

STRUCTURES FAMILIALES ET EVOLUTIONS DE LA FECONDITE DANS LES PAYS A FECONDITE INTERMEDIAIRE D'AFRIQUE DE L'OUEST

*Thérèse Locoh**

L'Afrique subsaharienne est entrée dans la seconde phase de la transition démographique, celle d'une baisse progressive de la fécondité. La baisse de la mortalité a été entamée au début des années 1930 et a connu une certaine accélération à partir du milieu du siècle. Mais c'est seulement depuis le milieu des années 1980 que la la baisse de la fécondité, à son tour, est devenue évidente dans quelques pays d'Afrique subsaharienne. On a d'abord observé cette baisse dans trois pays couverts par des enquêtes du programme des enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS), le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe. Ces premières baisses étaient essentiellement dues au changement de comportement de la minorité des femmes qui vivaient en ville et qui avaient reçu plusieurs années de scolarisation. Mais progressivement la baisse a concerné un plus grand nombre de pays et a commencé à gagner le milieu rural d'une partie des pays. D'après la recension de Joseph et Garenne (2001), établie à partir des enquêtes mondiales de fécondité (EMF) et des enquêtes démographiques et de santé, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne connaissent, à des degrés divers, une baisse de la fécondité.

A. LA FECONDITE BAISSSE DANS LA PLUPART DES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, MAIS PLUS LENTEMENT EN AFRIQUE DE L'OUEST

Désormais chaque nouvelle enquête vient confirmer que l'Afrique subsaharienne s'engage dans une nouvelle phase de la transition démographique mais nombre de pays ne donnent encore que les premiers signes de ce tournant. Le tableau 1 résume les évolutions observées partout où l'on dispose de deux ou plusieurs observations grâce aux enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS). La tendance générale à un recul de la fécondité s'y dessine mais avec des amplitudes variables selon les pays. Elle est à peine perceptible dans les pays du Sahel, très nette en Afrique australe, inégale selon les pays en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest. À l'intérieur d'un pays, tous les résultats montrent que le déclin de la fécondité varie fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes.

Parmi les 17 pays pour lesquels on dispose de données raisonnablement comparables à des dates successives, seuls trois, le Ghana, le Kenya et le Zimbabwe, auraient à ce jour franchi le seuil d'un indice synthétique de fécondité (ISF) inférieur à 5 qui les fait entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire. Mais, à ces pays dont on peut suivre l'évolution, on peut ajouter ceux pour lesquels on dispose seulement d'une observation récente, laquelle les fait entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire. Il s'agit de l'Afrique du Sud (3,1 enfants par femme en 1995-98) du Botswana (4,9 enfants par femme en 1988) des Comores (4,6, en 1996), du Gabon (4,5 en 2000). Il faut d'ailleurs prendre ces chiffres avec réserve car les indices synthétiques de fécondité en Afrique subsaharienne sont presque tous obtenus par les enquêtes EDS-DHS qui comportent une certaine marge d'erreur aléatoire. Le mode de calcul (sur les trois ou sur les cinq dernières années d'observation avant

*Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Paris, France.

l'enquête) fait aussi varier le niveau de l'ISF et donc la liste des pays à fécondité intermédiaire. Nous avons retenu dans cette communication les indices synthétiques de fécondité calculés sur les cinq dernières années avant l'enquête.

En Afrique de l'Ouest la diversité des situations est grande entre le Ghana qui, depuis 1988, expérimente une baisse suffisamment sensible pour le faire entrer dans la catégorie des pays à fécondité intermédiaire (de 6,4 enfants par femme en 1988 à 4,5 en 1998) et les pays du Sahel, Mali, Niger, Burkina-Faso où, à part la frange urbaine, la fécondité est en moyenne stationnaire. Mais, outre le Ghana, trois pays de la côte du golfe de Guinée au moins, le Cameroun (qui fait partie de l'Afrique centrale, *stricto sensu*), la Côte d'Ivoire et le Nigeria ont, d'après leur dernière enquête DHS (1998 pour les deux premiers et 1999 pour le troisième) un ISF de 5,2 enfants par femme, attestant d'une baisse d'environ un enfant par femme au cours des vingt dernières années, pour le Cameroun et le Nigeria, et de presque deux enfants pour la Côte d'Ivoire. Un cinquième pays, le Togo n'est pas très loin de ce groupe, avec un ISF égal à 5,4 enfants par femme et une baisse d'un enfant en moyenne au cours de la décennie 1988-1998. C'est à ces pays que nous nous intéressons principalement dans cette communication.

