHOA L.H., 1991, Unmet need and the demand for family planning, *DHS Comparative studies*, n° 5, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA and United Nations Population Fund, NY, USA, 37 p.
13. WESTOFF C.F. et PEBLEY A.R., 1981, Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries, *International family planning perspectives*, Vol. 7, n° 4, p. 126-136.



**PARTIE VI**

**STATUT DE LA FEMME  
ET AUTRES DÉTERMINANTS**



# 23. Attitudes des femmes à l'égard d'une planification des naissances en contexte africain d'agriculture de rente

Agnès Adjamagbo<sup>1</sup>

*La transition démographique en Afrique sub-saharienne est aujourd'hui reconnue comme un processus multiforme qui se prête difficilement aux conclusions globalisantes à l'échelle du continent. Parmi les nombreux facteurs identifiés comme déterminants pour l'avenir de la fécondité dans cette partie du monde en développement, celui du statut des femmes est désormais incontesté. En effet, le mariage précoce des femmes, leur faible niveau d'alphabétisation et d'instruction, comparé aux hommes, leur sous-représentation dans les emplois du secteur moderne de l'économie ainsi que dans les sphères du pouvoir politique, la surmortalité des mères, etc., constituent autant d'obstacles au changement en matière de comportements de fécondité et de planification des naissances. Vers la fin des années soixante-dix, un nouveau courant de pensée se développe qui préconise une analyse des comportements de fécondité en Afrique en termes de relations de genre (traduction française de l'expression « gender relations »). Appliquée à l'étude des sociétés rurales, cette approche s'attache, entre autres, à décrire les effets possibles de la position économique et sociale des hommes et des femmes sur la répartition du pouvoir et des responsabilités entre conjoints au sein des ménages. C'est dans cette perspective que s'inscrit ce chapitre. Il s'agit d'aborder les logiques de reproduction en milieu rural africain en dépassant le modèle explicatif classique basé essentiellement sur des facteurs individuels (tels que l'éducation, la religion, le milieu de résidence). L'étude se base sur les données d'une enquête réalisée par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et l'École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA) d'Abidjan, dans une région agraire du sud-ouest de la Côte d'Ivoire : la région de Sassandra. L'outil d'analyse est celui des régressions logistiques. Sont prises pour variables explicatives (une fois contrôlés l'âge, l'éducation et la religion) des données sur le statut économique et social des femmes, mais aussi des maris. Les variables dépendantes sont liées aux comportements et attitudes en matière de planification familiale. Les résultats montrent que, dans un contexte où les femmes ont un accès restreint aux ressources, leur attitude à l'égard de la fécondité ne dépend pas uniquement de facteurs individuels mais est aussi fortement influencée par le statut socio-économique de leurs maris.*

1. Département de démographie, Université de Montréal, Canada.

Les premières interprétations des phénomènes démographiques en Afrique se sont longtemps inspirées de la théorie de la modernisation qui rend compte de la transition démographique dans les pays européens. Globalement, la baisse de la fécondité en Afrique devait découler de l'urbanisation, des progrès de la scolarisation et de la modernisation de l'économie, tendances majeures de l'histoire des nations africaines au lendemain des Indépendances. Mais ce schéma explicatif s'est rapidement révélé mal adapté au cas de l'Afrique sub-saharienne et la recherche d'une interprétation non économique du maintien de la forte fécondité dans cette région du monde s'est imposée. Dès lors, l'influence des facteurs socio-culturels et institutionnels sur la formation des préférences en matière de fécondité a occupé une place centrale dans les études [5, 12, 15, 16, entre autres].

La compréhension des comportements de fécondité en Afrique a rapidement progressé à la lumière des grandes séries d'enquêtes nationales réalisées au cours des trente dernières années. Cet important corpus de données, associé aux investigations démographiques et anthropologiques d'échelle plus modeste, a donné lieu à un foisonnement d'analyses sur la question. On sait aujourd'hui que la transition démographique, autrefois limitée à quelques pays d'Afrique de l'Est et Australe, s'est désormais amorcée dans la plupart des pays africains pour lesquels on dispose de données successives [6]. Cependant, dans la plupart des cas, la baisse observée reflète surtout une réalité urbaine [13]. Une grande part de l'avenir de la fécondité en Afrique sub-saharienne dépend ainsi des évolutions qui se produiront en milieu rural.

## Un cadre explicatif des comportements de fécondité en milieu rural africain

En milieu rural africain converti à l'économie d'exportation, le ménage nucléaire se compose d'un homme, de sa (ses) femme(s) et de leurs enfants, avec parfois la présence de personnes de la parenté. Ce type de ménage, qui représente le modèle dominant, constitue une unité de production autonome [8]. Autrement dit, l'homme, chef du ménage et de l'exploitation agricole, gère la production de ses champs avec l'aide de sa (ses) femme(s), de leurs enfants, auxquels s'ajoutent éventuellement d'autres parents. Dans un tel modèle, il est difficile d'isoler le couple, cellule de base des décisions en matière de fécondité, de l'environnement social et économique dans lequel il évolue. Aussi, la compréhension des comportements de fécondité en milieu rural passe-t-elle par la prise en compte des attitudes des hommes et des femmes, dans un environnement où prédomine un mode particulier d'organisation sociale. Cette perspective rejoint celle de S. Greenhalgh [9] qui préconise de ne pas séparer le culturel de l'organisation sociale, économique et politique dans l'étude des comportements de fécondité.

En effet pour S. Greenhalgh, l'étude des processus décisionnels en matière de reproduction ne peut se faire à la seule lumière du culturel et doit tenir compte également de l'influence du contexte social et économique. Poussant ce raisonnement plus à fond, Y. Pelchat [17] affirme qu'il faut, pour expliquer un régime démographique à forte natalité, démontrer « sa nécessité économique »<sup>2</sup> [17 : 151]. Un tel point de vue implique de réintroduire les variables macro-structurelles de la théorie de la modernisation dans

2. Expression qu'elle emprunte à B. Jewsiewicki [11].

l'étude de la démographie africaine, tout en renouvelant la théorie de la transition de la fécondité. S. Greenhalgh propose pour ce faire un nouvel angle d'analyse qui combine l'approche institutionnelle et l'approche en termes de relations de genre. La première parce qu'elle prône, entre autres, la prise en compte de l'organisation de la production et plus particulièrement l'accès aux ressources que sont la terre et la main-d'œuvre [12, 15, 18] ; la seconde parce qu'elle défend le principe d'une mise en perspective des rôles masculins et féminins jugés indissociables [7 ; 14].

En d'autres termes, alors que l'approche institutionnelle met en relation les comportements et attitudes en matière de fécondité avec les structures de la production et l'accès aux ressources, l'approche en terme de genre invite, quant à elle, à s'intéresser à l'attribution des rôles, des responsabilités et des attitudes spécifiques aux hommes et aux femmes dans une société donnée. C'est ici que les deux démarches montrent leur complémentarité : le concept de relations de genre combiné aux préoccupations du courant institutionnel conduit à mettre en contexte les relations hommes-femmes dans un environnement où l'accès aux facteurs de production et leur contrôle s'avèrent le plus souvent défavorables aux femmes.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce présent chapitre. Il s'agit d'aborder la question des choix en matière de planification familiale par le biais de la place qu'occupent les hommes et les femmes dans le mode de production. L'étude porte sur une région agraire du sud-ouest de la Côte-d'Ivoire, la région de Sassandra, convertie depuis le début des années soixante-dix à la production des cultures d'exportation (café et cacao). Elle s'appuie sur les données d'une enquête réalisée dans le cadre du Laboratoire de Population de Sassandra<sup>3</sup>. L'hypothèse générale qui guide notre démarche est que dans un environnement où la femme est fortement dépendante économiquement de son mari, l'attitude de celle-ci vis-à-vis de la fécondité et des pratiques de régulation des naissances est en étroite relation avec la position qu'occupe le mari dans le système de production.

La méthode d'analyse retenue est celle des régressions logistiques, utilisée en deux temps. Dans un premier temps, des données sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des femmes sont prises pour variables explicatives. Dans un second temps, des variables décrivant le statut socio-économique du mari sont introduites dans l'analyse. Les variables dépendantes sont relatives aux comportements et attitudes en matière de planification familiale.

## **La position économique des femmes à Sassandra**

L'organisation socio-économique qui prévaut dans la région de Sassandra confère peu d'autonomie aux femmes. De fait, rares sont celles qui exercent une activité économique de manière indépendante : sur un échantillon de 1 705 femmes âgées de 15 à 49 ans enquêtées en 1993, elles ne représentent que 12%. Mis à part une petite minorité de femmes employées dans le secteur public (souvent comme personnel de santé), ces travailleuses indépendantes sont, pour la plupart, des commerçantes. Souvent, elles ont quitté leur village pour venir s'installer dans la ville de Sassandra où elles peuvent plus facilement écouler les produits de l'exploitation familiale.

3. Enquête IRD-ENSEA, 1993, « Fécondité, attitudes et comportements en matière de planification familiale ».

Celles qui parviennent à faire suffisamment de bénéfices finissent par cesser toute activité de production pour se consacrer uniquement au commerce. Elles achètent alors en gros leur stock de produits sur les petits marchés des villages environnants et reviennent à Sassandra les vendre. Des entretiens menés auprès des commerçantes du marché de Sassandra nous ont révélé que la majorité de ces femmes, mariées, mères de famille, vivent des situations matrimoniales instables. Leur installation en ville participe alors d'une rupture progressive avec le mari et la belle-famille au profit de leur lignage d'origine avec lequel elles renforcent les liens, notamment en lui destinant une partie de leurs revenus [3].

Hormis ces femmes qui sont parvenues à développer leur propre activité en marge de la cellule domestique villageoise, la grande majorité des femmes de Sassandra travaille dans le secteur agricole en tant qu'aide familiale, c'est-à-dire pour le compte d'une autre personne (80%)<sup>4</sup>. Douze pour cent des femmes se déclarent sans activité et 8%, les plus jeunes, sont encore scolarisées. Les chiffres sont encore plus parlants si l'on croise l'activité des femmes mariées avec celle de leur mari : il apparaît alors que près de 86% des femmes mariées avec un agriculteur indépendant (ce qui constitue le cas le plus répandu dans cette région) travaillent sur l'exploitation de ce dernier.

## Contexte socio-économique et tendances de la fécondité dans la région

La région de Sassandra traverse depuis des années une série de mutations liées tout d'abord à l'introduction des cultures de rente, puis à la crise du système agraire qui débute avec la chute brutale des cours mondiaux du cacao et du café en 1988. L'essor de l'économie de plantation, à la fois créatrice de revenus et de travail, s'accompagne d'un remarquable dynamisme démographique, stimulé par d'importants flux de travailleurs migrants ainsi que par l'exercice d'une forte fécondité. La crise économique et écologique qui frappe la région dès la fin des années quatre-vingt compromet la reproduction du système agraire et s'accompagne d'importants changements dans l'organisation sociale et familiale [1].

Dans ce contexte, l'évolution de la fécondité dans la région de Sassandra s'opère globalement en deux phases. Du début de la décennie soixante-dix jusqu'au commencement des années quatre-vingt-dix, la fécondité à Sassandra ne cesse d'augmenter. Entre 1988 et 1991 notamment, l'indice synthétique de fécondité des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans passe de 7,1 à 8,4 enfants en moyenne. Cette phase d'intense fécondité est liée à l'essor des cultures cacaoyères et caféières. Elle constitue en effet un trait caractéristique d'une société agricole où les stratégies de colonisation et d'exploitation des terres cultivables sont intenses. L'augmentation régulière de la fécondité reflète un processus d'accroissement de l'intensité de la fécondité dans chaque groupe d'âge ainsi qu'un rajeunissement de calendrier de constitution de la descendance [10]. La forte fécondité dans la région est aussi à mettre en relation avec la faible technicité des pratiques agraires qui rend nécessaire le recours à la main-d'œuvre humaine. A partir de 1991 cependant, la tendance semble se renverser, on observe alors un début de baisse de la fécondité. En 1993, les femmes âgées de 15 à 49 ans ont dans l'ensemble 7 enfants en moyenne.

4. Enquête IRD-ENSEA.

Au-delà des évolutions générales, les tendances de la fécondité observées dans la région de Sassandra laissent apparaître une différenciation selon les catégories socio-économiques. Globalement, les agriculteurs indépendants affichent des niveaux de fécondité plus élevés que les salariés agricoles et les autres actifs du secteur tertiaire de l'économie et sont par ailleurs moins ouverts aux pratiques de régulation des naissances [4]. Une telle différenciation suggère ainsi que le type d'insertion économique et sociale influe sur les pratiques de fécondité des différents groupes en présence. Il importe donc d'approfondir cet aspect et de voir en quoi le rapport qu'entretiennent les populations avec les facteurs de production peut influencer les choix en matière de fécondité.

## La planification familiale à Sassandra

La pratique contraceptive à Sassandra est relativement marginale chez les hommes comme chez les femmes. En 1993, elle ne concerne (toutes méthodes confondues) qu'environ 8% des chefs de ménage mariés âgés de 20 à 49 ans et 4% de leurs épouses âgées de 15 à 49 ans. En ce qui concerne les seules méthodes modernes comprenant la méthode des cycles, le préservatif, la pilule et le stérilet, les proportions sont très faibles : 5% pour les hommes et 5% pour les femmes. Conformément à ce que l'on observe pour les tendances de fécondité, il existe une distinction selon les groupes socio-économiques. Parmi les hommes, les agriculteurs sont nettement moins ouverts à la contraception comparés aux autres catégories, salariés agricoles ou autres actifs du secteur tertiaire et de l'artisanat.

La faiblesse de la pratique contraceptive observée dans la région de Sassandra doit être mise en rapport avec la possibilité limitée d'accéder aux méthodes, du fait d'infrastructures sanitaires déficientes, voire inexistantes ou encore, par manque d'information. Il existe en effet à Sassandra un certain nombre de barrières structurelles qui limitent l'accès des hommes et des femmes aux services offrant des moyens de contraception. De plus, dans ce milieu à dominante patriarcale, les femmes ne sont souvent pas en position de décider des modalités de constitution de leur descendance [2].

## Un modèle explicatif global des attitudes à l'égard de la régulation des naissances à Sassandra

Nous avons tenu à explorer plus à fond la question de l'utilisation de la contraception en l'abordant par une démarche globale permettant de mesurer l'influence de plusieurs facteurs. Pour ce faire, la méthode des régressions logistiques qui sert à évaluer l'effet de plusieurs caractéristiques individuelles sur le risque, à âge comparable, de vouloir utiliser la contraception est tout à fait appropriée. L'influence de chaque variable est mesurée en éliminant l'influence de toutes les autres, quel que soit leur nombre. À chaque variable est associé un coefficient de régression qui mesure l'influence moyenne de cette variable sur la probabilité de vouloir utiliser la contraception. L'analyse qui suit se présente en deux étapes. Une première étape explore les facteurs relatifs aux caractéristiques socio-démographiques et économiques des femmes. Une deuxième étape introduit les facteurs décrivant le statut socio-économique de leurs maris.

Dans le tableau 1, nous présentons les coefficients associés aux variables indépendantes sous leur forme exponentielle. Une variable qui augmente le risque de vouloir utiliser un moyen moderne de contraception multiplie le risque de base par une quantité supérieure à 1 ; une variable qui diminue le risque multiplie le quotient de référence par une quantité inférieure à 1. Ainsi, si le fait d'avoir contracté une union traditionnelle diminue le risque de vouloir pratiquer la contraception moderne par rapport aux femmes en union libre, le coefficient associé à cette variable sera un nombre inférieur à 1, en l'occurrence 0,68 et on dira alors que, toutes choses égales par ailleurs, le risque de vouloir utiliser la contraception est réduit de 32% pour les femmes ayant fait un mariage traditionnel.

Nous avons retenu un ensemble de variables explicatives relatives aux caractéristiques socio-démographiques et culturelles que nous considérons comme susceptibles d'influer sur l'attitude des femmes à l'égard de la planification familiale. Chaque modèle correspond à l'introduction d'une nouvelle variable explicative dans l'analyse. Cette démarche progressive permet de comparer l'effet des variables les unes par rapport aux autres. Quels sont donc les facteurs susceptibles d'influencer les femmes à vouloir ou à ne pas vouloir, utiliser la contraception ?

En premier lieu, l'observation des risques relatifs des femmes mariées de vouloir utiliser la contraception dans l'avenir montre que l'âge joue un rôle déterminant, notamment dans les classes d'âges élevées. Alors que l'on pourrait croire qu'une femme âgée, ayant déjà constitué tout ou partie de sa descendance, est plus susceptible qu'une jeune fille de vouloir utiliser un moyen de contraception, cela ne se vérifie pas. Au contraire, l'âge agit négativement sur la propension des femmes à vouloir utiliser la contraception. Quelle que soit la variable introduite, tout au long de l'analyse, les femmes de 40 ans et plus ont un risque significativement plus faible (entre 50 et 60% plus faible) que les autres de vouloir utiliser la contraception.

En d'autres termes, il existe un effet de génération sur l'attitude à l'égard de l'usage d'un moyen de régulation des naissances, toutes choses égales par ailleurs. Le comportement des autres classes d'âge ne diffère pas significativement de la classe d'âge de référence des 25-29 ans. Ces résultats se maintiennent après ajustement des autres variables, du modèle 1 au modèle 7.

Néanmoins, lorsqu'on introduit les variables de parité et d'instruction, l'effet de l'âge se modifie (modèles 8 et 9). Ainsi, les femmes de 30 ans et plus se distinguent-elles de celles de 15-29 ans par une attitude plus négative à l'égard de la contraception. Autrement dit, les distinctions observées entre les femmes jeunes et les plus âgées en matière de contraception sont le reflet d'une différence de niveau d'instruction. Par ailleurs, à parité égale, l'attitude négative des femmes les plus âgées à l'égard de la contraception est significativement plus forte que dans les classes d'âges les plus jeunes (moins de 30 ans). Les réticences à l'égard de l'usage d'un moyen de contraception diminuent avec le nombre d'enfants. La variable parité doit cependant être utilisée avec nuance du fait qu'elle est fortement corrélée avec l'âge.

L'origine ethnique a un effet également fort sur l'intention d'utiliser la contraception. Les Baoulé ne se distinguent pas significativement des autres ethnies ivoiriennes (la tendance serait plutôt négative mais elle n'est cependant pas significative). Les femmes des ethnies étrangères, burkinabè ou autres, ont en revanche une attitude significativement plus négative à l'égard de la contraception. Leur risque d'utiliser ultérieurement la contraception est en effet réduit de plus de moitié par rapport aux autres ethnies ivoiriennes.

**Tableau 1 : Risques relatifs des femmes mariées d'utiliser la contraception moderne selon leurs caractéristiques socio-économiques et culturelles**

Variables explicatives	Catégorie	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Age (25-29 ans)	15-19 ans	0,593	0,606	0,565	0,564	0,531
	20-24 ans	1,020	1,005	0,986	0,985	0,984
	30-34 ans	0,786	0,776	0,753	0,770	0,763
	35-39 ans	0,906	0,896	0,863	0,937	0,934
	40 ans et plus	0,4840**	0,434**	0,409**	0,483**	0,432**
Ethnie (autre ethnie ivoirienne)	Baoulé		0,707	0,608	0,639	0,660
	Burkinabé		0,421***	0,477***	0,467***	0,457***
	Autre étranger		0,406***	0,457***	0,454***	0,452***
Religion (musulmane)	Catholique			1,550*	1,360	1,331
	Protestante			2,068**	1,826*	1,824*
	Autre religion			1,272	1,127	1,150
Type d'union (polygame)	Monogame				1,576**	1,530**
Cérémonie de mariage (union libre)	Traditionnel					0,681**
	Église					1,031*

Variables explicatives	Catégorie	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8	Modèle 9
Age (25-29 ans)	15-19 ans	0,534	0,558	1,216	1,187
	20-24 ans	0,986	1,014	0,554	1,453
	30-34 ans	0,763	0,761	0,585**	0,607**
	35-39 ans	0,933	0,966	0,626	0,662
	40 ans et plus	0,431**	0,444**	0,307***	0,339***
Ethnie (ethnie non ivoirienne)	Baoulé	0,658	0,706	0,662	0,751
	Burkinabé	0,458	0,477***	0,488***	0,616*
	Autre étranger	0,452	0,401***	0,382***	0,454**
Religion (musulmane)	Catholique	1,328	1,287	1,321	1,047
	Protestante	1,824*	1,749**	1,779*	1,486
	Autre religion	0,149	1,116	1,058	0,959
Type d'union (polygame)	Monogame	1,530*	1,526*	1,534**	1,516*
Cérémonie de mariage (union libre)	Traditionnel	0,681*	0,684*	0,674*	0,687*
	Église	1,032	1,054	1,074	1,056
Age au premier mariage (20 ans et plus)	Moins de 16 ans	0,976	0,990	0,749	0,813
	Entre 16 et 19 ans	0,978	0,956	0,852	0,898
Activité de la femme (agricultrice)	Commerçante		1,870**	1,909	1,749
	Ménagère		0,039	0,976	0,947
	Autre activité		1,391	1,019	0,923
Statut de la femme dans l'activité (indépendante)	Aide familiale		0,909	0,981	0,982
	Autre		1,250	1,442	1,385
Parité (5 enfants et plus)	Aucun enfant			0,221***	0,219***
	Entre 1 et 2 enfants			0,279***	0,252***
	Entre 3 et 4 enfants			0,592**	0,573**
Éducation (non scolarisés)	Primaire				2,073**
	Secondaire				2,857***

Notes : Effectifs : 1088.

Degré de significativité : \* 0,05, \*\* 0,01, \*\*\* 0,001.

L'effet de l'ethnie se maintient toutes choses égales par ailleurs, il s'affaiblit néanmoins lorsqu'on prend en compte la variable de la scolarisation. Autrement dit, pour les femmes de nationalité étrangère, la scolarisation a un effet favorable sur l'utilisation de la contraception, toutes choses égales par ailleurs.

En résumé, en dehors de l'âge, l'ethnie, l'éducation et la parité ont un effet propre particulièrement fort sur l'attitude des femmes à l'égard de la contraception. D'autres variables ont un effet propre, quoique de moindre intensité, notamment la religion. Ainsi, les protestantes ont un risque deux fois plus élevé de vouloir utiliser la contraception, mais là encore, cette particularité s'explique par leur niveau d'instruction plus élevé puisque l'introduction de la variable instruction annule l'effet de la religion (modèle 9).

Le type d'union a également un effet propre sur l'attitude à l'égard de la contraception. Les femmes en union monogame ont un risque 1,5 fois plus élevé que les polygames de vouloir utiliser un moyen contraceptif moderne. Contrairement à ce que l'on observe pour la religion, le type d'union est indépendant de l'instruction : son effet se maintient tout au long de l'analyse, du modèle 1 au modèle 9. Autrement dit, il existe un effet propre de la monogamie sur l'attitude des femmes à l'égard de la planification des naissances.

## **L'influence des caractéristiques du mari**

Le souhait des femmes d'utiliser la contraception est également révélateur d'une adhésion à un modèle idéal de famille. Dans une région où le nombre moyen d'enfants par femme s'élevait à 7 en 1993, il nous est apparu intéressant de travailler sur le risque pour une femme d'adhérer à un modèle de famille inférieur à la norme dominante.

Le tableau 2 intègre des variables relatives au statut social, culturel et économique du mari. Il s'agit du statut matrimonial, de l'activité, du statut dans l'activité, de l'ethnie et de l'éducation. Nous avons fait l'hypothèse que ces variables sont susceptibles d'influencer les femmes à désirer moins de 7 enfants, c'est-à-dire un nombre inférieur à l'indice synthétique de fécondité observé dans la région en 1993. Afin de ne pas biaiser les résultats, l'analyse prend en compte également les caractéristiques propres à la femme, y compris celles qui se sont révélées avoir un effet significativement fort dans l'analyse précédente. Ainsi, l'âge de la femme, sa parité, son ethnie, sa religion, son niveau d'instruction et son activité ont été contrôlés.

Il apparaît que le risque pour une femme de vouloir moins d'enfants que le modèle dominant dans la région est fortement lié au statut socio-économique du mari. Le fait d'avoir un époux appartenant à la catégorie socio-professionnelle des commerçants-artistes multiplie par deux les chances pour une femme d'adhérer à un modèle familial relativement restreint. De même, toutes choses égales par ailleurs, ce risque augmente dans des proportions similaires lorsque l'homme exerce son activité de façon indépendante. Le statut matrimonial du mari est également fortement associé à un idéal restreint de famille chez les femmes : les femmes mariées à un monogame ont une fois et demi plus de chances de vouloir moins d'enfants que la moyenne par rapport à celles mariées à un polygame. En revanche, les variables ethnie et éducation du mari ne sont pas significativement corrélées avec les aspirations des femmes en matière de descendance. Il y a donc bien, toutes choses égales

par ailleurs, un effet propre de l'activité du mari, en particulier de son type d'intégration dans le tissu économique.

**Tableau 2 : Régressions logistiques de la fréquence des femmes mariées qui désirent avoir moins de 7 enfants au total selon certaines caractéristiques de leur mari (risques relatifs)**

Variables indépendantes	Catégorie	Désire moins de 7 enfants au total
Statut matrimonial du mari (polygame)	Monogame	1,444**
Activité du mari (agriculteur)	Commerçant artisan	2,171***
	Autre actif	1,818
Statut du mari dans l'activité (non indépendant)	Indépendant	2,152**
Ethnie du mari (autre ethnie ivoirienne)	Baoulé	0,973
	Burkinabé	1,749
	Autre étranger	1,415
Éducation du mari (non scolarisé)	Primaire	0,826
	Secondaire et plus	1,198

Notes : Degré de significativité : \*0,05, \*\*0,01, \*\*\*0,001. Contrôlé par l'âge, la parité, l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et l'activité de la femme.

Dans le tableau 3 nous avons mesuré la relation statistique entre le nombre moyen d'enfants mis au monde par les femmes et certaines caractéristiques de leurs maris (origine ethnique, activité et statut dans l'activité) en contrôlant l'âge.

On obtient alors des coefficients de corrélation très significatifs. Le statut du mari dans l'activité s'avère une variable particulièrement corrélée au nombre d'enfants qu'a une femme ( $p=0,000$ ), vient ensuite l'origine du mari (0,0002) et enfin l'activité qui bien qu'affichant un coefficient relativement plus faible n'en reste pas moins corrélée au seuil de 0,01. En d'autres termes, il apparaît que là encore, à âge égal, les différences de niveaux de fécondité entre les femmes sont étroitement liées au statut de leur mari dans l'activité : les femmes mariées à un homme exerçant une activité de façon indépendante ont plus de chances d'avoir une fécondité élevée par rapport à une femme dont le mari travaille pour le compte d'un employeur.

\*

\* \*

Les analyses qui précèdent soulignent le fait que l'activité agricole associée au contrôle des facteurs de production correspond à un profil plus élevé de fécondité par rapport aux autres catégories (commerçants-artisans ou autres travailleurs des secteurs tertiaire et secondaire) exerçant leur activité de manière non indépendante. Il semble donc bien, comme le suggère l'approche institutionnelle, que les attitudes en matière de fécondité trouvent une certaine cohérence dans le mode de production. Les régressions logistiques montrent par ailleurs qu'expliquer le niveau de fécondité des femmes par l'activité et le statut dans l'activité de leur mari ne découle pas d'un choix arbitraire. En effet, l'étroite implication des femmes dans les activités de production de leur mari et leur faible autonomie économique nécessitent une démarche différente de celle, habituellement retenue, basée exclusivement sur

des facteurs individuels. L'approche institutionnelle combinée à la perspective en termes de relations de genre offre une ouverture intéressante pour mieux cerner le contexte pertinent d'élaboration des choix en matière de reproduction en Afrique sub-saharienne. Cependant, afin d'affiner cette perspective, il importe désormais de constituer des indicateurs synthétiques de la position respective des hommes et des femmes dans un environnement économique et familial donné.

**Tableau 3 : Nombre moyen d'enfants par femme par âge selon les caractéristiques socio-économiques de leur mari en 1993**

	Origine du mari de la femme ( $p = 0,0002$ )***			
	Baoulé	Autre ivoirienne	Burkinabé	Autre étrangère
15-19 ans	0,8	0,8	0,7	0,7
20-24 ans	1,9	2,0	1,9	2,5
25-29 ans	4,0	3,4	3,1	3,9
30-34 ans	5,7	4,6	4,8	5,3
35-39 ans	6,8	6,1	5,8	6,1
40-44 ans	6,8	6,1	6,6	7,6
45-49 ans	6,4	6,9	6,5	5,4
Total	4,8	3,9	3,6	4,6
Effectif	145	699	109	135

	Activité du mari ( $p = 0,0257$ )**			Statut du mari dans l'activité ( $p = 0,000$ )***	
	Agriculteur	Commerçant Artisan	Autre	Indépendant	Non indépendant
15-19 ans	1,0	0,6	0,4	0,8	0,8
20-24 ans	2,2	1,6	1,8	2,2	1,9
25-29 ans	3,4	3,5	3,3	3,7	3,1
30-34 ans	4,9	4,5	4,6	4,9	4,6
35-39 ans	6,5	5,8	5,5	6,7	5,5
40-44 ans	6,8	6,7	5,5	6,8	5,9
45-49 ans	6,5	5,6	5,3	6,6	6,4
Total	4,2	3,7	3,7	4,5	3,4
Effectif	759	175	154	666	422

Notes : Seuil de significativité \*\*\* $p < 0,001$  \*\* $p < 0,01$  \* $p < 0,05$ .

## Bibliographie

1. ADJAMAGBO A., 1998a, 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*, Université de Paris X Nanterre, 272 p + annexes.
2. ADJAMAGBO A., 1998b, Inégalités sexuelles et santé de la reproduction dans un contexte rural africain en mutation, *Communication présentée au Séminaire sur Gender Inequalities and Reproductive Health : Changing Priorities in an Area of social Transformation and Globalization*, 16-19 novembre 1998, Campos de Jordao, Brésil, 24 p., multigr.
3. ADJAMAGBO A., 1999, Crise en économie de plantation ivoirienne et transformation des rapports sociaux - le dilemme féminin à Sassandra (Côte-d'Ivoire), *Les dossiers du CEPED*, no 51, CEPED, Paris, 35 p.
4. ADJAMAGBO A., VIMARD P. et GUILLAUME A., 1997, Fécondité et demande de planification familiale à Sassandra, in GUILLAUME A., IBO J. et KOFFI N., Eds., *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)* ; ENSEA, ORSTOM, GIDIS-CI, Paris, p. 269-286.
5. CALDWELL J., 1976, Toward a restatement of demographic transition theory, *Population and Development Review*, Vol. 2, n° 3.4, p. 321-366.
6. CLELAND J., ONUOHA N., TIMAEUS I., 1994, Fertility Change in sub-saharan Africa : A Review of Evidence, in LOCOH T. and HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 1-20.
7. DAGENAIS H. et PICHÉ D., 1994, Conceptions et pratiques de développement : contributions féministes et perspectives d'avenir, in DAGENAIS H. et PICHÉ D., Eds., *Women, feminism and development, Femmes, Féminisme et développement*, Canadian Research Institute for Advancement of Women, Mc Gill-Queens University Press, Montréal, Kingston, London Buffalo, 442 p.
8. FAUSSEY-DOMALAIN C. et VIMARD P., 1991, Agriculture de rente et démographie dans le sud-est ivoirien, une économie villageoise assistée en milieu forestier périurbain, *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, Janvier-Mars 1991, p. 93-114.
9. GREENHALGH S., 1994, *Anthropological Contributions to Fertility Theory*, New York, The Population Council, Research Division, Working Paper n° 64, 32 p.
10. GUILLAUME A. et VIMARD P., 1994, Fécondité, crise économique et différenciations sociales à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire), in KOFFI N., GUILLAUME A., VIMARD P., ZANOU B. Eds., *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM, Collection Colloques et Séminaires, Paris, p. 143-168.
11. JEWSIEWICKI B., 1987, Vers une anthropo-sociologie historique des populations, *Cahiers d'études africaines*, Vol. XXVII, cahiers 1-2, n° 105-106, p. 107-121.
12. LESTHAEGHE R., 1989, Social Organization, Economic Crisis and the Future of Fertility Control in Africa, in LESTHAEGHE R., Ed., *Reproduction and Social Organization in sub-saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, p. 475-505.
13. LOCOH T. et MAKDESSI Y., 1996, Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne, *Les dossiers du CEPED*, n° 44, CEPED, Paris, 47 p.
14. LOCOH T., LABOURIE RACAPE A. et TICHIT C., 1996, *Genre et Développement, des pistes à suivre*, Documents et Manuels du CEPED, n° 5, CEPED, Paris, 154 p.
15. MCNICOLL G., 1980, Institutionnal Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review*, Vol. 6, n° 3, p. 441-462.
16. OPPONG C. and BLEEK W., 1982, Economic Models and Having Children : Some Evidence From Kwahu, Ghana, *Africa*, Vol. 52, n° 4, p. 15-33.

17. PELCHAT Y., 1996, Expliquer les tendances démographiques en Afrique sub-saharienne : les ambiguïtés du recours à la culture, *Cahiers Québécois de Démographie*, Vol. 25, n° 1, p. 133-162.
18. PICHÉ V. et POIRIER J., 1995, Les approches institutionnelles de la fécondité, in GÉRARD H. et PICHÉ V., Eds., *La sociologie des populations*, Presses de l'Université de Montréal, AUPELF/UREF, Montréal, p. 117-137.

# 24. Fécondité et statut des femmes dans le ménage au Cameroun

Christine Tichit<sup>1</sup>

*Le processus de la transition démographique s'est mondialisé et l'Afrique est entrée dans la phase de baisse de sa fécondité. Mais les conditions de cette baisse sont loin d'être homogènes, mêlant les résultats du développement socio-économique à des logiques de crise et de pauvreté. Le schéma classique de la transition est donc à revisiter. En particulier, les causes de la diminution de la fécondité sont à chercher ailleurs, et peut-être en premier lieu du côté des actrices de ce changement que sont les femmes d'âge fécond. Plusieurs recherches ont déjà insisté sur le rôle déterminant de l'évolution du statut de la femme, et ce chapitre s'efforce d'appréhender ce statut par la position dans le ménage. Cette position par rapport aux autres membres du ménage, en particulier le conjoint et le chef de ménage, exprime des marges d'action déterminantes au niveau de l'implication dans la prise de décision, notamment en matière de fécondité.*

*A partir des données de l'Enquête Démographie et de Santé (EDS) du Cameroun de 1991, les tendances qui se dégagent de l'analyse de la fécondité des femmes de 15 à 49 ans dépendent pour une bonne part du comportement fécond des femmes qui ont le statut d'épouse du chef de ménage. Pourtant, elles représentent à peine plus d'une femme sur deux, et la tendance générale masque les divergences qui existent en fonction du statut dans le ménage. En particulier, les femmes chefs de ménage ont une fécondité globalement inférieure à celle de toutes les autres catégories de femmes, mais en réalité il existe au sein même de cette population un différentiel de fécondité très important. L'exploitation d'une enquête biographique a confirmé la sur-représentation des femmes stériles mais surtout, en permettant de reconstituer l'histoire génésique selon l'historique des statuts dans le ménage, a révélé l'importance du lien entre la constitution de la descendance et l'avènement de l'expérience de chef de ménage.*

Le processus de la transition démographique s'est mondialisé, et si l'Afrique garde les niveaux de fécondité les plus élevés du monde, elle est malgré tout entrée dans la phase de baisse de sa natalité. Au Cameroun, la fécondité a ainsi chuté de plus d'un enfant par femme au cours des deux dernières décennies. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,4 enfants par femme en 1978 (ENF) à 5,8 en 1991 (EDS-I) pour atteindre 5,2 en 1998 (EDS-II). Mais les conditions de cette baisse sont loin d'être homogènes, mêlant les résultats du développement socio-économique à des logiques de crise et de pauvreté. Le schéma classique de la transition est donc à revisiter. Dans le cas du Cameroun, plusieurs travaux ont par exemple relevé l'absence de relation entre la transition matrimoniale et la transition de la fécondité : une

1. Doctorante de l'Université Paris-X-Nanterre, en accueil au CEPED, ATER (Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche) à l'Université de Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines

fécondité précoce et hors mariage semble se mettre en place [6]. Par ailleurs, comme la plupart des pays africains, le Cameroun n'a que tardivement intégré l'aspect démographique dans sa politique de développement [2 et 13]. Les causes de la diminution de la fécondité sont donc à chercher ailleurs, et peut-être en premier lieu du côté des actrices de ce changement que sont les femmes d'âge fécond. Plusieurs recherches ont déjà insisté sur le rôle déterminant de l'évolution du statut de la femme aussi bien sur les modèles de conjugalité, que sur les paramètres de la fécondité [12]. Ce statut est généralement appréhendé à partir de l'accès à l'instruction, à l'emploi, aux ressources du ménage ou aux biens matériels [10]. Nous proposons, à partir des données de l'EDS de 1991, d'appréhender ce statut par la position dans le ménage. Cette position est ici définie par le lien aux autres membres du ménage, en particulier le conjoint et le chef de ménage. Ce lien exprime un statut au sein de l'unité résidentielle et des marges d'action déterminantes au niveau de l'implication dans la prise de décision, notamment en matière de fécondité. Mais ce statut est figé à la date de l'enquête, alors qu'il peut évoluer, au fur et à mesure que la descendance se constitue. C'est pourquoi nous nous appuyons également sur une enquête biographique, menée au Cameroun en 1995-96 auprès de femmes chefs de ménage<sup>2</sup>. Ce chapitre s'attache aux interactions entre statut et fécondité. Après avoir abordé la diversité et la pertinence des catégories féminines étudiées, quelques résultats sont présentés sur les différentiels de fécondité observés dans l'EDS, mais également dans l'enquête biographique qui, pour les femmes chefs de ménage interrogées, permet de mesurer l'effet de la variable « statut dans le ménage » tout au long de leur vie féconde.

## Le statut des femmes dans le ménage

L'EDS de 1991 a porté sur 3871<sup>3</sup> femmes d'âge fécond (15-49 ans). Dans ce groupe d'âges, trois femmes sur quatre sont en union. Pour appréhender le statut dans le ménage des femmes interrogées, nous avons construit une variable permettant de distinguer d'une part les femmes en union dont *le conjoint est chef de ménage*, de celles dont *le conjoint est dépendant du chef de ménage*, ou encore *qui ne cohabite pas* avec elles. Mais il s'agissait également de saisir le statut des femmes hors union, qui en dehors des femmes chefs de ménage, dépendent d'un membre du ménage (qui peut ne pas être le chef de ménage). Le tableau 1 restitue ces différentes catégories d'analyse et la distribution de femmes correspondante.

La majorité des femmes (56,5%) ont le statut d'épouse du chef de ménage. Compte tenu de la fréquence des femmes en union dans l'échantillon (74% de l'échantillon), on aurait pu s'attendre à rencontrer plus de femmes dans cette catégorie. Les 44% de femmes qui échappent à cette position, sont plus souvent dépendantes d'un chef de ménage, qu'elles-mêmes chefs de ménage. Les femmes chefs de ménage sont particulièrement sous-représentées puisque l'accès à ce statut, par veuvage essentielle-

2. Enquête menée par C. Tichit à l'IFORD, co-financée par la Mission française de Coopération de Yaoundé et l'AUFELF-UREF dans le cadre de l'Action de Recherche Concertée « Modernisation, structures familiales et fécondité en Afrique ». L'enquête biographique a été menée auprès de 180 femmes chefs de ménage en milieu urbain, dans cinq villes du centre, du littoral, de l'ouest, du nord-ouest et du nord du pays.

3. Les résultats sont présentés pour 3862 femmes, car le « lien de parenté au chef de ménage » est mal connu pour 9 enquêtées.

ment, se fait tardivement, plutôt après 40 ans [14]. Ainsi le fichier ménage de l'EDS-I, révèle que 27% des femmes de plus de 50 ans sont chefs de ménage contre 7% dans la tranche d'âge étudiée.

**Tableau 1 : Modalités de la variable « Statut dans le ménage », et distribution correspondante dans l'échantillon individuel femme de l'EDS de 1991**

Modalités	Modalités détaillées	Effectifs	%
Épouse du chef de ménage	Seule épouse (union monogame)	1271	33,0
	Première épouse ou autre épouse (union polygame)	913	23,5
Dépendante du chef de ménage	Épouse/veuve d'un dépendant du chef de ménage	313	8,0
	Fille du chef de ménage	676	17,5
	Femme sous tutelle du chef de ménage	427	11,0
Femme chef de ménage	(effectif insuffisant pour détailler les modalités)	262	7,0
Total		3862*	100,0

\* : voir note 3.

La figure 1 met bien en évidence l'évolution des différents statuts occupés par les femmes au cours de leur vie féconde. Relativement diversifiés dans la jeunesse, ces statuts s'homogénéisent progressivement avec l'âge dans la catégorie de conjointe du chef du ménage. Cette catégorie est plus représentée en zone rurale (60% des femmes rurales), et particulièrement dans le nord du pays, essentiellement musulman (80% des femmes interrogées en Adamaoua, dans le nord et l'extrême nord). Ces conjointes du chef de ménage sont nettement moins instruites que les autres femmes : 87% ont au plus un niveau d'instruction primaire, sachant que plus de la moitié n'ont jamais été scolarisées. Deux sur trois sont actives, notamment dans le secteur agricole.

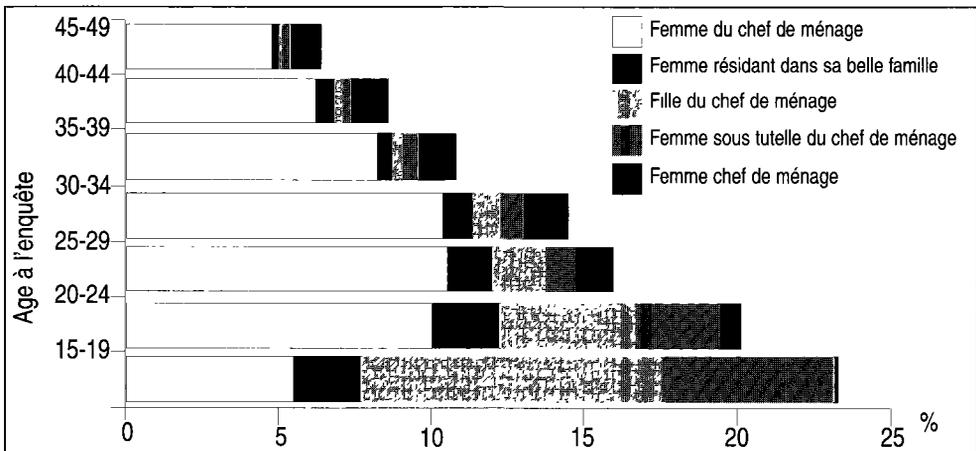
A partir de trente ans, ce statut d'épouse cesse de progresser, au profit de celui de femme chef de ménage, qui est mieux représenté en ville et qui concerne des femmes nettement plus instruites relativement aux tranches d'âges auxquelles elles appartiennent. Ce sont aussi les plus actives (taux d'activité de 80%), et contrairement à tous les autres statuts, elles sont moins présentes dans le secteur agricole que dans le secteur moderne (5 fois plus souvent que les autres femmes) et dans le commerce (près d'une femme chef de ménage sur trois).

Entre ces deux statuts opposés, la variable distingue trois formes de dépendance vis-à-vis du chef de ménage : être dépendante de ses parents (lien direct), ou bien de sa belle-famille (par l'intermédiaire d'un conjoint décédé ou qui dépend du chef de ménage), ou encore de tuteurs qui peuvent être ou non responsables du ménage (liaison directe ou indirecte avec le chef de ménage<sup>4</sup>). Nous avons regroupé ces différentes formes de dépendance plus ou moins directe car les femmes qui appartiennent à cette catégorie certes hétérogène, ont deux points communs : ce sont les plus jeunes mais aussi les plus instruites de l'échantillon. Comme beaucoup d'entre elles sont encore élèves, elles sont également beaucoup moins actives que les autres. Parmi les

4. Par commodité, ce type de dépendance est dans ce chapitre désigné par « femme sous tutelle du chef de ménage », « pupille du chef de ménage ».

actives, ce sont celles qui sont le plus souvent non rémunérées. Cette particularité est certainement liée à leur statut dépendant et au caractère indirect de leur participation aux ressources du ménage sous forme de travail gratuit, en contrepartie de l'accueil et de leur prise en charge. Dans le cas particulier des femmes mariées dont le conjoint n'est pas chef de ménage, le couple dépend généralement d'un ménage apparenté au mari. L'épouse a donc le statut de belle-fille ou de belle-sœur. Cette situation est relativement rare et concerne essentiellement des femmes de moins de 30 ans. La faiblesse de l'écart d'âge entre époux confirme qu'il s'agit généralement de jeunes couples n'ayant pas les moyens de leur autonomie résidentielle. C'est dans le centre et le sud du pays que ce statut est le plus fréquent. Or dans le groupe bété, qui peuple essentiellement ces régions, le jeune couple est censé fonder une nouvelle unité résidentielle [11]. Cette tradition néo-locale peut contribuer à la rareté du statut de belle-fille. Mais sa fréquence dans les jeunes générations (12% des femmes de 20-25 ans) montre peut-être que les difficultés matérielles croissantes dans le contexte de crise, contribuent non seulement à un report des mariages [8], mais aussi à un retard dans la décohabitation des jeunes, même en couple.

**Figure 1 : Structure de l'échantillon selon l'âge et le statut dans le ménage (EDS de 1991)**



La variable « statut dans le ménage » présente l'avantage de dépasser l'approche dichotomique femmes chefs de ménage / autres femmes, en donnant accès à la diversité des autres statuts féminins dans le ménage. Elle introduit en outre, dans l'identification du statut de la femme les critères résidentiels de son groupe de référence (virilocalité/néolocalité/lévirat), et des éléments transcendant ses caractéristiques individuelles (niveau d'instruction, sources personnelles de revenus). Quel que soit le niveau d'instruction d'une femme, si elle est dépendante de sa belle-famille et que son mari est absent, elle sera plus contrôlée en particulier sur le plan fécond, que n'importe quelle autre femme, peut-être analphabète, sans source de revenu, mais vivant sous le toit de son père. Ceci est particulièrement vrai pour la catégorie des « filles », qui chez les bétés ont une grande liberté sexuelle tant qu'elles habitent chez leur père, même mariées : « La fille n'est pas l'épouse de son père (...) le père n'a pas à contrôler de près son intimité sexuelle » [11 : 235]. Cela d'autant plus qu'il est le bénéficiaire direct de toute progéniture illégitime, aux dépens du père biologique qui ne peut faire respecter sa paternité qu'après versement d'une compensation matrimoniale.

L'analyse de la fécondité selon le statut dans le ménage a cependant des limites. D'une part, les EDS ne fournissent d'informations détaillées, en particulier sur la fécondité, que pour les femmes de 15 à 49 ans. Par ailleurs l'information sur le statut dans le ménage y est transversale. On ne peut donc interpréter les résultats que sous l'hypothèse que les femmes interrogées ont le même statut dans le ménage depuis 5 ans : les 5 dernières années à partir desquelles on mesure le niveau de leur fécondité<sup>5</sup>. Or le statut d'une femme évolue au cours de sa vie et influence ses attitudes dans la prise de décision, notamment en matière de fécondité. Pour les célibataires, on peut admettre l'hypothèse qu'elles résidaient certainement dans leur famille cinq ans avant, si elles y sont encore au moment de l'enquête (bien qu'elles aient pu connaître des périodes de décohabitation). Pour les épouses, il est possible de contrôler ce risque par l'ancienneté de l'union. C'est beaucoup plus hasardeux pour les autres catégories statutaires, notamment les femmes chefs de ménage, qui par définition ont occupé d'autres statuts auparavant (mais lesquels et quand par rapport à la constitution de leur descendance ?). D'où l'intérêt des résultats tirés de l'enquête biographique. Une autre limite importante, compte tenu du lien très fort entre l'âge et le statut occupé, est le fait que les données de l'EDS sur la fécondité ont été exploitées ici, aux âges pertinents pour les différentes catégories étudiées, à savoir moins de 35 ans pour les dépendantes du chefs de ménage et plus de 20 ans pour les femmes chefs de ménage. Les dépendantes du chef de ménage n'ont donc pu être incluses dans les estimations de la fécondité longitudinale, ou encore de la stérilité définitive des deux parties suivantes.

## Fécondité et statut dans le ménage

### L'évolution de la fécondité

Le rapport de l'EDS-I présente les années quatre-vingt comme la décennie du début du déclin de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a effectivement chuté entre l'ENF de 1978 (6,2 enfants par femme) et l'EDS de 1991 (5,8 enfants par femme). C'est surtout la fécondité des femmes âgées (40-49 ans) qui a connu une baisse significative. L'EDS relève également la moindre fécondité (moins précoce et plus courte) des citadines vivant dans les grandes métropoles (Yaoundé et Douala), plus significative que le léger différentiel observé selon le milieu urbain et rural. Quant aux autres critères d'appartenance socio-culturelle, la fécondité demeure plus élevée pour les femmes peu ou pas instruites, tandis que celles qui ont dépassé l'école primaire ont une fécondité inférieure de 30% [6].

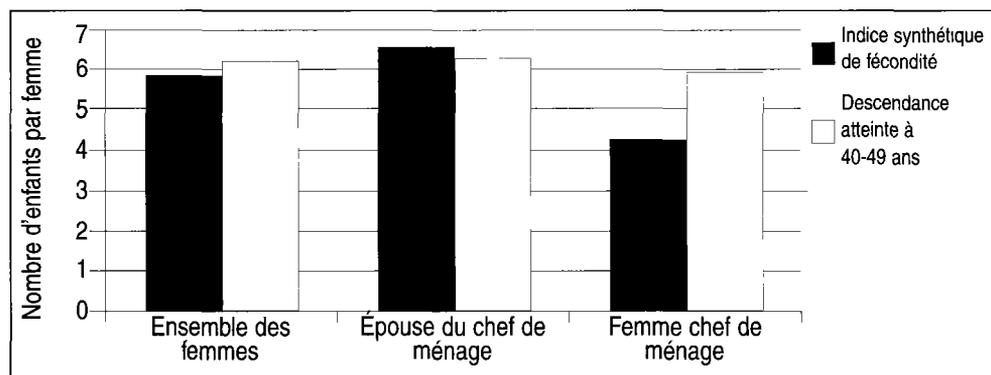
Bien que l'on manque de données comparables dans le passé, on peut se faire une idée de l'évolution de la fécondité, en comparant les indicateurs transversal (ISF) et longitudinal (descendance atteinte à 45 ans en moyenne)<sup>6</sup>. Dans l'ensemble, les femmes plus âgées auraient eu une fécondité plus forte : la descendance atteinte en

5. Dans les rapports EDS, les indicateurs transversaux de fécondité comme l'ISF ou les taux de fécondité générale par âge, sont calculés sur les naissances survenues au cours des trois ou cinq années précédant l'enquête, et non pour l'année d'enquête.

6. Si l'on compare la descendance atteinte à 40-49 ans et l'ISF observé en 1991, il est possible d'interpréter la fécondité des générations les plus anciennes de l'échantillon (descendance atteinte des femmes nées entre 1941 et 1951, indicateur longitudinal), par rapport à la fécondité qu'auraient les femmes commençant leur vie féconde en 1991, si pendant toute leur vie elles suivaient le modèle de fécondité observé à cette date (ISF, indicateur transversal de fécondité).

moyenne à 45 ans (soit entre 40 et 49 ans) est de 6,2 contre un ISF de 5,8 enfants par femme). Ce décalage entre descendance et ISF, plus fort dans les grandes villes, suggère en effet une diminution de la fécondité dans les générations plus récentes. Le rapport de l'EDS met cependant l'accent sur l'augmentation inattendue de la fécondité des femmes d'instruction primaire, et des régions du nord et du centre/sud/est (faible décalage). En outre, il semblerait que les tendances se diversifient selon le statut dans le ménage (Fig. 2).

**Figure 2 : Indicateurs de fécondité (femmes de 15-49 ans) (EDS, 1991)**



La fécondité des femmes en union avec le chef de ménage est plus élevée que la moyenne. Ces couples sont particulièrement bien représentés en zone rurale et dans le nord, et l'on sait que le niveau d'instruction des « épouses du chef de ménage » est nettement inférieur à celui des autres femmes de l'échantillon. Ces différents facteurs géographiques et socio-culturels qui favorisent une forte fécondité [6 : 33] se cristallisent apparemment dans la position d'épouse du chef de ménage.

Si l'on compare maintenant l'ISF à la descendance atteinte de ces femmes, il semble que leur fécondité ait même augmenté. En réalité, la cohorte qui atteint en moyenne 45 ans au moment de l'enquête est plus marquée par la stérilité que les générations ultérieures, et cela se répercute visiblement sur sa descendance atteinte à 45 ans pour les femmes qui ont encore le statut d'épouse du chef de ménage. De la même manière, les femmes chefs de ménage de cette génération auraient certainement eu plus d'enfants si elles avaient été moins touchées par la stérilité. Le différentiel de fécondité entre les deux cohortes de femmes chefs de ménage ne relève pas réellement d'une diminution de la fécondité dans cette catégorie. Il met plutôt en valeur les différences de profil fécond des femmes chefs de ménage selon l'âge auquel elles accèdent à ce statut. En effet, la cohorte fictive de l'ISF est constituée de femmes qui sont précocement entrées en situation de monoparentalité, et qui ont par conséquent développé un comportement spécifique. Par contre, la majorité des femmes chefs de ménage de la cohorte 40-49 ans ont, compte tenu de l'acquisition massive et tardive de ce statut dans le contexte du veuvage (à partir de 45 ans), constitué leur descendance en union. Elles atteignent donc une descendance plus proche des femmes qui sont encore en union, que des femmes chefs de ménage plus jeunes. Cet effet de sélection permet de comparer la fécondité de non pas deux générations, mais de deux modèles de femmes chefs de ménage, définis par l'âge et les conditions de l'acquisition du statut.

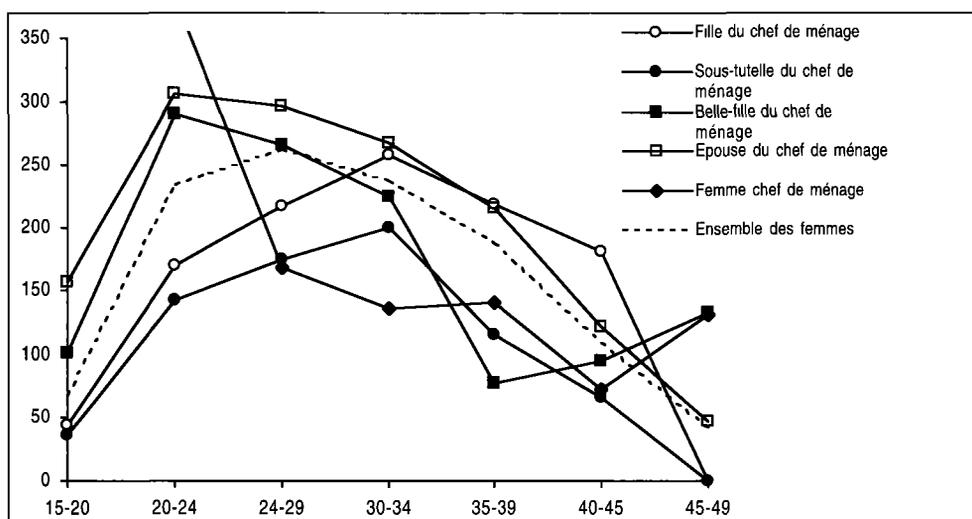
La baisse de la fécondité observée depuis 1978, serait donc imputable à des changements de comportement fécond, moins du côté des couples (recul de l'âge au mariage), que de celui des femmes hors union et en union non cohabitante. Quatre types de statuts nous intéressent ici particulièrement : les femmes chefs de ménage, mais aussi les filles, belles-filles, et femmes placées sous tutelle du chef de ménage.

## Taux de fécondité par âge

Le rapport de l'EDS impute la baisse de la fécondité à une diminution des taux aux grands âges, tandis qu'ils restent élevés aux jeunes âges, avec un maximum à 20-24 ans, et se maintiennent longtemps à des niveaux importants.

La figure 3 fournit les courbes des taux par âge atteints au cours de la période de 5 ans pour laquelle ils ont été calculés. La faiblesse des effectifs de certaines catégories de femmes ne permet pas de calculer les taux à tous les âges, ils ne sont donc donnés ici qu'aux âges pertinents<sup>7</sup>.

**Figure 3 : Courbes des taux de fécondité par âge, selon le statut dans le ménage (femmes de 15-49 ans) (EDS, 1991)**



La courbe en pointillés représente les taux de fécondité par âges pour l'ensemble des femmes. Par rapport à cette courbe de référence, on voit clairement que les épouses et belles-filles du chef de ménage ont des parités supérieures à la moyenne, tandis que les filles ou femmes placées sous la tutelle du chef de ménage ont des parités toujours inférieures à cette moyenne, de même que les femmes chefs de ménage. Les épouses du chef de ménage et celles d'un parent de ce dernier présentent des courbes assez proches : fécondité précoce qui se maintient longtemps à des niveaux élevés, mais chute aux âges élevés. Les femmes dépendant de leur propre famille (d'un père ou d'un tuteur) commencent leur vie féconde beaucoup plus lentement et ne rejoignent les niveaux des autres qu'à partir de 30 ans. Les femmes chefs de ménage présentent quant à elles les niveaux de fécondité les plus bas à tous les âges comparés.

7. Soit moins de 35 ans pour les dépendantes du chef de ménage et plus de 20 ans pour les femmes chef de ménage, pour travailler sur des effectifs suffisants.

## Stérilité primaire

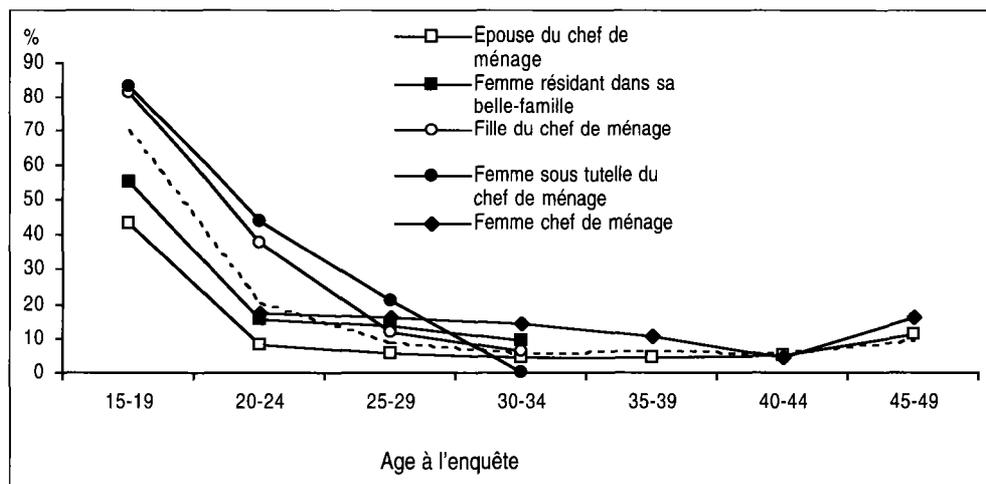
Le Cameroun, comme la plupart des pays d'Afrique centrale, est réputé avoir un problème spécifique de sous-fécondité. C'est notamment l'une des raisons pour lesquelles des programmes de planification visant la maîtrise de la fécondité n'ont été que tardivement mis en place (à partir de 1986) [7]. Les taux de stérilité y étaient jusqu'au début des années quatre-vingt, trois fois plus élevés que dans le reste de l'Afrique [5]. Le rapport de l'EDS a néanmoins mis en évidence un déclin de la stérilité définitive au cours des années quatre-vingt : le taux de femmes mariées de 35-49 ans qui n'ont toujours pas eu d'enfant<sup>8</sup> est passé de 11% en 1978 à 6,5% en 1991 (en moyenne 4% en Afrique). Si cette régression de la stérilité contribue certainement à l'augmentation de la fécondité des couples, comment évolue-t-elle selon le statut dans le ménage ? Les taux de stérilité définitive ne peuvent être calculés qu'à partir de 35-39 ans. Or pour ce qui concerne les données exploitées ici, aucun indicateur n'est plus pertinent, passé 35 ans pour les filles, belles-filles et femmes sous tutelle directe du chef de ménage, qui appartiennent plutôt aux groupes d'âges inférieurs. La figure 4 fournit néanmoins les taux de femmes sans enfant dans chaque groupe d'âge, et permet de voir quand commence la constitution de la descendance selon le statut dans le ménage.

Ces courbes illustrent l'évolution de la part des femmes n'ayant encore jamais eu d'enfant dans le groupe d'âge atteint. Les proportions diminuent avec l'âge, mais à des rythmes différents selon le statut dans le ménage. C'est parmi les épouses du chef de ménage que la chute est la plus rapide, où dès 20-24 ans, plus de 90% des femmes ont eu au moins un premier enfant. Pour les femmes dont le conjoint n'est pas chef de ménage, il y a comme un retard dans la constitution de la descendance : à 20-24 ans, 15% d'entre elles n'ont pas encore eu d'enfant. Ce décalage se maintient jusqu'à 30 ans, évoquant certainement l'attente d'une décohabitation pour constituer une descendance, ou plutôt la décohabitation dès l'arrivée du premier enfant.

En ce qui concerne les filles du chef de ménage et les femmes placées sous la tutelle du chef de ménage, le décalage est encore plus marqué : 40% n'ont encore jamais eu d'enfant à 20-24 ans. A moins de 20 ans, ce sont les moins fécondes (plus de 80% n'ont encore jamais eu d'enfant), car au même âge la majorité des jeunes femmes en union qui vivent chez leur conjoint ont déjà eu au moins une naissance. Mais à partir de 20 ans, les filles et pupilles du chef de ménage rattrapent rapidement ce retard de fécondité, au point qu'après 30 ans pratiquement toutes ces femmes ont au moins un enfant même si elles vivent encore chez leurs parents. Le décalage des courbes illustre bien celui des calendriers féconds : les femmes qui vivent encore dans leur famille (au sens large) commencent leur vie féconde plus tard, mais rattrapent les autres dès l'âge de 30 ans. C'est seulement parmi les chefs de ménage que la part des femmes n'ayant jamais eu d'enfant reste relativement stable, dépassant à presque tous les âges 10% d'entre elles. Elle augmente même après 45 ans, à l'âge où la plupart des femmes sans enfants des autres catégories accèdent sans doute à ce statut. Ces générations anciennes étaient de plus les plus frappées par la stérilité. La figure 5 permet de replacer les taux de stérilité observés dans les deux catégories pour lesquelles le calcul est pertinent (soit les épouses et les femmes chefs de ménage : effectif suffisant après 35 ans), par rapport aux ISF correspondants.

8. Hypothèse : passé 35 ans, une femme en union ne peut qu'être stérile si elle n'a jamais eu d'enfant [6 : 37].

**Figure 4 : Part (en %) de femmes sans enfants dans chaque groupe d'âge (15 à 49 ans) (EDS, 1191)**



La spécificité des femmes chefs de ménages se dégage : une fécondité nettement plus faible, et un taux de stérilité bien plus élevé. Dans le contexte camerounais de sous-fécondité, les unions fragilisées par l'expérience de la stérilité, conduisent comme ailleurs mais en plus grand nombre, des femmes à l'expérience de chef de ménage. Mais ce n'est pas la seule explication, et avant d'en examiner d'autres, voyons en quoi elles se distinguent des autres quant à leur perception de la valeur des enfants.

## Perception de la valeur des enfants

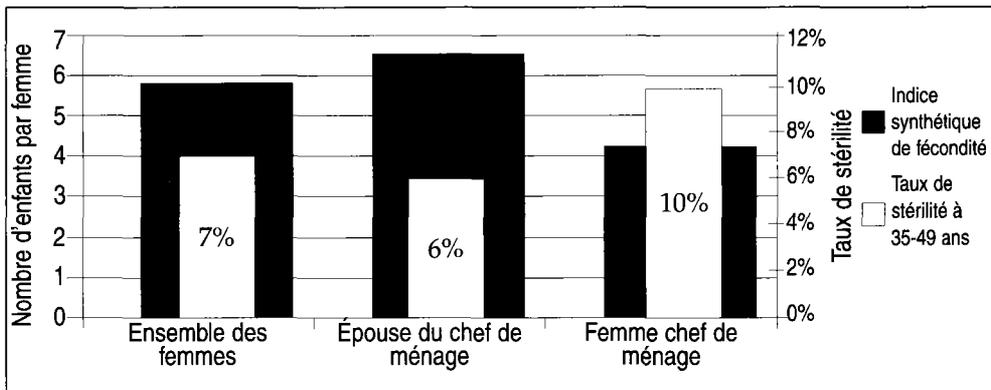
Dans l'EDS de 1991, trois questions ont été posées sur les avantages et les inconvénients d'une descendance nombreuse. Le traitement de ces questions révèle que le principal avantage d'une descendance nombreuse repose pour toutes les femmes interrogées sur leur assistance domestique. En fait, plus du tiers des épouses, belles-filles et filles du chef de ménage considèrent que c'est le principal intérêt d'une descendance nombreuse. Quant aux femmes chefs de ménage et aux femmes sous tutelle du chef de ménage, cette proportion tombe à moins du quart. Les divergences s'accroissent quant aux autres types de réponses données. Les épouses et belles-filles considèrent surtout l'aide dans le travail et pendant la vieillesse, tandis que les autres femmes se partagent entre l'aide dans le travail et l'absence totale d'avantage. Les femmes chefs de ménage, à hauteur de 17%, s'attachent deux fois plus souvent que les autres à la postérité qu'une telle descendance peut assurer. Mais toutes les femmes se rejoignent sur le principal inconvénient d'une nombreuse descendance, à savoir le coût qu'elle représente.

## Fécondité spécifique des femmes chefs de ménage

Dans l'échantillon féminin de l'EDS de 1991, le groupe des femmes chefs de ménage n'est pas représentatif de cette sous-population féminine, car on accède massivement à ce statut au-delà de la tranche d'âge considérée (15-49 ans). Ainsi, la majorité des

femmes chefs de ménage de l'échantillon sont en union alors qu'au recensement, cette proportion ne dépasse pas 22% (RGPH, 1987). On peut se faire une idée plus précise du problème si l'on rappelle que dans ce groupe d'âge, 7% des femmes sont chefs de ménage, alors que chez les plus de 49 ans on en observe 26,7%, soit trois fois plus (Exploitation du fichier ménage de l'EDS 1991). Le statut d'épouse du chef de ménage qui concerne plus d'une femme sur deux avant 50 ans, n'en concerne plus qu'un tiers à partir de cet âge. Quant aux autres formes de dépendance vis-à-vis du chef de ménage, 19% des femmes de 50 ans et plus sont mères du chef de ménage. Il y a manifestement un renversement des statuts familiaux de la femme âgée. Si l'échantillon de l'EDS n'est pas vraiment représentatif de la population des femmes chefs de ménage, on retrouve quand même certaines constantes : deux veuves sur trois sont chefs de ménage. L'autonomie résidentielle concerne également 42% des divorcées et 30% des femmes en union qui déclarent ne pas résider avec leur conjoint<sup>9</sup>. Pour ces trois catégories de femmes en rupture ou en union atypique, l'autonomie résidentielle est le mode d'habitat le plus courant. Est-il le plus recherché ? En définitive, le plus gros inconvénient des EDS, comme de toutes les autres sources de données transversales, réside dans l'absence d'information sur l'ancienneté du statut de femme chef de ménage. Comment savoir depuis combien de temps une femme est chef de ménage au moment de l'enquête ? Quel statut avait-elle quand elle a constitué sa descendance ? Dans l'ensemble, leur faible fécondité relève-t-elle de comportements féconds spécifiques, ou seulement du poids de la stérilité ?

**Figure 5 : ISF et stérilité définitive, femmes de 15-49 ans (EDS, 1991)**



La question des interactions entre fécondité et acquisition de ce statut est en fait plus pertinente. En effet, l'enquête biographique montre que le niveau de fécondité peut déterminer l'acquisition de ce statut, mais que manifestement cette expérience influence également les choix et pratiques fécondes. Elle confirme le poids de la stérilité dans les déterminants de l'expérience. Directement ou non, un bon quart des 180 femmes interrogées sont devenues chefs de ménage à cause de leur stérilité réelle ou supposée : répudiations pures et simples ou unions consensuelles n'ayant jamais été légitimées parce que non fécondes et perdurant parfois sans cohabitation tandis que le conjoint s'assure une descendance légitime avec l'épouse qui tient sa maison. Outre ces exemples de stérilité réelle, beaucoup de filles uniques portent

9. Parmi les femmes en union de 15-49 ans, 24% déclarent ne pas cohabiter avec leur conjoint, dont 30% sont chefs de ménage.

parfois jusque dans leur nom<sup>10</sup> [9], la trace de la sous-fécondité de leur mère et ne trouvent pas dans leur propre groupe d'aspirants au mariage. En héritant socialement de la malédiction de leur mère, leurs itinéraires aboutissent souvent au statut de chef de ménage, même quand elles ont pu faire preuve de leur fécondité. Il n'est dès lors pas étonnant que la population des femmes chefs de ménage soit une sous-population féminine particulièrement peu féconde. Il ne faut cependant pas attribuer cette moindre fécondité à la seule stérilité latente des femmes chefs de ménage, car l'enquête biographique révèle également des comportements féconds aussi spécifiques que divergents. Nous avons distingué la catégorie des femmes chefs de ménage qui ont cessé d'avoir des enfants après l'acquisition de leur statut, de celle des femmes qui ont continué d'en avoir. Deux types d'itinéraires, de réalités, de modes de vie et de représentations sont ici en jeu et déterminent deux modèles de fécondité.

Dans le premier cas, la femme passe de l'état d'épouse-mère de famille à celui de femme chef d'un ménage monoparental (par veuvage, séparation ou divorce). Les femmes qui deviennent chefs de famille à un âge avancé, en particulier les veuves, ont déjà largement constitué leur descendance dans le mariage. C'est autant par l'issue de leur union et donc par l'entrée dans l'état de chef de ménage, que parce que leur vie féconde touche à son terme, qu'elles n'auront plus d'enfant. Mais pour les femmes plus jeunes qui peuvent en théorie avoir d'autres enfants, on observe également souvent une interruption dans la constitution de la descendance (interruption qui s'avère définitive lorsque la femme finit par atteindre la quarantaine). Ces femmes ont en fait au commencement de leur expérience plus d'enfants que les autres femmes chefs de ménage de leur âge. Plus elles sont jeunes, plus elles ont d'enfants en bas âge, plus cette descendance alourdit leurs responsabilités matérielles et empêche le remariage en décourageant les prétendants potentiels. Comme dans le cas des femmes stériles, c'est encore le niveau de leur fécondité (ici trop élevé) qui confine ces femmes dans le statut de chef de ménage.

Dans le deuxième modèle, l'expérience de chef de ménage débute plus jeune, par décohabitation du ménage parental ou un divorce précoce, et précède ou accompagne la constitution du noyau familial. Cette expérience est envisagée comme une période transitoire, avant un mariage consensuel (par opposition au mariage arrangé) et entre dans le cadre de l'allongement du célibat féminin observé dans les villes africaines [1]. Ces jeunes femmes sont plus souvent nées en ville et, quel que soit leur niveau d'instruction, sont beaucoup plus impliquées dans les métiers urbains du commerce et du secteur moderne. La naissance d'un premier enfant peut aussi bien interrompre l'expérience en provoquant un mariage, que la renforcer. Le confiage peut permettre d'échapper pour un temps à la monoparentalité, mais la venue d'autres enfants illégitimes ne permet souvent plus de retarder l'échéance, et se cristallise tôt ou tard en situation de monoparentalité. A partir du moment où elles assument et acceptent les termes de cette monoparentalité, elles substituent au rêve du mariage, celui de l'avenir de leurs enfants, pour lesquels elles forment des projets précis : elles investissent dans les études de leurs fils et de leurs filles, les accompagnent dans les débuts de leur vie active, et les hébergent donc plus longtemps. Cet investissement est confirmé par l'intérêt qu'accordent les femmes chefs

10. Exemples de prénoms de dérision attribués à la femme stérile au Nigeria : « elle n'a rien », « qu'as-tu mis là dedans », « hlm »... ; ainsi qu'à l'enfant qui finit par naître : « sans espoir », « balayure », « chiffon », « sans nom », « on a déjà enterré », « personne n'en veut » [9].

de ménage à la sécurité qu'apporte une descendance. L'expérience de chef de ménage n'endigue absolument pas ici la constitution de la descendance, qui commence plus tardivement et est plus espacée. Au contraire elle en détermine la nature : les naissances sont plus espacées et la descendance finale moins grande. On observe une maîtrise de la fécondité que l'on peut associer à une plus grande autonomie décisionnelle quant au moment et au nombre des naissances.

Dans le cas des femmes chefs de ménage, il apparaît clairement que la stérilité ou une trop grande fécondité condamne en quelque sorte la femme à l'acquisition, voire à la conservation du statut de chef de ménage. Mais à l'inverse, les femmes qui entrent plus tôt dans l'expérience maîtrisent mieux leur fécondité. Les interactions entre le statut et la fécondité sont multiples et changeantes au cours du cycle de vie.

\*

\* \*

Les tendances qui se dégagent de l'analyse de la fécondité des femmes de 15 à 49 ans dépendent pour une bonne part du comportement fécond des femmes qui ont le statut d'épouse du chef de ménage. Pourtant elles représentent à peine plus d'une femme sur deux, et la tendance générale masque les divergences qui existent en fonction du statut dans le ménage. Le point sur cette composante du statut féminin a en effet montré que les épouses du chef de ménage ont une fécondité plus précoce et plus forte à tous les âges. Les jeunes citadines occupent des positions très diversifiées dans le ménage, ce qui les amène à commencer leur vie féconde plus tard et plus lentement. L'effet de l'allongement des études, résultant du développement socio-économique, se conjugue cependant ici à l'effet de la crise qui retarde le mariage et la décohabitation des jeunes couples et par conséquent l'arrivée du premier enfant. La catégorie des femmes chefs de ménage est enfin la moins féconde à tous les âges et rassemble le plus de femmes stériles.

La variable « statut ou position dans le ménage » est facile à introduire dans toute analyse, à partir du lien de parenté au chef de ménage et du statut matrimonial. Elle propose un éclairage complémentaire pouvant intervenir dans la définition du statut de la femme. Il faut néanmoins rester prudent dans l'interprétation et ne pas se laisser prendre par l'illusion d'un statut saisi transversalement, à la date de l'enquête, qui pour toutes les femmes en rupture d'union et en particulier les femmes chefs de ménage, mêle des individus qui l'occupent depuis peu à ceux qui l'ont acquis depuis longtemps. Par ailleurs, la catégorie des femmes chefs de ménage est très souvent opposée à l'ensemble des femmes qui n'occupent pas de position aussi (statistiquement) visible, comme si ces dernières formaient un tout homogène. La démarche suivie ici présente l'intérêt de dépasser l'approche dichotomique « femmes chefs de ménage » / « autres femmes » et montre que dans le ménage, les statuts féminins sont en fait très diversifiés.

Les résultats de l'EDS montrent que les femmes chefs de ménage ont une fécondité globalement inférieure à celle de toutes les autres catégories de femmes, mais en réalité il existe au sein même de cette population un différentiel de fécondité très important. L'enquête biographique confirme la sur-représentation des femmes stériles. De plus, en permettant de reconstituer l'histoire génésique selon l'historique des statuts dans le ménage, elle révèle aussi l'importance du lien entre la constitution de la descendance et l'avènement de l'expérience de chef de ménage : en parti-

culier le fait que cette descendance se soit constituée en période d'union avant l'expérience de femme chef de ménage (descendance précoce, nombreuse et généralement légitime), ou au cours de cette expérience (descendance plus tardive, plus restreinte, souvent illégitime et à paternité multiple, mais mieux encadrée). Il en résulte des différences de quantité et surtout de « qualité » de la descendance, y compris pour des femmes peu instruites et relativement pauvres. Les représentations de l'identité féminine passent certes par l'idéal de « l'épouse-génitrice », mais les aléas d'une existence marquée par la crise, la rupture ou l'héritage maudit de la stérilité, montrent manifestement qu'il vaut mieux être « mère sans époux » que « épouse sans enfant » !

La transition démographique est ainsi doublement liée au phénomène des femmes chefs de ménage, de par les changements de comportement fécond qui apparaissent chez une partie d'entre elles, mais également en raison du déséquilibre qu'entraîne l'augmentation des taux d'accroissement de la population sur le marché matrimonial [3]. En effet, en raison de l'important écart d'âge entre époux qui subsiste dans la plupart des modèles matrimoniaux africains, les femmes des jeunes générations ont peut-être plus de mal à trouver un conjoint en dehors du régime polygamique, qui les attire de moins en moins. Avec ou sans conjoint, « la fille ne va pas rester toute sa vie chez le papa »<sup>11</sup>, et l'alternative de l'expérience de femme chef de ménage s'impose d'elle-même.

## Bibliographie

1. ANTOINE P. ET NANITELAMIO J., 1990, La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan, Brazzaville, *Les dossiers du CEPED*, n° 12, Paris, 27 p.
2. BELLA N., 1995, La fécondité au Cameroun : niveaux et tendances, *Population*, Vol. 50, n° 1, INED, Paris, p. 35-60.
3. BROUARD N., 1998, Modèles démographiques et statut matrimonial, *Communication au Séminaire Démodynamique*, INED, Paris.
4. BUREAU CENTRAL DES RECENSEMENTS ET DES ETUDES DE POPULATION DU CAMEROUN, 1998, *Rapport Préliminaire de l'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1998 (EDSC-II)*.
5. CALDWELL J. et CALDWELL P., 1983, The demographic evidence for the incidence and cause of abnormally low fertility in tropical Africa., *World Health statistics Quarterly*, Vol. 36, n° 1, p. 2-34.
6. DIRECTION NATIONALE DU DEUXIÈME RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT DU CAMEROUN, 1991, *Rapport final de l'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 1991 (EDS-I)*, 287 p.
7. EVINA A., 1990, *Infécondité et sous-fécondité : le cas du Cameroun*, Les Cahiers de l'IFORD, n° 1, Yaoundé, 281 p.
8. EVINA A. et NGOY K., 1996, Fécondité, planification familiale et crise en milieu urbain camerounais : le cas d'une ville moyenne, Edéa, in GENDREAU F., *Dir., Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF, ESTEM, Paris, 415 p.
9. JOURNET O., 1992, *Un autre regard, La cité des chiffres, ou l'illusion des statistiques*, Eds Autrement, série Sciences et société, n° 5, Paris, p. 229-247.
10. KISHOR S., 1997, *The women status*, Rapport comparatif EDS.

11. Extrait d'un entretien avec Pierrette, femme chef de ménage célibataire de 35 ans, sans enfant (Enquête biographique, 1995).

11. LABURTHE TOLRA P., 1981, *Les seigneurs de la forêt*, Publications de la Sorbonne, Paris, 490 p.
12. LOCOH T. et HERTRICH V., Eds., 1994, *The Onset of fertility transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 308 p.
13. LOCOH T. et MAKDESSI Y., 1996, Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne, *Les dossiers du CEPED*, n° 44, CEPED, Paris, 47 p.
14. PILON M., SEIDOU MAMA M., TICHIT C., 1997, Les femmes chefs de ménage : aperçu général et études de cas, in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN K. et VIMARD P., *Ménages et familles en Afrique : approche des dynamiques contemporaines*, Les Études du CEPED, n° 15, Paris, p. 167-192.

# 25. Pauvreté et fécondité au Maroc

Aziz Ajbilou<sup>1</sup>

*L'objectif de ce chapitre est d'étudier la relation entre le phénomène de la pauvreté et le comportement procréateur des femmes au Maroc. Sur la base des données provenant de l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé (ENPPS) réalisée au Maroc en 1995 et en approchant la pauvreté à travers la question de la satisfaction des besoins de base, l'auteur montre que les femmes qui vivent dans des ménages considérés comme pauvres semblent plus prêtes à favoriser une procréation élevée et un âge au mariage relativement précoce que les femmes qui vivent dans des ménages considérés comme non pauvres. Si la pauvreté, dans ses différentes facettes, constitue une entrave au développement économique et social d'une société, elle constitue également, d'après les résultats que nous avons obtenus, un facteur de maintien des normes et coutumes traditionnelles incitant les individus à une procréation élevée et un mariage précoce. L'amélioration du niveau de vie des ménages pourrait donc être vue non pas seulement comme un facteur de développement économique et social, mais aussi comme un facteur favorisant la réduction de la fécondité qui constitue elle-même un élément essentiel de la croissance démographique.*

L'étude de la relation entre pauvreté et comportement procréateur a fait l'objet de nombreuses recherches ces deux dernières décennies. L'idée selon laquelle les populations qui vivent dans des conditions défavorisées ont une fécondité plus élevée que les autres couches de la population est devenue presque une évidence chez de nombreux auteurs. En effet, « la pauvreté qui est un processus multidimensionnel (relevant du culturel, de l'économique, du social et du politique) est souvent considérée comme un frein au développement, comme un des facteurs clés à l'origine des fortes croissances démographiques et des fécondités élevées, comme un phénomène qui bloque ou ralentit les transitions démographiques » écrivent B. Schoumaker et D. Tabutin [11 : 2]. La Banque Mondiale [4] de son côté affirme que « ce sont les pauvres, peu instruits, au revenu faible et incertain, et qui n'ont pas accès à des services de santé et de planning familial satisfaisants, qui ont beaucoup d'enfants ».

Cependant, si la pauvreté en tant que phénomène multidimensionnel, retarde certainement les progrès en matière de santé, de scolarisation des enfants, en particulier celle des filles, et par conséquent l'adoption de nouveaux comportements en matière de fécondité, force est de constater, à travers la littérature, que les liens de causalité entre les deux variables (pauvreté et fécondité) sont loin d'être évidents. Il y a, certes, une diversité de relations (absence de relation; relation plutôt positive; relation légèrement négative; relation en J-inversé et relation fortement positive) entre la pauvreté et la fécondité [11]. Cette diversité de relations trouve son origine dans plusieurs facteurs, tels que les données disponibles, le choix des indicateurs utilisés pour approcher le niveau de vie des ménages et la fécondité ou la multiplicité des approches susceptibles de relier la pauvreté et la fécondité [11].

1. INSEA, Rabat, Maroc.

L'objet de ce chapitre consiste à étudier la relation entre la pauvreté et la fécondité en prenant comme contexte celui du Maroc : peut-on dire que les pauvres ont une fécondité plus élevée que les non pauvres ? Telle est la question à laquelle nous allons essayer d'apporter quelques éléments de réponse en utilisant les données provenant de l'Enquête de Panel sur la Population et la Santé [9] réalisée en 1995.

Ce chapitre s'articule autour des points suivants. Dans un premier temps, nous présentons brièvement la méthodologie utilisée pour approcher le phénomène de la pauvreté. Ensuite, nous nous pencherons sur l'évolution de la fécondité au Maroc depuis les années soixante. Le troisième point, cherchera à illustrer la relation entre le comportement procréateur et le phénomène pauvreté.

## Aspects méthodologiques

Théoriquement, mesurer la pauvreté, c'est utiliser un ou des indicateurs « objectifs » permettant de distinguer clairement entre les populations dites pauvres et celles dites non pauvres. C'est une tâche que l'on pourrait qualifier de difficile, voire même d'impossible du fait de la difficulté à cerner les différentes facettes de ce phénomène multidimensionnel qui varie aussi bien dans le temps que dans l'espace. C'est ainsi qu'en dehors de l'approche statistique classique qui se fonde sur la détermination des seuils de revenus [10], l'une des méthodes que l'on peut utiliser est celle basée sur la satisfaction des besoins essentiels. En effet, les ménages qui vivent en situation de pauvreté sont souvent désavantagés dans un grand nombre de domaines des conditions de vie : l'accès à une alimentation correcte et suffisante, l'accès aux soins de santé, l'accès à un logement décent, l'accès à une éducation et enfin l'accès à certains biens durables ou leur possession. Sur la base de ces cinq critères, nous nous sommes contentés, dans cette étude, d'analyser le comportement procréateur de trois sous-ensembles de ménages<sup>2</sup>. Il s'agit de :

- $M_1$  : le sous-ensemble des ménages pauvres selon le critère alimentation, abstraction faite des autres critères. Le complément de cette sous-population des ménages est  $\overline{M}_1$ . Celle-ci est la sous-population qui arrive à satisfaire le critère alimentation.
- $M_2$  : le sous-ensemble des ménages qui n'arrivent pas à satisfaire au moins un des quatre autres critères de base (santé, habitat, éducation et biens durables), abstraction faite du critère alimentation. Le complément de cette sous population des ménages est  $\overline{M}_2$ .
- $M_3$  : le sous-ensemble des ménages qui n'arrivent pas à satisfaire au moins un des cinq critères (alimentation, santé, habitat, éducation, biens durables). Ils sont alors considérés comme pauvres selon les cinq critères. Ce sous-ensemble n'est que l'union entre  $M_1$  et  $M_2$  ( $M_1 \cup M_2$ ). Le complément de ce sous-ensemble est  $\overline{M}_3$ .

Par ailleurs, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est l'indicateur utilisé pour mesurer le niveau de la fécondité, avec l'âge au premier mariage et l'utilisation des

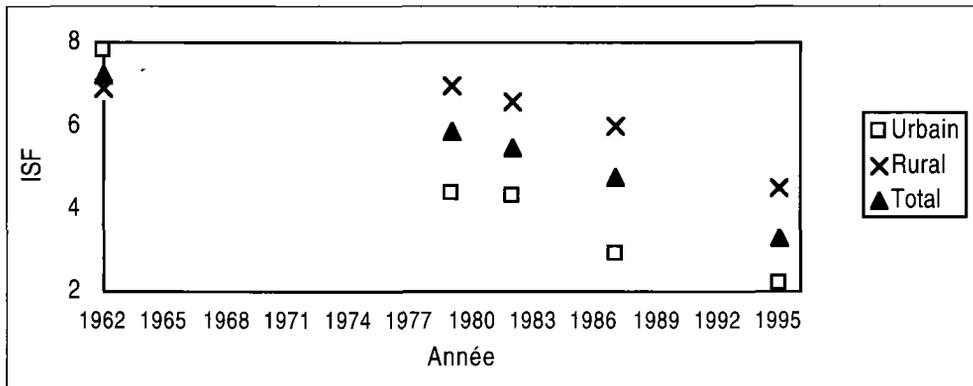
2. Les indicateurs des différents critères ont été déterminés en fonction des données disponibles dans l'EPPS de 1995. Les différents seuils discriminants entre les populations dites pauvres et le reste de la population ont été déterminés, quant à eux, sur la base des résultats de l'enquête niveau de vie de 1990/91. Pour plus de détail sur cette méthode, voir T. Abdelkhalek [1].

moyens contraceptifs comme variables intermédiaires de la fécondité. Tous ces indicateurs ont été calculés pour les femmes vivant dans des ménages qualifiés de pauvres et pour celles vivant dans des ménages non pauvres. Avant d'aborder l'étude du comportement procréateur des ménages pauvres, arrêtons-nous quelque peu sur la tendance de la fécondité marocaine depuis une trentaine d'années.

## La baisse continue de la fécondité depuis les années soixante-dix

Il y a trente ans environ, le Maroc était un pays à forte fécondité. Mais durant les deux dernières décennies, la fécondité marocaine a enregistré une baisse spectaculaire, signifiant l'entrée définitive du Maroc dans la deuxième phase de la transition démographique. En effet, l'indice synthétique de fécondité qui culminait aux alentours de 7 enfants par femme pendant les années soixante serait actuellement de l'ordre de 3 enfants par femme (Fig. 1). Le changement est encore plus accentué dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales. Selon l'EPPS de 1995, l'ISF est de l'ordre de 2,2 enfants par femme dans les premières contre 4,5 dans les secondes. Le comportement procréateur des femmes qui était autrefois favorable à une forte fécondité est aujourd'hui en phase de changement continu illustrant leur volonté de rejeter les traditions liées à une forte fécondité au profit d'un comportement où c'est « la qualité » de l'enfant qui prime sur la quantité. En effet, du fait des nouvelles valeurs acquises par le biais de l'urbanisation, d'une scolarisation plus large et d'une participation de plus en plus active à la vie économique, les femmes marocaines optent pour une fécondité plus réduite que par le passé.

**Figure 1 : Évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon le milieu de résidence, Maroc (1960-95)**



Source : Différents recensements et enquêtes réalisés au Maroc

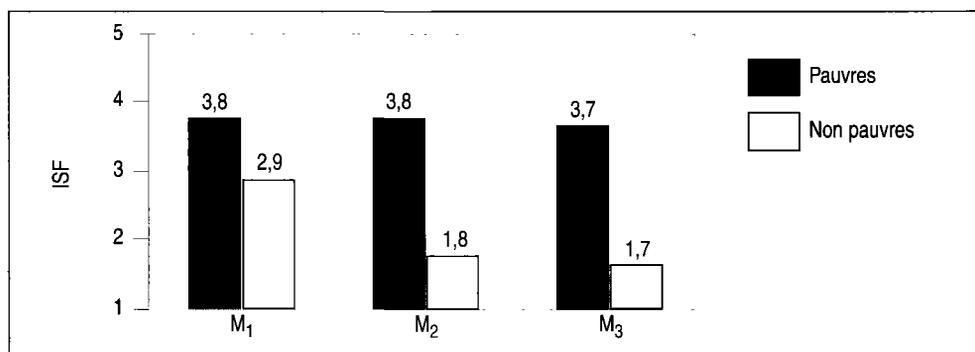
Selon A. Ajbilou [2 et 3] et J. Duchêne et A. Ajbilou [7], les changements survenus dans l'institution du mariage, notamment le recul de l'âge au premier mariage, constituent le véritable responsable de la réduction de la fécondité observée au Maroc depuis les années soixante. Selon ces auteurs, la montée du célibat aux jeunes âges (15-29 ans) explique près des deux tiers de la baisse de la fécondité observée durant les deux dernières décennies. Cependant, son effet diminue progressivement au profit de la diffusion des moyens de limitation volontaire des naissances. Et aujourd'hui encore, on observe le développement accéléré des conditions favorisant la réduction de la fécondité : la progression de l'urbanisation, l'expansion de la sco-

larisation, l'entrée progressive des femmes dans le circuit économique, la réduction continue de la mortalité infantile, ainsi que les campagnes lancées pour répandre et valoriser l'image d'une famille réduite. Tous ces facteurs laissent présager la poursuite de la baisse de la fécondité dans les années à venir.

## Un comportement des pauvres favorable à une forte procréation

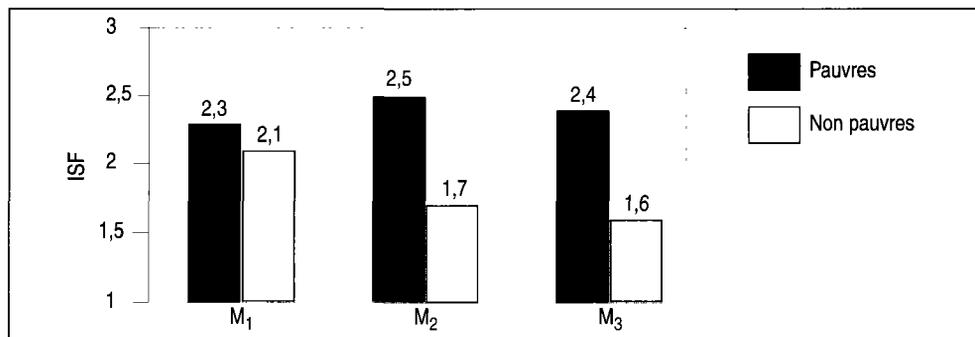
La figure 2 qui représente les indices synthétiques de fécondité (ISF) selon les différents critères de pauvreté, montre que les ménages qualifiés de pauvres se caractérisent par un comportement favorable à une fécondité élevée, comparés aux non pauvres. Les femmes appartenant à des ménages pauvres ont un nombre moyen d'enfants dépassant largement celui des femmes appartenant à des ménages non pauvres. Le niveau de vie des ménages apparaît alors comme un facteur déterminant du comportement procréateur des femmes. La satisfaction des besoins essentiels de base permet ainsi de réduire significativement le niveau de fécondité.

**Figure 2 : Indice synthétique de fécondité de l'ensemble des femmes selon les différents critères considérés**

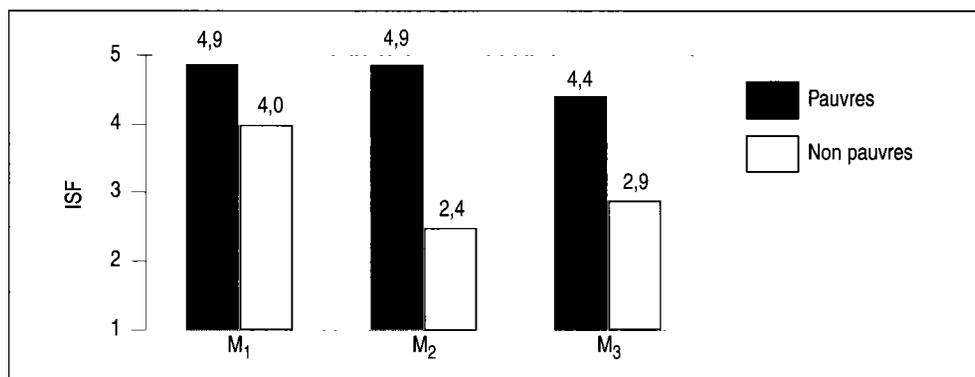


Par ailleurs, en contrôlant le milieu de résidence (Fig. 3 et 4) nous constatons que la relation positive entre pauvreté et fécondité semble être toujours vérifiée. Quel que soit le milieu de résidence, le niveau de fécondité des femmes qui vivent dans des conditions défavorisées est relativement élevé par rapport à celui de leurs concitoyennes qui vivent dans des ménages qui arrivent à satisfaire les conditions minimales d'existence.

**Figure 3 : Indice synthétique de fécondité des femmes urbaines selon les différents critères considérés**

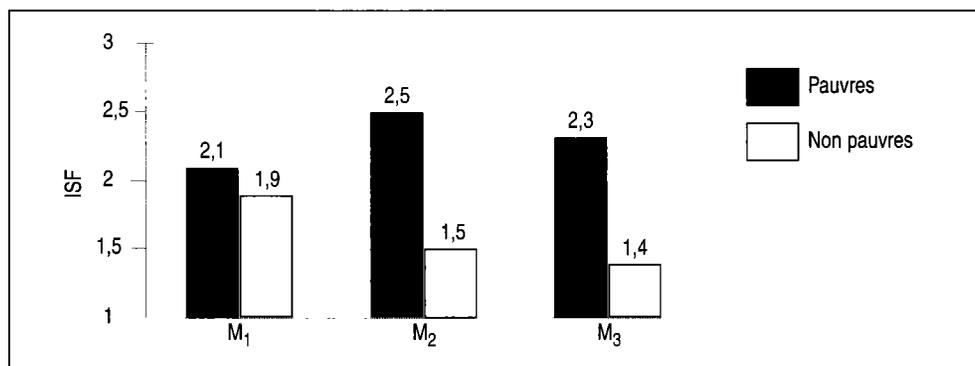


**Figure 4 : Indice synthétique de fécondité des femmes rurales selon les différents critères considérés**

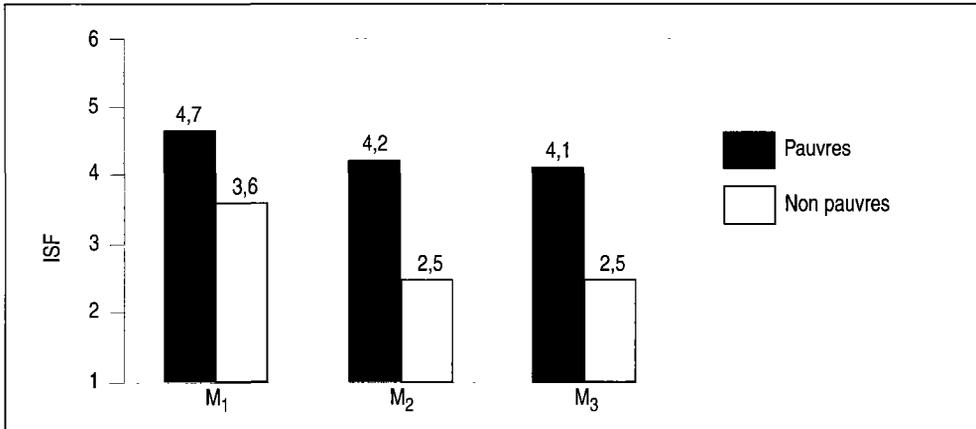


De même, quel que soit le critère de pauvreté retenu, la fécondité des femmes rurales diffère beaucoup de celle des citadines, ces dernières ayant environ la moitié du nombre d'enfants des femmes rurales. En effet, si l'on considère par exemple les ménages qui ne peuvent satisfaire à une alimentation correcte (sous-population M<sub>1</sub>), la fécondité varie de 4,9 enfants par femme dans le milieu rural à 2,3 dans le milieu urbain. Cette différence se retrouve entre les deux milieux concernant la fécondité des ménages qui arrivent à satisfaire le critère alimentaire (respectivement 4 et 2,1 enfants par femme). Il en est de même si l'on considère les deux autres critères. Plusieurs facteurs expliquent ces différences de fécondité entre les populations dites pauvres et celles dites non pauvres. Les femmes citadines et rurales, même si elles appartiennent à des catégories sociales identiques, ont un accès différencié aux services ayant un impact sur leur fécondité. Le passage de la campagne à la ville pourrait aussi s'accompagner de l'altération des coutumes sociales qui régissent encore fermement le milieu rural. Cette altération des coutumes et normes traditionnelles touche, bien que cela se fasse à des degrés nettement différents, tant les milieux pauvres que les milieux non pauvres. Ainsi, comme le montrent les figures 5 et 6, la relation négative, que nous avons observée entre la fécondité des femmes et leur niveau de vie, reste valable lorsque nous contrôlons la variable de l'alphabétisation.

**Figure 5 : Indice synthétique de fécondité des femmes sachant lire et écrire selon les différents critères considérés**



**Figure 6 : Indice synthétique de fécondité des femmes analphabètes selon les différents critères considérés**



Par ailleurs, le niveau de vie des ménages a une influence sur la décision du mariage des individus. Selon le tableau 1, l'âge au premier mariage est plus précoce chez les ménages qualifiés de pauvres que chez les ménages qui ne sont pas considérés comme pauvres. Que ce soit l'âge au premier mariage ou les proportions de femmes célibataires aux groupes d'âge 20-24 ans et 25-29 ans, le sens de la relation entre le niveau de vie des ménages et leur comportement vis-à-vis de l'institution du mariage est le même. Comme pour le comportement en matière de fécondité, la pauvreté constitue donc une entrave à l'adoption de nouveaux comportements matrimoniaux. Les coutumes traditionnelles et notamment celles liées à la précocité du mariage demeurent ancrées beaucoup plus dans le comportement des pauvres que dans celui des non pauvres. Le recul de l'âge au premier mariage reste alors tributaire d'une amélioration du niveau de vie des ménages, quel que soit le milieu de résidence.

**Tableau 1 : Proportions de femmes célibataires à 20-24 ans et 25-29 ans et âge moyen au premier mariage des femmes selon le milieu de résidence et les sous-ensembles considérés**

Critère	Catégorie	Proportion de célibataires à 20-24 ans (%)			Proportion de célibataires à 25-29 ans (%)			Age moyen au premier mariage		
		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural
Alimentation	Pauvre (M <sub>1</sub> )	61,8	70,8	55,6	37,7	51,1	26,5	25,3	26,8	24,3
	Non pauvre (M <sub>1</sub> )	67,2	74,5	57,8	43,1	48,5	36,3	26,4	27,6	25,0
Autres	Pauvre (M <sub>2</sub> )	58,6	65,2	55,2	35,5	42,3	31,7	25,0	25,7	24,6
	Non pauvre (M <sub>2</sub> )	80,3	80,7	77,4	52,7	54,7	42,1	28,2	28,5	26,7
Tous	Pauvre (M <sub>3</sub> )	60,6	67,8	56,0	36,5	43,7	31,4	25,3	26,4	24,6
	Non pauvre (M <sub>3</sub> )	80,7	81,4	75,0	55,2	57,0	46,9	28,4	28,7	27,2

Source : [9].

La pratique contraceptive, quant à elle, varie également selon le niveau de vie des ménages (Tab. 2). En effet, la limitation ou l'espacement des naissances, qui est un choix de la part de la femme, du mari ou des deux en commun, est tributaire des conditions économiques et socio-culturelles du ménage. Certes, quel que soit le cri-

tère de pauvreté retenu, les femmes pauvres affichent des taux de prévalence contraceptive nettement moindres que les femmes non pauvres. On fait souvent état dans la littérature de cette relation positive entre le niveau de vie des ménages et la pratique contraceptive. A ce propos, R. Bourquia [5] écrit : « la femme pauvre, qui a beaucoup d'enfants, regarde avec convoitise la citadine éduquée qui n'a que deux ou trois enfants propres, qui vont à l'école. Cependant, ceci n'est point un modèle à adopter et à mettre en pratique dans sa vie. Dans l'esprit de ces femmes, tout se passe comme s'il y avait des pratiques appréciables et valorisées réservées aux autres mais inaccessibles pour elles-mêmes ». Aussi, dans les milieux défavorisés, la perception de la pratique contraceptive est généralement perçue par les femmes comme une menace à leur vocation essentielle de procréation. Et même quand une femme utilise la contraception, elle demeure très sensible à la discrétion, car pour qu'une femme puisse préserver son image de mère respectée et appréciée par ses enfants, elle doit mettre la pilule à l'abri de leur regard et l'utiliser à leur insu [8].

**Tableau 2 : Proportion (%) de femmes mariées utilisant des moyens de contraception selon le type et les sous-ensembles considérés**

Critère	Catégorie	Toutes méthodes	Toutes méthodes modernes	Toutes méthodes traditionnelles	Aucune méthode	Total
Alimentation	Pauvre ( $M_1$ )	46,2	38,9	7,3	53,8	100,0
	Non pauvre ( $\overline{M}_1$ )	54,0	45,6	8,4	46,0	100,0
Autres	Pauvre ( $M_2$ )	45,9	41,2	4,7	54,1	100,0
	Non pauvre ( $\overline{M}_2$ )	67,5	51,1	16,4	32,5	100,0
Tous	Pauvre ( $M_3$ )	47,7	41,9	5,8	52,3	100,0
	Non pauvre ( $\overline{M}_3$ )	67,6	51,7	15,9	32,4	100,0

Source : [9].

En définitive, les femmes qui vivent dans des ménages défavorisés semblent être plus prêtes à favoriser une procréation élevée et un âge au mariage précoce que le reste de la population. On peut se poser la question de savoir ce que signifie avoir des enfants chez une femme pauvre. Une enquête qualitative, menée par R. Bourquia [5] dans les milieux pauvres de la ville d'Oujda, a révélé que l'attitude des femmes pauvres envers la procréation trouve sans doute son origine dans leur perception du temps (*zman*), du futur et de leur devenir. Elle écrit : « La femme ne pourrait penser ni parler du futur et de son avenir sans évoquer le temps (*zman*), non pas comme temporalité mais comme aléa ». Cet aléa frappe principalement les catégories sociales marginalisées. La procréation permet ainsi à une femme pauvre de se protéger de l'aléa et de l'incertitude. Comme l'écrit R. Bourquia [5] : « dans le champ de l'interaction sociale, elle lui procure un peu de prestige et lui fournit une stratégie pour faire face à l'incertitude ». Nous donnons à titre d'illustration certaines réponses des femmes, concernant le nombre idéal d'enfants qu'elles espèrent avoir, relevées par R. Bourquia dans son enquête : « Il est toujours bien d'avoir des enfants » ou encore « le nombre [d'enfants] est une affaire de Dieu » ou encore « Dieu seul décide du nombre à avoir ». Par ailleurs, avoir des enfants, chez une femme pauvre, constitue un investissement pour l'avenir. Cet investissement est d'autant plus rentable que le nombre d'enfants est élevé [5]. Cet auteur souligne que « lorsque la femme opte pour le planning familial en réduisant le nombre d'enfants que sa capacité pro-

créatrice pourrait lui procurer, elle réduit, par la même occasion, ses chances d'avoir une bonne progéniture dans l'avenir et c'est un risque qu'elle ne veut pas prendre ».

\*

\* \*

La fécondité marocaine a connu des changements considérables pendant les trente dernières années. L'indice synthétique de fécondité qui était de l'ordre de 7 enfants par femme en 1960 est aujourd'hui de l'ordre de 3. Les femmes adoptent en effet progressivement un comportement moins favorable à une forte procréation. Mais la pauvreté qui constitue une entrave au développement économique et social de la société, constitue aussi, d'après les résultats obtenus, un facteur de maintien des normes et coutumes traditionnelles incitant les femmes à une procréation élevée et un mariage précoce. Les femmes pauvres semblent mieux s'accommoder de la logique du modèle culturel traditionnel que les autres couches de la population. C'est ainsi que l'amélioration du niveau de vie des ménages pourrait être vue non pas seulement comme un facteur de développement économique et social mais aussi comme un facteur favorisant la réduction de la fécondité.

## Bibliographie

1. ABDELKHAKE T., 1999, La pauvreté au Maroc : une approche basée sur la satisfaction des besoins de base, in INSEA, *Pauvreté, satisfaction des besoins essentiels et variables démographiques au Maroc*, Rabat, p. 59-98.
2. AJBILOU A., 1991, Relation entre nuptialité et fécondité au Maghreb, *Thèse de Maîtrise en Démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve*.
3. AJBILOU A., 1995, La fécondité et la nuptialité au Maghreb : Interrelation, mécanisme et variables explicatives, *Communication au Séminaire International sur la Transition Démographique au Maghreb, 2-10 octobre 1995, Rabat*.
4. BANQUE MONDIALE, 1984, *Rapport sur le développement dans le monde*, Banque Mondiale/Oxford University Press, New York.
5. BOURQUIA R., 1996, *Femmes et fécondité*, Afrique Orient, Casablanca, 135 p.
6. CERED, 1993, *Fécondité, infécondité et nouvelles tendances démographiques au Maroc*, CERED, Rabat, 274 p.
7. DUCHÊNE J. et AJBILOU A., 1995, Structures, nuptialité et fécondité dans les déclinés de natalité d'hier et d'aujourd'hui, in TABUTIN D., EGGERICKX T. et GOURBIN C., *Eds., Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quételet 1992, Adademia/L'Harmattan, Louvain-La-Neuve, p. 283-300.
8. EL HARRAS M., 1997, Comprendre les facteurs socio-culturels affectant les comportements en matière de démographie et les implications pour la formulation et l'exécution de politiques et programmes de population, *Rapport d'une enquête qualitative*.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1995, *Enquêtes de Panel sur la Population et la Santé, EPPS 1995*, Rabat, Maroc, 201 p.
10. SALAMA P. et VALIER J., 1995, Mesures des pauvretés et de l'appauvrissement, in *Revue Tiers Monde*, n° 142, p. 257-278.
11. SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud. Connaissances, méthodologie et illustrations, Document de Travail SPED, n° 2, Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 32 p. + annexes.

# 26. Baisse de la fécondité et demande d'éducation à Antananarivo (Madagascar)

Diane Coury et Nicolas Razafindratsima<sup>1</sup>

*La fécondité des femmes d'Antananarivo, capitale de Madagascar, est actuellement dans une phase de baisse rapide. De 4 enfants par femme en 1986, l'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé à 3,2 enfants par femme sur la période 1990-1992, pour finalement atteindre 2,8 pour la période 1994-1996. La même tendance à la baisse est observée si l'on s'intéresse aux descendance finale des femmes de 40 ans et plus. En effet, les femmes de 45-49 ans ont eu 5,2 enfants vivants en moyenne, alors que celles de 50-54 ans avaient encore 6 enfants en moyenne. Parallèlement, sur le moyen terme, le niveau d'éducation de la population de la capitale s'est sensiblement accru : la majorité des individus âgés de 6 ans et plus ont un niveau d'instruction au moins égal à celui de leur père. Mais ces tendances, observées dans la capitale, sont en contraste par rapport à celles du reste du pays. Pour tout Madagascar, la baisse de la fécondité est en effet à peine amorcée, et le niveau d'éducation est en baisse des générations les plus âgées aux plus jeunes.*

*Un tel constat conduit à penser que la baisse de la fécondité et la hausse du niveau d'éducation, et ce malgré la dégradation du niveau de vie, ne sont pas indépendants. L'objectif de ce chapitre est donc d'apporter des éclairages sur la nature du lien pouvant exister entre la fécondité des femmes et la scolarité de leurs enfants. On ne s'attachera pas toutefois aux variables intermédiaires qui influent directement sur la fécondité, mais plutôt aux motivations (ici, éduquer leurs enfants) qui poussent les couples à réduire leur fécondité. Notre hypothèse est que les parents qui souhaitent mieux éduquer leurs enfants en restreignent le nombre.*

*Les tests sont effectués sur les données de l'enquête Santé Education Transferts (SET97) qui porte exclusivement sur l'agglomération d'Antananarivo. D'après les résultats il existe une relation inverse entre la fécondité de la femme (i.e. le nombre d'enfants nés vivants) et la réussite scolaire (obtention de diplôme) de ses enfants, d'une part, et l'effort éducatif du ménage (maintien des enfants à l'école), d'autre part. C'est bien parmi les ménages où les enfants réussissent le mieux, que la fécondité est la plus faible.*

Antananarivo, capitale de Madagascar, connaît actuellement une baisse rapide de sa fécondité. En l'espace de 5 ans (1992-97) la fécondité du moment a diminué de 0,4 enfants par femme [7 et 8]. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 2,8 enfants par femme, deux fois inférieur à celui enregistré dans l'ensemble du pays (qui s'élève à 6 enfants par femme)<sup>2</sup>. Madagascar, comme nombre de pays d'Afrique sub-saharienne, n'en est qu'au début de sa transition démographique. Le

1. Doctorants à l'Institut d'Études Politiques de Paris, allocataires de recherches de l'IRD (ex-ORSTOM), affectés au Projet MADIO (Madagascar-Dial-Instat-Orstom) à Madagascar.

2. Cette fécondité a à peine baissé, puisque selon l'ENDS de 1992, l'ISF sur les 3 années précédant l'enquête était de 6,1 enfants par femme.

pays est ainsi marqué par une fécondité encore forte, alors que la mortalité a baissé sur le long terme, tout en restant à des niveaux élevés. La mortalité infantile est de 96 pour mille naissances vivantes.