B. COMMENT ANALYSER L'INFLUENCE DES STRUCTURES FAMILIALES SUR LA FECONDITE ?

Dans cette région, la fécondité des femmes et des hommes a longtemps été fortement valorisée par des normes sociales qui s'expriment en arrangements familiaux spécifiques : préférence pour les familles élargies, prise en charge des descendants par l'ensemble des adultes d'un lignage (par le confiage des enfants), mariage précoce des femmes et polygamie (Lesthaeghe, 1989). La crise économique récurrente qui affecte ces pays et les effets bénéfiques des changements sociaux qui ont malgré tout été acquis depuis l'Indépendance sont indubitablement entrain de changer en profondeur les modes de vie familiaux et, par voie de conséquence, les comportements de fécondité.

La relation entre structures familiales africaines et fécondité est multiforme. Elle empruntera probablement des chemins différents dans chaque société. Un même résultat, la baisse de la fécondité, peut se produire selon des combinaisons différentes de facteurs, notamment en matière de vécu familial. Les variables intermédiaires de la fécondité, mariage, contraception, espacement entre les naissances et avortement (Bongaarts, 1978) sont sous la dépendance des normes et valeurs familiales privilégiées par chaque société. Il n'y pas de corrélation mécanique entre des variables qui définiraient les structures familiales et la fécondité, telle relation peut être forte dans un contexte et négligeable dans un autre. Mais on peut identifier cinq domaines où s'exprime particulièrement leur synergie (Locoh, 1995).

- a) Le mariage et les contrôles qui s'exercent sur les individus dans la conclusion des unions : l'âge et les conditions d'accès à un partenaire, (compensation matrimoniale, prestations en temps de travaux, etc.), le choix d'un partenaire recevable, les ruptures éventuelles, le remariage et ses normes.
- b) Les règles de résidence. Elles conditionnent au quotidien les contrôles des anciens sur les plus jeunes, les solidarités consenties ou obligées, l'autonomie des jeunes, notamment des jeunes couples vis à vis des anciens. Elles définissent aussi la cohabitation entre époux.
- c) La définition des responsabilités dans la gestion de la reproduction. Il s'agit des solidarités intra-lignagères vis-à-vis des enfants (la pratique du confiage des enfants, par exemple), des

responsabilités respectives des pères et des mères dans la prise en charge de leurs descendants et enfin des solidarités intergénérationnelles qui définissent les coûts et avantages de la descendance.

d) Les conditions d'accès à l'autonomie des individus par rapport à leur famille. Cela concerne particulièrement les femmes qui, dans les sociétés patriarcales, n'étaient pas censées se soustraire au pouvoir des anciens et de leur mari. Il faut examiner sous cette rubrique les droits et devoirs de chacun vis-à-vis des membres de la famille d'origine et d'alliance.

e) La transmission des valeurs. Elle infléchit, via l'éducation familiale, les opinions, attitudes et comportements des membres d'un groupe familial et donc leur fécondité.

Nous n'examinerons ici que quelques-uns de ces aspects, ceux que les statistiques disponibles dans des enquêtes permettent d'aborder : les modalités de l'union, les arrangements résidentiels, les répartitions des responsabilités dans la gestion de la reproduction et les processus d'autonomisation des individus.

Il y a encore peu de pays d'Afrique de l'Ouest dont on peut qualifier la fécondité d'intermédiaire et on n'a pas encore beaucoup de recul pour apprécier les ressorts de leur évolution. Plus encore que les niveaux à un moment donné ce sont les tendances au changement des comportements pouvant conduire à la baisse de la fécondité qu'il nous paraît important d'observer. Nous n'avons donc retenu que les pays qui disposaient d'au moins deux observations au cours des quinze dernières années et, pour apprécier la concordance des changements familiaux avec la baisse de la fécondité, nous utiliserons la comparaison des pays à fécondité inférieure à 5,5 (ISF) et de ceux qui, dans la même région, ont une fécondité d'un niveau supérieur.