En matière d'éducation, la capitale jouit également d'une situation privilégiée relativement au reste du pays. Selon MADIO [12], en 1997, le taux brut de scolarisation (TBS)<sup>3</sup> dans le primaire, dans l'agglomération d'Antananarivo, atteignait 131%, alors que pour toute l'Ile, ce taux ne se chiffrait qu'à 83% en 1993 [9], et qu'il a encore diminué depuis ! Malgré les problèmes croissants rencontrés, le système éducatif de la capitale, contrairement au système national, a réussi à limiter la baisse de la fréquentation scolaire. Par ailleurs, le niveau d'éducation de la population d'Antananarivo a augmenté sur une longue période, ce qui fait que la majorité des enfants ont un niveau d'éducation supérieur ou égal à celui de leur père, ce qui n'est pas le cas dans les autres régions [1 et 12].

L'économie du pays, malgré une récente reprise, reste dans une situation difficile, suite à une longue période de dégradation. Les vingt cinq dernières années ont été marquées par une paupérisation croissante de la population, qui a vu son pouvoir d'achat réduit de moitié [14]. Madagascar, avec un revenu par tête ne dépassant pas les 230 \$, fait partie des pays à très faibles revenus. Mais les évolutions économiques récentes sont néanmoins encourageantes : en 1997, et pour la première fois depuis des décennies, le taux de croissance économique a dépassé le taux de croissance démographique.

Avec une croissance démographique rapide (2,8% par an), la population malgache est jeune (55% de moins de 20 ans), renforçant par là, les besoins en infrastructures publiques. Or, cette situation est d'autant plus critique, que l'Etat est aujourd'hui dans l'impossibilité d'assurer à tous l'accès aux services publics de base (éducation, santé, etc).

## Problématique

Le constat précédent nous conduit à faire l'hypothèse d'une relation entre la fécondité d'une femme et l'éducation de ses enfants. La baisse de la fécondité et la hausse du niveau d'éducation (sur longue période) observées à Antananarivo, et ce malgré la dégradation du niveau de vie, ne seraient donc pas indépendantes. Ces deux phénomènes résulteraient de décisions prises au niveau micro-économique, c'est-à-dire au niveau du ménage. On peut, en effet, supposer que les parents décident du nombre de leurs enfants en fonction des moyens matériels dont ils disposent et du niveau d'éducation qu'ils souhaitent pour leurs enfants. A niveau de richesse donné, les parents décideraient d'avoir moins d'enfants afin de mieux les éduquer.

Notre étude tente d'apporter un éclairage sur la nature du lien entre la fécondité des femmes et la scolarité de leurs enfants. On ne s'attachera pas, toutefois, aux variables intermédiaires (telles que la connaissance et l'usage de la contraception, l'âge au premier mariage, etc.), qui influent directement sur la fécondité, mais plutôt aux motivations (ici, éduquer leurs enfants) qui poussent les couples à réduire leur fécondité.

L'étude de ce lien (sa nature et son ampleur) est d'un très grand intérêt. Il est, en effet, important de connaître les déterminants de la fécondité, qui est le principal

3. Le TBS est le rapport du nombre d'élèves inscrits dans un cycle scolaire au nombre d'individus appartenant à la tranche d'âge correspondant à ce cycle.

facteur influençant les évolutions démographiques futures, et partant, économiques. Le gouvernement malgache a récemment décidé de mettre en œuvre une politique de population, dont l'un des objectifs est d'améliorer la santé des mères et des enfants et de réduire le nombre d'enfants par femme. Mieux connaître les comportements en matière de fécondité permet à terme de mettre en place des politiques plus viables et efficaces.

Après avoir fourni un cadre conceptuel à notre étude, et présenté les données sur lesquelles nous travaillerons, nous exposerons dans une dernière partie les résultats obtenus.

## Cadre théorique

Notre support théorique se base sur le modèle d'interaction entre la quantité et la qualité de l'enfant, initialement formulé par G.S. Becker en 1960 [3], puis développé par G.S. Becker et G. Lewis [2].

C'est dans son article *An economic analysis of fertility* (1960), que G.S. Becker établit les bases d'une théorie économique de la fécondité. Auparavant, la fécondité et la reproduction étaient abordées surtout d'un point de vue biologique et sociologique. Ce modèle permet d'étudier les motivations des couples à avoir tel ou tel niveau de fécondité, sans se préoccuper des moyens pouvant être mis en œuvre pour l'atteindre.

L'hypothèse principale de la théorie de G.S. Becker est que l'enfant peut être considéré comme un bien économique durable. Sa présence augmente le bien-être des parents (c'est-à-dire accroît leur « utilité »). Par conséquent, les enfants font l'objet d'un arbitrage avec d'autres biens. Le bien économique « enfant » a deux composantes principales : une composante « quantité » (liée au nombre), et une composante « qualité » (liée aux capacités de l'enfant, à son éducation, etc.). Ces deux composantes sont considérées comme des biens « supérieurs ». Cela signifie que les demandes en quantité et en qualité augmentent avec le revenu.

Selon cette théorie, deux raisons expliquent que dans les études transversales et longitudinales, on observe que plus le revenu augmente, moins les individus ont d'enfants :

- d'abord par un effet prix : le coût principal de l'enfant est en effet le « coût d'opportunité », c'est-à-dire le prix du temps que les parents consacrent à l'élever. Or, lorsque le revenu s'élève, le temps est de plus en plus cher, de plus en plus valorisé. Donc, la hausse du niveau de vie conduit à une baisse du nombre d'enfants ;
- ensuite par un effet de substitution de la quantité par la qualité. Ce phénomène est le plus susceptible de nous intéresser. Lorsque le revenu augmente, les parents peuvent choisir soit d'avoir plus d'enfants (puisque la demande d'enfants est considérée comme reliée positivement au revenu), soit d'en avoir moins mais de meilleure qualité.

Une caractéristique importante du modèle de 1973 est que, même sans faire d'hypothèse particulière sur la substitution de la quantité par la qualité, ces deux variables seraient quand même reliées négativement. En effet, chaque ménage maximise une utilité de la forme :

$U=U(n,q,z)$  où  $n$  désigne le nombre d'enfants,  $q$  la qualité de chaque enfant,  $z$  les autres biens consommés par le ménage.

La charge liée à l'éducation des enfants est ainsi égale à  $C = nq$ .  $C$  est produit par les parents, par une combinaison de leur temps et de leurs biens (en nature ou monétaires). La contrainte sur le revenu monétaire, quant à elle, s'écrit :

$$R = nq\pi + Z\pi_z$$

où  $R$  est revenu monétaire du ménage,  $\pi$  est le coût de  $C = nq$  (i.e de l'éducation de l'ensemble des enfants), et  $\pi_z$  le prix de  $z$ . La résolution du programme de maximisation d'utilité sous la contrainte de revenu donne alors (conditions du premier ordre) :

$$UM_n = \lambda q\pi = \lambda p_n; UM_q = \lambda n\pi = \lambda p_q; UM_z = \lambda \pi_z = \lambda p_z$$

où les  $UM_i$  sont les utilités marginales,  $p_n$ ,  $p_q$  et  $p_z$  les coûts marginaux respectifs de  $n$ ,  $q$  et  $z$ , et  $\lambda$  l'utilité marginale du revenu monétaire.

Les prix à considérer ici sont les coûts marginaux ( $p_n$ ,  $p_q$  et  $p_z$ ) ou prix « cachés ». Or,  $p_n$  est proportionnel à  $q$  et  $p_q$  est proportionnel à  $n$ . Ainsi, le prix caché de la quantité (c'est-à-dire le coût d'un enfant supplémentaire, en maintenant la qualité de chaque enfant constante) est d'autant plus élevé que la qualité est élevée. De même, le prix caché de la qualité (c'est-à-dire le coût d'une hausse d'une unité de la qualité, en maintenant leur quantité inchangée) est d'autant plus fort que le nombre d'enfants est élevé. Autrement dit, il revient plus cher d'accroître la qualité lorsqu'il y a plus d'enfants et il revient également plus cher d'avoir un enfant supplémentaire lorsque la qualité de chaque enfant est élevée [15].

Le modèle peut toutefois être critiqué sur certains points :

- il est statique : la fécondité et les investissements à faire sur les enfants sont le résultat d'un choix des parents au début de leur période féconde. A mesure que les enfants arrivent, les parents ne peuvent changer leur choix ou ajuster leurs projets selon les informations nouvelles dont ils disposent. En particulier, les parents ne peuvent ajuster leur investissement en qualité selon les facultés de leurs enfants. De plus, les parents sont supposés connaître parfaitement leurs revenus futurs ;
- la fonction de production ne prend pas en compte les productions jointes et les économies d'échelles. Cette affirmation est critiquable, notamment pour les activités éducatives faisant intervenir le temps des parents, et même pour certains biens tels que les fournitures scolaires ou les vêtements. De même, le modèle ne prend pas en compte les entraides éventuelles entre les enfants, qui peuvent pourtant accroître leur qualité ;
- les parents sont supposés désirer une même qualité pour tous leurs enfants : il n'y a pas de différence de traitement. Mais dans le modèle de 1973, on ne tient pas compte des capacités personnelles de chaque enfant, qui pourtant peuvent être différentes, même entre enfants appartenant à la même fratrie.

En nous référant à ce cadre théorique, nous formulons l'hypothèse principale que la fécondité de la femme et l'éducation de ses enfants sont négativement reliées<sup>4</sup>. Cette relation résulterait d'un choix conscient des parents qui, désireux d'offrir plus d'instruction à l'ensemble de leurs enfants, en réduiraient leur nombre. En effet, un nombre croissant d'enfants engendre des coûts plus élevés (coûts liés à la scolarisation, à l'habillement, etc.).

4. Le modèle de Becker implique un choix simultané du nombre et de la « qualité » des enfants. Certains auteurs testent un modèle à équations simultanées [4 et 13].

## Les données

Nous utiliserons les données de l'enquête « santé-éducation-transferts » (en abrégé : SET97), qui a été menée, dans l'agglomération d'Antananarivo<sup>5</sup>, aux mois de mai et juin 1997. SET97 a porté sur un échantillon de 1 022 ménages, tirés de manière aléatoire à partir de l'échantillon de ménages interrogés lors de l'enquête annuelle sur l'emploi, les revenus et les conditions d'activité. On a pu ainsi obtenir un échantillon représentatif de l'ensemble des ménages de l'agglomération, correspondant à un taux de sondage d'environ 1/200.

L'enquête SET97 cherche à répondre à trois objectifs :

- en matière de santé, d'une part obtenir des informations générales sur la morbidité et sur la demande de soins de santé, et d'autre part constituer un ensemble réduit de statistiques sur la fécondité ;
- en matière d'éducation, décrire la fréquentation et la réussite scolaire aux différents niveaux, analyser la mobilité scolaire, mettre en évidence les inégalités, les différences de comportements et de perspectives ;
- en matière de transferts, décrire les flux matériels engendrés par les solidarités entre ménages, en mesurer le poids économique et les conséquences sociales.

La partie santé du questionnaire comprend les questions sur la fécondité et la contraception, posées à toutes les femmes âgées de 14 à 55 ans résidant dans le ménage. Le mode de questionnement adopté pour ces sujets est assez proche de celui posé dans les enquêtes démographiques et de santé. La partie éducation, elle, a été posée à tous les individus âgés de 5 ans et plus résidant dans le ménage. Au total, on dispose de renseignements sur la fécondité pour 1 383 femmes de la tranche d'âge 14-55 ans et de renseignements sur la scolarité pour 3 775 individus des deux sexes, âgés de 5 ans et plus.

La partie sur les transferts, quant à elle, a été posée au chef de ménage ou à son conjoint. Même si cette partie ne nous intéresse pas directement pour la présente étude, elle contient néanmoins des informations que nous utiliserons par la suite. Il s'agit des informations sur les enfants du chef de ménage et/ou de son conjoint qui habitent hors du ménage. En effet, lorsque le chef de ménage et/ou son conjoint a un ou deux enfants habitant hors du ménage, quelques renseignements sont collectés sur ceux-ci : sexe, âge, niveau d'instruction, activité. Si plus de deux enfants habitent hors du ménage, l'enquêteur en choisit deux, de manière aléatoire, et prend ces mêmes caractéristiques. Ceci permet d'avoir un échantillon représentatif des enfants hors-ménage des chefs de ménage et de leurs conjoints actuels. Nous disposons de renseignements sur 591 enfants hors-ménage.

Le délai séparant les enquêtes emploi et SET97 ayant été réduit à environ un mois, les informations provenant de l'enquête emploi restent utilisables. Outre les informations sur la santé, l'éducation et les transferts, on dispose donc pour chaque ménage de l'échantillon de SET97 d'informations précises portant sur l'activité exercée par les membres, sur les revenus, etc. La disponibilité de ces renseignements de nature économique constitue un des points forts de l'enquête SET97.

Le choix de nos données est limité dans la mesure où nous ne disposons que de données transversales. Des hypothèses supplémentaires sont alors nécessaires pour pouvoir valider l'approche empirique.

5. L'agglomération d'Antananarivo comprend la capitale administrative et sa banlieue proche. En 1997, la population de l'agglomération est estimée à environ 1 030 000 (dont 800 000 dans la capitale administrative), et l'indice synthétique de fécondité à 3,0 enfants par femme.

L'échantillon retenu comprend les femmes âgées entre 35 et 55 ans (inclus) qui ont déclaré ne plus vouloir ou ne plus pouvoir avoir d'enfant. Par ailleurs, ont été exclues de l'analyse les femmes de ces tranches d'âge qui n'ont jamais eu d'enfant. 364 femmes ont donc ainsi été retenues.

Notre étude est réalisée sur les femmes, qui sont donc considérées comme la principale unité de décision en matière de fécondité. Cette simplification est réaliste dans la mesure où, à Antananarivo, les femmes ne font pas l'objet d'une discrimination marquée par rapport aux hommes. Par ailleurs, contrairement à ce qui peut être observé dans de nombreuses villes d'Afrique Noire, le modèle de la famille nucléaire est prépondérant dans l'agglomération d'Antananarivo. On peut donc supposer que les choix en matière de fécondité sont, dans la plupart des cas, pris, non par la famille élargie, mais par le seul couple.

La fécondité (variable à expliquer) est mesurée par le nombre d'enfants nés vivants déclaré par les femmes. Ceci suppose que le nombre d'enfants nés vivants ainsi calculé est définitif, autrement dit que nous travaillons sur la descendance finale de la femme. C'est une hypothèse forte, car il n'est pas sûr que les femmes encore en âge de procréer (notamment les 35-44 ans), même si elles déclarent ne plus vouloir d'enfants, n'en auront effectivement plus. Cependant, cette hypothèse n'est pas totalement insatisfaisante dans la mesure où la connaissance et l'usage des contraceptifs sont forts à Antananarivo. En 1997, selon les données de l'enquête SET97, 72% des femmes de notre échantillon en faisaient usage. Ce pourcentage s'élève à 86% pour les femmes âgées entre 35 et 39 ans et ne désirant plus d'enfants.

## Variables explicatives

### Les variables de la qualité des enfants

Pour le calcul de ces indicateurs, tous les enfants du chef de ménage et/ou de son conjoint ont été retenus, y compris ceux qui vivent en dehors du foyer au moment de l'enquête. Pour ces derniers, nous rappelons que nous disposons d'informations sur deux enfants pris au hasard parmi l'ensemble des enfants hors ménage.

Il aurait été préférable de ne prendre en compte que les seuls enfants naturels de la femme. Cependant, nous n'avons pas pu faire cette sélection, faute de connaître l'identité de la mère, notamment pour les enfants vivant hors du ménage. Si la fréquence des remariages est élevée, cela risque de biaiser légèrement nos calculs. Mais la mesure de ce phénomène est malheureusement inconnue.

Différentes variables ont été construites et introduites dans le modèle sous forme d'indicateurs. Nous les avons regroupées en deux catégories.

### Les indicateurs de réussite scolaire

Nous les avons calculés en nous basant sur les âges théoriques d'obtention des principaux diplômes du système éducatif malgache (CEPE pour le primaire, BEPC pour le collège et Baccaauréat pour le lycée). Il s'agit de taux de réussite interne à l'ensemble des enfants du ménage.

Nous nous sommes basés sur les diplômes obtenus par les enfants du fait que pour les enfants vivant en dehors du ménage, les informations disponibles sur la réus-

te scolaire ne portaient que sur le diplôme le plus élevé obtenu et non sur le nombre d'années d'études réussies. Ce choix n'est pas totalement satisfaisant, cependant le diplôme présente un intérêt, car sur le marché du travail d'Antananarivo, il reste encore fortement valorisé, notamment en terme de rémunérations [12].

- CEPE = 1 si **tous** les enfants du ménage âgés de 11 ans et plus ont **au moins** le CEPE ;  
= 0 sinon.
- BEPC = 1 si **tous** les enfants du ménage âgés de 15 ans et plus ont **au moins** le BEPC ;  
= 0 sinon.
- BAC = 1 si **au moins un** des enfants du ménage âgés de 18 ans est bachelier ou a un diplôme du supérieur ;  
= 0 si **aucun** des enfants du ménage âgés de 18 ans et plus n'a le Baccalauréat ou un diplôme supérieur.

Le choix de ce dernier indicateur, dont la construction est différente des deux précédents, a été motivé par des raisons de trop petite taille de l'échantillon.

## Les indicateurs « d'effort » de scolarisation

Nous utilisons deux indicateurs qui mesurent la proportion d'enfants du ménage encore scolarisés à un âge donné : SCO5-14 et SCO5-18. On suppose que le fait que certains enfants du ménage soient encore scolarisés à un âge, même avancé, est un signe de la volonté des parents d'éduquer leurs enfants. Plus précisément, ces 2 variables sont calculées de la manière suivante :

- SCO5-14 = 1 si **tous** les enfants du ménage âgés entre 5 et 14 ans sont scolarisés ;  
= 0 sinon.

L'âge théorique d'entrée à l'école primaire est de 6 ans. Nous avons retenu 5 ans comme borne inférieure, car nombreux sont les parents qui, à Antananarivo, envoient leurs enfants à l'école primaire avant cet âge. Par ailleurs, il peut être interprété comme un indicateur d'effort de la part des parents pour donner à leurs enfants un maximum d'éducation (donc maximiser la qualité des enfants).

Nous avons fixé la limite supérieure à 14 ans. C'est l'âge limite obligatoire retenu, par défaut. Il n'existe pas encore de loi légiférant l'âge de sortie du système scolaire. Ce sont les lois sur l'âge minimal du travail des enfants, fixé à 14 ans, qui servent de point de repère.

- SCO5-18 = 1 si **tous** les enfants du ménage âgés entre 5 et 18 ans sont scolarisés ;  
= 0 sinon.

Si nous supposons l'existence d'une relation négative entre la taille de la famille et la qualité des enfants, un signe négatif devrait être observé pour l'ensemble des variables précitées.

Notons que dans le cadre de notre étude, ces derniers indicateurs nous semblent plus traduire la volonté des parents d'instruire leurs enfants, que les indicateurs de « réussite scolaire ».

## Les autres variables explicatives

**Age de la mère :** cette variable joue deux rôles : d'une part, elle permet de capter l'effet de génération (c'est-à-dire le comportement différent des diverses générations). D'autre part, elle sert de variable de contrôle pour la mesure de la fécondité, puisque certaines femmes de notre échantillon n'ont peut-être pas vraiment achevé leur fécondité.

**Niveau d'éducation de la mère :** il s'agit du nombre d'années d'études réussies. De nombreuses études ont montré l'existence d'un lien négatif entre l'éducation de la mère et sa fécondité. Un tel effet est donc escompté ici.

**Revenu permanent par tête du ménage :** il s'agit d'un indicateur de la richesse du ménage sur toute son existence.

Nous avons préféré cette mesure au revenu courant, qui nous paraissait impropre dans la mesure où les résultats observés maintenant sont le fruit de l'expérience passée de l'individu, tout comme l'est le processus de fécondité. Le revenu permanent ainsi calculé pour chaque ménage essaie de mieux tenir compte de cet effet cycle de vie.

Le revenu permanent a été calculé à partir d'une équation de gain : le revenu courant actuel de l'activité principale a été ainsi estimé à partir de l'âge de l'individu, son ancienneté sur le marché de travail et son niveau d'éducation. Pour chaque actif, le revenu permanent est calculé en réintroduisant les coefficients obtenus dans la précédente régression, et en fixant l'âge à 35 ans (qui pourrait correspondre au milieu d'une vie active moyenne).

Pour passer au niveau du ménage, nous avons pris en compte les seuls revenus du chef de famille et de son conjoint. Les ménages dont les 2 conjoints sont sans emploi au moment de l'enquête ont été exclus des calculs. En effet, l'imputation d'un « revenu permanent », est mal adaptée à notre méthode.

Enfin, pour tenir compte de la composition du ménage, nous avons divisé le revenu permanent du ménage par le nombre actuel de ses membres.

Ont été aussi introduits dans le modèle les quartiles de revenu permanent/tête :  $Q_1$  à  $Q_4$ .  $Q_1$  correspond au 1<sup>er</sup> quartile de revenu (c'est-à-dire les 25% des ménages les plus pauvres),  $Q_4$  aux 25% des ménages les plus riches.

Le signe attendu de cette variable sur la fécondité est, d'après la théorie, négatif. Mais une relation non linéaire est souvent obtenue.

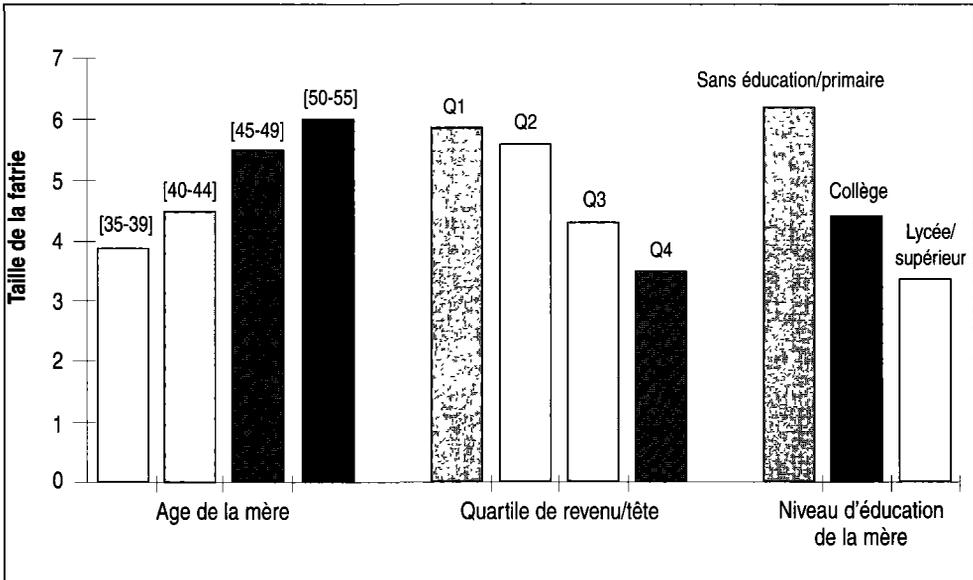
## Résultats

### Analyse bi-variée

Le nombre moyen d'enfants des femmes retenues est de 4,9. Les caractéristiques socio-économiques de la femme et de son ménage sont fortement discriminantes (Fig. 1). Ainsi, la descendance finale des femmes diminue avec le niveau d'éducation. On retrouve là un résultat classique, qu'on explique souvent par une meilleure connaissance et un usage plus régulier de méthodes de contraception efficaces chez les femmes instruites. Par ailleurs, la poursuite des études pourrait entraîner un recul de l'âge à la première grossesse et du niveau de fécondité.

La fécondité tend à baisser avec le niveau de richesse du ménage (représenté ici par le quartile de revenu permanent par tête du ménage) et à augmenter avec l'âge de la mère. Dans la mesure où nous travaillons sur une fécondité achevée, ce dernier résultat confirme que la fécondité a baissé des générations les plus anciennes aux plus jeunes de notre échantillon, passant de 6 à 3,9 enfants. Il se peut, toutefois, que les femmes de 35-44 ans, malgré leur désir de ne plus avoir d'enfants, n'aient pas totalement achevé leur fécondité. Quant au lien négatif entre descendance finale et revenu, des explications possibles ont été données dans la partie théorique.

**Figure 1 : Nombre moyen d'enfants par femme selon certaines caractéristiques socio-économiques de la mère**



Sources : *Madio SET97, nos propres calculs. Les calculs portent sur les femmes âgées entre 35 et 55 ans ne pouvant et/ou ne voulant plus d'enfants.*

La qualité des enfants, appréhendée ici par les indicateurs de réussite et d'efforts scolaires, est d'autant meilleure que ces derniers sont issus d'un milieu socio-économiquement favorisé (i.e. mère instruite et foyer économiquement bien doté (Tab. 1). Seulement 29% des mères sans éducation ou de niveau primaire ont tous leurs enfants ayant réussi au moins le CEPE, alors que ce pourcentage est de 81% pour les mères ayant été au lycée. Un milieu socio-économique élevé favorise donc la réussite scolaire : une mère éduquée a plus de compétences pour soutenir ses enfants, et la disponibilité des moyens financiers permet de mieux subvenir aux dépenses d'éducation. Il se peut également, que les ménages plus instruits réussissent à insuffler à leurs enfants des ambitions scolaires et professionnelles plus élevées. Un proverbe malgache rend bien compte de cet état d'esprit : « Izay adala no toa an-drainy » (« Est insensé celui qui ne fait pas mieux que son père »).

Par ailleurs, les résultats obtenus tendent à se dégrader au fur et à mesure que la taille de la famille s'accroît, et ce quels que soient les indicateurs retenus (Tab. 2). Les ménages qui affichent les meilleures performances scolaires (où tous les enfants ont réussi au CEPE, au BEPC, ou sont encore scolarisés), sont ainsi de moindre taille ; ils ont en général de 1,4 à 2,2 enfants en moins.

**Tableau 1 : La « qualité » des enfants du ménage en fonction de certaines caractéristiques du foyer**

Variables	Catégorie	CEPE (%)	BEPC (%)	BAC (%)	SCO5-14 (%)	SCO5-18 (%)
Niveau d'éducation de la mère	Sans éducation/primaire	28,8	7,4	13,2	68,8	39,8
	Collège	59,4	27,6	22,3	81,4	64,5
	Lycée/supérieur	81,2	57,5	60,7	96,2	88,1
Quartile de revenu permanent	Q <sub>1</sub>	39,5	16,8	20,8	69,7	37,8
	Q <sub>2</sub>	33,2	10,8	11,9	77,0	54,9
	Q <sub>3</sub>	68,8	35,9	46,4	78,6	64,2
	Q <sub>4</sub>	75,4	54,9	66,1	95,0	91,6
Taille de la fratrie	3-4 enfants	68,7	42,9	47,8	90,0	74,4
	5-6 enfants	36,9	14,3	25,0	69,4	44,9
	7 et plus	29,3	5,7	19,1	71,5	39,3
Total		52,0	26,2	31,1	79,5	62,0

Sources : SET97, Madio, nos propres calculs.

Mode de lecture : 28,8% des mères sans éducation ou du niveau primaire ont tous leurs enfants de 11 ans et plus ayant réussi au moins le CEPE.

## Analyse multivariée

Ces résultats semblent montrer l'existence d'un lien négatif entre fécondité et réussite scolaire des enfants. Mais l'analyse menée jusqu'à présent, bien qu'instructive à bien des égards, n'est pas tout à fait satisfaisante, dans la mesure où n'ont pas été combinés l'ensemble des facteurs en jeu. Afin de juger de l'effet propre de chacune des variables sur le niveau de la fécondité, nous avons procédé à une analyse « toutes choses égales par ailleurs ». Nous avons eu recours à de simples régressions linéaires (en se basant sur la méthode des moindres carrés ordinaires).

**Tableau 2 : Nombre moyen d'enfants nés vivants (de la mère) et qualité des enfants**

Enfants du ménage	Indicateurs de diplôme obtenu			Indicateurs de scolarisation	
	CEPE	BEPC	BAC	SCO5-14	SCO5-18
Tous	4,2 (171)	3,7 (83)	–	4,8 (190)	4,2 (179)
Pas tous	6,2 (137)	5,9 (200)	–	6,5 (39)	6,2 (101)
Aucun	–	–	6,0 (155)	–	–
Au moins un enfant	–	–	4,6 (78)	–	–

Sources : SET97, Madio, nos propres calculs. Mode de lecture : Les ménages où tous les enfants âgés de 11 ans et plus ont obtenu au moins le CEPE (i.e. 100%) ont, en moyenne, 4,2 enfants. Entre parenthèses se trouvent les effectifs. De la même façon, les ménages où au moins un des enfants âgés de 18 ans et plus est au moins bachelier (BAC) ont, en moyenne, 4,6 enfants.

Cinq estimations sont proposées, chacune ne retenant qu'un seul des indicateurs de la qualité de l'enfant (Tab. 3). Des biais peuvent exister dans la mesure où certaines

variables, comme la mortalité, sont endogènes au modèle et auraient dû être instrumentées. Nous n'avons pas fait de corrections, car notre principal objectif est d'obtenir les signes des coefficients des différentes variables.

Dans l'ensemble, les variables retenues ont le signe attendu, et ce, quel que soit le modèle considéré. La fécondité tend ainsi à s'accroître avec l'âge de la mère et à baisser sous l'effet de son instruction.

La variable de revenu permanent, introduite ici sous forme de quartile, montre bien que la fécondité baisse avec le revenu. Toutefois, une relation en U se profile dans les trois dernières régressions : les ménages les mieux pourvus tendent à avoir moins d'enfants que les ménages issus des premier et deuxième quartiles de revenu, mais plus que les ménages à revenus intermédiaires (i.e. Q<sub>3</sub>) quand la qualité des enfants est mesurée par la propension à scolariser tous les enfants du ménage et quand on s'intéresse au diplôme le plus élevé (i.e. le baccalauréat).

Pour ce qui est des indicateurs de qualité des enfants retenus, ils ont tous le signe attendu : la fécondité tend à être moins forte dans les familles où les performances scolaires sont bonnes, et ce, d'autant plus que les niveaux atteints sont élevés.

Les valeurs absolues des coefficients des variables de qualité introduites tendent à augmenter avec le niveau du diplôme (CEPE et BEPC). Ceci montre que l'impact de la réussite des enfants sur la fécondité est d'autant plus marqué que le diplôme est plus élevé. Autrement dit, plus la « qualité » moyenne des enfants est élevée, plus la fécondité de la mère est faible.

**Tableau 3 : Régression (MCO) de la fécondité (nombre d'enfants nés vivants)**

		Variables explicatives				
		1	2	3	4	5
Constante		1,786	2,165	2,893	1,729	1,928
Age de la mère		0,116	0,106	0,087	0,132	0,127
Education de la mère		- 0,169	- 0,183	- 0,251	- 0,214	- 0,216
Quartile de Revenu	Q <sub>1</sub>	0,406	0,250	0,326	0,645	Ns
	Q <sub>2</sub>	0,281	0,064 *	Ns	0,299	0,060
	Q <sub>3</sub>	0,110	Ns	- 0,159	- 0,132	- 0,312
	Q <sub>4</sub>	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Qualité des enfants	CEPE	- 1,406	-	-	-	-
	BEPC	-	- 1,546	-	-	-
	BAC	-	-	- 0,538	-	-
	SCO5-14	-	-	-	- 0,876	-
	SCO5-18	-	-	-	-	- 1,084
R <sup>2</sup> ajusté		0,304	0,277	0,234	0,350	0,344
Nombre d'observations		308	283	233	229	280

Sources : SET97, Madjo, nos propres calculs.

N.B. : Toutes les variables sont significatives au seuil de 1%. Les valeurs suivies d'un \* ou d'un \*\* sont respectivement significatives aux seuils de 5% et 10%. Ns signifie non significatif. Réf équivaut à la modalité de référence.

La comparaison des coefficients des variables SCO5-14 et SCO5-18 renforce ce dernier résultat. Rappelons que nous avons considéré comme indicateur des efforts éducatifs des ménages, le fait d'envoyer tous leurs enfants à l'école. Cet effort est d'autant plus important que les enfants ayant dépassé l'âge limite obligatoire de scolarisation (i.e. 14 ans) sont encore scolarisés. Or il apparaît que le coefficient de SCO5-14 est en valeur absolue inférieur à celui de SCO5-18. Les parents ayant fourni plus « d'effort » montrent donc une fécondité moindre.

\*

\* \*

Malgré son caractère exceptionnel, la situation d'Antananarivo pourrait présager de ce qui pourrait se passer dans le reste du pays dans les années à venir.

Cette étude a permis de déceler l'existence d'une relation inverse entre la fécondité des femmes (i.e. le nombre d'enfants nés vivants) et la réussite scolaire (obtention de diplôme) de ses enfants, d'une part, et l'effort éducatif du ménage (maintien des enfants à l'école), d'autre part.

C'est donc parmi les ménages où les enfants réussissent le mieux, que la fécondité est la plus faible. Compte tenu des coûts croissants de l'enfant, les parents qui ont voulu offrir une meilleure éducation à leur progéniture ont restreint leur fécondité. Les coûts de l'éducation sont une des principales composantes des coûts de l'enfant. Ils ont tendu à s'accroître avec le développement de la scolarisation, amorcée au milieu des années soixante-dix, suivi par l'essor de l'instruction privée au début de la décennie quatre-vingt [5]. L'évolution des coûts pourrait constituer, à terme, une cause de changements de la fécondité.

Jusqu'à présent, l'éducation reste un investissement rentable sur le marché du travail [6]. Par ailleurs, la possession de diplômes reste encore fortement valorisée. Cependant, la précarisation du marché du travail (avec la montée du secteur informel, le blocage du recrutement dans la fonction publique, la faible mobilité professionnelle) risque de réduire l'intérêt pour l'école et, par là, d'entraver, à terme, la baisse de la fécondité en cours. Mais d'un autre côté, avec la reprise économique actuellement perceptible, la valeur accordée à l'instruction devrait se maintenir, voire même s'accroître. Une poursuite de la baisse de la fécondité est donc envisageable à Antananarivo.

## Bibliographie

1. BANQUE MONDIALE, 1996, *Madagascar. Evaluation de la pauvreté*, Rapport n° 14044-MAG, Vol II, Washington, 187 p.
2. BECKER G.S. et LEWIS G., 1973, On the interaction between quantity and quality of children, *Journal of political Economy*, Vol. 81, n° 2, p. 279-288.
3. BECKER G.S., 1960, An economic analysis of fertility, in *Demographic and economic change in developing countries*, NBER, Princeton University Press, Princeton, p. 493-517.
4. BLAKE J., 1981, Family size and the quality of children, *Demography*, Vol. 18, n° 4, p. 421-442.

5. COURY D., 1996a, *Les performances comparées des établissements privés et publics dans l'agglomération d'Antananarivo*, Étude MADIO, n° 9623/E, Antananarivo, 15 p.
6. COURY D., 1996b, *Le phénomène de déscolarisation dans l'agglomération d'Antananarivo : l'investissement scolaire est-il encore rentable ?*, Étude MADIO, n° 9642/E, Antananarivo, 20 p.
7. ENDS, 1992, *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire, Madagascar 1992*, Rapport de synthèse, Centre National de Recherches sur l'Environnement et Macro International, Antananarivo 1994, 248 p.
8. ENDS, 1997, *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire, Madagascar 1997*, Direction de la Démographie et des Statistiques sociales (INSTAT) et Macro International, Antananarivo 1998, 264 p.
9. EPM, 1993, *Enquête permanente auprès des ménages de 1993-94*, République de Madagascar, Banque Mondiale, Pnud, Antananarivo 1995.
10. MADIO, 1997a, *L'emploi, le chômage et les conditions d'activité dans l'agglomération d'Antananarivo en 1997. Premiers résultats de l'enquête emploi 1997*, brochure MADIO, Antananarivo, 52 p.
11. MADIO, 1997b, *L'état de santé de la population et la demande de soins dans l'agglomération d'Antananarivo en 1997. Premiers résultats de l'enquête SET97*, brochure MADIO, Antananarivo, 64 p.
12. MADIO, 1997c, *Le système éducatif et la demande d'éducation dans l'agglomération d'Antananarivo en 1997. Premiers résultats de l'enquête SET97*, brochure MADIO, Antananarivo, 56 p.
13. MONTGOMERY M., KOUAME A. et OLIVER R., 1995, *The trade-off between number of children and child schooling. Evidence from Côte d'Ivoire and Ghana*, World Bank, LSMS Working Paper n° 112, Washington D.C, 98 p.
14. RAVELOSOA R. ET ROUBAUD F., 1997, *Dynamique de la consommation des ménages de l'agglomération d'Antananarivo sur longue période : 1960-1995*, *Économie de Madagascar*, Vol. 1, p. 1-15.
15. RAZAFINDRATSIMA N., 1995, *Dépenses d'éducation et taille de la famille*, *Mémoire de DEA de démographie Économique*, Institut d'Études Politiques de Paris, 24 p.



# 27. Politique de population et transition démographique dans les pays d'Afrique à forte stérilité

Denis Nzita-Kikhela<sup>1</sup>

*La femme africaine considérée, encore aujourd'hui, d'abord comme une mère et une épouse, vit un véritable drame lorsqu'elle ne peut pas avoir d'enfant. Elle est en effet l'objet de moqueries et de problèmes divers de la part de son mari et de la société toute entière. Le divorce, la polygamie, le suicide, le mariage à l'essai, la migration, l'exercice d'une sexualité en vue de tester sa fécondité, etc., sont autant de stratégies pour éviter ces difficultés. La stérilité est donc à la base d'un profond changement de mentalité susceptible d'interférer avec le processus classique de la transition démographique.*

*Force est en effet de constater que cette transition a tendance en Afrique à s'opérer différemment dans les pays marqués par une forte stérilité. Parmi les hypothèses susceptibles d'expliquer cette situation, nous en examinons quatre : une plus grande tolérance envers la sexualité et les conceptions pré-nuptiales, la tendance des femmes fécondes à avoir des enfants pour celles qui sont stériles, la plus grande précocité des mariages et l'évolution plus lente de la mortalité liée elle-même à un niveau d'instruction des filles qui reste faible à cause, entre autres, des abandons scolaires consécutifs à une grossesse précoce.*

*En tant que phénomène douloureux qui affecte les composantes de la croissance démographique, la stérilité devrait être considérée comme un problème majeur en matière de politique de population. On ne peut donc que regretter la place subsidiaire qui lui est accordée actuellement dans les politiques de population des pays concernés.*

Malgré les progrès enregistrés dans la promotion de son statut, la femme est encore principalement considérée en Afrique comme une mère et une épouse. La stérilité est alors un grand malheur qui fait l'objet d'interprétations populaires diverses : une malédiction, une incapacité physique, les conséquences de pratiques occultes mal maîtrisées, la preuve qu'on est soi-même un sorcier, etc. La femme concernée vit de toute façon un véritable drame qu'elle essaie de contourner par la résignation, la démoralisation, le dégoût total de la vie, voire le suicide, la prière, l'adoption de l'enfant d'un membre de la famille, etc. [7]. Dans certaines ethnies, comme chez les Ngbandi de Centrafrique et de la République Démocratique du Congo, la famille tente d'aider la femme stérile et s'arrange pour trouver une jeune sœur à qui on demande « d'assister » la première. C'est parfois la femme « elle-même qui va choisir ou qui va proposer à l'homme des candidates de sa tribu » [1 : 66].

1. Département de Démographie, Université de Kinshasa.

La stérilité demeure traditionnellement un problème de femme. L'homme considère le plus souvent qu'il n'en est pas responsable. Aussi, il envisage très rapidement de divorcer et/ou d'épouser une autre femme. Il peut même aller jusqu'à déclencher une procédure de remboursement de la dot. Dans certaines ethnies comme chez les Ngbandi, il accueille avec bienveillance « la jeune assistante ».

Ce problème conduit donc à une profonde transformation des mentalités susceptible d'avoir des effets sur les comportements démographiques. De ce fait, dans les sociétés qui sont marquées depuis longtemps par un niveau élevé de stérilité, les composantes de la croissance démographiques peuvent évoluer d'une manière différente de celle observée dans les sociétés les moins touchées. De toute manière, même mathématiquement, on peut imaginer qu'en période de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), il y aura baisse de la stérilité et donc une hausse de la natalité et qu'en période de recrudescence des MST, on observera le contraire.

Au cours des trente dernières années, une différence est-elle apparue entre pays à stérilité élevée et ceux à stérilité faible en ce qui concerne l'évolution des composantes de la croissance démographique ? De même, entre régions à l'intérieur d'un même État ?

En cas de réponse positive, il nous faut d'une part identifier les facteurs à l'origine de cette transition démographique différente et, d'autre part, examiner si les politiques de population élaborées en tiennent suffisamment compte. En effet, ces programmes intégrés, élaborés et mis en œuvre dans le but explicite d'orienter ou de modifier le mouvement de la population dans le sens d'une amélioration du bien-être social [10 et 30], devraient non seulement permettre d'atteindre des niveaux de fécondité et de mortalité faibles, sans doute plus compatibles avec le rythme du développement économique, mais aussi apporter une solution aux problèmes liés à la stérilité en s'intéressant à la fois à ses facteurs favorisants et à ses conséquences.

Le présent chapitre a ainsi pour objet de rechercher dans un premier temps les effets de la stérilité sur le mouvement naturel de la population, et d'examiner si ces derniers gênent le processus classique de la transition démographique et s'ils sont intégrés dans les objectifs et stratégies des politiques de population des pays concernés.

La mesure utilisée ici pour l'évaluation de la stérilité est celle de la proportion des femmes de 50 ans ou plus qui sont sans enfant. Il s'agit donc d'un indicateur qui ne fait aucune distinction entre les femmes qui peuvent concevoir mais qui ne sont jamais arrivées à terme et celles qui ne peuvent pas du tout concevoir [34]. De plus, cet indicateur est sujet à des biais liés aux faux morts-nés et aux fausses déclarations des femmes qui, dans une enquête, peuvent faire passer des enfants confiés pour des enfants à qui elles ont réellement donné naissance.

## **La stérilité, un frein à la transition démographique ?**

### **Les niveaux de la stérilité en Afrique**

Ce phénomène semble avoir pris de l'ampleur il y a une centaine d'années avec la propagation des maladies vénériennes consécutive à la conquête européenne. A. Retel Laurentin [28 : 8] écrit à propos des Nzakara et Zandé de Centrafrique : « Les

maladies en cause étaient en premier lieu, les maladies vénériennes diffusées à la fin du siècle dernier [...]. Un groupe de conquérants avait établi sa domination en se réservant le monopole des femmes de ses sujets ; toute fille sujette ou esclave appartenant de droit au chef vivait dans le harem. Ce système a en quelque sorte institutionnalisé la mobilité conjugale, les femmes Nzakara étant souvent envoyées de-ci, de-là, selon les besoins de leurs maîtres successifs. Les conditions favorables à la diffusion des maladies vénériennes étaient ainsi réalisées dans les cours royales et princières qui étaient, à cette époque, le centre des échanges économiques et matrimoniaux et le lieu de passage des trafiquants d'armes et d'esclaves ».

Aujourd'hui, il est difficile de retracer d'année en année, pour chaque pays, l'évolution de ce phénomène en raison du peu d'études nationales sur ce sujet et du fait que les opérations de collecte ne sont pas toujours de même qualité. Toutefois A. Evina [7] considère, à partir des données rassemblées par O. Frank [9] et indiquant en fait les niveaux les plus élevés enregistrés dans les pays (parfois même dans des zones très limitées géographiquement), qu'il y a trois grandes zones en matière de stérilité (Tab. 1) :

- celle à faible niveau de stérilité (moins de 10) qui inclut l'Afrique Occidentale et l'Afrique Orientale ;
- celle à niveau moyen de stérilité (de 10 à 14%) constituée par l'Afrique Australe (sauf le Lesotho) ;
- et celle à stérilité élevée (14% et plus) formée par les pays de l'Afrique Centrale (Cameroun, Congo, Gabon, Centrafrique, etc.).

**Tableau 1 : Proportions de femmes de 45 ans et plus sans enfant né vivant observées avant 1983 dans quelques pays de l'Afrique sub-saharienne**

Pays		% de femmes
Afrique Occidentale	Nigeria	8,3
	Ghana	2,6
	Côte d'Ivoire	9,9
	Burkina-Faso	5,9
	Mali	7,7
	Sénégal	4,0
	Niger	8,9
	Guinée	6,0
Afrique Orientale	Soudan	8,7
	Tanzanie	10,4
	Kenya	6,7
	Burundi	3,0
Afrique Centrale	Cameroun	14,7
	Tchad	11,0
	Centrafrique	17,3
	Congo	20,5
	Gabon	32,0
	Rép. Dem. du Congo	20,5
Afrique Australe	Mozambique	13,8
	Angola	11,5
	Zambie	14,0
	Lesotho	4,1

Source adaptée de [9] par [7].

Malgré quelques pays relativement touchés par la stérilité en Afrique Occidentale (Côte d'Ivoire, Niger, Nigeria) et en Afrique Australe (Mozambique et Zambie), les niveaux les plus élevés sont surtout observés dans les pays d'Afrique Centrale, connus pour être des anciens lieux de trafic intense. D'est en ouest, ces lieux se présentent sous la forme d'une ceinture ; d'où l'appellation de ceinture africaine de la stérilité.

## Les effets de la forte stérilité

Même si elle affecte de façon particulière la sensibilité des personnes, la stérilité est un phénomène relativement peu étudié en ce qui concerne ses conséquences. L'un des objectifs de ce chapitre est ainsi de suggérer des pistes de recherches en proposant, à partir des indices disponibles, des hypothèses permettant de mieux connaître le déroulement de la transition démographique dans les régions à stérilité élevée.

## Une évolution non classique des taux bruts de natalité et de mortalité

La comparaison de l'évolution des taux bruts de natalité et de mortalité de quelques pays jusqu'en 1990<sup>2</sup> [4 et 25], nous permet de remarquer (Fig. 1 et 2) d'une part que la baisse de la mortalité est plus faible dans les pays où la stérilité est élevée (globalement de 25 à 17‰ au lieu de 30 à 17‰), et d'autre part que les taux de natalité sont restés stables (ou ont connu une légère baisse durant les années soixante-dix) dans les pays à faible stérilité alors que les pays à forte stérilité ont connu une légère tendance à la hausse de la natalité durant cette période.

Il apparaît ainsi que les processus de transition suivis dans les deux catégories de pays sont différents. Ces différences apparaissent également entre les provinces d'un même pays [31 : 37].

De plus, cette évolution de la natalité concorde avec celle de la stérilité pour laquelle, à l'exemple des États de l'Afrique Centrale (Tab. 2), trois périodes peuvent être distinguées entre 1956 et 1990 : la période d'avant 1970, les années soixante-dix et les années quatre-vingt.

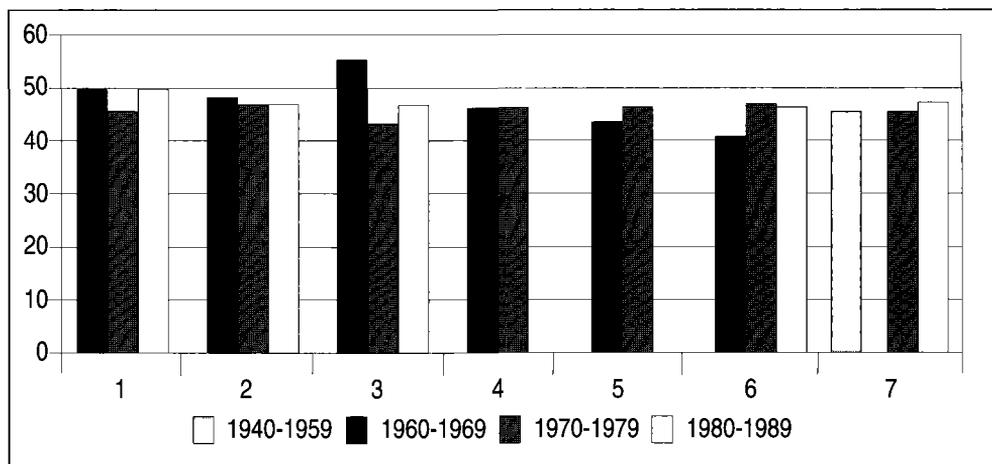
Ces périodes semblent caractérisées par les éléments suivants :

- La période coloniale est marquée par la forte expansion du phénomène. Les niveaux atteints ont été si élevés que dans les années cinquante, on a dû mettre en place des campagnes de lutte contre les maladies vénériennes qui vont se poursuivre tant bien que mal durant les années soixante [29].
- La seconde période est caractérisée par une baisse sensible du niveau de la stérilité. Dans les régions de l'Ouest du Congo (Rép. Dem.) par exemple, on a enregistré, entre 1956 et 1976, des baisses de l'ordre de 60 à 80% qui furent d'autant plus importantes que les niveaux de départ étaient élevés [32]. Cette période se termine pourtant par une hausse des niveaux de stérilité.
- Marquées par la crise, les années soixante-dix et quatre-vingt sont aussi caractérisées par une nette recrudescence de la stérilité (Tab. 3). Les causes de cette tendance n'ont pas encore été totalement élucidées, mais on peut avancer des hypo-

2. En Rép. Dém. du Congo comme dans plusieurs pays, il semble que la morbidité et la mortalité ont tendance à s'accroître depuis 1990.

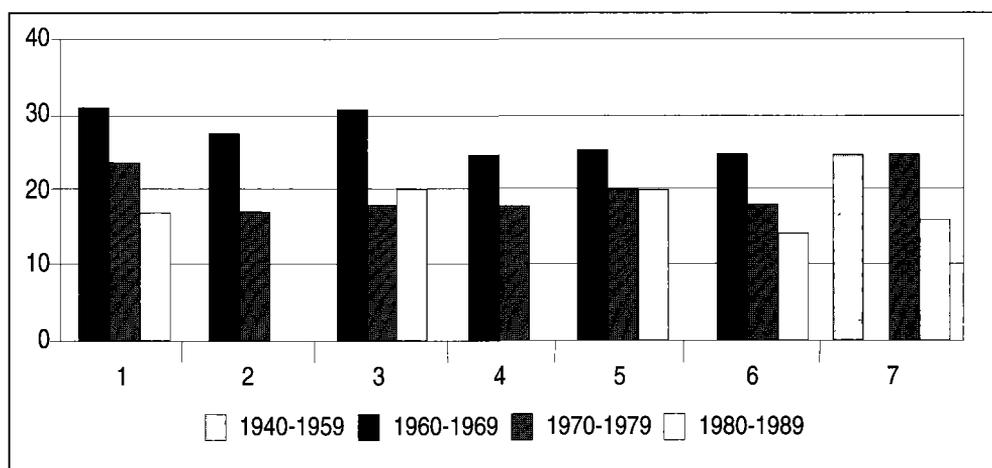
thèses relatives à la fin des campagnes d'administration de pénicilline, à la baisse des niveaux de vie, à la recrudescence de certaines maladies aussi bien vénériennes que non-vénériennes comme la bilharziose, les troubles dus à la carence en iode (le crétinisme en particulier), à la diminution de la couverture sanitaire, etc. Laquelle est la plus influente ? La liberté sexuelle a-t-elle joué un rôle central comme le suggère A. Romaniuk [29] qui a montré que c'est le fait d'une plus grande tolérance des relations extra-conjugales qui a déterminé le maintien de la stérilité à un niveau élevé chez les Tetelas du Congo (Rép. Dem.) pendant que chez leurs voisins Lubas (ethnie avec des coutumes plus strictes), la baisse a été très sensible ?

**Figure 1 : Taux bruts de natalité (en %) dans quelques pays d'Afrique (1940-89)**



Pays : 1 : Burkina Faso ; 2 : Côte d'Ivoire ; 3 : Mali ; 4 : Madagascar ; 5 : Cameroun ; 6 : République du Congo ; 7 : République démocratique du Congo.

**Figure 2 : Taux bruts de mortalité (en %) dans quelques pays d'Afrique (1940-89)**



Pays : 1 : Burkina Faso ; 2 : Côte d'Ivoire ; 3 : Mali ; 4 : Madagascar ; 5 : Cameroun ; 6 : République du Congo ; 7 : République démocratique du Congo.

**Tableau 2 : Évolution de la proportion de femmes sans enfant né vivant dans les pays de l'Afrique Centrale**

Année	Pays		
	Centrafrique	Congo	Rép. Dem. du Congo
1956		20,5	20,5
1960	19		
1974		18,3	
1975	17,9		14,8
1984		23,8	
1988	28		

Sources : Centrafrique [9], [1]; Congo [19], [9]; Rép. Dem. du Congo [29], [9], [31].

**Tableau 3 : Niveaux de la stérilité dans les provinces du Congo et de la Centrafrique durant les années soixante-dix et quatre-vingt (en %)**

Congo			Centrafrique					
Provinces	1974	1984	Provinces	1975	1988	Provinces	1975	1988
Kouilou	16,1	15,0	Bangui	14,1	18,7	Kémo	14,5	17,3
Niari	23,5	26,7	Ombella Mp.	10,5	25,1	Ouaka	27,5	32,8
Bouenza	8,5	9,0	Lobaye	18,2	23,2	Vakaga	13,9	19,1
Lekoumou	24,9	32,2	Mambere K	14,6	31,7	Basse Koto	17,6	33,4
Pool	12,6	11,9	Sangha Mb.	9,3	20,9	Bamingui B.	37,6	22,7
Plateaux	10,4	14,3	Nana Mambere	6,7	23,3	Haute Koto	22,6	25,1
Cuvette	27,0	31,4	Ouham Pende	12,1	26,1	Mbomou	34,2	35,8
Sangha	28,6	33,6	Ouham	12,9	14,1	Haut Mbomou	26,2	37,2
Likouala	23,6	29,1	Nana Gribizi	13,7	21,1			

Sources : Congo [19: 25]; Centrafrique [1: 56].

## Une importante transformation du contexte socio-culturel

Dans les traditions africaines, l'enfant est à la fois un don de Dieu, une perpétuation de la vie des ancêtres<sup>3</sup>, une assurance pour la vieillesse, une preuve d'amour, un travailleur, un facteur de stabilisation des unions, etc., bref un être d'une grande valeur. La stérilité est donc vécue comme un drame qui touche non seulement l'individu mais aussi toute la collectivité. La crainte de ne pas pouvoir engendrer change donc les mentalités et les comportements. Face à l'étendue du problème, on se limite dans cette étude à des hypothèses relatives à la fécondité en dehors du mariage, à la nuptialité, à l'instruction des filles, et à l'adoption des enfants.

Il est vrai, pour commencer, que la stérilité sévit surtout dans les régions où la liberté sexuelle est plus grande. Mais on peut tout aussi bien imaginer que la forte stérilité soit la cause d'une sexualité extra-conjugale importante. Il est probable, en effet, que la crainte de la stérilité amène les jeunes filles, tout comme leurs parents, à davantage accepter les naissances pré-nuptiales. Peu d'études ont été faites à ce sujet. On peut toutefois évoquer les cas ci-après.

3. Chaque nouveau-né est un ancêtre qui revient vivre sur terre. Le nom n'est donc pas toujours donné par hasard.

Lors de la préparation d'une enquête sur le Sida à Yaoundé [12], le terme « dangereux » s'est avéré choquant pour la population enquêtée et a dû être remplacé par le terme « ennuyeux » dans la question « pour vous, est-il dangereux, pour une jeune fille, de concevoir avant l'âge de 15 ans ? ».

En Centrafrique, les candidats au mariage ne semblent pas éviter de prime abord les mères-célibataires. R. Bilo et al. [1] indiquent que c'est seulement à partir d'une troisième naissance pré-nuptiale qu'une fille considère qu'elle ne trouvera probablement plus de mari. Les mères-célibataires ne sont d'ailleurs pas chassées du toit parental. Elles y restent avec leurs enfants.

On connaît la même situation dans certaines régions du Nord-Ouest du Cameroun. Si dans les régions de Bamenda (Ouest du pays), la mère-célibataire est marginalisée, A. Evina [8 : 72-73] indique que pour les régions de Bertoua (zone à faible fécondité) et Maroua (au nord-Cameroun), « dans le cas où un avortement ne peut être pratiqué [...], les jeunes filles optent pour la solution de garder l'enfant et de l'élever. Cette dernière attitude est encouragée par les parents qui sont prêts à élever la progéniture de leur enfant, sans trop de problèmes ; d'où une certaine tolérance de la société vis-à-vis des filles-mères ».

La relation entre la volonté de tomber enceinte et celle de démontrer sa fécondité n'est pas formellement établie, mais on constate que c'est dans les régions les plus touchées par la stérilité qu'on a aussi la plus grande proportion de mères-célibataires de moins de 15 ans. Cette observation faite au Cameroun [8 : 43] et au Congo (Rép. Dem.) [24] se retrouve aussi en Centrafrique où, en dehors du Niger, l'on a enregistré lors des dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS), la proportion la plus élevée d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde [8 : 19]. Au Congo (Rép. Dem.), les deux provinces où la stérilité est la plus élevée, sont celles où l'âge moyen à la procréation est le plus bas (Tab. 4).

Dans les régions marquées par une forte stérilité, on observe également une tendance des femmes fécondes à avoir les enfants que n'ont pas les femmes stériles. En l'absence de données pour le montrer, cette idée est plus une hypothèse. Elle est toutefois prise en compte dans deux documents de politique de population :

- « Le niveau élevé de l'infécondité (23, 8%) dans un environnement social où le nombre d'enfants constitue la force du lignage, porte les femmes fécondes à rechercher une progéniture nombreuse pour pallier le manque à gagner que peut engendrer une parente stérile » [19 : 56].
- « Quant au niveau élevé de la stérilité, on pense qu'il contribue au maintien de la fécondité élevée des femmes qui peuvent concevoir, celles-ci ayant tendance, au détriment de leur santé, à compenser les naissances que n'ont pas les femmes stériles » [16 : 17].

Là où la stérilité est forte, les entrées en union semblent plus précoces, des divorces plus nombreux et la polygamie plus importante. C'est le cas en Centrafrique et au Congo (Rép. Dem.). En effet, même si les écarts sont faibles en matière d'âge moyen au premier mariage, de proportion de mariés polygames et de pourcentages de divorcés (Tab. 5), la position de l'indice national par rapport aux indices calculés pour les populations des provinces marquées par une forte stérilité interpelle. On constate en effet que c'est dans les deux provinces du Congo (Rép. Dem.) où la stérilité est la plus élevée, que l'âge moyen des femmes au premier mariage est la plus faible et se situe en dessous de la moyenne nationale.

**Tableau 4 : Age moyen à la procréation et scolarisation des filles par province en République Démocratique du Congo en 1984**

Province	Age moyen à la procréation (années)	% de filles ayant été à l'école secondaire
Kinshasa	28,5	31,7
Bas-Congo	28,0	12,8
Bandundu	27,7	8,6
Équateur*	26,3	4,6
Province Orientale*	25,1	4,2
Kivu	27,4	4,7
Katanga	26,7	9,1
Kasaï Oriental	26,9	9,8
Kasaï Occidental	27,1	8,0
Ensemble	26,9	9,2

(\*) Province/Préfecture à stérilité élevée. Source : [26 : 14 et 21].

On retrouve également dans ces régions une fécondité précoce à la base d'un faible niveau d'instruction des filles. Une enquête réalisée en Centrafrique en 1993 a établi une relation entre les naissances précoces, la fin de la vie scolaire et le faible niveau d'instruction des filles en milieu rural [15]. N'est-ce pas de cette façon qu'il faut aussi comprendre le fait que la plus grande proportion de filles ayant arrêté leur instruction au niveau de l'école secondaire soit observée dans les provinces où la stérilité est élevée au Congo (Rép. Dem.) (Tab. 4) ?

Comme à un faible niveau d'instruction des filles correspond un niveau élevé de mortalité des enfants [5], l'hypothèse d'une mortalité plus élevée dans les régions à forte stérilité peut être envisagée. Il est donc concevable que cette situation soit l'une des raisons (probablement pas la seule) de la baisse plus lente de la mortalité dans les pays de l'Afrique Centrale.

Ces régions sont également marquées par une plus grande proportion d'enfants confiés. L'adoption est en effet acceptée dans plusieurs tribus comme un « remède » à la stérilité. « J'en adopterais un que j'élèverais comme mon enfant » n'a pas hésité à déclarer une adolescente camerounaise [8 : 83]. Ainsi le nombre moyen de personnes par ménage est même plus élevé dans les régions à forte stérilité. Au Congo (Rép. Dem.), la taille moyenne la plus élevée des ménages est observée dans la province de l'Équateur, mis à part Kinshasa qui est une région urbaine [24]. Notons cependant que même à Kinshasa, une étude en cours [6] montre que les ménages dont les chefs sont originaires de l'Équateur ou de la Province Orientale sont parmi ceux où l'on retrouve le plus souvent des enfants nés hors mariage et pris en charge par une personne autre que leur mère.

## Stérilité et dynamique démographique

La stérilité est un facteur de transformation des mentalités, et donc de changements en matière de population. Elle a de multiples conséquences : une plus grande tolérance des relations extra-conjugales, une fécondité précoce et pré-nuptiale importante, des mariages plus précoces et moins stables, une acceptation plus facile des enfants confiés et donc une taille plus importante des ménages d'accueil, un niveau

d'instruction plus faible des jeunes filles dû aux maternités précoces, une mortalité plus élevée des enfants à cause de la précocité de la fécondité, du faible niveau d'instruction des mères, etc.

**Tableau 5 : Age moyen au premier mariage (sexe féminin) et proportion de divorcés et de personnes en union polygamique en Rép. Dem. du Congo (1984) et en Centrafrique (1988)**

Pays	Préfectures	Age moyen au 1er mariage des femmes	% de mariés polygames	% de divorcés et de séparés
Congo (Rep.Dem.) 1984	Équateur *	19,4	4,6	2,8
	Province Orientale*	18,8	4,0	4,4
	Moyenne Pays	20,0	3,9	2,9
Centrafrique 1988	Ouaka*		26,4	8,5
	Basse-Koto*		29,9	8,1
	Mbomou*		16,9	13,6
	Haut-Mbomou*		12,6	16,3
	Moyenne pays		14,7	8,4

(\*) Province/Préfecture à stérilité élevée. Sources : Rép. Dém. du Congo : [26 : 16-17]; Centrafrique, BCR, 1993, pp. 17. Le Mbomou et le Haut-Mbomou sont les deux préfectures qui ont les taux de rupture d'union les plus élevés du pays.

La figure 3 résume toutes ces conséquences qui expliquent en partie pourquoi la transition démographique suit un autre schéma dans les pays d'Afrique Centrale et pourquoi les relations entre la population et le développement doivent y être traitées d'une manière spécifique.

## La stérilité, un problème traité de manière insuffisante dans les politiques de population ?

Malgré les recommandations du Programme d'Action de Kilimandjaro adopté en 1984 et malgré les efforts fournis depuis la Conférence du Caire sur la Population et le Développement [13], de nombreux pays d'Afrique ne disposent pas encore de documents de programmation indiquant de quelle manière la variable population a été intégrée dans les plans de développement [14 et 35]. L'examen de l'attention portée au problème de la stérilité a ainsi été limité à l'analyse des documents de politique de population<sup>4</sup> disponibles. Si l'on compare la situation des pays de la zone sahélienne (Burkina Faso [3] ; Mali [20] ; Niger [21] ; Sénégal [22] ; Tchad [23]) à celle des pays de la ceinture de stérilité (Cameroun [18] ; Centrafrique [16] ; Congo [19] ; République du Zaïre [27]), trois observations principales sont à noter.

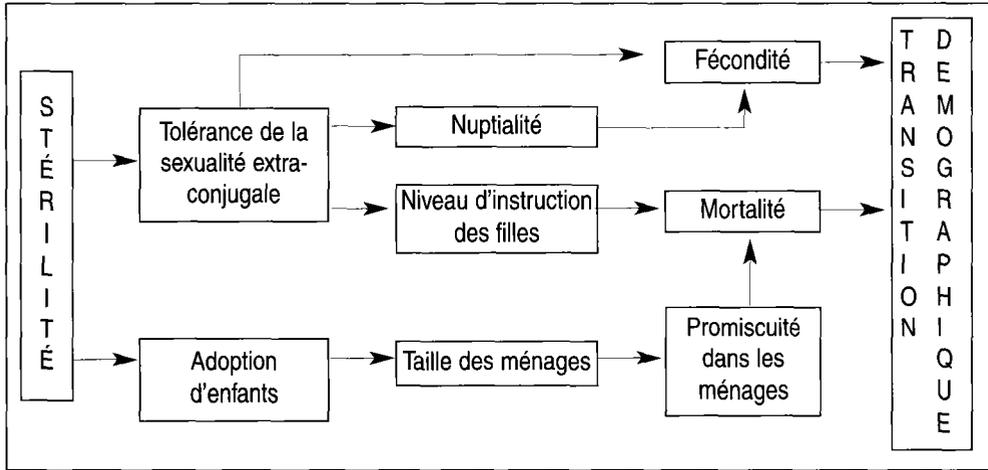
### La reconnaissance de la stérilité en tant que problème majeur

Tout comme dans les pays du Sahel où le nomadisme et l'avancée du désert sont considérés comme des problèmes structurels, la stérilité est reconnue dans les pays de l'Afrique Centrale en tant que spécificité qu'on ne peut pas ignorer. Dans le docu-

4. Il s'agit de documents approuvés par les Comités nationaux de Population et pas nécessairement par l'autorité suprême du pays.

ment du Cameroun, par exemple, on note que « la stérilité demeure encore élevée et la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA préoccupe au plus haut point le gouvernement » [18 : 11].

**Figure 3 : Cadre conceptuel de l'impact de la stérilité sur les composantes de la croissance démographique**



Cependant, contrairement aux documents de politique de population des pays du Sahel qui insistent alors sur les stratégies à appliquer pour un meilleur aménagement du cadre de vie, ceux des pays d’Afrique Centrale traitent la question de la stérilité d’une manière très succincte, par rapport à l’importance du problème. En effet, toujours dans le cas du Cameroun (et le schéma est à peu près le même dans les autres pays concernés, excepté pour la République du Congo), le problème de stérilité est inclus, au niveau des objectifs généraux, dans un objectif qui cherche à « améliorer l’état sanitaire de la population en général et celui des mères et des enfants en particulier » [17 : 33]. Ensuite, au niveau des objectifs spécifiques, on prévoit la nécessité de « lutter contre les maladies sexuellement transmissibles » [27 : 15] ou « contre la stérilité masculine et féminine afin d’aider les couples qui désirent avoir des enfants » [17 : 34].

Enfin, les stratégies sont très peu détaillées. On renvoie à des programmes très globalisants comme la mise en œuvre du programme de planification familiale ou celle de la stratégie des soins de santé primaires. « La politique nationale de population visera l’amélioration et l’extension des services de soins de santé primaires » dit-on simplement dans le document du Cameroun [17 : 50].

### La faible prise en compte de la dimension régionale

Dans les documents de politique de population des pays du Sahel, on retrouve des éléments de politique régionale en ce qui concerne le problème de cadre de vie et d’aménagement du territoire (Burkina Faso [2 : 44] ; République du Sénégal [22]). Très explicite, le document du Mali dit que « L’approche régionale des problèmes de population du Mali devient donc nécessaire dans l’élaboration et la mise en œuvre des programmes qui seront issus de cette déclaration de politique de population » [20 : 41].

En Afrique Centrale par contre, malgré son accroissement au cours des dernières années et bien qu'elle apparaisse comme un problème régional respectant les frontières ethniques, la stérilité n'est pas abordée par une approche régionale. Au Cameroun et en Centrafrique par exemple, on reste au niveau national. Au Cameroun, on mentionne simplement qu'il faut « lutter contre la stérilité masculine et féminine afin d'aider les couples qui désirent avoir des enfants » ; en Centrafrique, qu'il faut « réduire à 10% en 1996 le taux de stérilité des femmes en âge de procréer ; [...] intégrer les activités de planification familiale et de lutte contre la stérilité dans les projets de développement » [16 : 25].

## La position prioritaire des aspects pathologiques

Jusqu'à il y a une quinzaine d'années, la lutte contre les maladies vénériennes était principalement basée sur des examens obligatoires de dépistage et sur l'administration d'antibiotiques. L'éducation sanitaire était quelque peu reléguée au second plan et ce, nous semble-t-il, pour des raisons historiques. En effet, la stérilité ayant baissé très rapidement au début des années soixante à la suite, principalement, d'une lutte contre les maladies vénériennes par un recours accru aux antibiotiques, les efforts entrepris [28] pour la compréhension des modèles culturels sous-jacents n'ont pas été poursuivis. Ainsi aujourd'hui encore, la lumière n'est pas totalement faite sur ces mécanismes [33] qui sont pourtant la « pierre angulaire de tout le processus des risques » [11 : 56]. De ce fait, les programmes restent essentiellement axés sur les aspects pathologiques.

La situation devrait néanmoins s'améliorer avec la mise en œuvre des recommandations de la CIPD et surtout avec les résultats des recherches sur le Sida qui devraient permettre d'approfondir la réflexion sur les meilleures conditions de lutte contre cette maladie.

\*

\* \*

Aujourd'hui encore, la stérilité est une réalité qu'on ne peut ignorer en Afrique. Elle touche principalement les populations de l'Afrique Centrale. Contrairement aux premières années de l'Indépendance durant lesquelles elle avait enregistré un recul important, elle semble aujourd'hui en très forte hausse. Les pays de cette sous-région connaissent alors une transition démographique où le changement des niveaux de fécondité et de mortalité se fait sous l'effet de facteurs différents. Parmi les facteurs de transformation de la société, on peut noter une plus grande tolérance envers la sexualité précoce et pré-nuptiale, un plus grand recours à la polygamie, une plus grande fréquence des ruptures d'union, un risque accru d'abandon des études secondaires par les filles, etc., autant d'éléments qui font qu'en matière de politique de population, la protection de la famille devrait être considérée comme l'un des domaines prioritaires. Mais qu'en est-il réellement ?

Il est vrai que la mise au point d'une politique de population est normalement suivie de celle d'un document de programmation qui précise les actions à mener. Cependant, compte tenu de l'importance du problème, on s'attend à ce que certaines options soient déjà exprimées au niveau du document de politique nationale et qu'une certaine prudence apparaisse dans les prévisions de l'évolution future de la population.

Une politique de population devrait comporter, sur la question, des objectifs quantifiés explicites intégrés aux objectifs de croissance démographique ou un volet spécifique sur la lutte contre la stérilité. Dans les documents de politique de population en Afrique Centrale, la stérilité est bel et bien considérée comme un problème incontournable. Cependant, elle ne fait pas l'objet d'objectifs quantifiés intégrés à ceux de la croissance démographique. Elle n'est pas non plus traitée d'une manière suffisamment détaillée et explicite.

La rareté des études explicatives sur la question étant probablement l'une des causes de cette situation, des études plus nombreuses et plus fines sont souhaitées. Elles pourraient porter sur les facteurs favorisant la stérilité et sur les implications de ce phénomène, et essayer de répondre à diverses questions comme :

- la crainte du Sida va-t-elle ramener la stérilité à un niveau physiologique ?
- quelles sont les conséquences économiques de la stérilité ? En l'absence de celle-ci, la situation économique des pays qui en souffrent actuellement ne serait-elle pas meilleure ? L'implantation des infrastructures socio-économiques n'y serait-elle pas plus facile ?

Compte tenu des faibles densités des régions de l'Afrique Centrale qui gênent l'exploitation des ressources naturelles et compte tenu des effets probables de la stérilité sur le maintien d'un haut niveau de mortalité et d'une fécondité élevée chez les femmes non stériles, le développement de cette sous-région ne se fera qu'en passant par la lutte contre les MST. Aussi, on peut considérer que les recommandations de la CIPD sur la santé de la reproduction constituent une lueur d'espoir.

## Bibliographie

1. BILO R. *et al.*, 1993, *Fécondité, Stérilité et développement en RCA*, Ministère de l'Economie, du Plan, des statistiques et de la Coopération Internationale, U.P.P, Bangui, 83 p.
2. BURKINA FASO, 1994, *Rapport National. Conférence Internationale sur la population et le développement*, Le Caire 5-13/09/94, Ouagadougou, 56 p.
3. BURKINA FASO, MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION, 1991, *Politique de Population au Burkina Faso*, Ouagadougou, 42 p.
4. CEPED, 1994, *La démographie de 30 Etats d'Afrique et de l'Océan Indien, Données de base sur la population*, Paris, 351 p.
5. DÉPARTEMENT DE DÉMOGRAPHIE DU L'UCL *et al.*, 1983, *La mortalité aux jeunes âges un essai d'approche explicative interdisciplinaire*, in CICRED-OMS, *Mortalité infantile et juvénile dans le Tiers Monde*, Paris, p. 161-176.
6. EMIN A B., 1998, *Les enfants nés hors mariage et leur prise en charge dans les ménages de Kinshasa*, Étude financée dans le cadre du programme des petites subventions de l'UEPA, Kinshasa (à paraître)
7. EVINA A., 1990, *Infécondité et sous-fécondité. Le cas du Cameroun*, Les Cahiers de l'IFORD, n° 1, Yaoundé, 281 p.
8. EVINA A., 1998, *Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais*, Les Cahiers de l'IFORD, n° 16, Yaoundé, 117 p.
9. FRANK O., 1987, *Sterility in women in sub-saharan Africa*, *IPPF Medical Bulletin*, Vol. 21, n° 1, p. 6-7.

10. GERARD H., 1983a, Politique de population à la recherche du sens perdu... ou à donner, *Politiques de Population, Études et Documents*, n° 1, Louvain la Neuve, p. 9-28.
11. GERARD H., 1983b, Types d'intervention d'une politique démographique. Approche théorique, *Politiques de Population, Études et Documents*, n° 1, Louvain la Neuve, p. 29-62.
12. IRESCO-SFPS, 1997, *L'éducation par les pairs comme stratégie de lutte contre les grossesses précoces et contre les MST/SIDA*, Aide-mémoire de la mission d'évaluation du 2 au 14 Août 1997, Yaoundé, 21 p.
13. NATIONS-UNIES, 1994, *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*, A/CONF. 171/13, New York, 170 p.
14. NZITA KIKHELA D., 1995, SIDA, Politiques de population et changement des comportements en Afrique, *Communication à la Conférence sur les aspects socio-économiques, sanitaires et démographiques du virus du Sida en Afrique*, 26-28 Octobre 1995, Abidjan, 24 p.
15. RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, DSAD, 1994, *Enquête des bénéficiaires*, Rapport général, Bangui, 36 p.
16. RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, MINISTÈRE DES FINANCES DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE, 1994, *Projet de politique de population*, Bangui, 38 p.
17. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, COMMISSION NATIONALE DE LA POPULATION, 1993, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 62 p.
18. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, DIRECTION DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, 1992, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 53 p.
19. RÉPUBLIQUE DU CONGO, DIRECTION DE LA PLANIFICATION SOCIALE, 1995, *Politique nationale en matière de population*, Document de base, Brazzaville, 99 p.
20. RÉPUBLIQUE DU Mali, MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE, 1991, *Déclaration de la politique nationale de population du Mali*, Bamako, 47 p.
21. RÉPUBLIQUE DU NIGER, CTIP, 1991, *Déclaration de politique nationale de population*, Niamey, 22 p.
22. RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN, 1991, *Déclaration de la Politique de Population*, Dakar, 21 p.
23. RÉPUBLIQUE DU TCHAD, MINISTÈRE DU PLAN, 1994, *Projet de déclaration de politique de population*, N'Djaména, 28 p.
24. RÉPUBLIQUE DU ZAÏRE, INS, 1991, *Zaïre, un aperçu démographique*, Recensement Scientifique de la population de Juillet 1984, Kinshasa, 40 p.
25. RÉPUBLIQUE DU ZAÏRE, INS, 1994a, *Caractéristiques démographiques*, Recensement Scientifique de la population de Juillet 1984, Kinshasa, 92 p.
26. RÉPUBLIQUE DU ZAÏRE, INS, 1994b, *Profil de la femme au Zaïre*, Recensement Scientifique de la population de Juillet 1984, Kinshasa, 40 p.
27. RÉPUBLIQUE DU ZAÏRE, MINISTÈRE DU PLAN, 1990, *Politique nationale de population*, Kinshasa, 31 p.
28. RETEL-LAURENTIN A., 1971, Quelques remarques sur les facteurs socio-culturels de l'infécondité en Afrique Noire, *Conférence Africaine sur la population*, 9-18 Décembre 1971, Accra, 8 p.
29. ROMANIUK A., 1967, *La fécondité des populations congolaises*, Mouton-IRES, Paris/La Haye, 348 p.
30. SALA-DIAKANDA D., 1991, De l'émergence de politiques de population en Afrique, in *Politique Africaine*, n° 44, Paris, p. 37-50.
31. SALA-DIAKANDA M. et LOHLA-TART L., 1980, *Zaïre, Seminar on studies of fertility behaviour for population policies aiming at reducing fertility in developing countries*, IUSSP, Liège, 91 p.

32. SALA-DIAKANDA M., 1980, Approche ethnique des phénomènes démographiques, Le cas du Zaïre, *Recherches Démographiques*, Cahier n° 4, Département de Démographie de l'UCL, Louvain-la-Neuve, 433 p.
33. TABUTIN D., 1982, Évolution régionale de la fécondité dans l'Ouest du Zaïre, *Population*, Vol. 37, n° 1, INED, Paris, p. 29-50.
34. UIESP, 1982, *Dictionnaire démographique multilingue*, Liège, 167 p.
35. UNITED NATIONS/ECA, 1993, *An assessment of the formulation and implementation of national population programmes in ECA member states during the 1990s*, Addis Abeba, 35 p.

# 28. Le confiage des enfants, alternative à une transition de crise ?<sup>1</sup>

Bonayi Dabiré<sup>2</sup>

*Ce chapitre aborde le problème du confiage des enfants au Burkina Faso, à partir de l'enquête démographique et de santé de 1993. L'objectif est d'abord de cerner l'ampleur du phénomène de confiage. Ensuite, il s'agit de voir dans la situation de crise actuelle que vivent les pays africains, si le confiage ne relève pas plus d'un calcul économique que d'un sentiment d'altruisme ? Ce transfert, stratégie de « délestage » du ménage, ne doit-il pas être analysé sous l'angle de son incidence sur le comportement procréateur des donneurs d'enfants ? Le confiage ne permettrait-il pas aux ménages (ou individus) d'avoir beaucoup d'enfants sans en sentir la charge, ce qui reculerait au niveau de ces ménages ou individus, l'échéance d'une transition de crise dont il est de plus en plus question ?*

*Le confiage semble très répandu au Burkina Faso. Il est pratiqué par toutes les ethnies et touche 11,5% des enfants. Les filles surtout sont touchées par ce phénomène (13,9% de filles contre 9,1% pour les garçons). Un nombre important de ménages participe à cette transaction. Le phénomène est plus intense dans les villes : près de 27% des ménages urbains accueillent des enfants contre 20% en milieu rural.*

*Notre analyse montre que le confiage des enfants reste l'affaire du ménage et de la famille plutôt que des individus. Le statut des femmes au sein du ménage joue un rôle important dans le confiage de leurs enfants. Si sur un plan théorique la relation entre fécondité et confiage peut être facilement argumentée, cette relation n'est pas toujours confirmée par les données empiriques qui aboutissent parfois à des résultats contre-intuitifs.*

Au Burkina Faso, de nombreux enfants sont placés par leurs parents dans d'autres familles. Cette forme de migration concerne un nombre élevé d'enfants. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1993, près de 27% des familles urbaines accueillent des enfants contre 20% en milieu rural. C'est donc une pratique courante. Selon D. Jonckers [5], le confiage des enfants ne se pratique pas dans toutes les sociétés africaines, et à l'intérieur d'un pays il varie d'une ethnie à l'autre. Mais il ressort de plusieurs études [1, 2 et 6], que le confiage des enfants est une pratique assez courante dans les pays au sud du Sahara.

Le motif le plus souvent évoqué pour expliquer cette pratique est la volonté de renforcer les liens familiaux entre parents proches que la migration a parfois dispersés. Le confiage des enfants, au même titre que le mariage, est généralement perçu

1. Ce travail a bénéficié du concours de l'Agence francophone pour l'enseignement supérieur et la recherche (AUPELF / UREF).

2. UERD, Ouagadougou, Burkina Faso.

comme un moyen d'échange ayant pour fonction de resserrer les alliances entre groupes, sans aucun calcul économique apparent. Ne faut-il pas pourtant revoir la grille de lecture et d'interprétation des formes de solidarité africaine ? Le transfert des enfants est-il encore de nos jours l'expression d'un altruisme ?

La crise est là et tout le monde en parle. Les familles développent des stratégies multiformes pour y faire face. Les solidarités africaines sont en évolution dans ce contexte de crise que vit l'Afrique. Elles s'inscrivent dans une dynamique globale, marquée de plus en plus par le calcul économique aussi bien au niveau individuel que familial. Dans ce contexte, le transfert des enfants n'est-il pas une forme de partage des charges ? Ce transfert, stratégie de « délestage » du ménage, ne doit-il pas être analysé sous l'angle de son incidence sur le comportement procréateur des donneurs d'enfants ? Le confiage ne permettrait-il pas aux ménages (ou individus) d'avoir beaucoup d'enfants sans en sentir la charge, ce qui reculerait au niveau de ces ménages ou individus, l'échéance d'une transition de crise dont il est de plus en plus question ?

Notre analyse exploratoire qui utilise les données de l'EDS 1993, essaie de répondre à un certain nombre de questions : Quels sont les ménages (ou individus) qui donnent et ceux qui accueillent ? Ces deux types de ménages sont-ils différents sur un plan démographique (taille, nombre d'enfants du ménage, etc.) et économique (revenu du ménage, etc.) ? Y a-t-il une direction privilégiée des transferts des enfants (par exemple, des transferts des ménages (ou individus) avec beaucoup d'enfants vers des ménages qui ont peu d'enfants, des villes vers les campagnes, des ménages pauvres vers les ménages plus aisés, etc.) ?

## Définitions et méthode

L'EDS 1993 a touché 5 143 ménages et 6 354 femmes âgées de 15 à 49 ans. C'est par recoupement de certaines informations que nous avons essayé d'identifier les enfants confiés et leurs caractéristiques. La définition opérationnelle du concept d'enfant confié est donc tributaire des données.

Dans l'enquête, la variable lien de parenté avec le chef de ménage comprend une série de modalités dont « enfant confié ou adopté ». Cette variable ne permet donc pas de distinguer l'enfant confié de l'enfant adopté. Or ces deux catégories sont très différentes. Le confiage est un statut momentané, même si la durée de garde de l'enfant peut être parfois très longue. Par contre l'adoption est un statut définitif, où la filiation de l'enfant change.

Nous avons essayé d'appréhender les enfants confiés à travers l'âge, le ménage de résidence et la survie des parents. Lorsqu'une personne a moins de 15 ans, une question lui est posée sur la survie de ses parents et la co-résidence avec ces derniers. C'est en combinant ces informations que nous avons identifié les enfants confiés. Nous avons considéré comme enfant confié, toute personne célibataire de moins de 15 ans, dont au moins un des parents biologiques est en vie, et qui vit dans un ménage où ne réside aucun de ses parents biologiques.

La limite de 15 ans peut paraître arbitraire. Mais on peut admettre qu'avant cet âge, le mouvement des personnes, particulièrement dans le cas du confiage, est décidé par les parents. D'autre part, l'ensemble des études sur le confiage a retenu la tranche d'âge 0-14 ans, que nous avons donc retenue pour des raisons de compara-

bilité. La restriction aux célibataires se comprend du fait que les personnes mariées deviennent majeures et responsables de leur décision (même avant 15 ans). La co-résidence avec les parents est le critère qui permet de déterminer le statut de l'enfant (confié ou pas). De ce fait, on ne peut pas déterminer le statut des orphelins. Or ils sont probablement les plus nombreux à être confiés. Cette définition de l'enfant confié sous-estime la réalité du phénomène.

Notre analyse est essentiellement quantitative. Nous utiliserons les tableaux de contingence, les techniques statistiques d'analyse bivariée et multivariée.

Nous essaierons tout au long de notre travail de mettre en évidence les différences de situations entre milieu rural et milieu urbain (en distinguant la capitale et les autres centres urbains), entre garçons et filles, entre ethnies, entre ménages donneurs et ménages receveurs, parce que nous pensons que ces facteurs sont discriminants dans la pratique du confiage.

## **La situation du confiage au Burkina Faso**

### **Plus de filles que de garçons en situation d'enfants confiés**

Au Burkina Faso, 11,5% des enfants de moins de 15 ans ne vivent pas avec leurs parents. Ce chiffre global cache des disparités entre sexes. Les filles font plus l'objet de confiage que les garçons : 13,9% des filles contre 9,1% des garçons.

Lorsqu'on prend en considération le milieu de résidence, là aussi des différences importantes apparaissent. Le phénomène est moins important en milieu rural où seulement 9,6% des enfants sont en situation de confiage contre 15,2% en milieu urbain. Il y a une différence entre la capitale du pays et les villes secondaires, mais elle est plus faible que la différence entre capitale et milieu rural.

Malheureusement, nous ne connaissons pas le lieu d'origine des enfants confiés si bien qu'il est impossible de connaître la direction géographique des transferts. Nous ne pouvons émettre que quelques hypothèses. Dans les conditions de crise actuelle, il est plus que probable que le mouvement de confiage soit plus important de la campagne vers la ville. Les commodités en matière de scolarisation et de santé sont meilleures en ville. En outre, les ménages urbains sont relativement mieux lotis. Les ruraux qui ont un parent en ville seront plus portés à y envoyer leurs enfants se scolariser. Parfois, le ménage urbain peut solliciter une fille auprès des parents du village pour venir s'occuper des enfants et des travaux ménagers, surtout quand les deux conjoints ont une activité.

Cette différence entre ville et campagne est importante à souligner. Le confiage est une pratique traditionnelle ancienne dans la société burkinabé. Cet échange était destiné à consolider les liens familiaux, répondant pour ainsi dire à une tradition qui, au premier abord, semblait dénuée de calcul économique. Même si les aspects économiques n'ont jamais été ignorés des sociologues et des anthropologues qui se sont penchés sur la question, cette nécessité est abordée comme un aspect secondaire qui ne pouvait épuiser les motivations des transferts d'enfants [5].

Il peut paraître surprenant que le phénomène soit actuellement plus important en ville que dans les campagnes. Comme pratique traditionnelle, on s'attendrait plutôt à ce qu'elle soit plus importante dans les campagnes, généralement gardiennes des

traditions. Même si l'on assiste à une « ruralisation » des villes, le phénomène ne semble pas avoir atteint une proportion où les traditions sont plus ancrées en ville que dans les campagnes. On se demande si le confiage n'est pas devenu une pratique dictée davantage par des considérations économiques que traditionnelles.

Le tableau 1 laisse croire à une augmentation du taux de confiage avec l'âge. Mais cette lecture n'est pas exacte, dans la mesure où nous ne connaissons pas l'âge de l'enfant au moment du confiage mais l'âge au moment de l'enquête.

**Tableau 1 : Proportions des enfants confiés par sexe, âge et milieu de résidence**

Age	Ouagadougou			Autres villes			Zone rurale			Ensemble		
	Garçon	Fille	Total	Garçon	Fille	Total	Garçon	Fille	Total	Garçon	Fille	Total
0	0,0	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
1	0,0	3,0	1,5	1,1	1,4	1,2	0,0	0,6	0,3	0,2	1,2	0,7
2	2,0	3,3	2,6	3,9	6,4	5,2	1,4	1,7	1,6	1,9	2,7	2,3
3	5,6	5,1	5,3	4,5	5,7	5,1	2,3	4,1	3,1	3,1	4,5	3,8
4	7,2	9,3	8,1	9,1	13,8	11,5	4,8	9,4	7,2	5,9	10,0	8,0
5	2,9	13,8	7,9	5,6	6,7	6,1	10,6	11,1	10,8	8,3	10,9	9,5
6	10,1	17,9	13,7	9,0	13,8	11,4	10,1	9,7	9,9	10,0	11,6	10,8
7	2,7	20,8	12,3	10,8	23,8	17,4	11,5	14,8	13,1	9,8	17,4	13,7
8	9,4	16,0	12,5	13,0	20,9	16,9	12,3	16,7	14,5	11,9	17,3	14,5
9	12,1	14,5	13,1	10,5	30,7	20,7	10,8	16,1	13,4	11,0	18,4	14,6
10	18,4	25,9	22,6	21,3	34,9	28,5	14,2	19,4	16,8	16,0	23,1	19,7
11	15,4	29,3	23,2	17,5	22,1	19,6	11,6	17,0	14,2	13,4	21,0	17,1
12	8,4	41,1	24,8	19,6	24,2	21,9	12,8	16,1	14,4	13,1	22,7	17,9
13	22,9	44,5	34,9	21,3	36,3	29,5	13,1	19,0	16,0	16,4	28,1	22,4
14	22,4	43,2	34,8	41,3	30,3	35,8	17,1	16,6	16,8	23,2	25,7	24,5
Total	8,8	20,2	14,5	12,2	18,2	15,2	8,4	11,0	9,6	9,0	13,9	11,5

Lorsqu'on examine le confiage par milieu de résidence, les différences par sexe sont très accentuées. Ainsi dans la capitale, 20,2% des filles (soit plus d'une fille sur cinq) sont en situation de confiage contre seulement 8,8% pour les garçons. Plus de 40% des filles de 12 à 14 ans dans la capitale sont en situation d'enfants confiés. Dans les autres centres urbains, le phénomène est toujours plus intense pour les filles que pour les garçons, mais l'écart entre garçons et filles est moins important que dans la capitale (18,2% pour les filles contre 12,2% pour les garçons).

En milieu rural, le phénomène est moins important (9,6%) et la disparité entre sexe est beaucoup plus atténuée : 11,0% de filles confiées contre 8,4% de garçons.

Les données présentées ici illustrent bien que le confiage concerne plus les filles que les garçons quel que soit le milieu de résidence. Si l'on interprète le confiage comme une sorte de don, alors une explication sociologique peut être élaborée. En Afrique, le maintien et le renforcement des liens entre familles et clans se fait en grande partie par le don de femmes. On donne la femme en mariage à une famille pour renforcer les relations ; on donne la femme en mariage à un ami en signe de reconnaissance d'amitié, etc. La femme est un objet de transaction. Elle sert à renforcer le tissu social. Le confiage des enfants, à notre avis, participe de cette transaction sociale. Ici,

l'enfant est comparable à la femme. Dans les sociétés africaines, la femme ne doit pas désobéir à son père, à son mari, à l'homme tout court. C'est la même situation pour l'enfant. Quant à la prédominance des filles dans cette transaction, on doit la lier au fait que dans la famille africaine, chaque membre a un rôle qui dépend de ses liens de parenté au sein de la famille et de son sexe. De ces rôles découle un système d'attentes de la part du groupe à l'égard de l'individu. Par exemple, les fils, de surcroît les aînés, n'ont pas les mêmes obligations envers la famille que les filles. Le garçon est le futur héritier et a l'obligation de subvenir aux besoins de la famille quand il sera grand. En général, la femme et la fille n'ont pas d'obligation de subvenir aux besoins de la famille. Elles servent au renforcement des relations entre groupes par le mariage et le confiage. Des projets de mariage se cachent souvent derrière le don de la jeune fille en confiage. De plus, la fille confiée exécute un grand nombre de travaux domestiques dans la famille d'accueil (ce qu'un petit garçon n'est pas autorisé à faire) et joue parfois le rôle d'une employée domestique.

## Confiage et origine ethnique

La référence est l'ethnie de la mère, seule information disponible car ni l'ethnie du père ni celle du chef de ménage n'ont été saisies.

Des études ont fait ressortir que le fait de confier des enfants n'est pas une pratique généralisée en Afrique. Dans certains pays le phénomène est faible, parfois inexistant alors qu'il est très important dans d'autres ; et à l'intérieur d'un pays toutes les ethnies ne connaissent pas cette pratique [2 et 5].

Au Burkina il y a une multitude d'ethnies. Selon les données du tableau 2, l'ensemble des ethnies de l'échantillon pratique le confiage. Les Lobi et les Gourmanche seraient les ethnies où la pratique du confiage est la moins intense avec moins de 13% de femmes ayant donné leur enfant en confiage, alors que les Peul, les Mossi et les Gourounsi seraient les ethnies où cette pratique est la plus intense (plus de 18%). Il faut remarquer que les Lobi ont une organisation sociale acéphale, et les Gourmanche, une organisation sociale centralisée et hiérarchisée, très opposée aux Lobi. De même, l'organisation sociale très centralisée et très féodale des Mossis est en opposition avec celle des Gourounsi. Apparemment, les différences dans l'organisation socio-politique des ethnies ne sont pas à la base des diversités dans la pratique du confiage.

## Ménages « receveurs » et ménages « donneurs » d'enfants

Au Burkina Faso, 22,6% des ménages accueillent des enfants confiés. Dans la capitale, cette proportion s'élève à 26,1% et à 27,6% dans les autres villes. En milieu rural, la proportion de ménages accueillants est moins importante (19,7%). On constate une fois de plus que le phénomène est plus intense dans les villes.

Au niveau des ménages donneurs d'enfants, l'information directe n'a pas été saisie par l'enquête. On a demandé à chaque femme en âge de procréer le nombre d'enfants qu'elle a confiés à d'autres ménages. En additionnant au niveau du ménage, le nombre d'enfants confiés par chaque femme on obtient une estimation du nombre d'enfants confiés par le ménage. On sous-estime en réalité le nombre d'enfants que le ménage a confiés car les enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage (un motif

important de confiage) et qui sont confiés n'ont pu être saisis. Ceci explique peut-être le faible pourcentage de ménages donneurs d'enfants. Seulement 788 au total soit 15,3% des ménages ont donné des enfants en confiage.

**Tableau 2 : Répartition des femmes selon leur ethnie et leur statut par rapport au confiage**

Ethnie	Femmes ayant confié des enfants	Femmes n'ayant pas confié d'enfants	Ensemble	% de femmes ayant confié des enfants
Bobo	65	313	378	17,2
Dioula	60	317	377	15,9
Peul	47	180	227	20,7
Gourmantche	20	159	179	11,2
Gourounsi	49	220	269	18,2
Lobi	23	160	183	12,6
Mossi	495	2215	2710	18,3
Sénoûfo	10	52	62	16,1
Touareg, Bella	8	46	54	14,8
Autres	75	264	339	22,1
Total	852	3926	4778	17,8

Selon le tableau 3, 1 761 ménages, soit 34,2% de l'ensemble des ménages de l'échantillon ont participé aux transactions d'enfants soit en tant que donneurs, soit en tant que receveurs ou les deux à la fois. Parmi ces ménages 55,3% ont été des receveurs d'enfants, 34,1% des donneurs et 10,7% ont à la fois donné et accueilli des enfants.

**Tableau 3 : Répartition des ménages selon leur statut de « donneur » ou de « receveur » d'enfants**

Ménages donneurs	Ménages receveurs		Total
	Oui	Non	
Oui	188	600	788 (15,3%)
Non	973	3382	4355 (84,7%)
Total	1161 (22,6%)	3982 (77,4%)	5143 (100%)

Ces données indiquent qu'une catégorie de ménage donne et accueille en même temps des enfants. D. Jonckers [5] souligne que chez les Minyanka du Mali, la plupart des familles de grande taille accueillent des enfants tout en confiant leur progéniture à d'autres familles. S. Lallemand [6] décèle le même phénomène chez les Kotokoli du Togo et donne l'exemple d'un homme avec ses trois femmes et leurs 20 enfants dont 14 ont été mis au monde par les trois femmes, 5 ont été confiés à d'autres ménages et eux-mêmes en ont accueilli 11.

Dans le cas du Burkina Faso, près de 90% des ménages concernés par le confiage sont soit donneurs, soit receveurs. Seulement 10% donnent et reçoivent en même temps.

## Mères et enfants confiés

Il est important d'analyser le confiage au niveau individuel c'est-à-dire au niveau de la mère de l'enfant. Si le fait pour un même ménage de donner un enfant en garde à

une autre famille apparaît au premier plan comme un acte décidé par la famille — D. Jonckers [5] souligne que parfois les parents directs ne sont pas les décideurs — il ne faut pas pour autant occulter les caractéristiques de la mère.

Dans le fichier EDS, l'historique des naissances des femmes a été saisi. De plus, il a été demandé si les enfants survivants vivaient avec leurs parents. Ainsi pour chaque femme on peut connaître le nombre d'enfants qu'elle a confiés. Nous nous sommes intéressés aux femmes ayant eu au moins une naissance vivante. Sur 4 778 femmes ayant déjà eu au moins une naissance vivante, 852, soit 17,8% ont donné au moins un enfant en garde à un autre ménage. Globalement, la proportion de femmes ayant donné au moins un enfant en confiage augmente jusqu'à cinq naissances vivantes avant de connaître des variations irrégulières (Tab. 4).

**Tableau 4 : Répartition des femmes selon leur nombre de naissances vivantes et le nombre d'enfants qu'elles ont confiés**

Naissances vivantes	Nombre d'enfants confiés par femme								
	0	1	2	3	4	5	Total	1 et +	%
1	824	34	0	0	0	0	858	34	4,0
2	616	74	7	0	0	0	697	81	11,6
3	508	76	14	2	0	0	600	92	15,3
4	489	98	22	3	2	0	614	125	20,4
5	348	101	25	4	0	0	478	130	27,2
6 et plus	1141	294	65	25	3	3	1531	390	25,5

Bien que nous n'ayons pas d'hypothèses fortes sur les facteurs qui peuvent pousser une femme ou un ménage à recevoir ou à donner un enfant en confiage, une analyse plus poussée s'avère nécessaire par la prise en compte d'un certain nombre de variables aussi bien au niveau collectif (ménage) qu'individuel (la mère et l'enfant).

## Construction des variables d'analyse

Si les caractéristiques collectives (les caractéristiques du ménage) sont importantes, il nous paraît essentiel de tenir compte aussi des caractéristiques et stratégies individuelles (les mères des enfants) dans l'explication du phénomène des enfants confiés. De plus, des variables relatives à l'enfant seront utilisées.

### La variable à expliquer (ou dépendante) : le statut « de confiage »

Au niveau du ménage, il y a trois statuts possibles : soit le ménage est receveur, soit il est donneur, soit il est les deux. Nous avons ainsi trois variables correspondant à ces différents statuts : la variable « donneur d'enfants » si le ménage a confié des enfants, la variable « receveur d'enfants » si le ménage a accueilli des enfants confiés et la variable « donneur/receveur » si le ménage a donné et accueilli à la fois des enfants. La femme, elle, ne peut que confier ses enfants à un autre ménage. Lorsqu'il y a un enfant accueilli dans un ménage, il n'y a aucune information indiquant que l'enfant est confié à telle ou telle femme. La variable « donneur d'enfants » prend la

valeur 1 si la femme a confié au moins un de ses enfants et 0 sinon. Enfin, l'enfant vivant dans un ménage peut être un « accueilli » ou un enfant du ménage.

## Les variables explicatives au niveau de la mère

Nous introduisons le *niveau d'instruction* pour mesurer la distance de l'individu vis-à-vis de sa culture d'origine, en considérant le fait que l'individu sache lire et écrire ou pas. L'accès à la lecture et à l'écriture permet en effet à l'individu une ouverture vers les autres cultures (surtout occidentale) susceptibles de modifier ses comportements en matière de confiage.

Dans l'analyse descriptive précédente, nous avons vu que le *milieu de résidence* a une forte incidence sur l'attitude des uns et des autres face au confiage. Il nous semble intéressant de mesurer l'effet du lieu de résidence en présence d'autres variables.

Pour le *nombre de naissances vivantes* nous partons de l'hypothèse que plus une femme a une descendance nombreuse, plus elle sera portée à confier ces enfants à d'autres ménages.

Bien qu'on puisse s'attendre à une forte corrélation entre le *nombre d'enfants survivants* et la précédente, nous avons tenu tout de même à la prendre en compte. En effet, vu le niveau de mortalité infantile très élevé au Burkina, avoir plusieurs naissances vivantes n'implique pas forcément avoir beaucoup d'enfants.

Pour ce qui concerne le *nombre d'enfant de moins de cinq ans*, nous nous fondons sur le fait que la charge que constituent les enfants peut être aussi un facteur pouvant pousser au confiage. Or les enfants de moins de cinq ans sont ceux qui mobilisent le plus l'énergie de la mère.

Comme variables permettant de saisir le *statut de la femme*, nous avons retenu :

- la situation économique de la femme dans le ménage, variable comportant 6 modalités : sans occupation, salariée à l'extérieur du ménage, salariée à domicile, travailleuse à son propre compte à l'extérieur du ménage, travailleuse à son propre compte à domicile, travailleuse non salariée à l'extérieur du ménage ;
- l'état matrimonial de la femme, avec trois modalités : célibataire, en union actuellement, a été en union (veuve, divorcée, séparée) ;
- le type d'union : épouse de polygame ou de monogame ;
- le rang dans l'union : 1<sup>ère</sup> épouse ou non ;
- le lien de parenté avec le chef de ménage : chef de ménage, épouse, fille, belle-fille, sœur, et enfin autres parents.

## Les variables explicatives au niveau du chef de ménage

Nous pensons que les caractéristiques du chef de ménage peuvent être des éléments déterminants dans l'explication du confiage. Nous avons ainsi retenu :

- l'âge du chef de ménage ; trois générations de chefs de ménage ont été identifiées : la génération 1, âgée de 15 à 34 ans révolus, la génération 2, âgée de 35 à 54 ans et la génération 3, âgée de 55 ans et plus ;
- la situation matrimoniale du chef de ménage (mêmes modalités que pour les femmes) ;
- le sexe du chef de ménage.

## Les variables explicatives au niveau du ménage

Les variables suivantes nous semblent les plus susceptibles d'avoir un effet sur le comportement du ménage en matière de confiage des enfants :

- la taille du ménage ;
- le nombre d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage ;
- le nombre de femmes en âge de procréer dans le ménage ;
- le nombre d'hommes adultes du ménage ;
- le nombre d'enfants de moins de 5 ans.

Le débat est quelque peu controversé sur le rôle des variables que nous venons d'énumérer. Dans la littérature, on trouve des allégations selon lesquelles les ménages de grande taille accueillent des enfants aussi bien qu'ils en donnent. Il semblerait que les ménages souhaitent s'entourer de beaucoup d'enfants pour mieux en organiser la circulation [5]. Les familles sans enfants pour cause d'infécondité, ne sont pas celles qui accueillent le plus d'enfants. Il semblerait même qu'on refuse à confier des enfants à de telles familles. Nous introduisons donc ces variables à titre exploratoire.

## Au niveau de l'enfant

Nous avons retenu comme variables le sexe, l'âge et le statut (enfant confié ou non). Pour l'âge, nous avons créé deux catégories : les enfants de moins de 7 ans, c'est-à-dire ceux n'ayant pas atteint l'âge scolaire et les enfants de plus de sept ans.

## Les résultats

### Les caractéristiques de la mère « donneuse » : sans effet sur le confiage de l'enfant

**Tableau 5 : Coefficients de régressions logistiques (risques relatifs) des caractéristiques des mères sur le confiage**

	Variable explicative	Risque relatif	Intervalle de confiance à 95%
Variables niveau mère	Nombre de naissances vivantes	0,974696 (---)	0,912842-1,040742
	Nombre d'enfants survivants	1,431470 (***)	1,316561-1,556409
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	1,099675 (---)	0,970073-1,246592
	Sait lire passablement	1,029718 (---)	0,670396-1,581631
	Illétrée	0,957648 (---)	0,721551-1,270997
	Zone rurale	0,955872 (---)	0,800973-1,140727
Variables ménage	Taille du ménage	0,959076 (---)	0,919485-1,000372
	Nombre d'enfants du ménage	0,866620 (***)	0,810428-0,926707
	Nombre d'adultes femmes	1,138757 (***)	1,036888-1,250634
	Nombre d'adultes hommes	1,006039 (---)	0,922444-1,097208
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	1,275421 (***)	1,161724-1,400245

(\*\*\*) Coefficient significatif au seuil de 95%. (---) Coefficient non significatif.

Au niveau des femmes nous avons essayé de mettre en relation le fait que la femme ait confié ou pas un enfant avec un certain nombre de caractéristiques individuelles de la femme (définies plus haut) et des caractéristiques du ménage d'appartenance de la femme (Tab. 5). L'ensemble des variables introduites dans le modèle ne permet d'expliquer que 7% de la variance. Le modèle a un faible pouvoir explicatif. A l'exception de la variable « nombre d'enfants survivants » les coefficients des variables explicatives au niveau individuel ne sont pas significatifs (au seuil de 95% ). Par contre, plus une femme a beaucoup d'enfants survivants, plus elle a tendance à en confier.

Les variables caractérisant le ménage dans lequel vit la femme ont un effet plus significatif. Plus il y a d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage, moins les femmes du ménage donnent leurs enfants en confiage. Par contre, plus il y a d'enfants de moins de cinq ans, plus les femmes donnent leurs enfants en confiage à d'autres ménages. Ces deux résultats apparemment contradictoires semblent assez logiques. Le besoin d'enfants, souvent de filles pour s'occuper des plus jeunes, est souvent ressenti dans les ménages (surtout urbains). Ce manque dans le ménage peut pousser des femmes à confier des enfants à d'autres familles. Aussi plus il y a d'enfants pouvant s'occuper de leurs petits frères et sœurs dans un ménage, moins il est nécessaire de confier des enfants à d'autres ménages. Par contre, lorsqu'il y a beaucoup d'enfants en bas âge au sein du ménage, la femme peut être tentée de confier davantage ses enfants.

En outre, plus il y a de femmes en âge de procréer dans un ménage, plus la probabilité est grande, au niveau des femmes, de donner un enfant en confiage. En effet, lorsqu'il y a beaucoup de femmes dans un ménage, donc beaucoup d'enfants, le ménage dispose d'une grande progéniture, et le besoin d'en confier à d'autres familles peut être ressenti. En outre, lorsqu'il y a beaucoup de femmes dans un ménage, celles qui ont un statut « défavorable » auront tendance à confier leur enfant à un autre ménage. Il semble assez logique de trouver une corrélation positive entre le nombre de femmes adultes dans le ménage et la probabilité pour les femmes de confier leur enfant.

Les autres variables, la taille du ménage et le nombre d'hommes adultes, sont sans effet sur le comportement de la femme en matière de confiage de sa progéniture.

Au niveau individuel, l'absence d'effet significatif des caractéristiques individuelles des femmes invite à penser que la gestion des transferts des enfants est rarement laissée aux seules mères.

Dans l'analyse ci-dessus, les caractéristiques de la femme sont des variables quantitatives agrégées reflétant les comportements de fécondité (nombre total d'enfants, nombre d'enfants de moins de 5 ans, etc.) et une femme qui a confié 3 enfants a le même poids que celle qui en a confié un seul. Dans une nouvelle approche, nous avons créé un fichier des enfants et la caractéristique de la mère est rattachée à chaque enfant. La mère est donc comptée autant de fois qu'elle a d'enfants. Nous avons mis un accent particulier sur les caractéristiques qui permettent de cerner le statut de la femme dans le ménage. Nous pensons en effet que ce statut joue un rôle important dans le confiage. On analyse le risque qu'un enfant soit confié en relation avec le statut de la femme et les caractéristiques de l'enfant.

**Tableau 6 : Coefficients de régressions logistiques (risques relatifs) du statut de la femme sur le risque que l'enfant soit confié**

Caractéristique de la femme		Risque relatif	Intervalle de confiance à 95%
Statut économique (Sans emploi)	Salariée extérieur	1,101384 (---)	0,673662-1,800674
	Salariée à domicile	2,390180 (**)	0,966011-5,913971
	Propre compte à l'extérieur	1,193519 (**)	0,983004-1,449117
	Propre compte à domicile	0,996004 (---)	0,780647-1,270772
	Bénévolat extérieur	1,275146 (*)	0,918890-1,769524
Rang d'épouse (Autre rang)	Première épouse	0,714610	0,601147-0,849488
Niveau d'éducation (non scolarisée)	Niveau primaire	1,440716 (***)	1,097224-1,891740
	Niveau secondaire et +	2,082947 (***)	1,175360-3,691351
Lien avec le chef de ménage (épouse du chef de ménage)	Chef de ménage	2,511627 (***)	1,633937-3,860777
	Fille	2,099652 (***)	1,308344-3,369553
	Belle fille	1,298213 (---)	0,818484-2,059120
	Sœur	4,182971 (***)	2,191102-7,985592
	Autres	1,825473 (***)	1,263410-2,637587
Sexe de l'enfant (garçon)	Fille	1,220522 (***)	1,037274-1,436145

(\*\*\*) Coefficient significatif au seuil de 95%. (\*\*) Coefficient significatif au seuil de 90%. (\*) Coefficient significatif au seuil de 80%. (---) Coefficient non significatif.

Les résultats résumés dans le tableau 6 montrent que le rôle du statut économique de la femme dans le confiage des enfants est assez mitigé. Deux coefficients ne sont pas du tout significatifs (le salariat à l'extérieur et le propre compte à domicile). Les trois autres coefficients sont faiblement significatifs (seuil de 90% pour le salariat à domicile et le propre compte à l'extérieur, seuil de 80% pour le bénévolat extérieur). En général, le seuil de signification pour ce type d'analyse se situe à 95%. Mais ce qui se dégage globalement du tableau 6, c'est que le risque d'être confié est plus grand pour les enfants dont les mères ont une activité rémunérée. Ce résultat pourrait signifier qu'un grand nombre d'enfants est un obstacle à l'activité économique de la femme. Confier l'enfant à un parent est une solution transitoire, un pis-aller. Ne pourrait-on pas voir là des facteurs pouvant conduire à long terme à la réduction de la fécondité des femmes ayant une activité rémunérée ?

Pour ce qui concerne l'éducation, plus le niveau d'éducation de la mère est élevé, plus l'enfant risque d'être confié. Les enfants des femmes qui ont un niveau au moins égal au secondaire, courent deux fois plus de risque d'être confiés que les enfants des mères qui n'ont atteint que le niveau primaire. Par ailleurs, nous avons vu que le travail salarié de la femme la pousse à confier son enfant à autrui. Ces résultats nous conduisent à penser que le niveau de scolarisation de la mère doit être analysé à travers la possibilité qu'offre cette formation dans l'accès au travail salarié. En effet, l'éducation scolaire fait que les femmes scolarisées se positionnent mieux sur le marché du travail que celles qui ne le sont pas. Travailler et s'occuper des enfants à la fois n'est certainement pas facile, et le confiage est une solution alternative.

Nous avons considéré le lien de parenté de la mère avec le chef de ménage comme une mesure de la position sociale de la femme dans le ménage. Toutes les modalités de cette variable sont significatives au seuil de 95%. Cette variable montre que les épouses des chefs de ménages sont celles qui confient le moins leurs enfants. Lorsque les femmes sont en union polygame, les enfants des premières épouses ont moins de chance d'être confiés. L'épouse du chef de ménage ou la première épouse dans un ménage de polygame ont des positions fortes qui donnent à la femme une autorité et un certain pouvoir par rapport aux autres femmes. Dans ces conditions, ces femmes n'éprouvent aucun besoin de confier leurs enfants. Par contre, ce sont les sœurs des chefs de ménages qui confient le plus leurs enfants (4 fois plus que les épouses des chefs de ménage) ; viennent ensuite les femmes chefs de ménage (deux fois et demi plus) et enfin les filles du chef de ménage (deux fois plus). Ce qui est commun à cette catégorie de femmes, c'est que probablement elles ne vivent plus avec leur mari. Au Burkina Faso, lorsque la femme est chef de ménage, cela signifie que son mari ne vit pas avec elle. La probabilité est grande que la sœur du chef de ménage qui a des enfants et qui vit avec lui soit divorcée, séparée, mère célibataire ou veuve. Il en est de même de la fille du chef de ménage qui a des enfants et qui vit chez son père. Ces femmes ont dans le ménage un statut qui n'est pas valorisé dans le contexte culturel burkinabé. De ce fait, le ménage de résidence normale (dans l'acception culturelle Burkinabé) des enfants est en général chez leur père, et à défaut chez la sœur ou la mère de ce dernier lorsque les enfants sont en bas âge. Aussi, certaines femmes, du fait de leur statut dans le ménage, se voient contraintes de se séparer de leurs enfants en les confiant à d'autres personnes.

Enfin, lorsqu'on examine les caractéristiques de l'enfant, on constate que les femmes préfèrent confier les filles. Les filles courent plus le risque d'être confiées.

## Les caractéristiques du ménage : déterminants principaux de la pratique du confiage

L'unité d'analyse ici est le ménage, et nous avons essayé (Tab. 7) de mettre en relation le fait que le ménage ait accueilli ou pas un enfant confié avec un certain nombre de caractéristiques du ménage (définies plus haut).

**Tableau 7 : Coefficients de régressions logistiques (risques relatifs) des caractéristiques des ménages sur le confiage**

Caractéristique du ménage	Risque relatif	Intervalle de confiance à 95%
Taille du ménage	2,183874 (***)	2,071779-2,302035
Nombre d'enfants du ménage	0,303059 (***)	0,276591-0,332059
Nombre d'adultes (femmes)	0,623938 (***)	0,565586-0,688311
Nombre d'adultes (hommes)	0,697148 (***)	0,635473-0,764810
Nombre d'enfants de moins de 5 ans	1,589267 (***)	1,436673-1,758070
Zone rurale	0,714421 (***)	0,607216-0,840553

(\*\*\*) Coefficient significatif au seuil de 95%.

Les six variables introduites dans le modèle expliquent 26,7% de la variance, ce qui est très important<sup>3</sup>. Toutes les variables ont des coefficients significatifs au seuil de

3. En sciences sociales, un modèle de régression logistique ou le R<sup>2</sup> (ou Pseudo R<sup>2</sup>) est de l'ordre de 15%, est considéré comme satisfaisant.

95%. A partir de ce résultat, on peut déjà dire que le confiage des enfants est conditionné plutôt par les caractéristiques du ménage que par celles de l'individu.

Ainsi dans les ménages nombreux et dans les ménages où il y a beaucoup d'enfants de moins de cinq ans, le risque d'accueillir un enfant confié est beaucoup plus grand. Le fait que les gros ménages soient ceux qui accueillent le plus d'enfants semble accréditer l'idée selon laquelle « La plupart des familles de grande taille accueillent des enfants tout en cédant leurs jeunes membres » [5]. De plus, les enfants confiés servent à aider les ménages dans les travaux domestiques et particulièrement à garder les enfants.

En milieu rural, le risque d'accueillir un enfant est de 30% plus faible qu'en milieu urbain, ce qui confirme les résultats de l'analyse descriptive ci-dessus. Par contre, plus il y a de femmes et d'hommes adultes ainsi que d'enfants de moins de 15 ans (non compris les enfants confiés), moins grand est le risque d'accueillir un enfant. Ce résultat confirme les résultats précédents qui montrent que dans les ménages où il y a beaucoup de femmes, la tendance est à confier les enfants à d'autres ménages.

Lorsqu'on examine les caractéristiques des chefs de ménages receveurs (Tab. 8), on remarque qu'elles sont toutes significatives au seuil de 95% sauf le coefficient de la génération 3. De plus, le  $R^2$  du modèle est de 11%, ce qui traduit un pouvoir explicatif assez conséquent du modèle. Les ménages dirigés par les hommes accueillent plus d'enfants que les ménages dirigés par les femmes. Dans les mentalités burkinabè où un chef de ménage doit être un homme, on hésite à confier son enfant à un ménage dirigé par une femme. Les autres résultats sont assez inattendus. On constate que c'est dans les ménages de la génération 1 (15-34 ans) et ceux dirigés par les célibataires qu'on rencontre le plus d'enfants confiés. On doit néanmoins faire une observation. Dans certaines régions, lorsque le patriarche de la famille est trop âgé, souvent c'est son fils aîné qui répond à sa place et se déclare comme chef de ménage. Dans d'autres cas (comme sur le plateau mossi), quel que soit l'âge, le patriarche est toujours déclaré comme chef de ménage. Cela se comprend du fait que les jeunes ménages n'ont pas encore d'enfants ou en ont très peu. Ayant donc moins de charges, ils sont l'objet de sollicitations pour accueillir les enfants des autres (frères, sœurs ou autres parents en difficulté). Quant aux enfants âgés de plus de sept ans, ils courent plus de risque d'être confiés que ceux âgés de moins de sept ans. On confie donc rarement les enfants en bas âge. Les données ne nous permettent pas d'examiner les motifs avancés pour accueillir ou confier un enfant. Mais c'est probablement soit pour des raisons scolaires, soit pour que l'enfant aide la famille d'accueil. Dans tous les cas, si le « délestage » de la famille donneuse n'est pas à écarter, il faut aussi que d'une certaine façon l'enfant soit « utile » à la famille d'accueil.

\*

\* \*

Le confiage des enfants semble être un phénomène qui se pratique dans toutes les ethnies du pays. Selon une classification des pays africains en trois groupes (faible, moyen, élevé) en fonction de l'intensité du confiage qui s'y pratique [3], le Burkina Faso se placerait dans le deuxième groupe.

Cette étude, plus descriptive qu'explicative, a permis de faire un état des lieux sur l'intensité du confiage au Burkina Faso. Ces résultats obtenus à partir d'une seule

source (EDS I) attendent d'être confirmés par d'autres sources, comme par exemple, l'Enquête du Réseau Migration et Urbanisation en Afrique de l'Ouest (REMUAO) où quelques questions sont posées sur le statut des enfants, et l'EDS II actuellement en cours.

**Tableau 8 : Coefficients de régressions logistiques (risques relatifs) des caractéristiques du chef de ménage et de l'enfant sur le confiage**

Variable explicative		Risque relatif	Intervalle de confiance à 95%	
Chef de ménage	Age du chef de ménage (génération 1)	Génération 2 Génération 3	0,474566 (***) 1,068954 (---)	0,408701-0,551046 0,919038-1,243324
	État matrimonial (célibataire)	En union A été marié	0,177588 (***) 0,297931 (***)	0,122361-0,257743 0,189970-0,467247
	Sexe du chef de ménage (femme)	Homme	2,268665 (***)	3,627018-4,615077
Enfant	Age de l'enfant (0-6 ans)	7-14 ans	4,091328 (***)	1,784759-2,883749
	Sexe de l'enfant (garçon)	Femme	1,647826 (***)	1,484750-1,828814

(\*\*\*) Coefficient significatif au seuil de 5%. (---) Coefficient non significatif.

Quant à la relation entre le confiage et la fécondité, « la pratique du confiage est une des institutions culturelles qui favorise le maintien d'une fécondité élevée » [3 :167]. Les relations que nous avons établies sont des corrélations statistiques qui sont certainement des débuts d'explication. On retiendra que ces corrélations confirment des relations déjà établies par des anthropologues. Nous avons montré que ce sont les plus gros ménages qui sont les capteurs d'enfants. Ce point est déjà mis en relief par D. Jonckers [5] chez les Minyanka au Mali et par S. Lallemand [6] chez les Kotokoli au Togo. Nous avons mis également en relief le fait que ce sont les familles ayant beaucoup d'enfants de moins de cinq ans qui sont les plus susceptibles d'accueillir des enfants. Ce point incite à penser qu'ici les nécessités économiques prennent le pas sur la tradition. Cette hypothèse est renforcée par le fait que le phénomène est beaucoup plus intense en milieu urbain (où le calcul économique est beaucoup plus présent dans les attitudes et les actions des ménages) que dans les campagnes (gardiennes des traditions).

Notre analyse montre que le confiage des enfants reste l'affaire du ménage et de la famille plutôt que des individus. Mais les données que nous avons utilisées pour cette étude datent de 1993 et sont donc relativement anciennes. Il y a certainement des évolutions : par exemple, des enfants confiés refusent de rejoindre ou fuient le ménage d'accueil ; l'enfant confié devient parfois un véritable apport de main-d'œuvre pour la famille d'accueil ; et de plus en plus, ce sont les parents biologiques de l'enfant qui veulent prendre en main la gestion de leur circulation.

## Bibliographie

1. GOODY E., 1982, *Parenthood and Social Reproduction. Fostering and Occupational Roles in West Africa* Cambridge, Cambridge University Press, 348 p.
2. ISIUGO-ABANIHE U., 1985, Child fostering in West Africa, *Population and development Review*, Vol. 11, n° 1, p. 53-73.
3. ISIUGO-ABANIHE U., 1994, Parenthood in sub-saharan Africa : Child Fostering and its Relationship with Fertility, in LOCOH T. and HERTRICH V., Eds., *The Onset of fertility Transition in sub-saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 163-174.
4. JONCKERS D., 1994, Adoption et alliance chez les Minyanka-Bamana du Mali, *Droit et culture*, n° 27, p. 105-134.
5. JONCKERS D., 1997, Les enfants confiés, in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E., VIMARD P., Eds., *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, Les études du CEPED, n° 15, Paris, p. 193-208.
6. LALLEMAND S., 1994, *Adoption et mariage. Les Kotokoli du Centre du Togo*, l'Harmattan, Paris, 287 p.



**PARTIE VII**  
**LE RÔLE DES POLITIQUES**  
**DE POPULATION**



# 29. Le rôle des politiques de population dans la transition de la fécondité : l'exemple de la Thaïlande

Nicole Bella<sup>1</sup>

*La Thaïlande présente l'un des cas les plus extraordinaires de programme de planification familiale ayant réussi. Ce fait a attiré l'attention aussi bien des scientifiques que d'un certain nombre d'autres pays en développement, d'autant que la baisse de la fécondité qui en a résulté s'est produite dans des conditions économiques et sociales modérément favorables. Il convient par conséquent de souligner non seulement le rôle du développement socio-économique dans la transition de la fécondité, mais également de reconsidérer les déterminants institutionnels (les politiques de population en font partie) dans la compréhension de la transition démographique dans les pays en développement en mettant en évidence le rôle d'accélérateur joué par les politiques et les programmes de population dans l'évolution observée. Reconnaître ce fait n'est pas nier l'importance des facteurs socio-économiques et culturels dans l'évolution ou l'absence d'évolution de la fécondité, mais souligner que celle-ci se pose également en termes d'offre de contraception.*

*L'analyse du programme de population de la Thaïlande qui nous sert d'illustration ici, est faite à la lumière d'un certain nombre de facteurs qui ont contribué au succès de ce pays en matière de régulation des naissances. Comment ces derniers se sont-ils combinés pour assurer à ce programme l'efficacité et le succès qui ont été observés ? Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre dans ce chapitre.*

La Thaïlande présente l'un des cas les plus extraordinaires de transition de la fécondité dans le monde en développement. De 6,4 enfants en moyenne par femme dans les années soixante, l'indice synthétique de fécondité est passé à 2,2<sup>2</sup> au début des années quatre-vingt-dix, soit une chute de près de 66% en l'espace de trois décennies. Cette baisse de la fécondité qui a pu être qualifiée de révolutionnaire [7], a déjoué les pronostics. En effet, compte tenu des conditions socio-économiques qui prévalaient dans le pays dans les années soixante, personne n'aurait pu imaginer que la situation démographique y évoluerait aussi rapidement. Ce scepticisme se fondait sur un certain nombre d'arguments qui sont quelques-uns des facteurs avancés par la théorie de la transition démographique pour expliquer le maintien d'un niveau de fécondité élevé : le caractère agraire de la société, la valeur de l'enfant considéré comme force de travail et assurance-vieillesse, la domination de l'homme dans le couple, ainsi que le contexte politique fortement nataliste à l'époque. Malgré ces handicaps, la fécon-

1. Consultante internationale.

2. L'indice synthétique de fécondité actuel se situe probablement en-dessous de ce niveau de remplacement.

dité connaîtra pourtant une baisse spectaculaire en Thaïlande, baisse principalement imputable à la réduction des taux de fécondité parmi les couples mariés. Quatre facteurs sont communément évoqués pour expliquer cette évolution rapide de la fécondité, à laquelle ont participé presque tous les segments de la société thaïlandaise : 1) l'évolution sociale et économique fondamentale qui aurait amené les couples à considérer de plus en plus la fécondité élevée comme une charge à laquelle ils ne voulaient ni ne souhaitaient faire face ; 2) le contexte culturel thaïlandais qui aurait favorisé l'acceptation des méthodes de régulation des naissances par la population et la réduction de la taille de la famille comme moyen efficace de s'adapter aux changements socio-économiques ; 3) l'existence d'une demande latente de moyens efficaces et acceptables de contraception bien avant la baisse de la fécondité ; 4) les efforts organisés pour offrir des méthodes de contraception, en particulier à travers un programme national de planification familiale largement accessible. Sans minimiser l'importance des trois premiers facteurs d'explication de l'évolution de la fécondité, nous ne traiterons dans ce chapitre que du quatrième. La baisse de la fécondité observée en Thaïlande est assurément le fait d'une utilisation accrue des méthodes modernes et efficaces de contraception, favorisée par la mise en œuvre du programme de population. Le taux de prévalence contraceptive était ainsi de 68% à la fin des années quatre-vingt contre environ 15% au moment de l'adoption de la politique de population en 1970. Le programme de planification familiale a su à la fois répondre au désir latent de la population de contrôler les naissances, et susciter la demande de contraception là où elle n'était pas du tout manifeste. Ce programme peut par conséquent être considéré comme un cas crucial et potentiellement important en ce qui concerne ses implications politiques pour d'autres pays en développement où des hausses de taux d'utilisation de la contraception beaucoup moins spectaculaires ont suivi la mise en œuvre des programmes démographiques, et pour ce qu'il implique pour la compréhension générale des déterminants du comportement reproductif [7].

Nous nous proposons dans ce chapitre d'analyser d'une part, l'évolution de la fécondité en Thaïlande des années soixante jusqu'au début des années quatre-vingt-dix et, d'autre part, le programme de planification familiale et son rôle dans la baisse de la fécondité observée. L'analyse de ce programme est faite à la lumière d'un certain nombre de facteurs. Comment ces derniers se sont-ils combinés pour assurer au dit programme l'efficacité et le succès qui ont été observés ?

## L'évolution de la fécondité

La Thaïlande, comparée à la plupart des pays en développement, jouit d'une situation privilégiée en ce qui concerne la disponibilité des statistiques relatives aux phénomènes démographiques. En effet, pour remédier aux lacunes et aux insuffisances de l'état civil pourtant ancien<sup>3</sup> ainsi que du recensement, ce pays a réalisé toute une série d'enquêtes nationales qui embrassent pratiquement tous les aspects de l'évolution de la population, et en particulier de la fécondité. Bien que ces enquêtes diffèrent par leurs méthodes, on peut penser que leurs résultats, somme toute cohérents quant aux niveaux et tendances de la fécondité, sont suffisamment comparables pour permettre de retracer l'évolution de la fécondité en Thaïlande.

3. La Thaïlande dispose en effet d'un système d'enregistrement obligatoire des naissances et des décès depuis 1916. Il est également à rappeler que la non déclaration d'un événement à l'état civil est passible d'une amende.

## Fécondité du moment et nombre d'enfants nés vivants (ou parité moyenne)

Les données portant sur les tendances de la fécondité en Thaïlande sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1: Incides synthétiques de fécondité selon le milieu de résidence**

Enquêtes	Années	Ensemble	Rural	Urbain
Recensement de 1970	1960-1964	6,48	6,70	5,17
	1965-1969	6,19	6,55	4,15
% de changement	1960-1969	-4,5	-2,2	-20
Recensement de 1980	1970-1974	5,41	5,84	3,53
	1975-1979	3,88	4,21	2,57
% de changement	1970-1979	-28	-28	-27
SPC	1974-1976	4,90	4,98	4,49
	1985-1986	2,73	2,96	1,77
% de changement	1974-1986	-44	-41	-61
CPS3	1982-1984	3,36	3,54	2,76
TDHS	1986-1987	2,21	2,40	1,65
SPC	1989	2,41	2,63	1,63
	1991	2,17	2,44	1,37
% de changement	1960-1991	-66	-64	-73

Sources : [3], [7], [9] et [10].

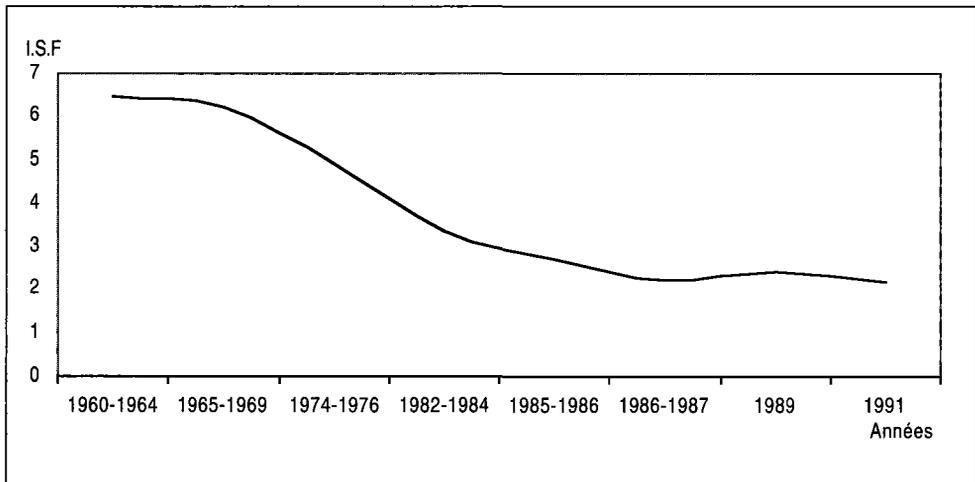
Au début des années soixante, la Thaïlande était caractérisée par un régime de forte fécondité. A en croire l'estimation faite sur la base des résultats du recensement de 1970, l'indice synthétique de fécondité y était de 6,5 enfants en moyenne par femme entre 1960 et 1964. La situation restera quasiment stable jusqu'à la fin de la décennie, où l'on observe alors une amorce de baisse de la fécondité. Celle-ci devient manifeste au début et au milieu des années soixante-dix, lesquelles connaissent une accélération brusque de la transition de la fécondité, qui se poursuit jusqu'à la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix (Fig. 1). D'après la dernière enquête sur l'évolution de la population (Survey of Population Change), le nombre moyen d'enfants par femme était de 2,17 en 1991, soit moins que le niveau requis pour que la population thaïlandaise se renouvelle (2,25 si l'on tient compte des conditions de mortalité). Cette barre fatidique aurait déjà été atteinte en 1986-87 si l'on en croit l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), qui estimait le niveau de fécondité à 2,21 enfants en moyenne par femme au cours de cette période. Cependant, cette enquête aurait quelque peu sous-estimé le niveau réel de la fécondité. En effet, l'indice fourni par l'EDS est inférieur à celui estimé par la SPC de 1989 (2,41). Or, il est peu probable que la fécondité a augmenté entre 1986 et 1989. Rappelons que l'Enquête Démographique et de Santé, comme toutes les enquêtes qui utilisent l'approche rétrospective pour collecter les données sur la vie féconde des femmes, souffre du biais lié à la remémoration des événements, biais d'autant plus important que les naissances se sont produites dans un passé éloigné, et que l'on a affaire à des femmes âgées.

La comparaison entre l'indice synthétique de fécondité de 1991 et celui observé en 1960-64 nous donne une idée de l'ampleur de la baisse de la fécondité en Thaïlande. Le nombre d'enfants par femme a chuté de deux tiers, soit quatre enfants en moins en l'espace de vingt-cinq à trente ans. Cette transition de la fécondité, véritable révolution reproductive, a été générale, puisqu'elle a concerné aussi bien le milieu urbain que les campagnes. Si ces dernières ont connu la même évolution que l'ensemble du pays, ce n'est pas le cas du milieu urbain où on observe un scénario différent. Tout d'abord, la réduction de la fécondité y est beaucoup plus considérable (plus de 70% de baisse entre 1960 et 1991). De plus, ce phénomène y a commencé plus tôt. En effet, les estimations fondées sur le recensement de 1970 indiquent une diminution déjà importante de la fécondité des femmes urbaines entre la première et la seconde moitié des années soixante. Cette baisse est due, comme nous le verrons, à un recours plus fréquent et à un accès plus aisé à la contraception.

La diminution de la fécondité observée à travers l'évolution de l'indice synthétique, apparaît également à la lumière de la parité moyenne. Assimilée à la descendance finale, le nombre moyen d'enfants nés vivants est généralement considéré comme l'indicateur le plus approprié des conditions de la fécondité car moins sujet aux effets de la conjoncture.

Les conditions de fécondité élevée qui prévalaient dans le passé sont encore visibles dans la descendance finale des femmes de 45-49 ans. Le nombre d'enfants mis au monde par ces femmes était en effet d'un peu plus de cinq en 1987. Le chiffre le plus récent est de 4,32, si l'on en croit les résultats de l'enquête sur l'évolution de la population (SPC) de 1991. Ces valeurs sont en deçà du nombre de naissances vivantes déclarées par les femmes vingt ans plus tôt. En effet, en 1970, le nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes de 45-49 ans était d'environ 6,5.

**Figure 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité, 1960-91**



La diminution de la parité moyenne confirme donc la baisse de la fécondité déjà visible à travers la somme des naissances réduites, laquelle indique les tendances futures de la fécondité non encore visibles dans les générations. La mise en parallèle des deux indicateurs vient appuyer cette observation. En effet, l'infériorité de l'in-

dice du moment (2,17 en 1991) par rapport au nombre moyen d'enfants nés vivants (4,32 à la même date), traduit la poursuite de la baisse de la fécondité en Thaïlande.

**Tableau 2 : Nombre d'enfants nés vivants selon l'âge parmi les femmes déjà mariées de 15-49 ans (âge standardisé)**

Age	1969/1970 (LS1)	1972/1973 (LS2)	1975 (SOFT)	1979 (NS)	1987 (TDHS)	1991 (SPC)
15-19	0,70	0,67	0,70	0,55	0,52	0,50
20-24	1,51	1,44	1,50	1,27	1,15	0,99
25-29	2,82	2,78	2,62	2,27	1,83	1,59
30-34	4,05	4,12	3,92	3,48	2,52	2,18
35-39	5,78	5,24	4,93	4,43	3,34	2,82
40-44	6,52	6,86	6,07	5,63	4,18	3,43
45-49	6,49	6,86	6,68	6,60	5,18	4,32

## Les préférences en matière de fécondité ou le nombre moyen d'enfants désirés

La recherche d'une explication au comportement reproductif et à son évolution ne saurait faire l'économie d'une analyse des attitudes et préférences de la population en matière de fécondité.

Le nombre idéal d'enfants, tel qu'il est exprimé par l'ensemble des femmes mariées, est en baisse depuis le milieu des années soixante-dix, quel que soit le milieu de résidence. Cependant, les femmes rurales désirent toujours davantage d'enfants que les femmes urbaines, mais les écarts s'amenuisent avec le temps. Ceci serait probablement la conséquence de la généralisation à toute la population des nouvelles idées relatives à la dimension limitée de la famille idéale, modèle rendu universel par le programme national de planification familiale.

Le nombre d'enfants désirés est longtemps resté constant, bien après la baisse de la fécondité. Ceci est surtout visible en milieu rural, où le nombre idéal d'enfants, demeuré à 3,9 depuis 1969, n'a amorcé une baisse qu'à partir de 1975. Ce n'est pas le cas en milieu urbain, où les évolutions de la fécondité et des préférences en matière de reproduction semblent être beaucoup plus parallèles. Cependant, même ici, il n'est pas certain que la phase de baisse de la demande d'enfants, exprimée par le nombre idéal, ait précédé la transition de la fécondité.

Le nombre d'enfants désirés a longtemps été inférieur à la fécondité effective<sup>4</sup>, suggérant qu'une demande de contraception existait déjà dans ce pays dans les années soixante. Cette demande latente de limitation des naissances qui n'avait à ce moment-là rien à voir avec l'aspiration à une famille de dimension réduite, mais plutôt avec le désir des couples d'ajuster leur comportement reproductif à leurs aspirations, en d'autres termes de limiter le surplus des naissances (surplus, encore

4. Si ceci reste vrai pour la parité moyenne, ce n'est plus le cas pour ce qui est de l'indice synthétique de fécondité qui est désormais inférieur à la dimension idéale de la famille.

une fois, par rapport au nombre d'enfants désirés), lequel aurait résulté de la baisse précoce de la mortalité en Thaïlande, mais également de l'absence de moyens efficaces de régulation des naissances à cette époque.

**Tableau 3 : Nombre moyen d'enfants désirés parmi les femmes mariées de 15-44 ans**

Résidence	PÉRIODES-ENQUÊTES					
	1969/70 (LS1)	1972/73 (LS2)	1975 (SOFT)	1979 (NS)	1984 (CPS3)	1987 (TSHS)
Ensemble	3,8	3,8	3,6	3,3	3,0	2,8 <sup>a</sup>
Rural	3,9	3,9	3,7	3,3	3,0	2,9 <sup>a</sup>
Urbain	3,6	3,4	3,3	3,3	2,7	2,5 <sup>a</sup>

*Note : Les résultats, à l'exception des enquêtes de 1984 et 1987, sont standardisés par âge pour toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans. La structure par âge utilisée pour la standardisation est celle fournie par le recensement de 1970. Rappelons que ce procédé a pour but de limiter les effets d'âge liés aux variations de structures par âge, et de rendre ainsi comparables entre elles les données issues d'enquêtes différentes.*

*a : Se réfère aux femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.*

L'existence dans le passé de cette demande latente de contraception permet probablement de comprendre, entre autres, l'augmentation spectaculaire de la pratique contraceptive au lendemain de l'adoption en 1970 d'une politique démographique.

La recherche des causes de la baisse de la fécondité ou de son maintien à des niveaux élevés dans les pays en développement ne peut ignorer en effet le rôle des politiques de population, qui déterminent l'offre ou l'absence de moyens de contraception. Ainsi, malgré des contextes socio-économiques et culturels propices à la diminution de la fécondité<sup>5</sup>, les hausses importantes du taux d'utilisation de la contraception dans ces pays ne se sont pas produites sans des prises de position politiques en faveur du ralentissement de la croissance de la population et la mise en œuvre de programmes démographiques actifs.

On comprend donc qu'une place importante soit accordée dans ce chapitre, aux changements institutionnels, d'autant que ceux-ci peuvent expliquer les différences en matière d'évolution de la fécondité entre pays.

## Le programme thaïlandais de la planification familiale

Depuis mars 1970, la Thaïlande s'est officiellement dotée d'une politique nationale de population dont l'objectif explicite est la réduction du taux de croissance démographique par l'intermédiaire de la planification familiale, même s'il est reconnu que d'autres facteurs, tels que l'éducation, jouent également un rôle dans la baisse de la fécondité. Le chemin parcouru pour en arriver là a été long. En effet, il aura

5. Cette explication apparaît néanmoins *post facto*, étant donné le scepticisme qui prévalait dans les années soixante, parmi les scientifiques, quant à l'éventualité d'une baisse de la fécondité, aussi bien en Amérique latine qu'en Asie.

fallu au moins dix ans au gouvernement — la première mise en garde de la Banque Mondiale au gouvernement contre les implications du taux élevé d'accroissement naturel date de 1959 — pour adopter une position officielle non ambiguë en faveur de la planification des naissances. Cette « lenteur », signe de sagesse à certains égards, peut se justifier pour deux raisons qui se rejoignent :

- le pragmatisme tout d'abord, car, comme nous le verrons, la mise en œuvre d'un programme de planification familiale s'est faite par étape ; en combinant recherches et études pilotes, afin de tester des stratégies de fonctionnement de planification familiale, le gouvernement a voulu s'assurer de la fiabilité, de la faisabilité, mais surtout de la réceptivité d'un programme de planification familiale auprès de la population ;
- après avoir longtemps suivi une ligne politique nataliste qui l'amenait à décerner des prix spéciaux aux mères ayant eu un grand nombre d'enfants, le gouvernement s'est employé, avant l'adoption d'une politique de population malthusienne, à susciter un consensus national autour de la question du taux de croissance démographique élevé que connaissait la Thaïlande dans les années soixante, et de ses implications sur le développement économique et social [1].

Avant l'adoption de ce programme officiel, la planification familiale avait connu un début d'institutionnalisation dans les années soixante. En effet, tandis que le gouvernement laissait mûrir sa position sur les problèmes démographiques en recherchant un consensus sur l'éventualité d'une politique de maîtrise de la fécondité, plusieurs activités pré-politiques de planification familiale, inaugurées sur une faible échelle, contribuaient à développer un réseau fondamental d'institutions dans ce domaine. Ainsi, dès 1963, l'hôpital missionnaire McCormick situé à Chiang Mai, au Nord-Ouest du pays, inaugure le premier service authentique de planification familiale. Se fondant sur une directive du gouvernement de 1961 qui interdisait la publicité officielle en faveur de la planification familiale tout en la tolérant, l'hôpital McCormick entame un programme de fourniture de stérilets aux femmes qui en font la demande. En 1965, ce centre se fait réellement connaître en étant le premier à proposer un contraceptif injectable, le Depo-Provera, controversé en particulier aux Etats-Unis, et qui sera interdit en Thaïlande jusqu'en 1975. Le but est d'offrir aux femmes qui ne supportent pas le stérilet une autre méthode de contraception. L'hôpital McCormick poursuit son programme tout au long des années soixante, et l'intensifie en organisant un service mobile de planification familiale, afin d'atteindre les régions rurales les plus reculées.

La période qui précède l'adoption d'une politique de population en Thaïlande peut être globalement divisée en deux phases :

1) De 1965 à 1967, l'essentiel des activités de planification familiale est concentré à Bangkok, malgré l'ouverture çà et là de quelques cliniques en province. En outre, des programmes post-partum sont organisés dans quatre hôpitaux de la capitale (Chulalongkorn, Siriraj, Vajira, et Woenm's) dans le cadre d'un programme international financé par le Population Council. Ce programme est un élément important de la stratégie d'offre de contraception en Thaïlande (essentiellement le stérilet)<sup>6</sup>.

6. Ce projet a été conçu par le Population Council dans le but d'étudier l'adoption et l'efficacité de ce moyen contraceptif au cours de la période qui suit immédiatement l'accouchement. Cette phase se révèle un des moments les plus appropriés pour convaincre les femmes d'utiliser la contraception.

2) La seconde phase des activités de planification familiale couvre la période allant de 1968 à 1970. C'est l'étape fondamentale dans la formulation de la politique de population. Après une série de séminaires nationaux sur les problèmes démographiques, de rapports de comités gouvernementaux et de projets de recherche, le Ministère de la Santé entame un programme de planification familiale, à l'échelle nationale, qui demeure encore non officiel en ce sens qu'il ne reçoit pas le soutien politique et financier direct du gouvernement.

En 1967, le projet de recherche en santé familiale est mis sur pied. D'une durée de trois ans (1968-70), ce projet avait pour but principal d'étendre à l'ensemble du pays, et en particulier aux zones rurales, les services de planification familiale. Cette extension devait s'accompagner de la formation de l'ensemble du personnel médical et paramédical à la dynamique démographique et aux méthodes de contraception. A l'issue de cette formation, des cliniques de planification familiale devaient s'ouvrir dans tout hôpital ou centre de santé pourvu d'un médecin [11]. En 1970, la Thaïlande comptait par conséquent un peu plus de trois cents services ou centres offrant des moyens de contraception. L'intégration des services de planification familiale dans ceux du secteur sanitaire, outre le fait qu'elle répondait au souci d'améliorer la santé des mères et des enfants, s'explique pour des raisons d'économies. En effet, l'utilisation des infrastructures et du personnel de santé existant pour offrir la planification familiale, limite les coûts du programme et évite une duplication inutile des services à une époque où le soutien financier du gouvernement thaïlandais aux activités de planification familiale est inexistant, car ne les soutenant pas officiellement. Il en est autrement après l'adoption officielle de la politique nationale de population qui voit le gouvernement s'engager politiquement et financièrement dans la réduction du taux de croissance naturelle. Pour atteindre cet objectif, les autorités, sur la base des réalisations d'avant 1970, s'emploient à accroître l'offre de contraception, notamment en rendant les différentes méthodes de contraception (pilule, injectables, stérilet, stérilisation, etc.) largement accessibles dans tout le pays. Un certain nombre d'innovations et de stratégies de distribution sont utilisées à cette fin :

- a) La distribution paramédicale de la pilule. La Thaïlande est l'un des premiers pays à avoir autorisé des personnels de santé autres que les médecins à prescrire et à fournir les contraceptifs, notamment les sages-femmes auxiliaires depuis 1970. Cette décision qui avait pour but de développer le programme dans les zones où le nombre de médecins était limité mais où, en revanche, le personnel paramédical était présent, est étendue à d'autres méthodes tels que le stérilet, les injectables, voire la stérilisation, qui peuvent désormais être fournis par les infirmier(e)s et les sages-femmes auxiliaires dûment formés.
- b) La distribution à base communautaire de contraceptifs qui a permis au programme de répondre de manière plus efficace aux besoins de la population [13]. La délégation des rôles mentionnée plus haut va conduire le gouvernement à introduire la distribution communautaire des contraceptifs dans laquelle des volontaires dans les villages sont autorisés, en échange d'une commission, à distribuer pilules et préservatifs, en particulier dans les zones peu desservies par le programme national. Cette distribution communautaire est assurée par des organisations privées, dont l'Association pour le développement de la Population et de la

- Communauté (PDA)<sup>7</sup>, qui a recours à des incitations pour favoriser l'adoption de la planification familiale. Le gouvernement, qui n'a jamais cautionné l'utilisation d'incitations, n'interdira pourtant pas au secteur privé ou à certaines autorités locales d'y recourir, dans la mesure où ces primes demeuraient collectives et surtout, ne revêtaient pas un caractère contraignant ou discriminatoire.
- c) Une place reconnue au secteur privé. Outre les services de santé publics qui sont la source principale de contraceptifs<sup>8</sup>, l'accès à celle-ci se fait également par l'intermédiaire du secteur privé et d'organismes non gouvernementaux (en particulier en milieu urbain) dont l'action, a priori en concurrence avec celle du gouvernement, sera pourtant encouragée et soutenue.
- d) Le développement des activités d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC). Après le milieu des années soixante-dix, la volonté du gouvernement d'accroître l'utilisation de la contraception aidant, les programmes de promotion de la planification familiale vont s'intensifier et s'étendre notamment à travers les régions rurales, en faisant principalement appel à la radio pour atteindre les couples en âge de procréer dans ces régions. En effet, s'il est vrai que les journaux ont été une source importante d'information sur la planification familiale, en particulier en milieu urbain, dans la première moitié des années soixante-dix, leur pénétration en milieu rural, où pourtant 80% de la population réside, restait minime. Aussi, la majorité des ménages ruraux possédant un poste transistor (64% en 1970, 86% dix ans plus tard), les activités d'IEC sont faites essentiellement par ce canal [1]. Les messages de planification familiale sont transmis au cours d'émissions radiophoniques (par exemple, des émissions musicales ou des émissions dramatiques nationales retransmises sur le plan local). Dans les programmes locaux, les messages en faveur de la planification familiale sont adaptés au dialecte et à la culture du lieu. Outre la radio, la télévision, le cinéma et les journaux sont utilisés, de même que tout un ensemble d'instruments de diffusion (bulletins, calendriers, affiches, tracts, brochures, etc.) pour informer la population et susciter chez elle une demande de contraception.
- e) Le soutien financier au programme de planification familiale, considéré comme la manifestation concrète de l'engagement politique des autorités dans la maîtrise de la croissance de la population. Si l'apport financier du gouvernement aux activités de planification familiale est inexistant avant 1970, période au cours de laquelle il les tolérait plutôt qu'il ne les encourageait, la situation évolue après le lancement officiel d'une politique de population en mars 1970. En effet, à partir de cette date, les autorités gouvernementales participent au financement du programme de planification familiale. Il s'agit d'un soutien direct, qui ne tient pas compte de l'assistance logistique et en infrastructure jadis fournie par le Ministère de la Santé et qui l'est toujours puisque les services de planification familiale restent intégrés à ceux du système général de santé. Cet appui financier au programme va s'accroître au fil des ans pour devenir prépondérant vers la fin des années quatre-vingt. Le montant de la contribution gouvernementale est passé en valeur absolue

7. Cette ONG, qui est au cœur de cette approche communautaire, recrutera, à titre d'exemple, entre 1974 et 1978, 12 000 distributeurs bénévoles de contraceptifs dans un réseau couvrant plus d'un tiers des villages thaïlandais.

8. Ainsi selon la troisième enquête sur la prévalence de la contraception, 79% des utilisatrices recouraient en 1984 aux antennes gouvernementales pour la contraception, contre 21% au secteur privé. Les chiffres sont respectivement de 83 et 17% pour le milieu rural, et de 63 à 37% pour le milieu urbain.

de 476 000 dollars en 1972 à plus de 17 millions en 1990. Cette politique de subvention, de la part du gouvernement, s'est traduite par la prise d'un certain nombre de décisions, telles que celle de rendre gratuites en milieu rural les trois principales méthodes de contraception, à savoir la stérilisation, la pilule et le stérilet. Le maintien, voire le prolongement du soutien politique et financier du gouvernement au programme, se justifie par l'intérêt que représente la planification familiale pour le pays. Il s'agit également de maintenir les taux de prévalence contraceptive à un niveau élevé, en évitant de faire davantage payer les utilisatrices, et de prévenir toute perte de vitesse du programme dans la réalisation de ses objectifs. Le coût des contraceptifs est ainsi considéré comme pouvant constituer un obstacle à leur utilisation. C'est là un enseignement dont devrait tenir compte tout pays désirent mettre en œuvre un programme de maîtrise de l'accroissement naturel.

La mise en œuvre du programme de population qui propose désormais la possibilité d'accéder à la contraception, va entraîner une hausse extraordinaire de la pratique contraceptive, en particulier en milieu rural.

## L'évolution de la pratique contraceptive

On ne peut s'empêcher de voir un lien entre l'utilisation de la contraception et la mise en œuvre du programme de planification familiale. L'évolution de la pratique contraceptive est d'autant plus frappante qu'elle partait d'un niveau relativement bas à la fin des années soixante.

**Tableau 4 : Pourcentage des utilisatrices actuelles de la contraception parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans, selon le milieu de résidence**

Enquêtes	Années	Ensemble	Rural	Urbain
LS1	1969-70	14,8	10,9	32,6
LS2	1972-73	26,4	22,8	45,1
SOFT	1975	36,7	34,8	49,4
NS	1979	45,8*	43,3*	57,1
CPS2	1981	59,0	58,0	65,0
CPS3	1984	64,6	64,0	69,0
TDHS	1987	67,5	67,3	68,5

Note : \* : Se réfère aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : [2], [3], [5], [6] et [7].

Le pourcentage de l'ensemble des femmes mariées ayant déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête est passé d'un peu moins de 15% à environ 68% en moins de vingt ans (1969-87) soit une multiplication par 4,5. Cette hausse vertigineuse a été régulière au début de la mise en œuvre du programme, et s'est accentuée à mesure que le programme montait en puissance, traduisant ainsi le succès des différentes stratégies adoptées par le gouvernement thaïlandais pour étendre

la pratique contraceptive, notamment en milieu rural. En effet, l'augmentation de la prévalence de la contraception paraît beaucoup plus forte en milieu rural puisque seules 11% des femmes pratiquaient la contraception en 1969 tandis qu'en 1987, leur niveau d'utilisation (67%) était très proche de celui des femmes urbaines (68%).

**Tableau 5 : Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans utilisant une méthode spécifique de contraception**

Enquêtes	Années	Méthodes contraceptives							
		Pilule	DIU	Stérilisation Masculine	Stérilisation Féminine	Injection	Préservatif	Autre	Ensemble
LS1	69/70	3,8	2,2	2,1	5,5	0,4	0,0	0,7	14,8
LS2	72/73	10,6	4,7	2,8	6,8	0,9	0,1	0,5	26,4
SOFT	1975	15,2	6,5	2,2	7,5	2,1	0,5	2,8	36,7
CPS2	1981	20,2	4,2	4,2	28,7	7,1	1,9	2,7	59,0
CPS3	1984	19,8	4,9	4,4	23,5	7,6	1,8	2,6	64,6
TDHS	1987	20,0	7,2	5,5	22,4	9,2	1,2	2,0	67,5

*Note : des erreurs d'arrondis, de petites contradictions dans le codage et les utilisatrices de méthodes non spécifiées, expliquent les légères différences entre la somme des pourcentages de femmes utilisant des méthodes spécifiques et la colonne « toutes méthodes ».*

*Sources : cf. tableau 4.*

La politique ambitieuse de planification familiale se reflète dans l'évolution de certaines méthodes comme l'indique le tableau 5. Ainsi, par exemple, le fait que, de 1972 à 1984, la pilule ait été la méthode de contraception la plus utilisée est sans aucun doute lié à sa vaste disponibilité, notamment à travers les points de distribution gouvernementaux. La forte hausse du nombre de femmes en âge de procréer qui l'ont utilisée (10,6% en 1972/73, 20% en 1987) a sans aucun doute été influencée par la politique de gratuité de la pilule instaurée en 1976 en milieu rural. Le même constat peut être fait à propos de la stérilisation féminine, qui devient en 1984 le moyen contraceptif le plus utilisé par les femmes (23,5% contre 19,8% pour la pilule, 7,6% pour les injectables et 4,9% pour le stérilet), traduisant ainsi l'intérêt du programme national de planification familiale pour cette méthode [11]. L'évolution de la stérilisation féminine et masculine, moyen anticonceptionnel le plus utilisé actuellement en Thaïlande puisque environ un couple sur trois y recourt, peut aussi refléter la maturité du programme de planification familiale, dans ce sens que les couples qui ont utilisé des méthodes temporaires au début de leur vie féconde pour espacer leurs naissances, sont susceptibles d'accepter plus facilement et plus précocement les méthodes permanentes, d'autant que le nombre idéal d'enfants est désormais inférieur à trois (2,8 en 1987). En ce qui concerne les autres méthodes de contraception, notons la position tout à fait marginale occupée par le préservatif qui n'était utilisé que par 1,2% des femmes en 1987. La situation a sans aucun doute évolué depuis car pour lutter contre la progression de l'épidémie du SIDA, la Thaïlande a mis en œuvre un programme de prévention actif qui a eu pour effet une réduction du taux de séroprévalence ces dernières années.

L'augmentation de la pratique contraceptive depuis 1970 est à lier non seulement à l'existence d'une demande de services de planification familiale, mais également, au fait que ceux-ci ont été largement rendus disponibles par le programme national de planification familiale, qui a offert et continue d'offrir à grande échelle à la population une gamme étendue de méthodes contraceptives et de services adéquats. Le secteur gouvernemental est ainsi le plus gros fournisseur en contraceptifs, puisque 82% environ des utilisatrices s'y adressent pour se procurer leur moyen de contraception, quel qu'il soit [3]. Ceci est particulièrement vrai pour les méthodes cliniques telles que la stérilisation féminine (91%), et le stérilet (95%) qui nécessitent l'intervention d'un médecin et se déroulent dans les hôpitaux ou les centres de santé, mais également pour la pilule et les méthodes injectables. Le rôle du secteur privé n'est cependant pas à négliger, surtout en ce qui concerne les préservatifs (45%) et la pilule (28%) que les utilisatrices peuvent acheter dans les pharmacies ou les drugstores.

Il semble donc raisonnable de supposer que le degré élevé d'accessibilité à la contraception a été un facteur important d'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception. L'importance du programme national de planification familiale à cet égard ne repose pas seulement sur l'offre de contraception, mais également sur une prise de conscience accrue de la possibilité de planifier les naissances par l'intermédiaire de moyens efficaces et acceptables. Autrement dit, le programme a légitimé la régulation, mais également la limitation des naissances, puisque, à partir d'un certain moment (dès 1985 plus précisément), le seuil de remplacement sera considéré comme un objectif de fécondité à atteindre.

L'augmentation rapide de la connaissance de la contraception, qui coïncide avec la mise en œuvre du programme national de planification familiale (entre 1969/70 et 1972/73, la proportion des femmes connaissant au moins une méthode contraceptive était passée de 54% à 71%), a été sans nul doute facilitée par la dissémination de l'information sur la planification familiale, que ce soit à travers les activités officielles et explicites de propagande ou indirectement à travers d'autres formes de communication, dont le contact de personne à personne ou le bouche à oreille. Ainsi, la mise en œuvre du programme de planification familiale aura contribué à généraliser en Thaïlande la limitation des naissances, jusque là réservée à une minorité de femmes (urbaines et instruites). De ce point de vue, on peut parler d'un programme réussi. Et s'il est vrai que ce dernier n'a fait que précipiter (ce qui n'est pas rien) un mouvement déjà amorcé et qui se serait sans doute produit tôt ou tard, il a tout de même réalisé les principaux objectifs qu'il s'était fixés, à savoir : réduire le taux de croissance de la population qui est passé de 3,2% au début des années soixante-dix, à environ 1,3% vingt ans plus tard ; informer les femmes éligibles, particulièrement celles qui vivent en milieu rural et dans des zones reculées, sur le concept de planification familiale ; et rendre la contraception disponible à travers le pays. Un certain nombre d'éléments (et plus particulièrement leur combinaison) ont contribué à ce succès, notamment un programme aux objectifs clairs et précis, un engagement politique, une habileté des dirigeants à mobiliser l'aide internationale, un système intégré d'organisation des services de planification familiale, une offre satisfaisante de la contraception, une distribution communautaire de celle-ci, la formation du personnel médical et paramédical à la planification familiale, une coopération entre le service public et les organisations privées, un programme de recherche et d'évaluation intégré au programme démographique, etc.

L'action de ces facteurs organisationnels ou institutionnels a été facilitée, il est vrai par la grande réceptivité de la population, dont une proportion non négligeable désirait limiter ses naissances, mais ne pouvait le faire en raison d'une méconnaissance des méthodes contraceptives efficaces et acceptables. Ainsi, le programme a trouvé un terrain favorable qui a permis sa réussite. L'existence de telles caractéristiques socio-culturelles (le couple comme principal lieu de prise de décisions reproductives ; le degré d'autonomie dont jouiraient les femmes thaïlandaises dans le couple ; le bouddhisme, religion majoritaire dans le pays, qui ne contient pas de prescription en matière de comportement reproductif et prône la responsabilité individuelle dans tout acte de la vie) a pu faire dire à certains que l'expérience de la Thaïlande, en matière de politique démographique pouvait difficilement être transposée à d'autres pays en développement, tels que ceux d'Afrique. Cependant, s'il est vrai que les questions liées à la démographie et à d'autres aspects comme le développement socio-économique ou le contexte socio-culturel, sont généralement uniques, l'expérience d'un pays dans un domaine peut être bénéfique à d'autres, ne serait-ce qu'en les incitant à tenir compte de certains facteurs ou en leur évitant certaines erreurs. Ainsi, les pays africains, qui désirent maîtriser la croissance de leur population, et qui ont adopté des politiques démographiques à cet effet, pourraient judicieusement s'inspirer de certains aspects du programme thaïlandais qui se sont révélés efficaces. En effet, en dépit des caractéristiques socio-culturelles qui auraient facilité l'adoption du programme de planification familiale en Thaïlande, nombre de composantes de ce programme sont sans doute applicables ailleurs dans le monde en développement : l'introduction de programmes post-partum dans les services de maternité des cliniques ou des hôpitaux (programmes qui peuvent permettre de susciter plus facilement une demande de planification familiale ou d'y répondre), ou le recours à la minilaparotomie (procédé simplifié de stérilisation), ont été utilisés avec succès dans d'autres pays. Le recours aux personnels paramédicaux pour distribuer différents contraceptifs a été également tenté ailleurs et a souvent réussi, bien qu'à une échelle moindre. Par conséquent, certains des éléments du programme thaïlandais, ne lui sont pas propres, mais l'ensemble en a fait l'un des plus performants dans le monde en développement. En somme, l'efficacité de ce programme réside dans la manière dont il a été conçu et mis en œuvre. Cet élément peut être du plus grand intérêt pour d'autres pays en développement où l'utilisation de la contraception demeure désespérément faible malgré l'existence de politiques et programmes de population.

\*

\* \*

L'analyse des causes possibles de la transition de la fécondité dans les pays en développement doit permettre de réévaluer le rôle d'accélérateur joué par les politiques et programmes de population dans l'évolution observée. Reconnaître cette évidence n'est pas nier l'importance des facteurs socio-économiques et culturels dans la compréhension de l'évolution ou l'absence d'évolution de la fécondité, mais souligner que celle-ci se pose également en termes d'offre de contraception. Or ce dernier facteur n'est, jusqu'à présent, pas suffisamment pris en considération tant est prédominant le déterminisme économique et culturel dans l'interprétation de la transition de la fécondité. Ce déterminisme fait la part belle à l'évolution de la demande d'enfants considérée comme la condition préalable à la diminution de la fécondité.

En effet, bien que celle-ci soit considérée comme la conséquence d'un changement social plus large, peu de chercheurs accordent de l'importance aux changements d'ordre institutionnel qui, au même titre que l'évolution socio-économique et culturelle, peuvent pourtant entraîner ce changement social. Ainsi le rôle des programmes démographiques dans l'interprétation de la transition de la fécondité est encore considéré comme marginal. Ceci est d'autant plus étonnant que, dans les faits, on a constaté que tous les pays en développement ayant connu des baisses importantes de fécondité étaient dotés (comme par hasard) de programmes de population organisés et très actifs. La contribution évidente de ceux-ci à la baisse de la fécondité dans les pays en développement, et le fait qu'ils apparaissent dès lors comme un déterminant de cette dernière, au même titre que les facteurs socio-économiques et culturels, appellent par conséquent une reformulation des théories plus anciennes fondées sur la transition passée des pays développés, théories qui mettent l'accent uniquement sur la demande d'enfants. Cette réévaluation devrait se faire par l'incorporation des déterminants de l'offre de contraception dans les structures analytiques. De ce fait, on devrait tenir compte des aspects de l'offre en tant que telle, de sa nature, de ses caractéristiques, bref de la manière dont les systèmes d'organisation de la planification familiale peuvent le mieux fonctionner afin de favoriser l'augmentation de la prévalence contraceptive. Cette question apparaît fondamentale dans les pays d'Afrique sub-saharienne où les résultats médiocres obtenus par les programmes démographiques auraient à voir d'une part, avec le peu d'importance qui leur est accordée et, d'autre part, avec la manière dont ils sont mis en œuvre. Aussi pensons-nous que, sur ce plan, ces pays ont beaucoup à apprendre des expériences comme celle de la Thaïlande qui, outre leur intérêt purement politique, ont des implications pour une meilleure compréhension du comportement reproductif.

## Bibliographie

1. BENNETT A., FRISEN C., KAMNUANSILPA P., ET MCWILLIAM J., 1991, *How Thailand's family planning program reached replacement level fertility : Lessons learned*, Arlington : Population Technical Assistance Project ; Dual Associates, Inc. ; International Science Technology Institute, V-93 p. (PopTech Occasional Papers n° 4).
2. CHAMRATRITHIRONG A., 1987, Thailand's population policy, *Populi*, Vol. 14, n° 2, p. 41-44.
3. CHAYOVAN N., KAMNUANSILPA P., et KNODEL J., 1988, Thailand demographic and Health Survey 1987. Final Report.
4. KAMNUANSILPA P. et CHAMRATRITHIRONG A., 1985, *Contraceptive use and fertility in Thailand : Results from the 1984 Contraceptive Prevalence Survey*, Bangkok, NIDA and IPSR.
5. KAMNUANSILPA P., 1982, *A new decade of fertility and family planning in Thailand : 1981 Contraceptive Prevalence survey*, The National Institute of Population Administration, Professional Publishing, Bangkok, 132 p.
6. KAMNUANSILPA P., CHAMRATRITHIRONG A. et KNODEL J., 1982, *Thailand's continuing reproductive revolution : An update*, Ann Arbor, Population Studies Center, Michigan, 23 p. (The Population Studies Center of University of Michigan. Research Report n° 82-19).
7. KNODEL J., CHAMRATRITHIRONG A. et DEBAVALYA N., 1987, *Thailand's reproductive revolution. Rapid fertility decline in a third world setting*, The University of Wisconsin press, Wisconsin, 251 p.

8. KNODEL J., CHAMRATRITHIRONG A., CHAYOVAN N. ET DEBAVALYA N., 1982, *Trends, differentials, and proximate determinants*, National Academic Press, Washington, D.C., XVII-219 p. (Committee on Population and Demography-Report n° 13).
9. NATIONAL INSTITUTE OF DEVELOPMENT ADMINISTRATION, *Contraceptive Prevalence Survey (CPS3, 1984)*, Bangkok.
10. NATIONAL STATISTICAL OFFICE, *Report of the 1991 Survey of Population Change*, Bangkok.
11. ROSENFELD A., BENNETT A., VARAKAMIN S. et LAURO D., 1982, Thailand's family planning program : An Asian success story, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 8, n° 2, p. 43-51.
12. ROSENFELD A.G., HEMACHUDHA C., ASAVASENA W. et VARAKAMIN S., 1971, Family planning activities 1968 to 1970, *Studies in Family Planning*, Vol. 2, n° 9, p. 181-192.
13. VIRAVAUDYA M., 1994, Communauté, santé, développement : le modèle thaï, in *Où va la population mondiale ?* Les Éditions du Quotidien du Médecin, Paris, 256 p.



# 30. La transition démographique en Algérie : réflexions sur l'avenir

Abdellaziz Bouisri<sup>1</sup>

*L'idée maîtresse qui a prévalu jusqu'aux années quatre-vingt est que toute politique démographique est fortement liée au niveau de développement économique et social du pays et que toute politique ou action de planification familiale est vouée à l'échec si le niveau de vie des populations (urbaine et rurale) n'atteint pas un seuil minimal spécifique à chaque pays. Le slogan des années soixante était que l'Algérie pouvait nourrir 50 millions d'habitants et que la meilleure pilule était le développement.*

*A partir du second plan quinquennal (1985/89), le pays est plongé dans une récession économique. En 1983, la question démographique est analysée comme une contrainte majeure au développement économique et social. La non-réalisation des objectifs fondamentaux fixés par les pouvoirs publics se traduit par la mise en place d'un Programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD), devant conduire à une réduction et à une régulation volontariste de l'accroissement démographique dans le respect des valeurs sociales et de l'éthique religieuse. En d'autres termes, il faut replacer dans son vrai contexte l'équation population/développement en tenant compte des aspects historiques, culturels, économiques, et démographiques.*

*La transition démographique est amorcée puisque d'une part le taux de mortalité est passé de 14,9 ‰ en 1966 à 6,6 ‰ en 1995 et d'autre part, le taux de natalité a connu une chute très importante entre 1966 et 1995 passant de 50 ‰ à 25,3 ‰. L'indice synthétique de fécondité est passé quant à lui de 7,9 enfants par femme en 1970 à 4,0 en 1995. Les déterminants de la baisse de la fécondité sont pour l'essentiel l'augmentation de l'âge au premier mariage, le niveau d'instruction et l'activité de la femme.*

*Les progrès réalisés en matière de planification familiale notamment depuis la fin des années quatre-vingt, montrent que le comportement de la population algérienne dans le domaine de la procréation, malgré un contexte social difficile, va dans le sens d'une maîtrise de la fécondité. Le recours à la contraception contribue pour une part non négligeable à la baisse de la natalité et partant à l'infléchissement de la croissance démographique.*

*Malgré l'engagement politique affirmé depuis 1983 pour la réduction du croît de la population, l'activité de planification familiale déployée dans les structures publiques reste en-deçà des attentes d'un programme de masse qui sè veut énergique. Toutefois, il reste entendu que l'enjeu principal pour relever le défi démographique et favoriser un équilibre en matière de population, est le retour à la stabilité, à la croissance, à la paix sociale, où le couple choisira en toute liberté sa descendance dans un environnement accueillant.*

1. Expert démographe et statisticien économiste, secrétaire général de l'AMEP (Association pour l'étude de population) – Section Algérie.

## Le contexte social

### Priorité aux plans de développement

L'idée maîtresse qui a prévalu jusqu'aux années quatre-vingt est que toute politique démographique est fortement liée au niveau de développement économique et social du pays et que toute politique ou action de planification familiale est vouée à l'échec si le niveau de vie des populations (urbaine et rurale) n'atteint pas un seuil minimal spécifique à chaque pays. Le slogan des années soixante était que l'Algérie pouvait nourrir 50 millions d'habitants et que la meilleure pilule était le développement. A partir des années soixante, une politique de population timide a ainsi été reléguée au second plan, au profit d'une politique de développement.

Le discours politique considérait le problème démographique comme un faux problème pour l'élaboration des différents plans de développements quadriennaux (1970/73 ; 1974/77). La priorité donnée au développement économique et social, devait se traduire par un changement progressif du comportement culturel des couples, une fois l'amélioration de leurs conditions de vie assurée. Cette approche a été défendue lors de la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974.

La non-intégration des problèmes démographiques au sein des politiques de développement s'est traduite au niveau de la répartition spatiale : c'est aussi qu'en 1966, un Algérien sur trois vivait en milieu urbain ; en 1995, un Algérien sur deux est citadin.

L'impact des actions de développement est pourtant important. En effet, les différents plans de développement ont permis d'améliorer les conditions de vie au niveau de l'eau potable (disponible pour 77% des logements en 1995 avec une dotation journalière par jour et par habitant de 155 litres), de l'assainissement (65%), de l'électrification rurale (85%), du gaz de ville (28%). S'agissant des autres éléments de confort, 64% des ménages disposent de réfrigérateurs, 63% ont la télévision noir et blanc, 69% la radio et 18% une voiture.

### Une réponse au chômage et à la crise du logement

Les plans de développement s'étaient fixés à l'horizon 1980, un emploi permanent par ménage et une réduction du chômage de 33% (en 1966) à moins de 15%.

Tous les investissements durant la période de 1967/78 ont seulement permis une croissance de l'emploi de 4,4% par an (soit 100 000 créations annuelles nouvelles) en l'absence de toute politique démographique rigoureuse. Les investissements du premier plan quinquennal 1980/84 ont permis la création de 140 000 emplois nouveaux par an. Durant cette période, le problème démographique est abordé d'une manière plus volontariste et précisé dans le préambule du plan quinquennal 1980/84. La réduction active du taux de natalité est devenue une priorité pour le développement économique et social du pays [7].

A partir du second plan quinquennal (1985/89), le pays est plongé dans une récession économique due à la baisse des investissements, à la crise économique mondiale, au choc pétrolier, à la faible rentabilité du système productif, à la transition

vers un nouveau système économique diamétralement opposé au précédent et à une dette extérieure de plus en plus lourde. La création d'emplois est devenue difficile, complexe, voire impossible dans certains secteurs. Le chômage s'installe et devient une préoccupation majeure pour le pays (taux supérieur à 25% en 1992).

Pour l'année 1995, le nombre de chômeurs est évalué à 2,1 millions. Il a augmenté en moyenne de 200 000 par an depuis 1992, d'où un taux de chômage supérieur à 29%. Depuis 1992, il s'agit d'un chômage de longue durée puisque 58% des chômeurs attendent en moyenne 18 mois pour retrouver un emploi permanent, ce dernier ne représentant que 28% de l'ensemble des emplois créés.

A cela est venue se greffer une crise du logement, conséquence directe de l'accroissement démographique rapide et de l'insuffisance de l'offre de logements. Ceci a occasionné une détérioration des conditions d'habitat où le taux d'occupation par logement est passé de 5,9 en 1966 à 7,1 en 1987 et 7,2 en 1998 et ce, malgré l'effort consenti pour la reconstruction et la réhabilitation des villages détruits ou abandonnés durant la guerre, l'auto-construction dans les zones rurales, l'assainissement des agglomérations existantes, la réalisation partielle des 1000 villages socialistes, le lancement d'un programme d'habitat ambitieux à partir du 1er plan quadriennal (1970/73) et les différents plans spéciaux de développement destinés aux régions défavorisées.

## Quelle nouvelle stratégie de développement ?

Pour maintenir et améliorer ces performances, la nouvelle stratégie de développement doit assurer la cohérence d'ensemble entre la démarche retenue dans le cadre du programme national de maîtrise de la croissance démographique et les différentes politiques sociales et économiques du pays : la politique sociale, (santé, habitat, pauvreté, emploi, filet social, handicapés, inactifs, détérioration du pouvoir d'achat, etc.), la politique d'aménagement du territoire et de répartition de la population, la politique migratoire, la politique d'intégration de la femme au processus de développement, la poursuite de la lutte contre l'analphabétisme, la lutte contre le chômage (particulièrement des jeunes et des femmes), la prise en charge de la population du troisième âge, etc.

La réussite d'un développement national, local ou régional passe nécessairement par la maîtrise du facteur population. En tant que dénominateur, il influe sur l'évolution des différents ratios qui sont le reflet et les résultats des efforts consentis. Pour réduire ce dénominateur, il faut agir sur plusieurs axes, notamment la promotion de la femme qui constitue désormais une dimension incontournable du programme de maîtrise de la croissance démographique, et la réduction des inégalités entre régions et catégories sociales. En d'autres termes, il faut replacer dans son vrai contexte l'équation population/développement en tenant compte des aspects historiques, culturels, économiques, et démographiques.

La poursuite des programmes locaux ou régionaux de développement a atténué les disparités régionales et a donné la priorité au développement humain dans les régions et particulièrement dans les zones en difficulté. Ils ont favorisé particulièrement l'éducation et la formation de la femme, son accès à l'emploi, et développé les structures de santé de base et de planification familiale. Cette démarche doit être poursuivie, tout en intégrant davantage ces actions dans un plan plus décentralisé

au niveau des collectivités locales et dans une participation plus active des mouvements associatifs.

Pour la période 1996/2000, le programme d'action dans le domaine de la population s'inscrit dans le cadre de cette politique de développement durable.

## La transition démographique

### Vue d'ensemble de la situation démographique

Au lendemain de l'Indépendance (1962), après le départ massif des européens, l'Algérie ne compte que 10 millions d'habitants. Le recensement de 1966 en dénombre 12,1 millions. Et, depuis cette date, l'Algérie entre dans une phase de croissance démographique intense jusqu'en 1987, avec un taux d'accroissement naturel supérieur à 3% durant la période 1966-87 (entre les trois recensements). Mais la population algérienne devrait s'acheminer vers un taux d'accroissement naturel plus modéré, inférieur à 2% en l'an 2000.

En outre, la population a connu durant la période coloniale et pendant la guerre de libération (1954-62) des déplacements forcés sans précédent dans l'histoire du pays, qui ont dépeuplé les campagnes et accentué les déséquilibres régionaux. L'urbanisation de la population algérienne ne dépassait guère les 33% en 1966 et se situe actuellement à 57% (1995-96) ; elle sera supérieure à 82% en 2020. En d'autres termes, un algérien sur trois vivait en milieu urbain en 1966, un sur deux est déjà citadin en 1995, quatre sur cinq seront citadins en l'an 2000 et un peu moins de neuf personnes sur dix le seront en 2020.

### La mortalité

Le niveau de mortalité générale était très important au lendemain de l'Indépendance (1962). Les décès n'ont cessé de progresser avec le temps : de 115 000 en 1963, ils ont atteint 180 000 en 1995. Cependant, le taux de mortalité global a régressé de 14,9‰ en 1966 à 6,6‰ en 1995. L'objectif est de réduire la mortalité générale à l'horizon 2000 à un seuil inférieur à 6‰.

S'agissant de la mortalité infantile, les résultats sont plus significatifs encore. La réduction de son niveau de 180‰ en 1962 à 56‰ en 1995 confirme les efforts de l'Etat dans le secteur sanitaire. Les objectifs visent à ramener ces taux à 35‰ en 2000 et à 13‰ en 2020. Cependant, son maintien et sa stabilité depuis 1995 inquiètent les services de la Santé Publique.

Enfin l'espérance de vie a la naissance est passée entre 1960 et 1996 de 47 ans à 68 ans. Elle se situait à 53,4 ans en 1970, à 57,4 ans en 1986 et à 67,4 ans en 1992. Elle a progressé de 21 ans en 36 ans. C'est apparemment le progrès le plus réjouissant et le plus constant depuis l'Indépendance. Il est le plus important constaté au niveau du Maghreb. L'objectif fixé pour 2018 est d'atteindre une espérance de vie de 75 ans.

La réduction de la mortalité générale et infantile et la progression de l'espérance de vie à la naissance sont le reflet des progrès indéniables du système sanitaire et de l'amélioration des conditions de niveau de vie de la population.

L'action sur les déterminants majeurs de la santé publique s'est faite par le développement lui-même, dans ses aspects les plus élémentaires et les plus primordiaux : l'accès à l'eau potable, la construction d'égouts et de latrines, la protection maternelle et infantile, la diffusion de la prévalence contraceptive (qui augmente l'espacement des naissances et diminue la fréquence des grossesses à risques), l'extension de la couverture vaccinale, l'accès à l'électrification rurale, le désenclavement des agglomérations secondaires, le rôle de l'instruction et de l'éducation sanitaire, etc.

Mais les succès les plus spectaculaires de sa baisse ont été surtout dus à la lutte contre certains fléaux tels que le paludisme, la tuberculose et la variole qui ont pu être maîtrisés par l'importation de mesures de santé publique relativement peu coûteuses au lendemain de la fin de la deuxième guerre mondiale. En effet, les progrès importants des antibiotiques, peu coûteux (ou gratuits) et d'un emploi facile, expliquent, avec le degré d'ouverture culturelle et le niveau corrélatif de développement, le recul important de la mortalité.

De plus en plus de maladies du type de celles des pays industrialisés commencent néanmoins à faire leur apparition, telles que les maladies cardio-vasculaires ou certaines maladies respiratoires et digestives.

## La fécondité

De 1962 à 1985, l'Algérie a connu une croissance continue et soutenue du nombre annuel absolu des naissances. Celui-ci est passé, en effet de près de 500 000 au début des années de l'Indépendance (508 000 en 1965) à près de 864 000 en 1985. A partir de cette date, l'effectif des naissances s'est réduit par paliers successifs (en moyenne 775 000 entre 1990 et 1995). Cette tendance à la baisse est plus nette à partir de 1995 (en 1996 et 1997 le niveau atteint est respectivement de 654 000 et 647 000). Le taux de natalité a connu une chute très importante entre 1966 et 1995 passant de 50‰ à 25,3‰. Il pourrait être inférieur à 20‰ en 2020.

D'un seuil de 200‰ en 1979-80, le taux global de fécondité est en nette régression et tout laisse à penser qu'il le demeurera jusqu'à l'horizon 2020 ; en 1995 il se situe à 120‰. Selon les estimations de l'Office National des Statistiques (ONS), l'indice synthétique de fécondité est passé de 7,9 enfants par femme en 1970 à 7,1 en 1979, 4,4 en 1992, 4,0 en 1995 et 3,1 en 1997. Ces chiffres sont en-deçà des objectifs que l'ONS s'était fixée pour l'an 2000 (3,3).

L'analyse des déterminants nous permet de mieux comprendre l'évolution passée et d'énoncer des éléments de politique en matière de population. Nous insisterons ici sur deux facteurs, la nuptialité et l'éducation. Plusieurs enquêtes et analyses ont montré que plus la femme est instruite, plus elle se marie tardivement et plus elle a tendance à utiliser un moyen contraceptif. Ceci est encore plus accentué si elle réside en milieu urbain. D'une façon générale, le niveau d'instruction de l'épouse, plus encore que celui de l'époux, se révèle déterminant. L'instruction et l'urbanisation agissent donc sur la fécondité dans le sens de la baisse.

En vingt cinq ans, l'âge au premier mariage des jeunes filles est passé de 18,3 ans en 1966 à 23,7 ans en 1987 et à 25,9 ans en 1992, soit un allongement de 7,6 ans. Celui des hommes est passé de 23,8 ans à 27,6 ans soit un accroissement de 3,8 ans. L'écart ira en s'accroissant jusqu'en l'an 2000 avec la scolarisation totale de la jeune fille et surtout avec la réduction de la parité fille / garçon au niveau secondaire et universitaire.

Cependant, quelles que soient les difficultés rencontrées (trouver un logement, dégradation du niveau de vie, cherté de la vie, montée du chômage), la nuptialité a connu un doublement entre 1964 (71 000 mariages) et 1989 (147 250) et un nouveau doublement entre 1970 (84 800) et 1995 (176 000).

Cette évolution se produit dans le cadre de changements globaux au sein de la société se traduisant par des transformations du rôle de la femme et des relations entre les parents et les enfants.

Le niveau d'instruction est également un déterminant important. En effet, le taux de scolarisation des filles entre 6 et 13 ans est passé durant l'année scolaire 1962-63 de 32,9% à 73% en 1990-91. Cette progression de la scolarisation des enfants, et plus particulièrement des filles, a fait qu'à partir de 1985, de plus en plus de femmes entraient instruites dans la vie féconde, et cela s'est répercuté sur leur comportement procréatif. L'Algérie a consacré depuis l'Indépendance plus du quart de son budget global (fonctionnement et équipement) à l'éducation, ce qui place ce pays à l'avant garde des pays en voie de développement luttant contre l'analphabétisme. Cet effort soutenu s'est concrétisé par la scolarisation à 90% de la tranche 6-14 ans et la quasi-totalité des enfants de 6 ans en 1996.

Durant cette période (1967-89), le taux d'accroissement annuel de la population était supérieur à 3% et l'accroissement annuel des effectifs scolarisés évoluait au rythme de 5,2%. C'est ce qui explique que le taux de scolarisation des 6-14 ans, de l'ordre de 45,9% en 1967, n'ait pu atteindre les 100% en 1995 (89%) et se situe à 95% pour les enfants de 6 ans.

Les progrès enregistrés pour le sexe féminin sont plus éloquents. En 1967, le taux de scolarisation des 6-14 ans était voisin de 34,2%, et il est passé à 94% en 1995. L'écart entre le taux de scolarisation des enfants de 6 ans des deux sexes a été réduit en 23 ans de 16 points (de 27 en 1967 à 11 en 1990).

La priorité accordée à l'éducation, en plus du droit au savoir, contient en elle-même les prémices d'une politique démographique : la scolarisation de la jeune fille entraîne un âge moyen au mariage plus tardif et le programme national de maîtrise de la croissance démographique peut s'adresser à des générations alphabétisées.

La participation de la femme à l'activité économique a également un grand impact sur la fécondité. Le travail à domicile ou familial et surtout le travail dans le secteur moderne de la femme mariée a une influence déterminante sur le niveau de la fécondité. Or le taux d'activité des femmes a été en hausse constante depuis l'Indépendance. La part des femmes dans la population active totale est passée de 6,7% en 1977 selon le 2ème recensement de la population à 9,7% en 1989 selon les résultats de l'enquête sur la main-d'œuvre et la démographie [6]. Pour la même période, le taux d'activité pour les femmes est passé de 2,6% en 1977 à 4,5% en 1989. Les âges de forte activité se situent entre 20 et 35 ans.

L'évolution familiale et l'activité féminine ont joué également un rôle dans les changements des relations et des comportements sociaux. Et ces changements de la structure sociale agissent de façon certaine sur le niveau de la fécondité. Le désir de limiter sa descendance semble assez répandu, mais reste soumis à un certain nombre de conditions. Les femmes ne veulent pas mettre au monde des enfants tout au long de leur période reproductive, mais préfèrent cesser de procréer lorsqu'elles ont atteint le nombre d'enfants qu'elles désirent, quel que soit leur âge ou la durée de leur mariage ; ce moment est celui où le nombre désiré de garçons est atteint.

## Conséquences et perspectives : jeunesse de la population

Comme pour le reste du monde en développement, la période de croissance maximale (3,3%) se situe dans les années soixante à quatre-vingt. Depuis le début des années quatre-vingt cependant, la chute de la fécondité provoque un ralentissement notable. La jeunesse de la population crée toutefois une inertie dans la baisse du taux de croissance ; le ralentissement en cours n'en est que plus frappant.

La proportion des 0-14 ans par rapport à la population totale a diminué de 9,5 points entre 1966 et 1996. Elle est passée de 48,1% à 38,6%. Ce pourcentage diminuera encore entre 2000 et 2020, passant de 35,7% à 26,3%. En d'autres termes, au lendemain de l'Indépendance, un algérien sur deux avait moins de 15 ans, alors qu'en 2020 seulement un algérien sur quatre aura moins de 15 ans.

En valeur absolue, il s'agit d'un effectif qui oscillera entre 10,6 millions d'individus en 1990 à 11,6 millions en 2020, soit l'équivalent de la population algérienne à la veille du recensement de 1966.

L'évolution des 0-19 ans est un peu différente car elle se caractérise par une stabilité des effectifs entre 2000 et 2020, estimés à 15 millions de jeunes, soit l'équivalent de la population algérienne en 1975. La proportion des 0-19 ans par rapport à la population totale passera de 50,6% en 1995 à 34,9% en 2000.

Enfin, il est utile de voir l'évolution de la tranche d'âge des 15-64 ans. Sa progression est rapide et exigera une croissance économique stable et durable. En 1990, cette population était évaluée à 13,5 millions ; elle doublera en 2015 et atteindra les 30 millions en 2020 (au rythme annuel de 4%, soit 540 000 personnes actives supplémentaires chaque année). Cette tranche d'âge représentait en 1966 à peine 45,7% de la population totale ; elle atteindra 68% en 2020, soit en valeur absolue l'équivalent de la population algérienne en l'an 2000.

## La politique de population

### Historique et contexte

Au lendemain de l'Indépendance et jusqu'en 1974, les initiatives restent timides : une opération pilote d'espacement de naissances au centre d'Alger en 1967 ; l'adoption en 1974 d'un programme national de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances à travers un suivi pré et post-natal et de vaccination (mère/enfant).

En 1983, la question démographique est analysée comme une contrainte majeure au développement économique et social. La non-réalisation des objectifs fondamentaux fixés par les pouvoirs publics se traduit par la mise en place d'un Programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD), devant conduire à une réduction et une régulation volontariste de l'accroissement démographique dans le respect des valeurs sociales et de l'éthique religieuse. C'est ainsi que l'avortement est interdit, conformément à l'Islam, religion d'Etat.

Dès les années soixante-dix, la législation en matière de santé intègre la promotion de l'espacement des naissances. Le Code de la Santé de 1976 stipule en effet que la

politique nationale en matière d'espacement des naissances par la contraception est basée sur le souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'équilibre mental et social de la famille, et qu'elle vise ainsi à rendre disponible l'ensemble des moyens appropriés et agréés sur les plans médical, sanitaire et éducatif.

La loi relative à la protection et à la promotion de la santé de 1985 reconduit les dispositions sur l'espacement des naissances comme moyen de protection et de promotion de la famille et de préservation de la santé de la mère et de l'enfant. Si les risques auxquels s'expose la santé de la mère et de l'enfant à l'occasion des grossesses fréquentes et répétées sont établis, la contraception peut être autorisée.

Si l'idée est répandue que l'Islam encourage la procréation, les penseurs musulmans estiment qu'il s'agit là non d'une obligation qui limite la liberté des couples mais d'une incitation pour ceux qui disposent des moyens pour en assumer les conséquences physiques et matérielles. Le Prophète a déclaré que « le comble du malheur que peut connaître un homme est d'avoir une famille nombreuse et être dans le besoin matériel ». Si ces moyens ne sont pas réunis, les époux ont la liberté de décider de s'abstenir de procréer ou de limiter le nombre de leurs enfants. Ils sont libres d'organiser leur vie de couple et leur vie conjugale et familiale en fonction de leurs contraintes objectives et de leur choix de vie. Ceci fait partie de l'exercice de la liberté en Islam. La contraception est permise si elle est motivée par des raisons légales et légitimes. El Ghazali résume ces raisons : si un conjoint est affecté d'une maladie transmissible, si la santé de la mère est affectée par des grossesses répétées, si les conditions modestes du mari ne lui permettent pas de subvenir aux besoins d'une famille nombreuse, si la mère veut espacer ses naissances, et si la femme veut préserver sa beauté. Par ailleurs, l'Islam interdit la pratique de l'interruption volontaire de la grossesse à moins qu'elle ne « constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'elle soit pratiquée par un médecin ou chirurgien après avis donné par l'autorité administrative ».

## Objectifs

À la veille de l'an 2000, l'Algérie traverse une situation difficile. Son développement a été perturbé depuis 1990 : sa population continue à croître de plus de 550 000 personnes par an, sa mortalité infantile reste stationnaire (55‰), son chômage augmente (supérieur à 29%). Les investissements de l'État, qui correspondaient à plus de 12% du PNB avant 1988, n'en représentent plus que 7,6% en 1995. Le PNB par tête a régressé de 2 400\$ en 1984 à 1 771\$ en 1993 et à 1 377\$ en 1995.

Toutes ces contraintes incitent les pouvoirs publics à réajuster les stratégies de développement et à opter pour un plan d'action plus audacieux à l'horizon 2000 : améliorer la santé maternelle et infantile (atteindre un taux de mortalité infantile de 35‰, un taux de mortalité maternelle de 1,1‰, soit une réduction de 50% de la mortalité maternelle et infantile par rapport à 1990, et relever le niveau de l'espérance de vie à la naissance à 70 ans), atteindre les 60% de prévalence contraceptive moderne (2% d'amélioration par an dont 20% pour le DIU et 10% d'utilisation de contraceptifs injectables et l'intégration des implants hormonaux.), ramener le taux d'accroissement à 1,9% et l'indice synthétique à 3,3 enfants par femme, et améliorer la

pratique de planification familiale (qualité des services). De façon plus précise, les pouvoirs publics cherchent à :

- améliorer les conditions de vie des femmes rurales et les amener à accepter les pratiques de planification familiale en valorisant toutes les capacités du système national de santé (public et privé) pour prendre en charge les nouvelles actions de planification familiale, en mettant à la disposition des populations toute la gamme des produits contraceptifs, gratuitement ou remboursables par la sécurité sociale, et en intégrant étroitement l'activité de planification familiale et l'ensemble des actions de protection de la santé maternelle et infantile ;
- adapter les programmes aux différentes catégories de population (rural, urbain, grandes multipares, etc.) et faire participer plus activement les associations liées aux problèmes de la population, de la santé, de la femme rurale, de la recherche démographique ;
- protéger par des mesures sociales la famille et l'enfant démunis (filet social, femmes au foyer, retraites, etc.) et maintenir la gratuité des soins pour les catégories les plus atteintes par la crise<sup>2</sup>.

Pour cela, le Ministère de la santé et de la population initie un vaste programme de renforcement du cadre organisationnel et institutionnel et des actions visant à une meilleure accessibilité des services de planification familiale, une sensibilisation, une information et une éducation des différentes couches sociales (urbain et rural).

## Situation actuelle et limites

Le réseau d'infrastructures publiques délivrant les prestations de SMI/PF s'élève à près de 5 400 unités (soit une unité pour 5 000 habitants), dont environ 2 500 unités qui offrent les prestations de planification familiale. Le nombre de lits de maternité et de gynécologie obstétrique est estimé à 10 780, soit un lit pour 592 femmes en âge de reproduction ; rapporté au nombre annuel de naissances, il donne un ratio d'un lit pour 72 naissances par an, révélant ainsi une couverture sanitaire de la maternité largement suffisante (un lit pouvant être occupé 5 jours par accouchement).

A titre indicatif, pour l'année 1996, on dénombre plus de 1,9 millions de consultations liées aux activités de planification familiale, soit un ratio national moyen de 5 consultations par jour et par structure sanitaire.

Par ailleurs, le nombre de nouvelles contraceptrices est évalué à 270 000 en 1996, alors que les perspectives à l'horizon 2000 en prévoyaient en moyenne 150 000.

Le personnel dispensant des soins de santé reproductive est également important ; l'effectif des sages-femmes ou assimilées s'élève à 7 040 en 1994 soit une sage-femme pour 906 femmes en âge de procréer. La gynécologie obstétrique occupe le premier rang en termes de nombre de spécialistes : il est dénombré 913 gynécologues, soit un ratio de 14,2 pour 10 000 femmes en âge de procréer ou un gynécologue pour 7 000 femmes en âge de reproduction. A titre de comparaison, le nombre de gynécologues était estimé à 48 à la fin des années soixante-dix.

Toutefois, malgré ces moyens humains et infrastructurels quantitativement importants, les structures de santé impliquées dans la planification familiale restent peu attractives et ne prennent en charge que la moitié des contraceptrices. Malgré la

2. A l'inverse, depuis octobre 1995, certains avantages sociaux sont plafonnés à cinq enfants.

densité du réseau existant, les zones éparses, qui regroupent 30% de la population algérienne, restent faiblement desservies. Par ailleurs, il n'existe pas d'équipes mobiles pour une action de planification familiale de proximité. L'activité de planification familiale (en dehors des 361 centres de planification familiale intégrés) n'a été intégrée que partiellement au sein des 446 polycliniques, des 1100 centres de santé et certaines salles de soins parmi les 4 250 existantes (dont 536 non fonctionnelles). De plus, les maternités sont restées jusqu'à fin 1994, totalement séparée de la planification familiale.

L'activité de planification familiale repose toujours essentiellement sur les sages-femmes ou assimilées qui constituent 75,4% du personnel affecté à cette activité, les médecins représentant 6% des effectifs. Pourtant, la démographie médicale qui se traduit par un ratio d'un médecin pour 1000 habitants ne justifie plus cette situation qui conduit à une certaine dévalorisation de l'activité de SMI/PF par le personnel médical.

Le personnel affecté à l'activité de SMI/PF est le plus souvent chargé de plusieurs activités (accueil, information, vaccinations, suivi de la femme enceinte, planification familiale) : la planification familiale devient par là-même une activité menée à temps partiel. Il reste généralement « peu offensif » : les prestations de planification familiale sont fournies « à la demande ». C'est ainsi que parmi la clientèle, moins de la moitié des femmes (49,5%) ont déclaré avoir été sensibilisées par le personnel à la contraception à l'occasion d'autres visites (suivi de l'enfant ou suivi de la grossesse).

Les clientes viennent généralement à la structure par habitude et commodité personnelle ; la proximité du centre intervient dans 48% des cas. Les clientes ne fréquentent l'unité suite à un « recrutement » par le personnel que dans 1% des cas. Les structures ne disposent ainsi généralement pas de système de recrutement de nouvelles clientes ni de système de « récupération des perdues de vue ».

L'activité de planification familiale n'a donc pas le dynamisme nécessaire à un programme incitatif et volontariste. La faible prévalence du DIU dans les structures publiques en est un indice : en effet même si 68% des personnels sont formés à la pose de DIU (contre 33% en 1988), et malgré la disponibilité du produit, la prévalence du DIU reste faible (16%). Pourtant, la sage-femme intervient dans 48% des cas dans le choix de la méthode, mais la prescription du DIU, plus contraignante, est délaissée au profit de la contraception orale.

Toutefois, les prestations fournies sont de bonne qualité. En effet, la clientèle se déclare généralement satisfaite des prestations fournies dans 88% des cas. L'attente est faible (moins de 30 minutes dans 67% des cas). Un examen préalable à la prescription de la contraception est réalisé dans 97% des cas : la clientèle est fidèle à la structure, 53% des clientes fréquentant depuis plus de trois ans la même unité.

Ainsi, le recours à la contraception semble davantage lié à des changements dans les attitudes et comportements sociaux en matière de procréation qu'à une réelle offensive du programme national. La disponibilité des structures, la gratuité des prestations ont sûrement contribué à renforcer l'adhésion de la population. Parmi les clientes des unités de SMI/PF, près de 90% se déclarent prêtes à utiliser la contraception dans le futur.

Le renforcement de la pratique contraceptive d'ici la fin de la décennie pour atteindre l'objectif fixé par le programme national, va donc nécessiter une plus grande implication des structures publiques dans l'activité de planification familiale.

## La connaissance et la pratique de la contraception

Nous nous sommes appuyés sur différentes enquêtes menées entre 1970 et 1995 : l'Enquête Nationale Démographique en 1970 organisée par l'Association Algérienne pour la recherche Démographique, Economique et Sociale (ARDEES), l'enquête Main d'œuvre et Démographique (MOD) en 1984, l'Enquête Nationale Algérienne sur la Fécondité (ENAF) en 1986, l'Enquête Nationale de Santé (ENS) en 1990, mais surtout l'enquête PAPCHILD en 1992, l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (EASME) en 1992, et l'enquête nationale sur les objectifs à mi-décennie (MDG) en 1995.

La prévalence contraceptive était estimée à 54%, en 1995. Elle était de 51% en 1992, 41% en 1990, 36% en 1986, 25% en 1984 et à peine 8% en 1970. Sa progression fut donc constante. La contraception concerne 57,5% des femmes en âge de procréer en milieu urbain et 44,1% en milieu rural. Soixante-quinze pour cent des femmes mariées en âge de procréer ont pratiqué la contraception au moins une fois (pilule : 70,3%, DIU : 18,5%, ou spermicides : 2%).

### Connaissance

Le niveau de connaissance des femmes non célibataires concernant la pratique de la contraception est de 99% en milieu urbain et 95% en milieu rural.

Les méthodes traditionnelles sont connues par plus de 85% des femmes, dont 80% pour la méthode de l'allaitement. Les méthodes modernes sont plus connues, puisque respectivement 98% et 92% des femmes urbaines et rurales sont informées des pratiques contraceptives, y compris le stérilet ( 86%).

Les femmes mariées connaissant les pratiques contraceptives, mais refusant de les utiliser, le font pour des motifs dominés en 1992 selon l'enquête EASME par l'infécondité du couple et la ménopause (23,7%). Les effets secondaires ne sont évoqués que par 14,6% des femmes. L'opposition du mari (11%) ainsi que l'interdit religieux (6,9%) restent négligeables.

La région des Hauts Plateaux enregistre le taux le plus bas de connaissance des pratiques contraceptives (70%) devant le Sahel et le Sud (77% et 76% ). La connaissance des méthodes modernes est meilleure au Sahel (70%) que dans les Hauts Plateaux (61%) ou au Sud (59%).

### Utilisation actuelle

La première utilisation d'un moyen de contraception varie selon la descendance atteinte, l'âge et le milieu géographique. Elle est faible avant l'arrivée du premier enfant ( 3% ) ; elle atteint son maximum après le premier enfant (29%) ; et elle se stabilise entre le deuxième et le cinquième enfant.

En 1992, 49% des femmes mariées ne pratiquent aucune contraception. Parmi celles qui utilisent un moyen de contraception, 81% souhaitent espacer leurs naissances contre 18% qui voudraient limiter ou arrêter leur descendance.

### Par milieu

Le milieu urbain, d'une manière générale, est plus propice à l'acceptation de la pratique contraceptive que le milieu rural.

Cinquante deux pour cent des femmes mariées dans le rural dont la descendante atteinte est de cinq enfants, ne pratiquaient en 1992 aucune contraception et leur nombre est relativement important en milieu urbain (37,5%). Une enquête récente révèle que : 48,3% des femmes utilisent une contraception; en zone rurale, ce taux est de 42%.

Cependant, la prévalence contraceptive ne diffère pas significativement selon le milieu. Elle se situe à 57,2% en 1995 dans le milieu urbain, et à 56,6% en zone rurale. En 1992, la prévalence en milieu urbain était la même qu'en 1995, mais en milieu rural, la prévalence n'était que de 44,1%. Elle a donc connu une nette progression en trois ans. Tout porte à croire que ces dernières années, l'amélioration de la prévalence contraceptive n'a concerné que le milieu rural qui a ainsi rejoint le niveau du milieu urbain (Tab. 1).

**Tableau 1 : Évolution de la contraception entre l'enquête PAPCHILD (1992) et MDG Algérie (1995) selon le milieu**

	EASME		MDG	
	Urbain (%)	Rural (%)	Urbain (%)	Rural (%)
Pilule	43,0	34,4	40,4	47,8
DIU	3,5	1,2	6,2	1,6
Toutes méthodes	57,5	44,1	57,2	56,6

### Par région

La prévalence contraceptive diminue du nord au sud : elle passe de 63% à Oran à 48,2% au sud du pays. La région de l'Est a un taux de prévalence de 57%. Elle a rattrapé son retard de 1986 où le niveau atteint était de l'ordre de 27%. La région du Centre enregistrait un taux de prévalence de 56%.

### Par âge

Parmi les 25-34 ans, 54% utilisent un moyen de contraception. Ce pourcentage ne dépasse pas 50% pour les femmes mariées en milieu rural, et atteint 60% en milieu urbain.

L'intention de non-contraception dans les 12 mois à venir est de 74% pour les 15-19 ans, de 64% pour les 25-29 ans et de 91% pour les 45-49 ans. Les femmes jeunes et les plus âgées sont donc celles qui ont les intentions de non-contraception les plus élevées.

Les 15-24 ans sont celles dont l'utilisation de contraceptifs (pilule ou autres) est la plus faible (56%), alors que les 25-34 ans et les 35-49 ans ont une utilisation de contraceptifs élevée (79%).

## *Méthode*

En 1992, 51% des femmes mariées utilisent une méthode contraceptive. Quarante trois pour cent recourent à des méthodes modernes, dont 39% à la pilule et seulement 2,5% au stérilet. L'usage des méthodes traditionnelles a lentement régressé, passant de 13% en 1986 à 8% en 1992. L'allaitement maternel reste la méthode traditionnelle la plus répandue.

L'utilisation de la pilule est passée de 39% en 1992 à 43% en 1995. Cette augmentation a été réalisée surtout en milieu rural (34% en 1992 et 48% en 1995). L'utilisation de la pilule est la plus répandue (76%), quels que soient le milieu géographique (urbain : 75%, rural : 78%) et le niveau d'éducation (analphabète : 77%, primaire : 76%). Les autres méthodes sont peu utilisées (l'allaitement prolongé : 8%, le stérilet : 5%, la méthode du retrait : 3,4%, la méthode du calendrier : 3%, le condom : 0,9%, et le reste concerne les gelées, la stérilisation, les injections et autres).

Le port du DIU a presque doublé, passant de 2,4% en 1992 à 4,1% en 1995. Cette augmentation a été surtout observée en milieu urbain (3,5% en 1992 et 6,2% en 1995). Il demeure stationnaire en zone rurale (1,2% en 1992 et 1,6% en 1995).

## *Parité*

Le taux de prévalence est plus faible lorsque dans la descendance, il n'y a pas de garçons (29%) et il est le plus élevé lorsque la descendance comprend une fille et trois garçons (68,5%). En effet, lorsque le nombre désiré d'enfants par les femmes mariées âgées entre 35 et 49 ans correspond à la combinaison 3 garçons et 1 fille, on observe le taux le plus élevé (90%) des femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants. La combinaison 2 garçons, 2 filles, semble être la structure idéale de la taille de la famille pour les femmes âgées de moins de 25 ans.

Le désir après quatre enfants d'avoir un garçon est encore fort lorsqu'il n'y a que des filles (71%) ou lorsque le nombre de filles est supérieur à celui des garçons (59,2%). Ce désir est plus visible à la parité trois où plus de 85% désirent toujours avoir le sexe manquant et il est de 100% à la parité cinq.

## *Instruction*

Le taux d'utilisation de moyens contraceptifs augmente avec le niveau d'instruction. Les femmes instruites de 35-49 ans sont plus contraceptantes (72%) que les femmes analphabètes de 15 à 24 ans (44,6%).

## *Désir d'enfant*

Les femmes urbaines et rurales sont en moyenne plus sensibles à la pratique contraceptive respectivement après deux et trois enfants.

En 1992, 46% des femmes de 25 à 29 ans ont pratiqué la contraception dès l'arrivée de leur premier enfant, alors que les femmes mariées âgées de 45 à 49 ans étaient moins nombreuses à le faire après leur premier enfant (8%) et seulement 17% après le deuxième.

Soixante-neuf pour cent des femmes qui ont une descendance réduite d'un enfant sont favorables et ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Celles qui

ont déjà assuré leur descendance de cinq enfants et plus et qui sont intéressées à le faire représentent 67%.

La répartition est la suivante : 25% des femmes ayant déjà eu deux enfants ne veulent plus avoir d'autres enfants; 41,5% pour celles ayant déjà trois enfants; 64,6% pour celles ayant quatre enfants et 79,1% pour celles ayant cinq enfants et plus.

Par ailleurs, chez les femmes récemment mariées, ayant un régime de fécondité dit traditionnel ou ayant déjà utilisé un moyen de contraception, 57% recourent à une méthode contraceptive après la première naissance, 35% après la deuxième naissance et seulement 8% après la quatrième naissance. Pour les femmes ayant déjà utilisé un contraceptif, la première utilisation après le premier enfant n'est que de 35%.

### Pratique future

Les effectifs féminins des tranches d'âge entre 15 et 49 ans vont augmenter entre 1995 et l'horizon 2020 de 5,3 millions à 9,25 millions de femmes en âge de procréer. Parmi elles, 50% seront encore indécises quant à l'utilisation d'une méthode contraceptive (54% en milieu rural et 44% en milieu urbain). Les femmes mariées non contraceptantes actuellement, désireuses d'utiliser la contraception dans les 12 mois à venir sont peu nombreuses (20,7%); plus des deux tiers (72,3%) ne désirent pas et seulement 7% des femmes sont hésitantes.

**Tableau 2 : Intentions d'utilisation de la contraception dans l'année (MDG Algérie 1995)**

Intentions	Effectifs	Fréquence (%)
Non désireuses	795	72,3
Désireuses	225	20,7
Hésitantes	77	7,0

Parmi les non-utilisatrices, 9% pensent se décider avant une année, près de 32% retardent cette utilisation après 12 mois de mariage et 9% sont encore indécises avec une prédominance en milieu urbain (11%) par rapport au milieu rural (7%).

\*

\* \*

Les progrès réalisés en matière de planification familiale notamment depuis la fin des années quatre-vingt, montrent que le comportement de la population algérienne dans le domaine de la procréation, malgré un contexte social difficile, va dans le sens d'une maîtrise de la fécondité. Le recours à la contraception contribue pour une part non négligeable à la baisse de la natalité et partant à l'infléchissement de la croissance démographique.

Malgré l'engagement politique affirmé depuis 1983 pour la réduction du croît de la population, l'activité de planification familiale déployée dans les structures publiques reste en-deçà des attentes d'un programme de masse qui se veut énergique. L'offre de la contraception continue à répondre à la demande exprimée, sans

avoir l'attitude incitative qu'aurait exigé une politique active dans le domaine. Ainsi, la population a été dans le domaine de la planification familiale « plus vite » que les politiques.

Des gains rapides pourront de ce fait être obtenus en matière de réduction de la fécondité et d'augmentation de la planification familiale, si un programme plus efficace et mieux adapté aux besoins de la population est mis en œuvre.

Les infrastructures de santé publique devraient disposer d'un encadrement suffisamment polyvalent, afin de répondre aux nouvelles demandes, prendre en considération les souhaits de chaque femme en tenant compte de sa catégorie socio-professionnelle et de son niveau culturel, et lui proposer ainsi la méthode contraceptive la mieux adaptée. On ne peut pas avoir en effet une stratégie ou une politique démographique homogène pour l'ensemble du territoire et une application « standard » pour la totalité des femmes.

La contraception ne doit plus être étudiée d'une manière isolée, mais doit être intégrée dans l'activité de la santé de la reproduction et de la planification familiale.

D'ores et déjà, l'option de redynamiser l'activité de planification familiale dans les structures publiques est retenue. Le programme à moyen terme fixe notamment pour objectifs :

- l'intégration de la planification familiale dans tous les soins de santé maternelle dans une approche globale de la santé reproductive; cette activité intègre également la prévention et le traitement de la stérilité;
- l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs agréés et notamment des méthodes de longue durée;
- le renforcement de la formation du personnel et l'implication du personnel médical dans l'activité de planification familiale;
- l'amélioration de la qualité des prestations fournies, notamment par une action normative et informative;
- la relance des activités d'information, d'éducation et de sensibilisation en matière de planification familiale, notamment dans les structures sanitaires.

Toutefois, il reste entendu que l'enjeu principal pour relever le défi démographique et favoriser un équilibre en matière de population, est le retour à la stabilité, à la croissance, à la paix sociale, où le couple choisira en toute liberté sa descendance dans un environnement accueillant.

## Bibliographie

1. ASSOCIATION ALGÉRIENNE POUR LA RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE ÉCONOMIQUE (AARDES), 1970, *Enquête démographique nationale*.
2. BEL KACEM L. *et al.*, 1994, PAPCHILD-EASME (Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant) 1992, ONS, FNUAP, Ligue arabe, Le Caire, 402 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1995, *Enquête nationale sur les objectifs à mi-décennie (MDG)*, Alger.
4. MOKADEM A. et BOUISSRI A., 1998, *Objectifs démographiques et Stratégies contraceptives*, FNUAP-CENEAP.
5. OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS), 1984, *Enquête main d'œuvre et démographie (MOD)*.
6. OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS), 1991, *Enquête main d'œuvre 1989*, Alger, 255 p.
7. OMRANE A., 1994, *L'organisation familiale dans le patrimoine musulman*, Édition du Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de Population (FNUAP).

# 31. Transitions démographiques contrastées : Argentine, Brésil et Chili

Philippe Hamelin<sup>1</sup>

*Qui aurait pu prévoir, il y a vingt ans, que le Brésil atteindrait juste le seuil de la reproduction ? En 1970, l'hypothèse moyenne des projections de population des Nations Unies prévoyait que la population de l'Amérique latine passerait de 284 à 614 millions en l'an 2000. Le CELADE avançait en 1997 pour l'an 2000 le chiffre de 518 millions d'habitants. Une baisse de la fécondité plus rapide que celle retenue par les Nations Unies en 1970 explique cette différence de 20%.*

*Si la baisse de la fécondité a concerné l'ensemble des pays d'Amérique latine, elle s'est produite selon des processus différents. En moins de quarante ans le classement de l'Argentine, du Brésil et du Chili selon leur indice de fécondité, a été totalement inversé.*

*La transition démographique dans ces trois pays a globalement respecté le modèle classique. Mais le rythme et surtout les niveaux de fécondité et de mortalité atteints en fin de transition sont très différents.*

*Quand on examine les déterminants proches ou lointains de la fécondité, il est difficile de mettre en évidence des relations cohérentes qui pourraient expliquer les différences de niveaux observés entre ces trois pays.*

*Nous pouvions nous contenter de l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 quand celui-ci était un objectif à long terme et que les femmes d'Amérique latine avaient en moyenne plus de 6 enfants. Mais au moment où le plus grand pays du continent atteint ce seuil, l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 enfants par femme n'est plus crédible.*

*L'hétérogénéité des niveaux finaux de fécondité et de mortalité et la rapidité des transitions rendent nécessaire des études approfondies sur les modalités de la fin de la transition.*

*Au-delà des problèmes posés par la fin des transitions dans les pays du Sud, c'est la démographie post-transitionnelle qui est à inventer.*

En 1970, l'hypothèse moyenne des projections de population des Nations Unies prévoyait que la population de l'Amérique latine passerait de 284 à 614 millions en l'an 2000. A cette époque, on craignait « une explosion démographique ». Beaucoup pensaient que de nombreux pays rencontreraient de graves problèmes pour nourrir et éduquer la population et lui fournir du travail. On redoutait aussi que la migration de millions de familles rurales vers les villes provoque l'émergence de mégapoles cauchemardesques et difficiles à gérer. Cependant la bombe « P » [10] n'a pas explosé. Le CELADE en 1997 estimait à 518 millions le nombre d'habitants de l'Amérique latine en l'an 2000. C'est principalement une baisse de la fécondité plus rapide que celle retenue par les Nations Unies en 1970 qui explique cette différence de 20% entre la population projetée il y a trente ans et la réalité d'aujourd'hui.

1. IRD/AGRIMED.

La transition démographique en Argentine, au Brésil et au Chili a globalement respecté le modèle classique. Mais le rythme et surtout les niveaux de fécondité et de mortalité atteints en fin de transition sont très différents. Nous pouvions nous contenter de l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2.1 quand celui-ci était un objectif à long terme et que les femmes d'Amérique latine avaient en moyenne plus de 6 enfants. Mais au moment où le plus grand pays du continent atteint ce seuil, l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 enfants par femme n'est plus crédible.

A partir de l'exemple de ces trois pays, on peut montrer que l'hétérogénéité des niveaux finaux de fécondité et de mortalité et la rapidité de ces transitions rendent nécessaire des études approfondies sur cette période. Au-delà des problèmes posés par la fin des transitions dans les pays du Sud c'est la démographie post-transitionnelle qui est à inventer.

## Évolution de la fécondité entre 1960 et 2000

La baisse de la mortalité a précédé la baisse de la fécondité [25]. Pour le Brésil et le Chili<sup>2</sup>, la mortalité commence à baisser fortement à partir des années trente et c'est seulement trente ans plus tard que la fécondité entame son déclin après une hausse entre 1940 et 1960. La transition de la fécondité ne se déclenche pas par une réduction de la nuptialité : au contraire, l'âge à la première union diminue et le pourcentage de femmes en union augmente. « L'usage du contrôle de la nuptialité comme mécanisme de régulation démographique n'a jamais été, dans le contexte latino-américain, un modèle socialement acceptable » [25]. C'est principalement l'emploi des méthodes contraceptives modernes qui a permis aux couples d'exprimer leur volonté de réduire leur descendance.

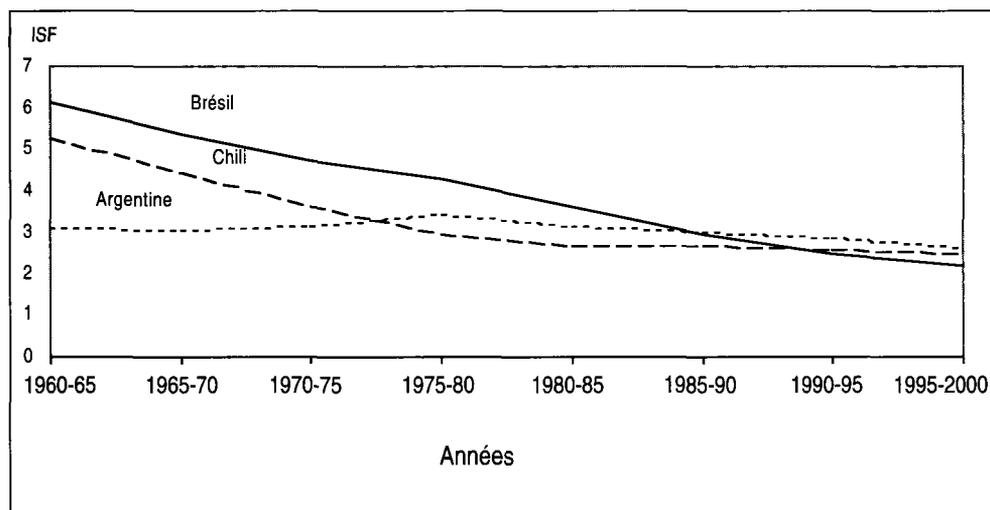
L'étude de l'évolution de la fécondité entre 1960 et 2000 en Argentine, au Brésil et au Chili montre qu'en moins de quarante ans, le classement selon l'indice de fécondité des trois pays a été inversé (Fig. 1). L'Argentine qui avait déjà quasiment achevé sa transition, avait deux fois moins d'enfants que le Brésil au début des années soixante ; elle a aujourd'hui un indice plus élevé que le Brésil, qui atteint le seuil de la reproduction. Le Chili, plus proche du Brésil au début des années soixante, a connu une baisse rapide de la fécondité jusqu'en 1980, qui semble se stabiliser ensuite au-dessus du seuil de reproduction.

Si de manière très globale ces trois pays respectent le schéma classique de la transition démographique, les modalités et les niveaux des facteurs restent très variés. L'Argentine qui était déjà à la fin de la phase de la transition de sa fécondité en 1960, est toujours quasiment au même niveau quarante ans plus tard. Il y a deux manières d'interpréter ce résultat : soit l'Argentine a achevé la deuxième phase de la transition avec une stabilisation de la fécondité à un niveau élevé ; soit la fin de sa transition démographique est très lente. Au Brésil, durant la même période le nombre d'enfants par femme a été divisé par 3. La baisse a été forte et régulière et aucun signe, aujourd'hui, ne permet d'affirmer que cette tendance à la baisse s'arrêtera quand le chiffre mythique de 2,1 sera atteint. Au contraire, des effets de structure (arrivée de la première génération de femmes moins nombreuses que la précédente

2. L'Argentine est exclue de cette partie de l'analyse puisqu'en 1960 on considérait déjà qu'elle était à la fin de sa période de transition.

à l'âge de la reproduction) liés à des changements dans le calendrier de la reproduction<sup>3</sup> pourraient faire baisser le taux de fécondité au Brésil bien en dessous du seuil de remplacement durant la prochaine décennie. Le Chili après avoir connu une baisse très rapide en début de période semble depuis le milieu des années quatre-vingt voir sa fécondité stabilisée. Suivra-t-il le modèle argentin ou, après une pause, la baisse de la fécondité reprendra-t-elle ?

**Figure 1 : Évolution de l'ISF entre 1960 et 2000**



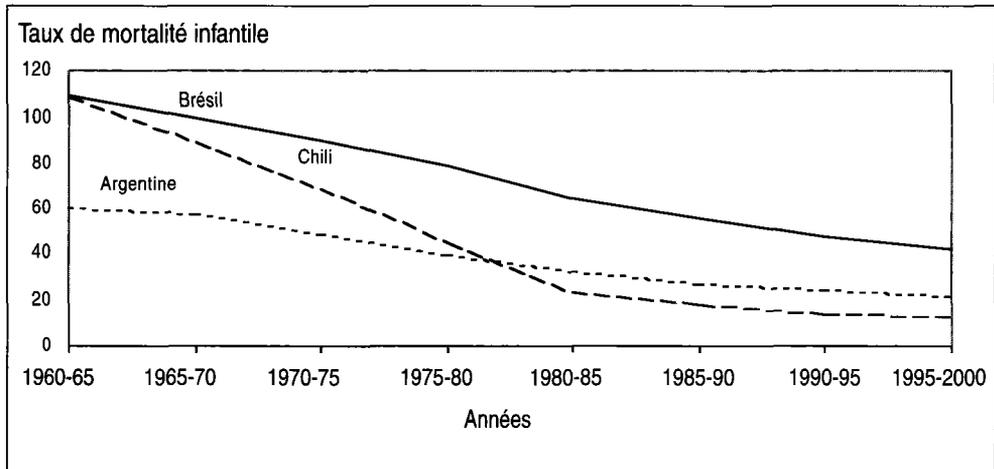
## Évolution de la mortalité entre 1960 et 2000

Les taux bruts de mortalité ont baissé dans les trois pays entre 1960-1965 et 1995-2000 [6] : faiblement en Argentine (de 8,8‰ à 7,9‰), de manière plus prononcée au Brésil et au Chili (respectivement de 12,5‰ à 6,8‰ et de 12,1‰ à 5,6‰). Les structures des populations influencent fortement les taux bruts de mortalité ; il est donc plus intéressant pour cette étude de considérer l'évolution des taux de mortalité infantile.

La mortalité infantile baisse dans les trois pays mais à des rythmes différents (Fig. 2). Selon son taux de mortalité infantile actuel (50‰), le Brésil se classe parmi les derniers pays d'Amérique latine, juste derrière Haïti et la Bolivie, alors que son niveau de fécondité le classe dans les premiers derrière Cuba.

A l'inverse, le Chili, avec un taux très bas (12‰) obtenu grâce à une politique de santé materno-infantile conduite par l'État depuis les années soixante, semble voir sa mortalité infantile stabilisée.

3. Après une baisse de l'âge moyen à la première naissance, qui a accompagné la baisse de la fécondité, on observe une hausse de cet âge moyen par le passage d'une contraception d'arrêt à une planification de la descendance.

**Figure 2 : Évolution du taux de mortalité infantile entre 1960 et 2000**

Quand on compare l'évolution de la fécondité et de la mortalité infantile pour ces trois pays globalement, les événements semblent liés ; mais au niveau du détail et de la comparaison entre pays il est impossible d'établir des corrélations ou des relations de causalité. L'évolution de la mortalité infantile paraît beaucoup plus liée aux politiques (volontaristes ou non) et, dans une moindre mesure, à l'évolution générale du niveau de vie (Tab. 1).

## Quelques facteurs explicatifs

*La contraception* : environ un tiers des femmes entre 15 et 45 ans utilisent une méthode contraceptive moderne dans les trois pays. La distinction vient des méthodes employées : alors que la contraception d'arrêt (stérilisation) domine au Brésil, ce sont respectivement la pilule et le stérilet qui dominent en Argentine et au Chili [9 et 14]. On peut penser que la stérilisation, surtout quand elle intervient dès que la parité 2 ou 3 est atteinte et pour des femmes de moins de 30 ans, a une influence sur la fécondité. Mais cette seule variable semble insuffisante pour expliquer les différences entre les trois pays. Il sera sans doute nécessaire de réaliser des études comparatives fines pour savoir si l'utilisation de schémas contraceptifs différents durant le cycle fertile des femmes a une influence sur la constitution de la descendance finale.

*La maternité des adolescentes* est encore un sérieux problème de santé publique dans les trois pays. Au Brésil, au début de la baisse de la fécondité (1965-1980), celle des femmes de moins de 20 ans a augmenté [12] pour diminuer ensuite mais à un rythme plus lent que la fécondité générale. En Argentine, la situation est semblable : le taux de fécondité des femmes de moins de 20 ans est passé de 61‰ en 1960 à 81‰ en 1980 pour revenir à 70‰ en 1991. Mais du fait de la baisse de la fécondité générale, le pourcentage de naissances de mères adolescentes a continué de croître, passant de 10% en 1960 à 15% en 1991. Une naissance sur sept en Argentine provient

d'une mère adolescente [19]. On peut s'attendre à une réduction importante de la fécondité des adolescentes pour au moins trois raisons : l'usage des préservatifs dans le cadre de la prévention du SIDA, les campagnes sur les risques pour la santé materno-infantile des grossesses précoces et surtout l'allongement de la durée des études dans les cycles secondaire et universitaire des jeunes femmes.

**Tableau 1 : Évolution du niveau de vie, de la fécondité et de la mortalité infantile entre 1960 et 2000**

	Argentine			Brésil			Chili		
	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile
1960-65	3740	3,09	59,65	1081	6,15	109,15	1561	5,28	108,89
1965-70	4287	3,05	57,3	1163	5,38	99,85	1666	4,44	89,07
1970-75	4914	3,15	48,17	1479	4,72	90,19	1893	3,63	68,47
1975-80	5186	3,44	39,00	2120	4,31	78,46	1580	2,95	45,08
1980-85	5397	3,15	32,13	2903	3,63	64,21	2030	2,66	23,67
1985-90	4657	3,00	27,07	2728	2,96	54,85	1858	2,65	18,32
1990-95	4346	2,83	24,25	2715	2,44	47,02	2319	2,54	14,01
1995-2000	5287	2,62	21,75	2871	2,18	42,05	3021	2,44	12,74

\* Le PIB par habitant est le PIB du début de période exprimé en dollars constants de 1990 (par exemple le PIB argentin est de 3740 US\$ de 1990 en 1960).

*Le développement économique* : quand on compare globalement la variation de la fécondité et l'évolution du PIB sur la période 1960 - 1995, le modèle de la transition semble se vérifier. Plus le PIB par habitant croît, plus la baisse de la fécondité est importante (Tab. 2). Mais si l'on change la période de référence (1980-95), on peut conclure exactement le contraire pour l'Argentine et surtout le Brésil (il suffit de bien choisir la période de référence pour vérifier l'hypothèse que l'on veut). Quand on étudie les variations quinquennales (Tab. 1), on voit bien qu'il n'existe pas de corrélation entre la variation du PIB et celle de la fécondité.

Le Chili traversait une crise économique durant la période où la fécondité a fortement baissé (1970-1980) ; tandis qu'elle semble s'être stabilisée lors de la période de forte croissance actuelle. Au Brésil la fécondité a commencé à baisser durant le miracle économique des années soixante-dix et cette baisse s'est accentuée durant la récession des années quatre-vingt. Dans le court et moyen terme il n'y a pas de liaison entre croissance économique et baisse de la fécondité. A long terme certainement, mais peut-on être certain du sens de la relation de causalité ?

*Les politiques* : seul le Chili mène une politique de limitation des naissances depuis 1965. Pour des questions religieuses, elle est non explicite. Basée sur la santé materno-infantile, elle explique très bien l'excellent résultat en terme de mortalité infantile mais très imparfaitement l'évolution de la baisse de la fécondité. L'offre de méthodes contraceptives modernes (principalement le DIU) pour espacer les nais-

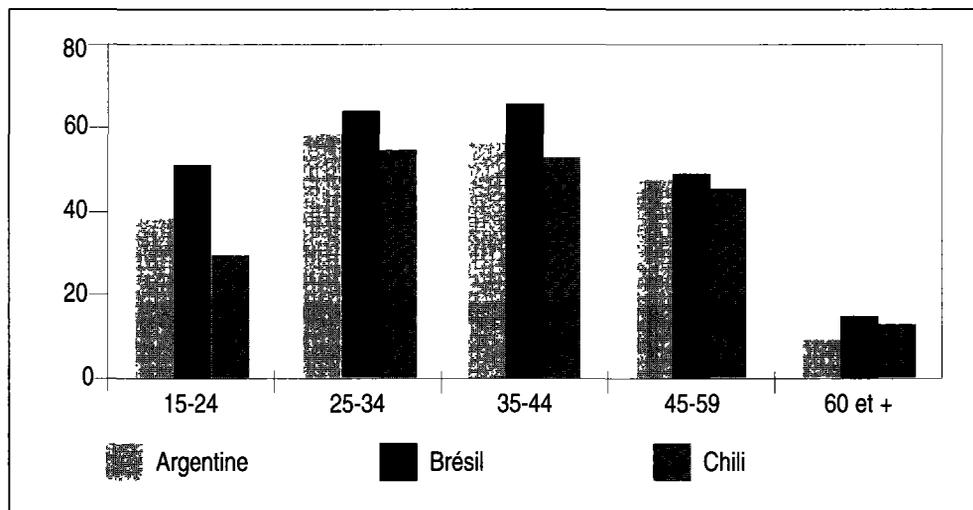
sances (Programme paternité responsable) à travers le système de santé dès 1965, en répondant à une attente, a facilité, voire amplifié, la baisse de la fécondité. Le gouvernement militaire en supprimant le programme paternité responsable et en exigeant l'autorisation du mari pour la stérilisation de la femme [14] n'a pas eu, à priori, d'influence sur l'évolution de la fécondité. En Argentine, l'attribution d'allocations familiales et l'élimination des politiques qui font la promotion du contrôle de la natalité par le gouvernement militaire en 1977 [17] n'ont eu aucune influence sur l'indice de fécondité. Au contraire, la fécondité en légère augmentation depuis le milieu des années soixante recommence à baisser dès le début des années quatre-vingt. Au Brésil, aucune politique de population n'a été mise en place. Le retour à la démocratie a seulement permis en 1986 de supprimer la loi qui interdisait au système de santé publique de pratiquer des stérilisations. Mais comme dans la pratique la loi n'était pas appliquée, cela n'a rien changé. Les politiques de population n'ont un rôle que lorsqu'il existe une demande sous-jacente. S'il existe une demande forte, il n'est pas forcément nécessaire de mettre en place une politique, ce qu'illustre clairement le cas brésilien.

**Tableau 2 : Variation en taux annuel de l'ISF et du PIB entre 1960-95 et 1980-95**

	ISF 1960-95	PIB 1960-95	ISF 1980-95	PIB 1980-95
Argentine	-0,40	1,00	-1,00	-0,13
Brésil	-1,45	2,83	-2,27	-0,07
Chili	-1,24	1,91	-0,51	2,69

Sources : [5] et [7].

**Figure 3 : Pourcentage de femmes actives par groupe d'âge en 1995**



Source : [7].

Le rôle et la place des femmes dans la société semblent être des variables importantes pour la transition de la fécondité. C'est au Brésil que les femmes participent le plus

à l'activité économique pour tous les groupes d'âges. Elles occupent également des postes plus élevés : 10% des Brésiliennes qui travaillent sont cadres supérieurs contre moins de 6% pour les Argentines et les Chiliennes.

Le monde du travail ne reflète encore qu'imparfaitement ce que nous observons à l'université où pour 100 étudiants, nous avons 51 femmes en Argentine, 54 au Brésil et seulement 45 au Chili. La place et le rôle de la femme dans la société sont des variables importantes qui permettent d'expliquer, au moins en partie, les différences de fécondité que nous observons entre pays quand l'indice atteint un niveau bas.

## La fin de la transition

### L'art difficile des projections

Le tableau 3 montre toute la difficulté de trouver des fonctions d'ajustement à ces séries de données qui permettraient de construire un nouveau modèle de projection plus pertinent que ceux utilisés actuellement. La théorie de la transition démographique nous informe seulement du passage d'un régime de forte fécondité et de forte mortalité à un régime de basse fécondité et de basse mortalité, la baisse de la fécondité survenant après la baisse de la mortalité. La théorie ne permet de déterminer ni le rythme et le mode de la transition, ni d'évaluer le niveau de stabilisation de la fécondité et de la mortalité.

**Tableau 3 : Taux de variation annuel de l'ISF, du PIB par habitant et de la mortalité infantile entre 1960 et 1995\***

	Argentine			Brésil			Chili		
	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile
1960-65	14,6	-1,3	-3,9	7,6	-12,5	-8,5	6,7	-15,9	-18,2
1965-70	14,6	3,3	-15,9	27,2	-12,3	-9,7	13,6	-18,2	-23,1
1970-75	5,5	9,2	-19,0	43,3	-8,7	-13,0	-16,5	-18,7	-34,2
1975-80	4,1	-8,4	-17,6	36,9	-15,8	-18,2	28,5	-9,8	-47,5
1980-85	-13,7	-4,8	-15,7	-6,0	-18,5	-14,6	-8,5	-0,4	-22,6
1985-90	-6,7	-5,7	-10,4	-0,5	-17,6	-14,3	24,8	-4,2	-23,5
1990-95	21,7	-7,4	-10,3	5,7	-10,7	-10,6	30,3	-3,9	-9,1

Notes : \* La période de référence est valide pour la variation du PIB ; pour celle de l'ISF et de la mortalité infantile, elle est décalée de +2,5 ans. Sources : [5] et [7].

Les projections des Nations Unies en 1988 [20 et 21] estimaient la population du Brésil en l'an 2000 à 179,5 millions (hypothèse moyenne) ou à 172,8 millions (hypothèse basse). En 1997, le CELADE estimait que la population du Brésil serait de 169,6 millions, soit inférieure de près de 3 millions par rapport à l'hypothèse basse et de

plus de 10 millions par rapport à l'hypothèse moyenne. Ceci démontre que, même, à court terme, les projections ne sont pas fiables. L'écart provient d'une surestimation de l'ISF. Les Nations Unies connaissaient en 1988 les résultats des enquêtes DHS 1986 [8] et de l'IBGE 1984 [12] qui indiquaient une chute de la fécondité depuis 1980. Les Nations Unies en 1988 ont pris en compte les résultats des deux enquêtes, mais elles ont alors introduit un point d'inflexion à la courbe de la baisse de la fécondité, pour que le Brésil n'atteigne le seuil de la reproduction que vers 2025. Beaucoup pensaient que cette chute était conjoncturelle, à cause de la crise économique de 1982 et il était difficile d'admettre qu'un pays sans politique de population puisse atteindre le seuil de remplacement avant de "bons élèves" tels que le Mexique ou l'Indonésie.

## Hétérogénéité des processus de transition

En Amérique latine, la transition démographique se termine. Elle aura été très rapide, et rien dans l'histoire du peuplement du continent ne nous permet d'affirmer que l'évolution future de la population se fera sans variations brutales. Avec ou sans politique de population, les pays d'Amérique du Sud ont entamé ou presque terminé la deuxième phase de la transition. On constate que le Brésil a connu une transition rapide sans politique de population ; toutefois rien ne permet d'affirmer que le Chili et le Mexique ne connaîtraient pas une croissance trop forte aujourd'hui, s'ils n'avaient pas appliqué une politique de population. Chaque pays est un cas particulier, il n'y a pas d'homogénéité des niveaux de mortalité en fin de transition en Amérique latine comme le constate M. Livi-Bacci pour l'Europe [16]. M. Villa, lui, constate « que les changements démographiques ont suivi différents rythmes selon les pays, mais que l'hétérogénéité à l'intérieur de chaque pays est encore plus importante » [24]. Ces différences montrent qu'il n'existe pas de recette générale pour l'étude de la fin de la transition. Il semble donc important que chaque pays puisse, par des observations directes (enquêtes, recensements, etc.), suivre l'évolution des principaux indicateurs, plutôt que de recourir à un modèle de projection aux résultats aléatoires.

## La rapidité du processus de transition

« L'amplitude de la baisse de la fécondité en Amérique latine, en si peu de temps, est surprenante quand on la compare avec celle de l'Europe » [4]. Le déclin rapide de la fécondité ne provoque pas seulement une baisse du taux de croissance de la population, il a aussi des conséquences sur la structure par âge de la population. Au Brésil, entre 1980 et 1991, la croissance annuelle de la population a été de 1,9%, mais cette croissance a été inégale selon les générations. La population âgée de 65 ans et plus a cru en moyenne annuelle à 3,3%, celle de moins de 15 ans a eu une croissance nulle [3]. La conséquence est une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées. Au Brésil durant les trente prochaines années la proportion de personnes de 65 ans et plus passera de moins de 5% actuellement à 12% ou 14% en 2030 [3]. En Europe, généralement, un vieillissement de cette amplitude s'est produit en plus d'un siècle !

En Amérique latine, la rapidité de la seconde phase de la transition, l'hétérogénéité des niveaux atteints selon les pays et à l'intérieur des pays et l'impossibilité de faire

des prévisions fiables, même à court terme, doit encourager l'étude par les démographes de la fin de la transition. Il apparaît important d'étudier, dès aujourd'hui, l'évolution de la fécondité en fin de transition pour des sociétés où l'allongement de la vie et la réduction des effectifs des générations les plus jeunes rendront très délicate la gestion des solidarités inter-générationnelles. Une connaissance plus fine du processus en Amérique latine devrait permettre aussi de mieux comprendre ce qui commence maintenant en Afrique.

## La post-transition

Le modèle de la transition démographique a été un paradigme puissant qui a permis aux démographes d'alerter les nations sur les risques d'une croissance de population trop rapide. L'alerte a permis que le sud du continent américain ne soit pas confronté à des problèmes dramatiques. Mais aujourd'hui, une majorité de pays d'Amérique du Sud terminent ou ont terminé leur transition. Nous entrons donc dans une autre phase de l'histoire des populations. Nous ne pouvons plus ni étudier, ni prévoir l'évolution du peuplement à partir d'un modèle qui ne correspond plus à la réalité actuelle. Il est nécessaire d'inventer de nouveaux paradigmes qui permettent de comprendre la fécondité pour des populations en régime de basse mortalité et de basse fécondité. Pour pouvoir entreprendre l'étude de la démographie post-transitionnelle, il sera nécessaire de franchir deux obstacles : abandonner l'hypothèse d'une stabilisation automatique de la fécondité au seuil de reproduction et vaincre la contrainte idéologique qui tend à faire de la croissance de la population la cause de tous les maux qui affectent la planète.

### L'hypothèse gratuite

L'hypothèse d'une stabilisation de la fécondité au seuil de remplacement paraissait une hypothèse raisonnable quand les femmes avaient en moyenne plus de 6 enfants. Aujourd'hui, quand nous nous tournons vers le futur, projeter la population avec un indice synthétique de fécondité de 1,5 ou de 2,5 est fondamentalement différent. Il semble aussi que plus les pays ont connu une transition de la fécondité rapide<sup>4</sup>, plus l'indice de fécondité tombe bas. J. Bourgeois Pichat a bien montré l'arbitraire et les risques de ce qu'il appelle *l'hypothèse gratuite des Nations Unies* [2]. La projection moyenne à long terme des Nations Unies 1992 [11] prévoyait qu'après la stabilisation de la fécondité au seuil de remplacement vers 2050, la population mondiale continuerait de croître et atteindrait 11,54 milliards en 2150. Si la fécondité se stabilisait à 2,17 enfants par femme, la population en croissance continue atteindrait 20,77 milliards en 2150. A l'inverse, une stabilisation de la fécondité à 1,7 enfants par femme provoquerait une diminution de la population dès le milieu du prochain siècle et la population serait seulement de 5,63 milliards en 2150. Les Nations Unies en 1998 ont révisé leur modèle de projection à long terme qui compte maintenant sept hypothèses. En 2150, l'estimation de la population mondiale varie entre 26,9 milliards pour l'hypothèse haute (soit un ISF qui se stabiliserait entre 2,5 et 2,6 après

4. Faute d'exemple dans le tiers-monde, nous pouvons citer l'Europe de l'Est qui est dans une phase de croissance négative de sa population, mais aussi le cas de l'Italie et de l'Espagne qui, suite à une baisse accentuée de leur fécondité, ont des taux d'accroissement naturel négatif ou nul et qui devraient perdre entre trois et quatre millions d'habitants durant les 25 prochaines années [20, 21 et 22].

2050), et 3,55 milliards pour l'hypothèse basse (soit un ISF qui se stabiliserait en 2050 entre 1,35 et 1,6 selon les grandes régions) [22]. De faibles variations de l'indice de fécondité ont une incidence sur le long terme, les hypothèses moyenne basse et moyenne haute (stabilisation de l'ISF respectivement à 1,9 et à 2,3 en 2050) donnent respectivement 6,4 et 18,29 milliards en 2150. Les fortes variations enregistrées actuellement doivent nous inciter à une grande prudence, même sur le court terme (voir ci-dessus l'exemple des projections de 1988 pour le Brésil). Il apparaît nécessaire d'entreprendre des études pour mieux comprendre l'évolution de la fécondité quand celle-ci atteint un niveau bas.

## La contrainte idéologique

Si lors de la conférence de Bucarest en 1974, la maîtrise de la croissance démographique était apparue comme une condition du développement du tiers-monde, la crise écologique en a fait la responsable de tous les maux : « Je vois à l'échelle de quelques siècles une catastrophe liée à l'explosion démographique si la tendance actuelle ne se modifie pas. Pour moi tous les autres problèmes sont la conséquence du phénomène démographique » [1] ; ou encore : « Plus nombreux les hommes, plus grave les pollutions » [18]. L'unique objectif des politiques de population devient dans ce contexte la maîtrise de la croissance. La recherche sur la fécondité post transitionnelle et ses conséquences s'en trouve inhibée. Il semble paradoxal que la peur de l'explosion démographique soit si forte au moment où l'homme a acquis les moyens de la maîtrise de sa reproduction pour la première fois dans l'histoire de l'humanité. C'est ce paradoxe que nous devons contourner. Il ne faut pas oublier que les variations de l'intensité de la reproduction humaine n'affectent pas seulement la masse de la population mais aussi sa structure, donc indirectement l'ensemble de son organisation sociale. Et ce sont les variations brutales, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, qui sont très déstabilisatrices pour l'édifice social. L'arrêt brutal d'une croissance rapide peut être aussi néfaste que la poursuite de cette croissance. Mais ces mouvements brusques sont d'essence différente car si la croissance a une autorégulation malthusienne (ajustement de la population aux ressources), la décroissance conduit à l'extinction de l'espèce. J. Bourgeois Pichat [2] a démontré qu'avec une fécondité stabilisée à 1,3 enfants par femme, le dernier homme disparaîtrait de la planète en moins de 400 ans.

La fécondité restera un facteur important : associée aux migrations<sup>5</sup>, elle déterminera en grande partie l'évolution du peuplement. La croissance de la population a déjà modifié la distribution spatiale de la population sur la terre, mais celle-ci connaîtra encore de profonds bouleversements dans le futur. Dans un monde qui devient majoritairement urbain, l'évolution de la fécondité nous aidera à mieux comprendre les nouvelles relations qui se construisent entre les populations et le milieu naturel.

Les études de la fécondité dans le futur ne devront plus être motivées par la baisse et les conditions de la baisse de la fécondité. Elles devront s'intéresser aux impacts de son évolution sur les solidarités inter-générationnelles, sur les rapports entre groupes sociaux et sur la géopolitique. Nous devons prendre aussi en compte de nouvelles variables décrivant le rôle et la place des femmes dans l'organisation sociale, les parcours contraceptifs, les avancées de la procréation assistée.

5. L'hypothèse des Nations Unies [20, 21 et 22] d'un arrêt des migrations après 2025 est surprenante, dans un monde globalisé où les réseaux de communications rapides sont en expansion.

\*

\* \*

« Notre planète a connu une croissance de sa population humaine comme elle n'en a jamais connu et n'en connaîtra sans doute jamais plus » [23]. En regard de l'histoire de l'humanité, ce grand bouleversement s'est produit en peu de temps. Il est compréhensible que cette « explosion démographique » ait suscité des craintes. Mais quand quatre continents sur cinq terminent ou ont terminé le processus de transition et que l'Afrique est entrée dans la phase de transition de la fécondité, nous devons anticiper le futur.

Comme le dit D. Kirk, « ce qui arrivera après la transition est le plus passionnant problème de la démographie moderne, pour lequel la théorie de la transition fournit quelques pistes mais peu de réponses car elle est liée à une époque particulière de l'histoire » [15]. Obnubilée par la course poursuite entre mortalité et fécondité, la démographie a un peu négligé les phénomènes émergents comme l'urbanisation ou les nouvelles formes de mobilité qui peu à peu transforment l'organisation territoriale du peuplement. L'allongement de la durée de la vie, les modifications de la structure par âge de la population, l'accès au marché du travail des femmes bouleverseront des piliers de l'organisation sociale comme les structures familiales. La transition de la fécondité est à peine entamée en Afrique, mais nous devons déjà penser la démographie post-transitionnelle.

## Bibliographie

1. ATLAN H., 1992, Interview ; *Libération* le 12/12/1992.
2. BOURGEOIS-PICHAT, 1988, Du XX<sup>e</sup> siècle au XXI<sup>e</sup> : l'Europe et sa population après l'an 2000; *Population*, Vol. 43, n° 1, INED, Paris
3. CARVALHO J.A.M., 1996, La transicao demográfica, in Mpas, Cepal, Abep, *A transicao demográfica e a reforma da previdencia social*, Brasilia, p. 68-78.
4. CARVALHO J.A.M., 1997, The demographics of poverty and welfare in Latin America : Challenges and opportunities, in Tokman E., O'Donnell G., Eds., *Poverty and inequality in Latin America : issues and new challenges*, New York, p. 36-48.
5. CELADE, 1997a, América Latina población por años calendario y edades simples, periodo 1995 - 2005, *Boletín demográfico año XXX*, n° 59, Santiago 124 p.
6. CELADE, 1997b, América Latina población por años calendario y edades simples, periodo 1995 - 2005, *Boletín demográfico año XXX*, n° 60, Santiago, 124 p.
7. Cepal, 1997, *Anuario estadístico de América Latina y Caribe*, Santiago, 764 p.
8. DHS, 1986, Pesquisa nacional sobre saude materno-infantil e planejamento familiar, ed. Macro International Inc., BENFAM, PNSMIPF, Brasil, 128 p.
9. DHS, 1991, Pesquisa sobre saude familiar no Nordeste, ed. Macro International Inc., BENFAM, PNSMIPF, Brasil, 128 p.
10. EHRlich p, 1968, *The population bomb*, Ballantine, New York, 223 p.
11. GENDREAU F., 1996, *Passé présent et futur de la population mondiale*, in *Population et environnement dans les pays du sud*, Karthala-CEPED, Paris, p. 27-49.
12. IBGE, 1988, Perfil estatístico de crianças et mães no Brasil ; *a situação da fecundidade ; determinantes gerais e características da transição recente*, Rio de Janeiro, 64 p.
13. IBGE, 1992, *Anticoncepção 1986*, Rio de Janeiro, 64 p.

14. JILEX X., 1995, Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile, in Valdes T., Bustos M., Eds., *Sexualidad y reproducción*, Consaps Flasco, Santiago, p. 129-136.
15. KIRK D., 1996, Demographic transition theory, *Population studies*, Vol. 50, n° 3, p. 361-387.
16. LIVI-BACCI M., 1994, Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina, in Abep, Celade, Iussp, Prolab, Somede, *La transición en América Latina y el Caribe*, Vol. 1, Mexico, p. 13-28.
17. NOUICK S., 1996, Políticas de población en Argentina, análisis comparativo entre el régimen militar (1976-83) y la democracia (1986-96), in Waltes C., Coord., *Dinámica demográfica y cambio social*, México, p. 313-326.
18. PECKER J.C., 1992 ; Pourquoi j'ai signé l'appel [d'Heidelberg], in *Libération* du 12/06/1992.
19. PORTALIDES E.A., 1995, *La maternidad precoz, la fecundidad adolescente en la Argentina*, Unicef, Argentina, 48 p.
20. UNITED NATIONS, 1988a, *World demographic estimates and projections 1950 - 2025*, New York, 386 p.
21. UNITED NATIONS, 1988b, *Global estimates and projection of population by sex and age the 1988 revision*, New York, 383 p.
22. UNITED NATIONS, 1998c, *World population projections to 2150*, New York, 45 p.
23. VALLIN J., 1988, *La population mondiale*, collection repère, La découverte, Paris, 125 p.
24. Villa m., 1997, Políticas de población una reflexión desde el ámbito, in *Población y Desarrollo*, FNUAP et FCE, Paraguay, p. 24-33.
25. Zavala de Cosío M.E., 1992, La transición demográfica en América Latina y en Europa, in Nota de población, CELADE, Año XXV, n° 36, p. 11-33.

## 32. Environnement institutionnel et transition de la fécondité au Cameroun

Simon David Yana<sup>1</sup>

*L'analyse des tendances de la fécondité au Cameroun à partir des données disponibles (Enquête Nationale sur la Fécondité, 1978; Enquête Démographique et de Santé, 1991 et 1998) montre qu'elle a connu une baisse au cours de la décennie écoulée. En effet, la somme des naissances réduites est passée, au niveau national, de 6,5 enfants par femme en 1978 à 5,8 en 1991 puis 5,2 en 1998.*

*Bien qu'une évaluation des effets des déterminants proches sur le niveau de la fécondité en 1991 ait montré que le rôle inhibiteur de la contraception est marginal, cette variable pourrait avoir une influence plus grande sur l'évolution future de la fécondité dans le pays, si la transition actuellement engagée devait se poursuivre.*

*Or parmi les quatre principaux facteurs ayant influencé le déclenchement de la transition de la fécondité dans les pays d'Afrique sub-saharienne actuellement les plus avancés dans ce domaine, figurent l'accroissement des niveaux de pratique contraceptive et la vigueur des programmes nationaux de planification familiale, facteurs qui relèvent du contexte institutionnel ou sont directement influencés par ce dernier.*

*La position du gouvernement camerounais par rapport à la planification familiale a longtemps été faite de prudence et de discrétion. Depuis 1980 cependant, différentes mesures légales, des programmes et des campagnes relatifs à la procréation, sont venus enrichir l'environnement institutionnel. Ces efforts des autorités gouvernementales ne donnent cependant pas de résultats significatifs, car les objectifs de la politique nationale en matière de population ne sont pas clairement exprimés. En outre, l'action n'est pas coordonnée et les moyens nécessaires à son suivi ne sont pas toujours disponibles. Des actions mieux coordonnées et des ressources accrues en matériel et en personnel sont donc nécessaires pour une meilleure efficacité de la politique nationale de population en matière de planification familiale, car les populations sont relativement informées de son existence, mais pas suffisamment pour y recourir massivement.*

Certaines théories de la fécondité, en particulier celles qui sont basées sur la théorie de la consommation, sont réductionnistes. Elles ignorent en effet d'importants déterminants du choix du consommateur, ce qui détermine ses contraintes et ses opportunités, à savoir la structuration de l'environnement décisionnel auquel font face les acteurs. Or celle-ci dépend des institutions et des modèles culturels qui sous-tendent l'action des individus, notamment dans le domaine de la fécondité. Un changement des institutions encadrant le comportement procréateur peut entraîner une modification de ce dernier. En fait, puisqu'un individu ne vit pas simultanément toutes les dimensions de l'environnement institutionnel, mais plutôt un

1. IFORD.

domaine après l'autre, on assiste à une segmentation du cadre institutionnel et du processus de décision, avec l'établissement d'un ordre de priorité entre les différents facteurs, lequel peut varier suivant les moments [6 et 14].

C'est l'expérience de la mise en place de ces dispositions légales, sociales ou économiques que nous suivrons au Cameroun, afin de voir dans quelle mesure les changements observés au cours de la dernière décennie dans le domaine de la fécondité peuvent être interprétés comme une résultante partielle ou indirecte des actions gouvernementales. Après une revue des actions entreprises, cette analyse se terminera par quelques hypothèses. L'évaluation de l'impact réel de ces actions pourra faire l'objet de travaux ultérieurs, surtout avec la publication des données de la dernière enquête démographique et de santé réalisée dans le pays en 1998. Nous commencerons par une synthèse de l'évolution de la fécondité et de ses déterminants proches au Cameroun, avant d'examiner les actions entreprises par les autorités depuis l'Indépendance du pays.

## L'évolution de la fécondité au Cameroun : une baisse progressive

### Le niveau de la fécondité

Après une hausse dans les années soixante-dix, due à la baisse de l'infécondité dans le pays, la fécondité est en baisse au Cameroun depuis le début de la décennie quatre-vingt. Cette évolution est d'ailleurs confirmée par les résultats de la dernière enquête démographique et de santé, qui montre que l'indice synthétique de fécondité (ISF) se situe au Cameroun à 5,2 enfants par femme en 1998, contre 5,8 en 1991 et 6,5 en 1978 [4]. Le processus de transition de la fécondité est donc bien engagé au Cameroun, même si son niveau est encore élevé.

Cette baisse de la fécondité est plus importante en milieu urbain (3,9 enfants par femme en 1998) et en particulier dans les deux plus grandes villes, Yaoundé et Douala (3,1 enfants par femme contre 4,5 dans les autres villes et 5,8 en milieu rural). L'effet de l'urbanisation sur la fécondité se fait donc surtout sentir dans les deux capitales économique et politique du pays, ce qui confirme la spécificité de ces deux localités. Il faut même souligner que les deux grandes villes du Cameroun jouent un rôle pionnier en ce qui concerne la baisse de la fécondité, puisque c'est l'ampleur du changement qu'on y constate qui influence les indicateurs calculés au niveau national. En effet, l'ISF est passé de 4,4 enfants par femme dans les grandes villes, 5,6 dans les villes secondaires et 6,3 en milieu rural en 1991 à respectivement 3,1, 4,5 et 5,8 enfants par femme en 1998. Cette évolution particulière de l'ISF dans les grandes villes amène à s'interroger sur les déterminants des comportements procréateurs dans le pays. Sans nous y appesantir dans la suite du texte, nous pourrions y revenir dans les interrogations sur la relation entre les changements institutionnels et la transition de la fécondité dans le pays.

### Le changement dans les déterminants proches

Nous retiendrons parmi les déterminants proches de la fécondité, la stérilité, l'allaitement, l'aménorrhée, l'abstinence post-partum et les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception.

La stérilité est en baisse depuis le début des années soixante-dix : 12% des femmes n'avaient pas connu de naissance vivante à la fin de leur vie féconde en 1978, contre 6,5% en 1991 et 5,5% en 1998. La durée moyenne de l'allaitement est de 18,2 mois en 1998, contre 18,6 en 1991, et 19,3 en 1978. L'aménorrhée post-partum a elle aussi peu changé, avec une durée médiane de 10,7 mois en 1998, 10,4 en 1991, contre 10 en 1978. L'abstinence post-partum s'est, elle aussi, presque maintenue avec une durée médiane égale à 11,9 mois en 1998, 13,3 en 1991 contre 12,9 en 1978 [1 et 4]<sup>2</sup>.

La connaissance et la pratique de la contraception ont par ailleurs beaucoup progressé dans le pays depuis 1978. Pour l'ensemble des méthodes contraceptives, on est passé, pour l'ensemble des femmes, de 36% de connaissance en 1978 à 73% en 1991 puis à 81% en 1998. La pratique à un moment quelconque de la vie concernait 10,5% des femmes en 1978, 42% en 1991, et 49% en 1998. Les chiffres sont plus faibles lorsque l'on considère les seules méthodes contraceptives modernes : 29% de connaissance en 1978, contre 66% en 1991 et 80% en 1998 et 2,6% de pratique en 1978, 16% en 1991 et 30% en 1998. Les progrès sont donc importants et rapides, surtout en ce qui concerne la pratique contraceptive. La prévalence contraceptive, qui concerne l'utilisation d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête, concerne 8% des femmes en 1998, contre 4% en 1991 et 3,1% en 1978 [1, 2, 4 et 13].

L'augmentation du niveau de la pratique de la contraception moderne, apparaît comme le facteur ayant le plus évolué entre 1978 et 1998. Elle semble avoir largement compensé la chute de la stérilité sur cette période. Vu l'activité observée dans le pays dans le domaine de la population depuis deux décennies, on peut se demander dans quelle mesure le changement constaté dans la fécondité et ses déterminants proches peut être rattaché aux efforts des autorités gouvernementales dans ce domaine.

Vu la situation particulière des grandes villes et leur effet d'entraînement sur les indicateurs calculés au niveau national, on peut notamment se demander si, au-delà des effets propres de l'urbanisation (caractérisée par une extraversion culturelle, une plus grande circulation des informations, une population plus instruite que dans le reste du pays, etc.), elles n'ont pas profité, plus que les autres localités, d'un environnement institutionnel ayant favorisé l'acquisition de nouveaux comportements des femmes et des couples en matière de fécondité.

Il est utile tout d'abord de faire un bref rappel des aménagements institutionnels intervenus dans le pays et visant à influencer les comportements procréateurs des individus et des couples.

## **Facteurs institutionnels et changements dans les comportements procréateurs**

Nous verrons ici d'une part le changement des positions officielles du gouvernement, et d'autre part la concrétisation de ces options par la prise de mesures légales et par la création d'institutions spécialisées dans le pays, que ce soit par les autorités publiques ou par le secteur privé (ONG, églises). Ce rappel du contexte politico-

---

2. Les indicateurs utilisés par les rédacteurs des rapports des deux enquêtes sont différents, mais leurs valeurs sont souvent en pratique très proches. À noter qu'à cause de l'importance des omissions de naissances aux âges élevés, les indicateurs ont souvent été calculés à l'enquête de 1978 pour les groupes d'âges situés entre 15 et 40 ou 44 ans.

idéologique est utile avant la formulation des hypothèses sur l'influence de l'environnement institutionnel sur la fécondité et ses déterminants proches.

## L'évolution des positions du gouvernement

La position du gouvernement a évolué d'un pronatalisme affirmé de 1961 à 1976, à une politique de parenté responsable dès 1980. En effet, dans le premier plan quinquennal de développement économique, social et culturel (1961-66), le problème de la surpopulation est nié, au profit d'un déséquilibre de la population active et de son sous-emploi. Dans le troisième plan de développement (1971-76), le gouvernement affirme même sa croyance dans les effets positifs d'une croissance rapide de la population pour le développement socio-économique du pays [5].

Pendant cette période, différentes mesures sociales natalistes sont adoptées (allocations de naissance et supplément familial mensuel de traitement pour les salariés, indemnité aux femmes salariées en congé de maternité, remboursement des frais de consultation prénatale et de maternité, etc.) ; l'avortement est réprimé par le code pénal (articles 337 et 340) ; la publicité sur les contraceptifs et leur vente sont interdites (loi n° 68/LF/8 du 11 juin 1968 réglementant la profession de pharmacien) [13]. Il faut cependant reconnaître que la politique du gouvernement camerounais n'était alors que modérément nataliste, car la portée des actions entreprises était limitée et les déclarations des autorités modérées [5].

À partir de 1980, la position du gouvernement change et il entreprend d'attirer l'attention de la population sur les conséquences néfastes d'une croissance démographique rapide et non contrôlée. Le tournant dans les positions officielles est marqué par un discours du Président de la République Ahmadou Ahidjo au congrès du parti au pouvoir à Bafoussam, dans lequel il s'inquiète des conséquences négatives de la croissance démographique du pays sur différents secteurs socio-économiques. Il préconise alors que des mesures soient prises et des actions initiées en vue de sensibiliser et d'éduquer les masses à une meilleure maîtrise de la procréation. Il annonce aussi la création d'une Commission Nationale de la Population. Cette option en faveur d'une maîtrise de la procréation est réaffirmée quelques années plus tard par le Président Paul Biya qui parle, lors de la présentation du VI<sup>e</sup> plan quinquennal de développement, de la nécessité de « tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une parenté consciente et responsable » [5 : 193].

A partir de 1980, les autorités camerounaises semblent vouloir passer à une phase plus volontariste et moins incantatoire dans le domaine de la population. Sans nous étendre sur les causes de ce changement de position, voyons un peu le chemin parcouru depuis cette date, au plan institutionnel.

## L'action des autorités dans le domaine de la fécondité

Parmi les activités menées par les autorités dans le domaine de la fécondité, nous pouvons distinguer, d'une part les dispositions légales, et d'autre part les programmes de diffusion, de sensibilisation à la planification familiale et de création de structures dans ce domaine.

## *Dispositions légales*

Au niveau légal, les actions sont timides et les avancées sont lentes, en raison de la lourdeur du processus de révision des lois. Les aménagements observés çà et là témoignent cependant d'une certaine volonté politique dans ce domaine. Le décret-loi n°80/10 du 4 juillet 1980 sur l'exercice de la profession de pharmacien ne comporte plus les dispositions de l'ancienne loi n° 68/LF/8 du 11 juin 1968, qui interdisait la publicité et la vente des produits contraceptifs. C'est un signe majeur de la libéralisation dans laquelle les autorités se sont engagées dans le domaine de la planification familiale. Les femmes mariées ont aussi la possibilité, depuis le début des années quatre-vingt, de recourir aux services de planification familiale sans devoir obtenir l'approbation préalable de leur mari.

Dans le secteur public, signalons aussi la création, en février 1984, d'un Ministère de la condition féminine (qui fut jusqu'au début des années quatre-vingt-dix chargé aussi des affaires sociales).

C'est dans cette période d'ouverture des autorités au contrôle des naissances qu'on observe différentes initiatives privées au début des années quatre-vingt. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- la tenue de plusieurs réunions : un séminaire-atelier de sensibilisation sur les méthodes naturelles de planification familiale en décembre 1984, avec le soutien de l'église catholique, un séminaire des chefs de village du Mfoundi sur la planification familiale en 1985, une session de formation d'instructeurs sur la méthode ovulaire (ou « Billings ») en 1985 [5].
- la création de plusieurs ONG dont les activités sont centrées sur la planification familiale : la « Fondation Asseng du Cameroun » qui « entend militer pour la planification familiale au Cameroun », Femmes, Enfants et Développement au Cameroun (FEDAC) en 1985, l'Association Camerounaise pour le Bien-être Familial (CAMNAFAW, affiliée à l'IPPF) créée en 1987, Femmes, Santé, Développement (FESADE) en 1993, Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) en 1995, l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS) en 1996 [5 et 12].

Ces organisations n'ont cependant pas toujours les moyens de réaliser de grandes actions. Ainsi, seules celles qui disposent d'un réseau de correspondants à l'étranger ou dont les promoteurs jouissent d'une forte audience personnelle parviennent à récolter les ressources nécessaires à la réalisation de leurs activités auprès des populations (ACMS, CAMNAFAW, SFPS, FESADE principalement).

Les actions sont plus abondantes et plus remarquables dans le domaine de la création d'institutions publiques et dans la mise en place de projets autour de la procréation.

## *Adoption de la politique nationale de planification familiale*

Différentes actions ont été entreprises pour la création de structures vouées à soutenir la promotion de la planification familiale, aussi bien pour changer les attitudes des populations à son égard que pour mettre des services à leur disposition.

La première grande initiative dans ce domaine a été la création, en 1984 d'une unité de planification de la population (UPP) avec le soutien financier du Fonds des

Nations-Unies pour la Population (FNUAP). Ses objectifs étaient la définition des grandes orientations d'une politique nationale de population et l'intégration des variables démographiques dans le VI<sup>e</sup> plan de développement du pays [9].

Une année plus tard a été créée une commission nationale de la population (décret n° 85/275 du 1<sup>er</sup> mars 1985), ayant pour mission d'assister le gouvernement dans la définition, l'orientation et l'harmonisation de sa politique en matière de population, et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre. Celle-ci a tenu en 1985 sa première session (et unique à ce jour) au cours de laquelle elle a adopté 137 résolutions définissant les actions prioritaires à mener dans le domaine de la population par les départements spécialisés de l'État [7]. Il faut signaler ici que les résolutions 60 et 105 à 113 concernent directement ou indirectement la fécondité, les résolutions 106 et 107 contenant l'essentiel des actions à mener<sup>3</sup> [5].

Les activités de l'UPP ont abouti à l'adoption en 1992 d'une politique nationale de population. Parmi ses 35 objectifs spécifiques figurent la promotion de la parenté responsable, la facilitation de l'accès aux services de planification familiale, le soutien à l'implantation desdits services et l'éducation à la vie familiale [8].

Il faudrait aussi noter que la politique nationale de mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP) adoptée en 1993 suppose l'intégration des soins maternels et infantiles et de la planification familiale (SMI/PF) dans les soins de santé primaires à tous les niveaux d'intervention (central, intermédiaire et périphérique) dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires [10].

Les actions entreprises par les pouvoirs publics peuvent être passées en revue suivant les objectifs inscrits dans la politique nationale de population dans le domaine spécifique de la fécondité.

### *Promotion de la parenté responsable dans toutes les couches de la population*

La déclaration de la politique nationale de population envisageait de promouvoir la parenté responsable à travers une stratégie d'éducation en quatre volets : vie familiale, vie sexuelle, maîtrise de la procréation, et vie communautaire. Les principales activités ou projets mis en œuvre par les pouvoirs publics avec l'aide de bailleurs de fonds extérieurs, principalement les Nations-Unies, sont les suivants [3 et 10] :

- Le projet « éducation des populations à la parenté responsable et amélioration des conditions de vie familiale et communautaire » a été réalisé par le Ministère des affaires sociales et de la condition féminine de 1985 à 1992, avec le soutien financier et technique du Bureau International du Travail (BIT). De ce projet est issue une stratégie nationale, avec tout d'abord une application dans des foyers expérimentaux, puis dans l'ensemble du pays. La « recherche sur la famille camerounaise » a aussi été réalisée dans le cadre de ce projet.
- Depuis 1988, le Ministère du travail et de la prévoyance sociale (MTPS) a lancé le projet « éducation à la vie familiale des travailleurs organisés » qui, depuis 1992, a étendu ses activités à tous les travailleurs de la fonction publique et aux

3. « Résolution 106 : Informer et éduquer la population sur les bienfaits de la parenté responsable et lui fournir les moyens nécessaires pour faire ses choix. Résolution 107 : Créer dans chaque chef-lieu de province un centre d'information et de conseil sur la procréation. Il s'agira d'informer les individus et les couples sur la manière d'espacer les naissances, de protéger la mère et l'enfant, de permettre aux individus et aux couples de choisir en toute connaissance de cause la taille de leur famille, et de lutter contre la stérilité » [7 : 32].

- PME. La presse officielle s'est fait récemment l'écho de l'ouverture au grand public de la clinique de planification familiale créée dans le cadre de ce projet.
- Le Ministère de la jeunesse et des sports a lancé en 1994 un projet d'éducation à la vie familiale destiné aux jeunes des deux sexes, dans le cadre du programme Scout.
  - Le Ministère de l'éducation nationale a exécuté de 1992 à 1994 un projet sur l'introduction de l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires, dont les résultats ont été adoptés lors des états généraux de l'éducation nationale en 1995.
  - Pour l'information et l'éducation de la population aux bienfaits de la parenté responsable et la mise à sa disposition des moyens nécessaires pour faire ses choix, le programme « Information, Éducation et Communication » a été conçu conjointement par le Ministère des affaires sociales et de la condition féminine et le Ministère de l'information et de la culture, afin d'organiser efficacement la mobilisation sociale préalable à toute action d'éducation des masses.
  - La formation et la promotion des femmes ont été spécifiquement au centre de deux projets réalisés avec le soutien du FNUAP : le premier à partir de 1988 (« femmes et développement : formation des femmes par le réseau des « maisons de la femme ») et le second depuis 1994 (« femmes, population et développement : promotion des femmes par l'éducation en matière de population »).

## Extension de l'accès aux services de planification familiale

Tous les projets ci-dessus mentionnés ont une composante d'information, éducation et communication sur la planification familiale. Il est important de rappeler que la planification familiale est au centre de la politique nationale en matière de soins de santé primaires. L'offre de services de planification familiale a bénéficié de plusieurs initiatives depuis 1989, avec le soutien de différents bailleurs de fonds bilatéraux (coopération allemande (GTZ), USAID) ou multilatéraux (FNUAP, OMS, Banque mondiale).

Des centres de planification familiale ont été créés au sein des services de protection maternelle et infantile dans toutes les structures hospitalières du pays, qu'elles soient publiques ou privées. On estime à 200 le nombre des centres offrant des services de planification familiale intégrés à la santé maternelle et infantile, auxquels il faut ajouter une douzaine d'infirmiers d'entreprise offrant les mêmes prestations [10].

Le FNUAP a apporté son assistance à travers la mise en œuvre des projets de « renforcement de l'offre de services de planification familiale à travers les structures de PMI », de 1989 à 1991, et de 1992 à 1996, à travers le projet de « renforcement du programme national de SMI/PF à travers les soins de santé primaires ».

Différentes ONG sont aussi actives sur le terrain, dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale, par des campagnes de sensibilisation et d'information, ou des séances de conseils aux populations. L'association camerounaise de bien-être familial (CAMNAFAW) dispose même depuis quelques années d'une clinique de planification familiale.

On le voit donc, les actions visant directement ou indirectement à influencer la fécondité des femmes camerounaises par la promotion de la planification familiale

sont nombreuses, et sont menées aussi bien par les autorités gouvernementales que par le secteur privé. La mise en œuvre de ces actions comporte cependant plusieurs limites : absence de stratégie globale et dispersion entre différents départements ministériels sectoriels ; limitation de la sphère d'influence à certaines régions du pays seulement<sup>4</sup> ; manque de personnel qualifié en offre de services de planification familiale<sup>5</sup> ; inadéquation des équipements des formations sanitaires ; faibles ressources de certains hôpitaux pourtant contraints par les nouvelles dispositions légales à l'autogestion ; faible intégration des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale ; absence de coordination des ONG œuvrant dans le domaine de la population.

Il est cependant difficile de dire dans quelle mesure l'évolution observée dans les comportements en matière de fécondité et dans les déterminants proches, notamment la contraception, peut être attribuée aux changements institutionnels que nous venons d'évoquer.

## Quels liens entre les changements institutionnels et l'évolution observée en matière de fécondité ?

La connaissance et la pratique de la contraception ont certes progressé au cours des vingt dernières années, mais il est difficile de rattacher l'évolution de la fécondité au niveau encore faible de la pratique contraceptive parmi les femmes camerounaises [2]. On peut cependant constater que les différentes sources d'approvisionnement en produits contraceptifs se sont progressivement diversifiées.

Comme indicateur de l'impact des campagnes d'information, éducation et communication sur la planification familiale, on peut noter qu'en 1991, près de la moitié des femmes interrogées (48,4%) connaissaient une source d'approvisionnement en méthodes contraceptives. Ce chiffre n'a pas beaucoup changé, puisqu'il est estimé à 45% en 1998 [1 et 4]. Par contre, l'analyse des sources d'approvisionnement montre qu'il y a eu une certaine évolution depuis 1991.

En effet, alors que près des deux-tiers des femmes s'approvisionnaient auprès du secteur médical privé en 1991, elles ne sont plus que 40% à le faire en 1998. Le recours aux formations sanitaires publiques a peu varié entre 1991 (30,5%) et 1998 (32%), alors que les femmes se passent plus volontiers entre elles les produits contraceptifs ou les acquièrent dans leur environnement immédiat (4% en 1991 et 28% en 1998) [1 et 4]. Cette augmentation de l'approvisionnement en contraceptifs dans le secteur privé non médical montre que les actions de propagande en faveur de la planification familiale ont permis une certaine banalisation de cette pratique, ce qui en a facilité l'évocation dans les milieux populaires, et la distribution auprès du grand public.

4. On estimait en 1998 que seuls 15 centres de planification familiale publics (5 à Yaoundé, 4 à Douala et 6 dans le reste du pays) offraient des services de planification familiale sur une base systématique et officielle. Dans le secteur hospitalier privé, on comptait seulement 2 cliniques de planification familiale à Yaoundé et 2 autres dans des hôpitaux presbytériens en province. Les autres formations sanitaires offraient surtout des conseils et des services individuels, souvent informels [3].

5. En 1990, on estimait à moins de 100 l'effectif des personnels médicaux qui avaient reçu une formation en planification familiale, sur un total de 12000 dans le secteur public [3].

En 1991, seuls les « amis et parents » étaient cités comme source d'approvisionnement en contraceptifs modernes hors du secteur médical, mais en 1998, ces types de sources s'étaient diversifiées. Ainsi, 13,1% des femmes affirmaient avoir obtenu un moyen contraceptif dans un commerce populaire, 14,8% auprès de parents ou d'amis et 0,8% dans le commerce informel [4].

On peut donc penser que les efforts consacrés par les différents acteurs institutionnels dans le domaine de la contraception commencent à porter leurs fruits, même si l'effet sur la fécondité est encore inégalement ressenti dans l'ensemble du pays.

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer le peu d'efficacité des programmes nationaux en matière de planification familiale : l'ambiguïté du discours officiel, qui présente la politique nationale de population en des termes qui la ramènent à une politique de développement ; la faiblesse de l'information en matière de population<sup>6</sup> ; le manque de personnel qualifié dans l'offre de services de planification familiale ; la valorisation encore forte de la procréation parmi les populations ; la rareté des ONG actives dans ce domaine (on en dénombre à peine 5 qui le sont effectivement) [3]. Ces limites peuvent cependant être considérées comme des maladies de jeunesse. Le programme national en matière de population a été adopté il y a seulement une douzaine d'années ; or on connaît l'inertie des comportements humains. Peut-être faut-il alors intégrer le temps dans les évaluations même si l'on ne dispose pas de repère ou de seuil pour apprécier avec certitude le délai de l'efficacité d'une politique de population.

\*

\* \*

L'environnement institutionnel peut occasionner ou accélérer le changement des comportements procréateurs des individus, mais cet effet n'est ni automatique, ni certain. Il dépend de la réceptivité des individus qui, en dernière instance sont les acteurs de l'évolution démographique, surtout pour un phénomène comme la fécondité où l'intentionnalité tient une grande place.

Favorisée par un engagement politique des autorités et par les dispositions institutionnelles qui l'ont accompagné et concrétisé, l'extension de la pratique de la contraception moderne est le principal déterminant de la transition de la fécondité dans les pays d'Afrique sub-saharienne. En effet, que ce soit au Zimbabwe, au Kenya, au Botswana ou en Afrique du Sud, les gouvernements ont toléré depuis les années soixante la diffusion dans leurs pays des méthodes modernes de planification familiale, et ils s'y sont engagés politiquement dès les années soixante-dix [11]. Il est vrai que la disponibilité de moyens contraceptifs et la publicité en faveur de la contraception n'est pas à elle seule suffisante pour déclencher un processus de baisse de la fécondité, car celle-ci est le résultat d'un changement sociétal qui intègre à la fois les dimensions économique, sociale et culturelle des populations. C'est cette réalité qui amène certains États à ne pas concevoir de politique de population avec des objectifs strictement démographiques, mais à faire plutôt de ces derniers une composante de la politique sociale.

6. Mis à part le programme « d'éducation pour la vie et l'amour » conçu par le service catholique de la santé à destination des écoles primaires et des collèges catholiques, l'éducation à la population est quasiment absente du réseau scolaire public [3].

Pour le Cameroun, nous avons vu l'évolution, d'une part, des positions et actions prudentes, mais résolues des autorités gouvernementales et d'autre part celle des comportements des femmes et des couples en matière de fécondité. Ces derniers réagissent avec un certain délai aux impulsions données par les autorités car la réceptivité aux programmes et institutions favorables à la planification familiale est déterminée par les modèles culturels traditionnels qui, il faut le préciser, sont encore largement orientés vers une association forte entre la sexualité et la procréation, et vers une forte valorisation de la fécondité. Cependant les comportements en matière de planification familiale, domaine prioritaire d'action des autorités gouvernementales et des organisations privées, n'ont pas encore connu des changements tels qu'ils puissent influencer de façon notable le niveau de la fécondité dans l'ensemble du pays.

La baisse du niveau de la fécondité générale observée au cours des vingt dernières années apparaît ainsi largement influencée par la tendance des comportements des populations urbaines. C'est en effet dans les villes, et surtout les deux plus grandes, que la fécondité a le plus décliné, et c'est aussi dans ces villes que les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception sont les plus élevés<sup>7</sup>. Cette situation s'explique largement par le fait que les campagnes nationales d'IEC sur la planification familiale ont surtout touché le milieu urbain, notamment lorsqu'elles s'appuyaient sur les média audiovisuels. Il convient aussi de rappeler que c'est dans ces villes que les services de planification familiale sont le plus fournis, leur extension au reste du pays se faisant de façon timide mais progressive.

Néanmoins, la crise économique et le désengagement de l'Etat du secteur social font ressentir de plus en plus fortement aux parents le poids de la procréation, notamment dans le contexte d'ouverture de la société vers l'extérieur, vers la civilisation des loisirs et le libéralisme économique, dont les valeurs individualistes mettent à mal la solidarité entre les membres des groupes de parenté. L'effet des aménagements institutionnels sur la transition de la fécondité dépend donc aussi d'autres changements dans l'environnement social et économique des couples. Sauf action autoritaire, son apparition dans les indicateurs quantitatifs de la fécondité et de ses déterminants proches prendra un certain temps, ainsi que l'a montré l'expérience des pays africains actuellement en transition avancée. Ici, c'est bien du changement d'un modèle sociétal qu'il est question. Les réorientations actuellement en cours dans les programmes en matière de population, avec la mise à disposition de moyens matériels accrus, permettent néanmoins d'espérer d'autres évolutions dans le domaine des comportements en matière de fécondité dans les années à venir.

7. En 1991, 96% des femmes interrogées dans les grandes villes (Yaoundé et Douala) connaissaient une méthode contraceptive moderne, contre 63% dans le reste du pays. En 1998, ces chiffres sont de 99% et 77% respectivement. En outre, 12% des femmes des grandes villes utilisaient la contraception au moment de l'enquête en 1991; elles étaient 14% en 1998, contre 4% et 7% respectivement aux deux dates pour l'ensemble du pays [1, 4].

## Bibliographie

1. BALEPA M., FOTSO M. et BARRERE B., 1992, Enquête démographique et de santé au Cameroun 1991, Yaoundé, DEMO87/MACRO, 287 p.
2. BELLA N., 1995, La fécondité au Cameroun : niveaux et tendances, *Population*, Vol. 50, n° 1, INED, Paris, p. 35-60.
3. BELLA N., 1998, *Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande*, Les Cahiers de l'IFORD, n° 17, Yaoundé, 156 p.
4. FOTSO M., NDONOU R., LIBITE P.R., TSAFACK M., WAKOU R., GHAPOUTSA A., KAMGA S., KEMGO P., KWEKEM FANKAM M., KAMDOUN A., BARRERE B., 1999, Enquête démographique et de Santé, Cameroun 1998, Calverton, Maryland, USA, BUCREP/MACRO INTL INC., 328 p.
5. GUBRY P., 1988, Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un antinatalisme modéré ?, in GUBREY P. et SALA-DIAKANDA M., Les politiques de population en Afrique sub-saharienne, *Les dossiers du CEPED*, n° 2, CEPED, Paris, p. 23-50.
6. MCNICOLL G., 1980, Institutional Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review*, Vol. 6, n° 3, p. 441-462.
7. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (MINPAT), 1985, *Commission Nationale de la Population*. Première session, Yaoundé.
8. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DIRECTION DE LA PLANIFICATION/UNITÉ DE PLANIFICATION DE LA POPULATION (MINPAT/DP/UPP), 1993, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 62 p.
9. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DIRECTION DE LA PLANIFICATION/UNITÉ DE PLANIFICATION DE LA POPULATION (MINPAT/DP/UPP), 1991, *Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des résolutions de la première session de la commission nationale de population*, Yaoundé, 96 p.
10. NOUTHE DJUGBANG J. et MBU ENOW R., 1997, *Santé de la reproduction, Planification familiale, Santé sexuelle. Bilan et orientations stratégiques (Cameroun)*, Rapport rédigé dans le cadre de l'analyse des programmes et élaboration des stratégies (APES), Draft, 64 p.
11. OOSTHUIZEN K., 1997, Similarities and differences between the fertility decline in Europe and the emerging fertility decline in Sub-Saharan Africa, in IUSSP, *Congrès international de la population, Beijing 1997*, Vol. 3, Liège, p. 1063-1090.
12. PNUD, 1997, *Annuaire des Organisations Non Gouvernementales (ONGs) du Cameroun*, Yaoundé, 165 p. + annexes.
13. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, 1993, *Rapport national à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, 5-13/09/1994, Le Caire, 38 p.
14. VAN DE KAA D.J., 1996, Anchored narratives : The Story and Findings of Half a Century of Research into the Determinants of Fertility, *Population Studies*, Vol. 50, n° 3, p. 389-432.



# 33. Politique de développement économique, politique migratoire et changement de la fécondité en milieu rural forestier ivoirien

Richmond Tiemoko<sup>1</sup>

*Dès les premières années d'indépendance, les autorités ivoiriennes, à la faveur de la théorie de la modernisation en vigueur, ont mis en œuvre plusieurs plans de développement socio-économique. Ces plans de développement qui visaient la modernisation des structures, l'amélioration des conditions de vie et l'industrialisation, reposaient sur le développement agricole et sur une politique migratoire et nataliste clairement exprimée.*

*Le développement agricole, fruit de cette volonté politique, s'est traduit par l'intensification et l'extension de l'agriculture à la faveur des prix élevés des années soixante-dix. Quant à la forte migration interne et internationale, elle a sans nul doute modifié énormément les relations de production tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des unités domestiques. La grande crise économique des années quatre-vingt et le revirement de la politique migratoire des années quatre-vingt-dix, ont plus encore contribué à renforcer les changements déjà en cours et ceci par la diminution tant du stock de migrants que du flux migratoire en direction du milieu rural. Ce n'est que dans les années quatre-vingt-dix, qu'on assiste à un revirement clair des politiques ivoiriennes de population.*

*En dépit des politiques de forte croissance de la population, la Côte d'Ivoire est entrée dans la transition de la fécondité. Et cette baisse de la fécondité ne concerne plus seulement le milieu urbain, mais aussi les zones rurales. En effet, des études plus récentes, plus restreintes en nombre certes, mais plus détaillées, évoquent des signes de baisse de la fécondité en milieu rural forestier.*

*Ce chapitre analyse les causes profondes de ces changements de comportements et d'attitude en matière de reproduction. Notre hypothèse est que les politiques de développement sont les principaux facteurs de la transition amorcée de la fécondité. Pour la vérifier, nous retenons trois phénomènes qui ont influencé les politiques et les crises : le problème foncier, les modifications des relations de productions au sein de la famille et donc les changements familiaux, et enfin les changements culturels.*

1. Doctorant, Institute of Social Studies, La Haye (Pays-Bas).

Après de nombreuses années de haute fécondité (plus de 7 enfants par femme), la Côte d'Ivoire a entamé sa transition. En effet selon les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1994 [4], l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 7,2 en 1980-81 à 5,7 en 1994. Ce changement concerne tant le milieu urbain que le milieu rural, avec tout de même une ampleur plus faible en milieu rural. Avoisinant près de 8 enfants par femme en 1980-81, l'ISF en milieu rural est tombé à 6,5 en 1994. Concernant le milieu rural forestier, plusieurs études locales (et souvent plus détaillées) ont été réalisées (notamment les travaux de P. Vimard, N. Koffi et A. Kouamé pour citer quelques-uns des auteurs); elles confirment bien des changements en cours au niveau des comportements reproducteurs. Les idéaux en matière de reproduction notamment sont de plus en plus orientés vers une fécondité relativement faible. Nos investigations menées en 1997 dans 16 villages des dix régions de la Côte d'Ivoire confirment bien que les stratégies reproductives sont en mutation.

Ces recherches se sont penchées sur les déterminants et les facteurs de la fécondité en milieu rural ivoirien. Elles ne se sont pas par contre intéressées au rôle de l'État ou du politique dans ces changements, sans doute à cause de la politique nataliste alors en vigueur. Et pourtant, ces changements dans les comportements reproducteurs, sont aussi à mettre au compte des politiques de développement mises en place. Comme l'ont souligné tout récemment T. Locoh et J. Vallin [16 : 3], « en réalité, programme de planification familiale ou non, les pays où la baisse de la fécondité a commencé le plus tôt et le plus nettement sont aussi ceux qui ont très tôt mis en place des programmes soutenus de développement économique et social ». L'importance des politiques de développement socio-économique dans les politiques de population est aussi soulignée par A. Jain [8 et 9]. Nous nous proposons donc de mettre en lumière le rôle des politiques de développement dans les changements de la fécondité en milieu rural forestier. L'action du politique sur la reproduction passe par la modification du cadre matériel, légal, institutionnel et culturel de la procréation. C'est cette modification des conditions de reproduction que nous analysons ici. Le choix du milieu rural forestier tient au fait que les politiques de développement étaient basées sur l'exploitation de la forêt.

Avant d'analyser comment ces politiques et ces actions ont influencé les stratégies reproductives, nous présenterons les grandes lignes des politiques de développement et des politiques migratoires.

## Les grandes orientations politiques

### Les politiques de développement agricole

Très tôt après son accession à l'Indépendance, la Côte d'Ivoire opte pour le capitalisme libéral. La politique générale de développement économique, social et culturel est basée sur la « croissance sans laquelle il n'y a pas de développement » [19]. Prolongeant quelque peu la lancée coloniale et bénéficiant des impacts de la colonisation, les autorités post-coloniales basent les stratégies de développement sur l'agriculture. A ce propos, le plan 1976-80 souligne que « le moteur de la croissance économique a été et restera l'agriculture dite paysanne qui intéresse le monde rural dans son ensemble » [18: 259].

Le développement rural en général et le développement agricole en particulier constituent alors la base de la croissance. En ce qui concerne l'agriculture, son déve-

loppement défini « comme processus de promotion et mutation des structures » [18 : 258] se traduit, entre autre, par l'intensification et l'extension des cultures d'exportation, la garantie des prix payés aux paysans et la création des sociétés d'État pour le développement agricole. La croissance du PIB au cours des deux premières décennies post-coloniales (8% par an) et surtout la progression des superficies cultivées et l'accroissement des volumes des produits agricoles (la production du cacao par exemple passe de 140 000 tonnes en 1965 à 1 100 000 tonnes en 1996/97) témoignent d'une certaine réussite de ces politiques.

La fin de la décennie soixante-dix et les années quatre-vingt sont la période de la grande crise économique, mais les mesures touchant le milieu rural se poursuivent. Pendant cette période, les prix aux producteurs chutent et l'État encourage la diversification des produits agricoles pour faire face à la chute des prix du café et du cacao. Ces politiques de diversification connaissent des succès tant au niveau national [1] qu'au niveau des ménages ruraux [2]. L'État adopte aussi des programmes d'ajustement structurel dans le cadre du redressement de l'économie, qui ont des implications majeures dans le monde rural [17]. Malgré les difficultés des années de crise, la production agricole connaît une progression moyenne de plus de 4% par an durant la période 1980-90 [6]. Selon R.M. Hecht [7], la réussite du développement agricole en Côte d'Ivoire tient à la politique des prix, aux bonus accordés aux paysans et à la garantie de la terre, selon le dicton « la terre appartient à celui qui la met en valeur ».

Le développement rural, quant à lui, vise l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie en milieu rural, la poursuite de l'effort d'électrification rurale et la multiplication des centres de santé et des écoles. Les résultats de ces politiques et programmes en milieu rural sont quantitativement importants (en particulier au niveau des infrastructures) malgré les disparités régionales souvent énormes [21] : ces politiques ont un effet plus favorable dans les zones forestières que dans les régions de savane.

Les analystes et planificateurs reconnaissent que le développement agricole susmentionné est plutôt le fruit d'une extensification des cultures d'exportation qu'une réelle amélioration des conditions de production. En particulier, la modernisation et la mécanisation agricoles, surtout en zone forestière, restent toujours des objectifs à atteindre. C'est dire que l'essentiel de la production agricole a utilisé (et utilise encore) la force humaine, d'où la forte demande en main-d'œuvre.

## La politique migratoire

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, la Côte d'Ivoire a une politique de population visant la forte croissance de la population. En effet, à l'aube de l'Indépendance, les autorités ivoiriennes ont trouvé que pour le programme de croissance envisagé, la Côte d'Ivoire était sous-peuplée et manquait de cadres. Il fallait alors résoudre ce problème et surtout maintenir le flux migratoire initié avant l'Indépendance. Ainsi le pays opta pour une politique migratoire de « porte ouverte » et signa même deux accords avec la France et le Burkina Faso (alors Haute-Volta) pour procurer de la main-d'œuvre à l'économie ivoirienne [13]. Mais dans la réalité, ces accords n'ont fourni qu'une infime fraction de la main-d'œuvre puisque peu de migrants passaient par les structures officielles mises en place. De plus, le Ghana était aussi une destination concurrentielle. Pour attirer de la main d'œuvre,

il fallait des actions à effets indirects comme le développement socio-économique, le développement du marché et des infrastructures et la monétarisation de l'économie; toutes choses initiées avant l'Indépendance et renforcées après 1960, qui aboutirent en fin de compte à un développement (régional) déséquilibré. Comme résultat de ces actions, la Côte d'Ivoire est devenue dans les années soixante-dix la destination principale ou quasi-exclusive des Burkinabé [3] et une destination importante pour d'autres Ouest-Africains. L'État n'est certainement pas l'acteur de ces stratégies d'attraction. Les paysans aussi y ont joué un rôle important, surtout pendant la période post-coloniale. Ainsi, alors que les planteurs européens avaient plus de travailleurs migrants pendant la période de la migration forcée, l'abolition de cette dernière a rendu les paysans ivoiriens plus prospères que les planteurs européens : ils attiraient plus les travailleurs migrants que les Européens parce qu'ils les intégraient dans leur relation domestique de production [3 : 75]. A l'intérieur des villages, certains paysans offraient plus de facilités ou d'avantages en plus du paiement du travail pour s'attirer le nombre souhaité de travailleurs<sup>2</sup>.

Les actions relatives à la migration sont allées plus loin encore. En effet, en plus de l'attraction des migrants, il fallait s'assurer de la permanence de cette force de travail. Déjà avant l'Indépendance, les autorités administratives pensaient résoudre ce problème en créant les villages de colonisation et en offrant gracieusement des semences aux travailleurs migrants pour leur installation. Cela n'avait apparemment pas résolu le problème de la mobilité de la main-d'œuvre puisqu'en 1965 sur le million de personnes d'origine étrangère vivant en Côte d'Ivoire, près d'un tiers était en séjour temporaire. Les planificateurs de 1975 estimaient même le nombre des temporaires à l'horizon 1980 à plus d'un demi-million (670 000 exactement) et y voyaient une source de problèmes. Ainsi, reconnaissaient-ils que « son [la population en séjour temporaire] importance risque[rait] de poser des problèmes sociaux et politiques, tant en Côte d'Ivoire que dans les pays fournisseurs de main-d'œuvre. Il serait par la suite important d'envisager les mesures à prendre pour fixer sur place les immigrants » [18 : 80].

La résultante de ces politiques fut bien un accroissement du nombre de migrants et une intensification du flux migratoire, particulièrement en milieu rural forestier. Ainsi, alors que la population rurale en région de savane diminuait, celle de la forêt connaissait un accroissement de plus de 50% en quinze ans. Dans certaines zones rurales comme le Sud-ouest ou le Sud-est, les autochtones étaient même en minorité. Dans le département d'Aboisso par exemple, les autochtones ne représentent que 45% de la population rurale contre 40% d'étrangers et 15% d'autres ivoiriens [11].

Compte tenu de l'importance croissante de la population étrangère et de son poids dans l'économie, les autorités ivoiriennes ont néanmoins révisé leur politique migratoire à partir des années quatre-vingt et surtout au cours de la décennie quatre-vingt-dix. Ce revirement et (surtout) la grande crise économique des années quatre-vingt en liaison avec la sécheresse de 1983-84 ont ralenti, voire même inversé le courant migratoire en direction du monde rural forestier.

En somme, en terme d'immigration internationale, même si le processus avait commencé pendant la période coloniale, c'est surtout aux politiques de développement et aux politiques migratoires de la Côte d'Ivoire indépendante qu'il faut attribuer la

2. Nous parlons des stratégies d'attraction de main-d'œuvre et pas du traitement de celle-ci pendant la durée du contrat. La condition de vie des travailleurs migrants n'est pas l'objet de cet article. On sait simplement que la main-d'œuvre était bon marché.

forte présence de main-d'œuvre étrangère. J.N. Grégory avait déjà tiré cette conclusion en 1974 en ce qui concerne la migration des Burkinabé. Il écrivait : « La Côte d'Ivoire avait finalement réussi à attirer la main-d'œuvre Burkinabé nécessaire seulement quand le travail et la migration forcés – deux politiques conçues pour fournir à la côte un grand nombre de travailleurs migrants – furent abolis » [3 : 76].

Comment ces différentes politiques ont-elles influencé et affectent-elles encore les stratégies reproductives en milieu rural forestier ?

## Développement rural et dynamique reproductive

Dans le débat général sur le développement rural et la reproduction, l'éducation et la modernisation de l'agriculture ont été mentionnées comme moteurs de la baisse de la fécondité à travers la baisse de la demande de la main-d'œuvre enfantine. Dans le cas ivoirien, la modernisation agricole est à l'état embryonnaire et la pression démographique sur la terre est relativement faible. Les facteurs de la baisse entamée de la fécondité restent essentiellement la pression foncière, les modifications des rapports de production et les changements culturels.

### L'extension des cultures de rente et la pression foncière

Au début de son Indépendance, la moitié sud de la Côte d'Ivoire était pratiquement couverte par la forêt. Mais il y a eu une telle régression de la couverture végétale ces trois dernières décennies qu'il ne resterait plus qu'environ 2 à 3 millions d'hectares. Certains observateurs pensent même qu'aujourd'hui la forêt ivoirienne est tout simplement un mythe. Cette destruction de la forêt est liée aux activités agricoles et forestières, mais aussi à l'usage non agricole des terres (urbanisation, habitat, transport, loisir). Au niveau des activités agricoles, les cultures d'exportation occupent plus de deux-tiers des exploitations alors que ce sont des cultures pérennes.

Le résultat d'une telle progression des surfaces cultivées est qu'aujourd'hui, il manque de plus en plus de terre cultivable et le peu de terre disponible est rarement accessible à tous. Ainsi dans les villages enquêtés, les paysans et surtout les jeunes évoquent le manque de terre. Dans le cas d'un village de Biankouma (Tab. 1), 59,4% des chefs de ménages reconnaissent n'avoir plus assez de terre disponible. Et ceux qui en ont assez les mettent en location. Cette pratique n'est pas spécifique de cette localité puisque nos analyses de données de l'enquête permanente auprès des ménages (1986-88) ont montré une émergence de la location des terres [12]. Ainsi 26% des ménages avaient loué la terre qu'ils cultivaient tandis que 3% l'avaient achetée (Tab.2).

Il a souvent été avancé que la pression foncière a été et pourrait être le régulateur de la fécondité à travers le mécanisme du mariage. Dans le cas ivoirien, du moins pour les zones enquêtées, l'incertitude sur l'avenir conduit souvent à deux types de comportements au niveau des jeunes. Certains se marient assez tôt pour avoir accès et exploiter le peu de terre disponible. Pour d'autres, il s'agit avant de se marier de s'assurer d'un minimum de plantation ou de constituer un capital pour d'autres activités. Dans l'ensemble, il y a une tendance vers une fécondité à la baisse, en tout cas inférieure à la parité des parents. Ces mêmes constats (attitudes et comportements favorables à la faible fécondité) ont été faits dans les études antérieures [11 et 23].

**Tableau 1 : Quelques données sur le village de Biankouma dans la région de l'ouest en 1997 (396 ménages)**

Condition de production		Statistiques	
Proportion (en %)	De ménages affirmant avoir assez de terre	40,6	
	De ménages ayant utilisé la main-d'œuvre payante	45,4	
	De ménages locataires de terre	76,7	
Superficie des champs (ha)	Culture vivrière Culture de rente	Médiane	Moyenne
		2,0 5,0	2,6 7,4
Durée moyenne de mise en jachère (en années)	Dans les années soixante	10	
	Actuellement	4	
	Pour la terre cultivée en 1997	5	

Source : Enquête production, 1997.

**Tableau 2 : Condition de production agricole au milieu des années quatre-vingt**

Condition de production	Pourcentage des ménages concernés
Semence améliorée	21,5
Fertilisant	13,3
Insecticide	21,8
Emploi de main-d'œuvre payante l'année écoulée	37,7
Achat de terre cultivée	3
Location de terre cultivée	26

Source : d'après [12].

## La modification des rapports de production et les changements familiaux

Les nombreux travaux des Caldwell et des auteurs des approches institutionnelles ont montré (souvent de façon indirecte) la relation entre la production et la reproduction. La démonstration la plus explicite de cette interrelation aura été apportée par les approches marxistes et néomarxistes qui affirment que la fécondité doit être placée dans le cadre général de la reproduction sociale. Dès lors, la reproduction et la production deviennent des éléments liés d'un même système et les changements au niveau de la production affectent les stratégies reproductives. Considérant donc cette relation production-reproduction, nous pouvons dire que c'est par les rapports de production et les institutions de reproduction sociale que les politiques ivoiriennes ont le plus influencé la reproduction. Ce sont dans ces domaines qu'il y a eu en effet les plus grandes modifications (quantitatives et qualitatives).

A travers les politiques de développement des cultures de rente, les autorités poussaient et reliaient les ruraux dans le système économique international et surtout dans le système capitaliste. Les conséquences de cette intégration (partielle) et de la monétarisation progressive sont bien connues. Avant l'intensification des cultures pérennes, les terres appartenaient aux groupes sociaux et chaque membre se sentait plus ou moins propriétaire de la terre collective. En dehors des cas isolés d'esclavage, les relations sociales de production étaient des relations familiales. Mais avec la présence des migrants apparaissent de nouveaux types de rapports de production. Les migrants travaillaient généralement sous trois formes : comme métayer, travailleur journalier ou contractuel pour une charge de travail fixe. Des relations de production sans lien de parenté ou d'alliance apparaissent. C'est ainsi que s'établissent des relations patron-employé, propriétaire de plantation-exploitant/métayer et que se forme une catégorie de population sans terre. L'utilisation de la main-d'œuvre étrangère permettait aussi de libérer quelque peu la force de travail des enfants et donc leur éducation. L'existence de la main-d'œuvre relativement bon marché permettait alors aux ménages ayant les moyens de se passer de la main-d'œuvre familiale et aux célibataires et aux ménages sans enfants de contribuer à la production agricole. Une telle situation a dû réduire (au niveau théorique) la demande d'enfants pour le travail. Cette situation a permis la scolarisation d'un nombre important d'enfants et a encouragé l'exode rural.

La migration et le métayage ont contribué à la reconfiguration de la différenciation socio-économique. Les migrants métayers reçoivent un tiers ou la moitié de la valeur de la production selon les régions et les cultures. Ainsi le métayer souvent seul, ou du moins avec un ménage réduit, a une situation financière plus aisée que les membres de la famille de l'employeur. Cette richesse relative des métayers et contractuels, ainsi que la raréfaction des migrants en période de crise et le chômage urbain ont conduit de plus en plus de jeunes villageois vers le travail rémunéré. Dans de nombreux villages, les nationaux et plus encore les villageois eux-mêmes sont plus nombreux dans le salariat agricole. Et comme la richesse financière est devenue un des éléments de stratification sociale, ces salariés agricoles perturbent la hiérarchie sociale et familiale.

La famille, comme institution sociale et lieu de la reproduction sociale, est également touchée par les changements en cours. Les autorités ivoiriennes ont voulu depuis longtemps réduire le rôle de la famille (étendue) tant dans la production que dans la reproduction. Ainsi le code civil de 1964 réduisait au minimum le rôle de la famille et même des parents dans le mariage. Comme le souligne J.M. Toungara [20], le président Houphouët-Boigny qui avait opté pour le capitalisme, espérait que la compétition entre les familles nucléaires contribuerait à l'accroissement de la productivité. Par la loi sur le mariage, il a voulu la participation complète de tous les adultes au processus de développement. L'institution de la monogamie visait à renforcer l'unité conjugale et, par conséquent la famille étendue patriarcale ne serait alors plus responsable de la gestion de la main-d'œuvre ni de la productivité d'un large groupe [20 : 56]. Cette analyse de la loi du 7 octobre 1964 semble exacte puisqu'en 1982, les planificateurs pointaient du doigt l'emprise des vieux chefs de lignage et des patriarches sur la gestion des terres comme l'un des problèmes majeurs du développement agricole. Néanmoins, ces politiques ont eu un impact sur la famille, sa structure, son organisation de la production ainsi que l'ont montré C. Faussey-Domalain et P. Vimard [5]. Que ce soit à Gan (à l'Ouest), à Bogoua-Bahouan (au Centre-ouest), à Blahou (Sud-ouest) ou à Yahou (Sud-est), la tendance est à la production au sein de l'unité conjugale, voire même une individualisation de la production. Si dans la pre-

mière phase de ce processus, le chef de l'unité domestique retirait sa femme et sa famille de l'organisation communale de production pour les faire travailler dans sa propre plantation [23 : 196], ce sont désormais les membres de cette unité qui se défont du contrôle du chef d'unité pour travailler à leur propre compte. Dans la commune de Biankouma, il n'y avait qu'une dizaine de métayers étrangers pour les 2 000 habitants que comptait cette localité. Ceci s'explique par le fait que désormais, ce sont les villageois qui font le contrat agricole. Et plus encore, il y a une rémunération des contributions aux activités agricoles au sein des familles : de nombreux enfants travaillent comme métayers ou contractuels dans les plantations des membres de la famille. Les femmes ont aussi ré-inventé leur « café » dans la production vivrière<sup>3</sup>. C'est dire que les relations propriétaire-exploitant ou employeur-employé s'infiltrent et s'établissent dans l'unité domestique. Cette infiltration ne manquera pas de perturber la famille et même les individus dans la mesure où elle s'accompagne de l'infiltration des perpétuels conflits propriétaire-ouvrier, famille-affaire [24]. La participation au développement dépasse les activités agricoles puisqu'il y a une floraison d'activités non agricoles dans les villages. La monétarisation progressive de l'économie, voire même des relations sociales, a modifié les paramètres de la mobilité sociale des individus. Ainsi puisque le chef de l'unité n'a plus le contrôle total des ressources dans son unité, il lui est de plus en plus difficile de jouer les rôles qui lui sont dévolus. Par exemple chez les Dan de Biankouma, il est du devoir du chef de famille d'organiser le premier mariage de son fils, ce dernier pouvant plus tard épouser une autre femme ou « sa propre femme » (comme certains le disent) par amour et surtout pour montrer sa réussite socio-économique. Ceci pourrait expliquer la prévalence relativement forte de la polygamie. Aujourd'hui, ce rôle est de moins en moins assumé et le chef a plutôt un avis consultatif. C'est ce que souhaitait le législateur ivoirien.

## Les changements culturels induits par les politiques

La culture est un déterminant de la fécondité qui agit sur le long terme. Dans ce chapitre nous utilisons la définition de la culture proposée par O. Kreager. Pour lui, la culture est l'application des critères de vrai ou faux, d'approbation ou de désapprobation. La culture est donc le sens que les gens donnent et qu'ils font de leur environnement matériel [10 : 44]. La culture ainsi définie a une dimension de normalisation dynamique et donc historique. Les politiques ivoiriennes vont donc agir non seulement sur les critères du bon et du mauvais mais aussi sur les conditions matérielles d'application de ces critères. Nous avons déjà souligné la loi sur le mariage qui établissait la monogamie, supprimait la dot et ordonnait le système d'héritage. Aussi les discours depuis les années soixante et jusqu'à aujourd'hui ne cessent de souligner la nécessité de la modernisation de la société (même si ce concept a rarement été clairement défini).

L'élément majeur du changement culturel aura été sans doute la politique éducative, ceci à plusieurs niveaux. L'éducation permettait aux enfants scolarisés non seulement d'apprendre (des choses souvent nouvelles) sans passer par les aînés de la famille, mais surtout grâce à la langue française incomprise par de nombreux

3. Le terme « Café » dans le contexte ivoirien, n'est pas simplement le nom d'une plante mais aussi et surtout un concept qui désigne la source de revenu. En milieu rural, il traduit dans une certaine mesure les relations entre les sexes. Vu le grand pouvoir de décision des hommes chef de ménage sur le revenu issu de la vente café/cacao, l'instabilité de ce revenu et les problèmes liés à sa redistribution, de plus en plus de femmes cultivent des produits vivriers mais pour vendre. Dans un des villages de notre étude, le riz chinois cultivé par les femmes et destiné à la vente est désigné par « *le café des femmes* » ou « *le complet pagne des femmes* ».

parents, d'avoir leur monde et leur langue à eux. Le contenu du programme a aussi modifié les critères d'acceptation et de rejet. Toujours dans le domaine de l'éducation, deux autres politiques retiennent notre attention : l'expérience de l'enseignement télévisuel et la politique de la construction de la nation à travers l'éducation. L'enseignement télévisuel a contribué à équiper presque tous les villages pourvus d'une école primaire de postes de télévision. Ainsi les villageois avaient accès aux autres programmes télévisés, en dehors des heures de classe. Or la majeure partie des programmes étaient importés d'Europe ou des États-Unis. M. Land [14], indique que les programmes américains à la télévision ivoirienne (tenue par l'État) étaient directement liés au programme de modernisation culturelle du président Houphouët-Boigny. Et la télévision servait à consolider l'unité nationale et le consensus politique. Ces programmes faisant souvent une large place à la famille, au sexe et à la violence ont eu des impacts sur le vécu et les normes des villageois.

Quant à la politique de construction de la nation, son principe était simple : la Côte d'Ivoire est un pays avec plus de 60 ethnies. Ces ethnies se connaissaient peu, avaient des préjugés les unes vis-à-vis des autres et surtout, certaines d'entre elles avaient mené des guerres tribales dans un passé récent. Il fallait donc les amener à s'accepter et à cohabiter pacifiquement. Pour ce faire, de nombreux élèves (la majorité en fait) devant passer du primaire au secondaire étaient orientés dans d'autres régions que la leur. Dès lors, très tôt, c'est-à-dire entre 11 et 15 ans, l'enfant était amené à vivre en dehors du cadre familial et même à mener une vie d'adulte. Si cette situation a occasionné la sexualité et la fécondité de ces enfants, elle a aussi permis aux élèves d'apprendre et de pratiquer les méthodes contraceptives et abortives. Ce n'est pas étonnant qu'après 13 ans d'absence, R. Launay [15] retrouve dans un quartier de Korhogo ce qu'il appelle une « épidémie de nyamogoden » ou épidémie d'enfants illégitimes, qui a conduit à un assouplissement de l'interdiction de la sexualité et de la fécondité hors mariage. C'est dire que les individus, en tant qu'acteurs, tentent de se conformer aux normes culturelles mais aussi peuvent modifier les critères de normalité pour accommoder leurs comportements. Ces modifications culturelles, surtout avec le retour au village des déscolarisés et aussi des vacanciers pourraient expliquer la présence de condoms dans les boutiques des nombreux villages visités.

La fécondité des adolescentes peut entraîner une réduction de la fécondité dans certaines zones comme le département de Biankouma. En effet, dans cette zone, il est socialement inapproprié (voire interdit) pour une femme de continuer à procréer quand sa fille a déjà un enfant (surtout hors mariage, qu'elle doit élever). Sa reproduction est donc plutôt contrôlée par celle de sa fille. Ainsi certaines femmes ayant la trentaine, se trouvent obligées d'arrêter leur vie féconde.

\*

\* \*

Après une longue période de forte fécondité (et souvent en hausse) en milieu rural, on assiste de plus en plus à des changements en matière de reproduction. Les enquêtes récentes que nous avons menées confirment bien l'apparition d'attitudes favorables à une faible fécondité. Ces attitudes se concrétisent même puisque la baisse de la fécondité a commencé. Ces changements sont attribuables aux changements socio-économiques et culturels en cours, mais aussi aux politiques post-coloniales.

Ce chapitre a montré le rôle du politique dans les changements reproductifs en cours dans le milieu rural ivoirien. Bien que la politique de population ait été fortement nataliste jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, les politiques de développement économique, social et culturel sont à la base des transitions de la reproduction. Il est même possible que la politique pro-nataliste ait contribué à la faiblesse de la baisse de la fécondité en renforçant les obstacles existants. Néanmoins, les politiques de développement ont contribué à la mise en place de quelques-unes des conditions d'une implémentation efficace de la planification familiale. Enfin, cette étude conduit à deux implications majeures au niveau politique : 1) la fécondité doit être considérée dans le cadre général de la reproduction sociale et donc les politiques menées dans d'autres domaines peuvent (et c'est très souvent le cas) avoir des effets contraires à court et long terme au niveau démographique; 2) les politiques et programmes de population devraient pour plus d'efficacité s'appuyer sur des politiques de développement plus ambitieuses et réalistes.

## Bibliographie

1. ALPINE R.W.L. et PICKETT J., 1993, *Agriculture, Liberalisation and Economic Growth in Ghana and Côte d'Ivoire : 1960-90*, OECD, Paris, 139 p.
2. APPLETON S. et COLLIER P., 1990, *Agriculture and the Economy : Consequences of Negative External Shocks in Ghana and The Côte d'Ivoire : 1979-87*. WEP Research Working Papers, ILO, Geneva, 102 p.
3. CORDELL D.D., GREGORY J.W. et PICHÉ V., 1996, *Hoe and Wage : a Social History of a Circular Migration System in West Africa*. Westview Press, Boulder, Colorado/Oxford, 384 p.
4. CÔTE D'IVOIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, *Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1994*, Calverton USA, Macro International, 294 p.
5. FAUSSEY-DOMALAIN C. et VIMARD P., 1991, *Agriculture de rente et démographie dans le Sud-Est Ivoirien : une économie villageoise assistée en milieu forestier peri-urbain*, *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, Janvier-Mars 1991, p. 94-114.
6. FRATERNITÉ-MATIN, Special AGRI'97, Décembre 1997, Abidjan, 66 p.
7. HECHT R.M., 1983, *The Ivory Coast Economic « Miracle » : What Benefits for Peasant Farmers ?*, *Journal of Modern African Studies*, Vol. 21, n° 1, p. 25-53.
8. JAIN A., 1998a, *Population Policies that Matter*, in JAIN A., Ed., *Do Population Policies Matter ? Fertility and Policies in Egypt, India, Kenya and Mexico*, Population Council, New York, p. 1-18
9. JAIN A., 1998b, *The Future of Population Policies*, in JAIN A., Ed., *Do Population Policies Matter ? Fertility and Policies in Egypt, India, Kenya and Mexico*, Population Council, New York, p. 193-201.
10. KERTZER D., 1995, *Political-Economic and Cultural Explanations of Demographic Behavior*, in GREENHALGH S., Ed., *Situating Fertility : Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 29-52
11. KOFFI N., KOUYE M.P. et SIKA G.L., 1994, *La Planification Familiale dans le Département d'Aboisso (Sud-Est de la Côte d'Ivoire)*, Rapport d'enquête, ENSEA Abidjan, 137 p + Annexe.
12. KOUAME A., SCHELEKENS J., EELLEN F., TIEMOKO R., BOSCH A. et BANGA W.M., 1995, *Rural Development and Fertility Change in Côte d'Ivoire*, NIRP Project Report, IFORD, Yaoundé, 240 p multigr.

13. KOUAME A., 1988, De la pénurie à la sous-utilisation de la main-d'œuvre : Un essai sur la problématique des ressources humaines en Côte d'Ivoire, *Ph. D. dissertation*, Département de Démographie, Université de Montréal, 220 p. Multigr.
14. LAND M., 1992, Ivorian Television, Willing Vector of Cultural Imperialism, *Howard-Journal of Communications*, Vol. 4, n° 1-2, p. 10-27.
15. LAUNAY R., 1995, The power of Names : Illegitimacy in a Muslim Community in Côte d'Ivoire, in GREENHALGH S., Ed., *Situating Fertility : Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 108-129.
16. LOCOH T. et VALLIN J., 1998, Afrique noire : la baisse de la fécondité, in *Population et Société*, n° 338, septembre 1998, INED, Paris, 4 p.
17. PALMER I., 1991, Gender and Population in the adjustment of African Economies : Planning for Change, *Women, Work and Development*, n° 199, ILO, Geneva, 187 p.
18. RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1977, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-80. Volume II*, Document Annexe. Ministère du Plan, Abidjan, 448 p.
19. RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1981, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1981-85, Tome II, Planification sectorielle, Volume I*. Ministère du Plan et de l'Industrie, Abidjan, 580 p.
20. TOUNGARA J.M., 1997, Changing the Meaning of Marriage : Women and Family Law in Côte d'Ivoire, in MIKELL G., Ed., *African Feminism : The Politics of Survival in Sub-Saharan Africa*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, p. 53-76.
21. TOURE M., OUATTARA S. et ANNAN-YAO E., 1993, Dynamique de la population et stratégies de développement en Côte d'Ivoire, in TOURE M. et FADAYOMI T.O., Eds., *Migrations et Urbanisation au Sud du Sahara : Quelques impacts sur les politiques de population et de développement*, Karthala, Paris, p. 1-47.
22. VIMARD P., 1993, Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest, *Revue Tiers monde*, t. XXXIV, n° 133, p. 90-115.
23. VIMARD P., GUILLAUME A. et QUESNEL A., 1994, Singular Fertility Patterns in Rural Africa. Socio-economic Differentiations and Transformations of Fertility Models in West Africa, in LOCOH T. and HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 193-220.
24. WARD N. and LOWE P., 1994, Shifting Values in Agriculture : the Farm Family and Pollution Regulation, in *Journal of Rural Studies*, Vol. 10, n° 2, p. 173-184.



# SYNTHÈSE



# Synthèse

*Daniel M. Sala-Diakanda*<sup>1</sup>

Les chapitres de cet ouvrage résultant des travaux des *Troisièmes Journées Scientifiques du Réseau Démographie* organisées à Rabat du 9 au 12 décembre 1998 portent sur des sujets aussi variés que les tendances contrastées de l'évolution démographique dans le Sud, le phénomène de transition démographique dans un contexte de paupérisation croissante des ménages, mais aussi en relation avec l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, la pandémie du VIH/Sida, l'évolution des comportements matrimoniaux et en matière de sexualité (y compris chez les adolescents), le statut et le rôle de la femme, les pesanteurs socioculturelles et religieuses, l'implication plus ou moins ouverte du législateur dans les questions de population, etc.

La présente synthèse, qui ne peut donc prétendre rendre compte de la complexité et de la richesse de cet ouvrage, s'articule essentiellement autour du questionnement ci-après : quelles sont les principales préoccupations à la base des études présentées lors des différentes séances ? quels sont les principaux résultats de ces études et quels sont les problèmes ou interrogations que ces résultats soulèvent ?

## Principales préoccupations à la base des études présentées

Parmi les préoccupations à la base des différents chapitres, les suivantes constituent sans nul doute les principales pistes de réflexion retenues par les auteurs :

1. Essai de mise en évidence et/ou d'explication du phénomène de la transition démographique dans des contextes socioculturels, religieux, environnementaux et économiques variés, avec une référence particulière au phénomène persistant de pauvreté et de crise devenu courant dans les pays du Sud.
2. Examiner les interrelations entre le statut de la femme, notamment son statut dans le ménage et dans un contexte familial plus large – qu'elle soit épouse ou non – et le niveau de fécondité, l'utilisation des services de planification familiale et de santé de la reproduction, et la mortalité dans l'enfance.
3. Comprendre en quoi l'absence d'autonomie des femmes, notamment face à leurs conjoints et/ou aux autres membres de la famille élargie, influence leurs attitudes à l'égard des pratiques de régulation et d'espacement des naissances.
4. Évaluer la pertinence, le rôle et l'efficacité des politiques et mesures gouvernementales directes et indirectes – notamment mais non exclusivement de type institutionnel – mises en œuvre pour infléchir les comportements individuels et collectifs en matière de reproduction humaine.

---

1. FNUAP, N'Djaména (Tchad).

5. S'interroger sur l'importance des phénomènes tels que la stérilité ou l'infécondité et le confiage des enfants et leur influence respective sur le changement des comportements en matière de reproduction.
6. Compte tenu notamment des niveaux très élevés de la pandémie du VIH/Sida observés surtout en Afrique subsaharienne et de la dissociation de plus en plus grande, dans toutes les sociétés, entre activité sexuelle, mariage et procréation, apporter un nouvel éclairage sur ces profonds changements comportementaux et leurs conséquences prévisibles.
7. Mettre en évidence les relations entre la détérioration des conditions de vie des populations, les difficultés d'insertion sociale des jeunes particulièrement, notamment en milieu urbain, et la baisse observée des niveaux de fécondité.

## Principaux résultats observés

Signalons d'emblée que cet ouvrage confirme clairement que le concept « *d'exception africaine* » en matière de transition démographique n'est plus soutenable même en ce qui concerne le milieu rural. On observe en effet de façon nette dans la plupart des pays du Sud et, fait nouveau, en Afrique au Sud du Sahara, des signes susceptibles d'induire une réduction substantielle et durable de la fécondité, comme notamment une pratique contraceptive en augmentation sensible, une scolarisation accrue des filles liée à un net changement de perception en la matière au sein des groupes familiaux, une modification sensible des relations entre conjoints dans les unions, une évolution marquée des modèles de nuptialité et un changement progressif en matière de sexualité. La diversité des facteurs et leur ampleur différente selon les milieux entraînent tout naturellement une diversité dans le processus de transition démographique aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays, voire selon le milieu de résidence ou les catégories sociales au sein d'un même groupe culturel.

L'ouvrage met aussi en évidence l'importance des adolescents dans le processus de transition démographique dans un contexte de recul quasi généralisé du mariage et de crise économique, tout en confirmant au passage le fait que le niveau d'instruction, la position sociale de la femme et son interaction plus ou moins importante avec le monde extérieur sont des facteurs fondamentaux à la base des changements importants observés dans les populations du Sud, notamment en termes de baisse de la mortalité infantile, de la réussite scolaire des enfants et d'un recours de plus en plus prononcé à la contraception moderne. Par ailleurs, au-delà des variables individuelles relatives aux caractéristiques socio-économiques de la femme et son statut dans le ménage, les variables décrivant le statut du mari et la discussion au sein du couple influencent également très significativement l'attitude des femmes à l'égard de la procréation.

Si la fécondité semble partout montrer des signes évident d'affaissement, tout relatif bien naturellement, les facteurs considérés comme cruciaux dans cette évolution, qui a lieu dans des contextes variés rappelons-le et donc selon des modèles complètement différents, ne sont pas partout les mêmes, au point que des expressions aussi variées que « transition de crise », « malthusianisme de la pauvreté » ou encore « malthusianisme de l'appauvrissement » sont abondamment utilisées pour caractériser les changements démographiques observés dans certains pays ou

groupes sociaux spécifiques aussi bien en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'en Afrique.

Les auteurs semblent cependant s'accorder sur le fait qu'un peu partout, la transition démographique est fortement liée à une plus grande précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels, une nette augmentation de la sexualité des adolescents et un recul de l'entrée en union, avec tout ce que cela implique notamment en termes de grossesses non désirées, d'avortements provoqués, de densification du réseau des partenaires sexuels et de diffusion concomitante des maladies sexuellement transmissibles et de la pandémie du VIH/Sida dont on soupçonne à peine les conséquences à plus long terme sur l'évolution globale des sociétés, surtout celles les plus fortement touchées.

La crise multiforme que traversent la plupart des pays du Sud a aussi suscité des études sur le phénomène de *confiage* des enfants. Si ce phénomène traditionnel, désormais de plus en plus dénaturé par les dures conditions économiques que connaissent les ménages, apparaît comme une démarche collective plutôt qu'individuelle, ses causes et motivations profondes sont encore largement méconnues, de même d'ailleurs que son influence possible sur les changements en matière de procréation aussi bien chez les parents que chez les enfants qui auront vécu ce phénomène.

Enfin, il apparaît clairement que si les lois, politiques et programmes relatifs aux questions de population sont indispensables, notamment en ce qu'ils peuvent créer un contexte propice à la mise en œuvre des actions susceptibles de favoriser le déclenchement et/ou l'accélération du processus de transition démographique, il convient de garder présent à l'esprit le fait que ces lois, politiques et programmes, aussi volontaristes soient-ils, peuvent être d'une efficacité douteuse lorsqu'ils ne sont pas la traduction du mouvement de fond en cours dans la société concernée. En définitive, on reconnaît généralement que les mécanismes en jeu dans le processus de transition démographique ainsi que les interactions complexes entre facteurs en présence sont encore largement méconnus.

## Principaux problèmes soulevés

Quels sont dès lors les principaux problèmes que soulèvent ces différentes constatations ? Eu égard à l'extrême jeunesse de la grande majorité des pays du Sud, la préoccupation fondamentale devrait être celle de trouver les voies et moyens susceptibles d'induire les changements nécessaires dans les domaines politiques, socio-culturels et économiques afin de permettre une meilleure intégration des jeunes dans la société. Il s'agit donc, pour ces pays, de tirer le meilleur parti possible de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le *bonus démographique*.

Pour ce faire, il est entre autres choses absolument indispensable d'entreprendre des études approfondies sur les mécanismes de diffusion des changements comportementaux dans toutes les catégories sociales et à tous les niveaux, particulièrement en matière de structures familiales, de nuptialité et de sexualité, et sur les conséquences sociales, sanitaires et économiques de ces changements, notamment chez les adolescents. Ceci afin d'en tirer les implications en matière de politiques et programmes intégrés de population et développement, dans le respect absolu des spécificités locales; pour autant que ces spécificités participent – ou sont susceptibles de participer – à l'amélioration progressive des conditions de vie des populations.

Pour peu qu'on veuille innover, ce nouvel effort de recherche passe par la nécessité de concevoir de nouveaux outils d'observation et d'analyse pour une meilleure intelligence des changements en cours dans les sociétés étudiées. Ceci permettrait du reste de dépasser l'approche de la fécondité à partir des données individuelles habituellement collectées dans les enquêtes classiques dont on connaît aujourd'hui les limites face aux défis de l'évolution en cours.

Dans ce cadre, plusieurs pistes de recherche pourraient être explorées. La réflexion méthodologique pourrait par exemple porter sur :

1. La conceptualisation et la construction, notamment à partir des résultats des études qualitatives, des indicateurs utilisables dans des recherches quantitatives sur la pauvreté des ménages et les comportements procréateurs des individus — aussi bien en villes que dans les campagnes — et qui permettent de mieux rendre compte non seulement de la position respective des hommes et des femmes au sein des ménages à un moment donné, mais aussi de leurs trajectoires statutaires; et,
2. La mise en correspondance des mobilités professionnelles et des parcours résidentiels des individus et leurs histoires génésiques et familiales.

Enfin, sur le plan des politiques et programmes de population et développement, il apparaît clairement que les aspirations profondes des populations concernées devraient partout constituer le fondement même de leur élaboration et mise en œuvre. Dans ce cadre, il faut souligner la nécessité de garantir aux populations aussi bien urbaines que rurales qui en font la demande, y compris les adolescents, une meilleure accessibilité aux services sociaux essentiels de qualité notamment l'éducation et la santé pour améliorer les possibilités d'insertion d'une frange majoritaire de la population dans les circuits locaux de production économique. Par ailleurs, dans un contexte caractérisé par la généralisation de la pauvreté, la précocité et l'intensification de la sexualité des adolescents, ainsi que par le recul de la nuptialité, ces services devraient aussi comprendre des programmes ciblés d'éducation à la vie familiale ainsi que les informations, conseils et services de santé reproductive et de planification familiale de qualité et accessibles pour, notamment, éviter le recours à l'avortement comme moyen de réduction de la fécondité. Là où le phénomène de stérilité existe, il devrait être pris en compte dans le protocole des structures de soins ayant en charge la protection de la santé de la reproduction. Enfin, la déstructuration des ménages et familles, du fait notamment de la modernisation progressive de la société, devrait constituer un sujet de préoccupation aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les communautés concernées pour que se reconstituent ou s'établissent des nouveaux filets de sécurité sociale et, donc, de solidarité intergénérationnelle.

# **ANNEXE**

## **LES TROISIÈMES JOURNÉES SCIENTIFIQUES DU RÉSEAU DÉMOGRAPHIE DE L'AUF :**

**« LES TRANSITIONS  
DÉMOGRAPHIQUES  
DES PAYS DU SUD »**

**(Rabat, 9-12 décembre 1998)**



# Annexe

## Les troisièmes journées scientifiques du réseau démographie de l'AUF : « Les transitions démographiques des pays du Sud » (Rabat, 9-12 décembre 1998)

### A. Organisation et déroulement des journées

Les Troisièmes Journées scientifiques du réseau démographie de l'AUF se sont tenues à Rabat (Maroc). Parmi les diverses propositions de thèmes pour ces Journées, celui des transitions démographiques avait finalement été retenu par le Comité de réseau en mai 1997. En effet, l'Action de Recherche Concertée (ARC) de l'AUF sur les transitions démographiques devant s'achever en 1999, les Journées permettaient de valoriser les travaux des 8 équipes engagées dans cette recherche en présentant leurs résultats et leurs synthèses. D'autres chercheurs pouvaient également présenter leurs propres travaux afin d'enrichir le débat.

L'INSEA, centre participant à l'ARC, s'est alors imposé comme institution co-organisatrice avec son Département de Démographie et son programme « Population et développement durable » appuyé par le FNUAP.

L'organisation de ces Journées a été placée sous la responsabilité d'un Comité d'organisation composé des personnalités suivantes :

Aziz AJBILOU, enseignant-chercheur à l'INSEA ;  
Abdelaziz EL GHAZALI, directeur de l'INSEA, directeur de l'agence d'exécution du Programme de formation en population et développement durable ;  
Abdeslam FAZOUANE, enseignant-chercheur, chef du Département de démographie et sciences humaines de l'INSEA ;  
Francis GENDREAU, chercheur à l'IRD ;  
Hubert GÉRARD, doyen de la Faculté des sciences Sociales, Université Catholique de Louvain ;  
Abdellatif LFARAKH, chercheur au Centre d'études et de recherches démographiques (CERED) ;

---

1. CEPED (Paris), CERPOD (Bamako), IFORD (Yaoundé), IDP (Paris), INSEAU (Rabat), IRD (Marseille), URD (Lomé) et Université de Montréal.

Denis NZITA KIKHELA, professeur à l'Université de Kinshasa ;  
 Victor PICHÉ, professeur à l'Université de Montréal ;  
 Mohammed YOUSSEFI, responsable de la coopération à l'INSEA.

La première réunion de ce Comité s'est tenue à Rabat les 11 et 12 septembre 1997 pour lancer officiellement les Journées. La première circulaire d'annonce des Journées et d'appel à communication a été élaborée lors de cette réunion et diffusée à son issue.

Le Comité d'organisation a tenu sa deuxième session à Paris les 14 et 15 avril 1998. 136 projets de communication avaient été reçus, et après discussion du Comité, 36 furent retenues et le programme provisoire des Journées a été élaboré.

Les Journées ont rassemblé durant quatre jours 157 participants ; 31 pays étaient représentés par leur lieu de résidence et/ou leur nationalité : 7 pays du Nord (Belgique, Canada, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Italie, Pays-Bas) et 24 pays du Sud (Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Chili, Congo (Rep. Dem.), Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Gabon, Jordanie, Liban, Madagascar, Mali, Maroc, Mexique, Niger, Rwanda, Sénégal, Togo, Tunisie, Viet Nam).

En plus des sessions normales des Journées, trois tables rondes se sont tenues :

- la première sur la démographie marocaine pour permettre aux participants de se familiariser avec le pays hôte des journées ;
- la seconde avec les équipes de l'ARC sur l'éclairage qu'apportent leurs résultats aux décideurs pour l'action ;
- la troisième sur la coopération sud-sud en démographie, afin d'avancer dans la réflexion collective sur cet important sujet.

Le financement de ces Journées a été assuré par l'Agence Universitaire de la Francophonie, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), la Communauté Française de Belgique et l'INSEA. L'ensemble de ces contributions a permis la prise en charge de 42 participants sur place.

## B. Programme

Mercredi 9 décembre

*Matinée*

**Séance d'ouverture**

**Séance 1, Approche générale I**

Président : LUTUTALA Mumpasi.

COURBAGE Youssef, Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie ?

COSIO-ZAVALA Maria Eugenia, Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique Latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté.

KOUAOUCI Ali, Politiques de population : pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ?

VIMARD Patrice, FASSASSI Raïmi, Vers un double modèle de transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne ?

## Après-midi

### Séance 2 : Approche générale II

Président : SALA-DIAKANDA Daniel.

DANG THU, La transition démographique au Viêt-nam et ses déterminants.

PICHÉ Victor, VIGNIKIN Kokou, GUEYE Mouhamadou, KONATE Mamadou, MARCOUX Richard, Migration et transition démographique en Afrique.

AGAR LORENZO et FERRER Marcela, Transitions démographiques en Amérique latine : situation actuelle et tendances.

HAMELIN Philippe, Transitions démographiques contrastées : Argentine, Brésil et Chili.

### Séance 3 : La baisse de la mortalité, amorce de la transition

Président : LERY Alain.

ANGELI Aurora, SALVINI Silvana, Planification familiale et santé infantile au Maroc : les relations avec la condition féminine et les caractéristiques du milieu social.

FAZOUANE Abdesselam, Pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain marocain.

LEBEGUE Julie, La baisse de la mortalité des enfants dans un contexte de paupérisation des ménages : risques économiques et comportements acquis dans un quartier spontané de Bamako (Mali).

## Jeudi 10 décembre

### Matinée

#### Séance 4 : Les déterminants de la baisse de la fécondité I

Président : KOUAOUCI Ali.

LADIER-FOULADI Marie, La transition de la fécondité en Iran islamique.

SCHOUMAKER Bruno, Changements récents de fécondité, contexte local et modèles multi-niveaux : une analyse exploratoire des changements de fécondité au Maroc rural.

YANA Simon David, Environnement institutionnel et transition de la fécondité au Cameroun.

AJBILOU Aziz, Pauvreté et fécondité au Maroc

#### Séance 5 : Les déterminants de la baisse de la fécondité II

Président : KOFFI N'Guessan.

COURY Diane, RAZAFINDRATSIMA Nicolas, Baisse de la fécondité et demande d'éducation dans l'agglomération d'Antananarivo.

MARCOUX Richard, PICHÉ Victor, Mobilité sociale et fécondité à Bamako.

VIGNIKIN Kokou, Arbitrage entre qualité et quantité d'enfants et baisse de fécondité en milieu rural : le cas des femmes de la Vallée du Mono.

## Après-midi

### Séance 6 : Statut de la femme et approche genre

Président : SAISI Salama.

ADJAMAGBO Agnès, Les attitudes et comportements en matière de fécondité en milieu agricole ouest-africain, une étude en termes de relations de genre.

DABIRE Bonayi, Transition démographique et migrations. Le confiage des enfants : alternative à une transition de crise ?

TICHIT Christine, Fécondité et statut des femmes dans le ménage au Cameroun.

### **Table ronde : La démographie marocaine**

Président : NOUIJAI Ahmed (CERED).

Participants : AJBILOU Aziz (ADEMA), BENCHEIKH Abderrahim (Direction de la Statistique), FAZOUANE Abdesselam (INSEA), LFARAKH Abdellatif (CERED)

## **Vendredi 11 décembre**

### *Matinée*

#### **Séance 7 : Les évolutions dans la nuptialité et la fécondité des adolescents**

Président : AKOTO Eliwo.

AMADOU Sanni Mouftaou, Evolution des comportements matrimoniaux et fécondité au Bénin.

DELAUNAY Valérie, Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural Sénégalais.

FERRY Benoît, L'activité sexuelle entre puberté et procréation au cœur des transitions au sud.

NGONDO a PITSHANDENGE Séraphin, Amitiés, sexualité et avortement en milieux scolaires. Un possible schéma de transition vers la baisse de la fécondité. Le cas de la ville de Kikwit (RDC).

#### **Table ronde : L'action de recherche concertée « les transitions démographiques »**

Président : MONTENAY Yves (Université Paris IV).

Participants : AKAM Evina (IFORD), GUEYE Mouhamadou (CERPOD), MARCOUX Richard (Université Laval), PILON Marc (CEPED), VIGNIKIN Kokou (URD), VIMARD Patrice (ORSTOM).

### *Après-midi*

#### **Séance 8 : Le rôle des politiques de population**

Président : COSIO Maria.

BELLA Nicole, Le rôle des politiques de population dans la transition de la fécondité dans les pays en développement : l'exemple de la Thaïlande.

NZITA Kikhela Denis, Politique de population et transition démographique dans les pays à forte stérilité.

TIEMOKO Richmond, Politique de développement économique, politique migratoire et changement de la fécondité en milieu rural ivoirien.

#### **Table ronde : La coopération sud-sud**

Président : MAZOUZ Mohamed (Programme global du FNUAP).

Participants : AKOTO Eliwo (IFORD), BAHRI Ahmed (ex-CEA), KOFFI N'Guessan (ENSEA), LUTUTALA Mumpasi (UEPA) et SALA-DIAKANDA Daniel (CEA).

---

Samedi 12 décembre

*Matinée*

**Séance 9 : Planification familiale et contraception I**

Président : NZITA Kikhela Denis.

AKOTO Eliwo, KAMDEM Hélène, Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique.

BAKKALI Taoufik, Les préférences de fécondité comme préalables à l'utilisation de la contraception : analyse comparative régionale au Maroc.

BAYA Banza, Impact de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs sur les comportements en matière de planification familiale en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazega.

**Séance 10 : Planification familiale et contraception II**

Président : BAHRI Ahmed.

DEMBELE Bernard, Les couples et l'espace des naissances au Burkina Faso.

EL YOUBI Ali, Niveau, structure et raisons d'évolution de la contraception et de la fécondité au Maroc.

EVINA Akam, NGOY Kishimba, L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espace à la limitation des naissances ?

**Séance de clôture**

Président : MAHFOUD Mohamed.

SALA-DIAKANDA, Daniel, Synthèse.

**Après-midi libre**

**Communications spontanées**

BENKHELLIL Rachida, MOKADDEM Ahmed, BOUISRI Abdellaziz, La transition démographique en Algérie et réflexions sur l'avenir ?

CARVALHO (de) Elisabete, La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil.

**IMPRIMERIE OFFSET SERVICE**  
28500 Vernouillet





Le schéma de la transition démographique s'est imposé progressivement pour décrire l'évolution de la plupart des populations du monde. Cela n'est toutefois possible qu'en restant à un niveau élevé de généralité car dans la réalité, on observe de grandes variations dans les conditions pré-transitionnelles, dans le décalage entre l'amorce de la baisse de la mortalité et celle de la baisse de la natalité, dans le rythme de chacune de ces baisses, dans les changements de la nuptialité, etc. De plus, la transition, censée se produire dans un contexte de progrès économique et social (la « modernisation »), apparaît et se poursuit aujourd'hui dans des situations de crise, au point que l'on parle parfois de transition de crise ou de transition de pauvreté. Enfin, la transition connaît parfois des hoquets liés à ces crises, notamment des retours en arrière dans la baisse de la mortalité.

Les chemins de la transition sont donc multiples et variés. Cette diversité demande à être étudiée en mettant en relation les évolutions démographique et socio-économique et en expliquant les dynamiques à l'œuvre. Tel est l'objet de cet ouvrage qui entend contribuer à la réflexion collective et au débat sur ces questions, importantes non seulement d'un point de vue théorique, mais par rapport aux politiques de population et de développement mises en œuvre dans les différents pays. Il a été réalisé à partir des Troisièmes Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF), qui se sont tenues à Rabat (Maroc) du 9 au 12 décembre 1998.

Les sept parties de l'ouvrage abordent différentes facettes de la transition : approche générale ; la baisse de la mortalité, amorce de la transition ; le contexte de la transition de la fécondité ; nuptialité et fécondité des adolescents ; planification familiale et contraception ; statut de la femme et autres déterminants ; le rôle des politiques de population.

Les recherches qui sont présentées dans cet ouvrage montrent bien que les transitions démographiques s'inscrivent dans les dynamiques complexes des sociétés. Il n'y a donc pas UNE transition démographique obéissant à un déterminisme s'imposant à toutes les sociétés, ni une théorie unique pour décrire et expliquer leurs évolutions.

250 FF

60 FF – UREF/Prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti

ISBN 2 84371 115 0



9 782843 711152