C. LES MODALITES DE L'UNION

L'exemple de la baisse rapide de la fécondité en Afrique du Nord est souvent évoqué quand on parle des évolutions possibles en Afrique. La maîtrise de la fécondité y a été initiée par un recul de l'âge au mariage assorti d'un très fort contrôle social de l'accès à la sexualité qui en renforçait l'efficacité. À cette maîtrise par l'entrée en union est venu s'ajouter, à des dates différentes selon les pays du Maghreb mais très tôt en Tunisie, le contrôle de la fécondité légitime par l'adoption de programmes de planification familiale qui ont mis la contraception à la disposition des couples. Le faible taux de rupture des unions a également été un facteur de renforcement de projets familiaux concertés dans la durée (Ben Salem et Locoh, 2001).

En Afrique de l'Ouest, tout indique que la maîtrise de la fécondité prend d'autres formes. Ni le contrôle de l'accès à la vie sexuelle et matrimoniale, ni l'accès à la contraception ne sont pour l'instant les leviers majeurs de l'évolution de la fécondité. Un premier recul de l'entrée en union, surtout pour les femmes, est cependant évident et traduit une diminution de l'emprise des familles sur les décisions matrimoniales. D'autres signes (légère baisse de la polygamie, augmentation des unions informelles et des ruptures d'union) annoncent une remise en cause des systèmes matrimoniaux ouest-africains qui avaient jusqu'à maintenant été favorables à l'exercice d'une forte fécondité.

1. Le recul de l'entrée en union

L'observation sur quarante ans des statistiques africaines (Hertrich, 2001 ; tableau 2) a récemment mis en évidence un début de recul de l'entrée en union, surtout féminin, partout en Afrique. Sur

une même période de vingt ans environ, l'âge médian à la première union est passé au Kenya de 19,8 ans en 1979 à 20,9 ans en 1998 ; au Zimbabwe, de 19,5 ans en 1982 à 20,6 ans en 1994. Les pays d'Afrique australe ont une évolution beaucoup plus spectaculaire, qui rappelle ce que l'on observe au Maghreb. L'âge médian à la première union en Afrique du Sud est passé de 25,2 ans en 1980 à 28,2 en 1996 et au Botswana de 26,1 ans en 1981 à 28,2 ans en 1996. Il est respectivement de 31,6 ans en 1986 au Swaziland et de 26,8 ans en 1992 en Namibie. Dans ces pays, le mariage n'est plus la règle et les migrations perturbent profondément la formation des unions. Si on compare les pays à forte fécondité et ceux qui ont une fécondité intermédiaire, on constate que ces derniers ont en général connu un recul plus rapide de l'âge médian au premier mariage féminin.

L'Afrique de l'Ouest est encore une région de mariage et de maternité précoces. D'après les enquêtes les plus récentes, la proportion de jeunes femmes mariées avant leur 18^e anniversaire varie de 30 % au Togo à 77 % au Niger. Les proportions de celles qui ont un enfant avant 18 ans oscillent entre 23 % au Togo et 50 % en Guinée. C'est dans les pays à fécondité intermédiaire, au Cameroun, au Togo et au Nigeria que la proportion de maternités précoces a le plus diminué sur la dernière période de dix ans. (tableau 3). Au Ghana elle atteint en 1998 la proportion plus basse (20 %) pour la sous-région. Les âges médians des femmes à la première union commencent aussi à reculer, au Ghana de 19,2 ans en 1979 à 20,6 ans en 1998 ; au Cameroun, de 17,3 ans en 1978 à 19,4 en 1998, par exemple. Les pays du Sahel sont moins engagés dans ce mouvement, à l'exception du Sénégal dont la fécondité commence seulement à baisser en dépit d'un fort recul de l'entrée en union (17 ans en 1978 et 20,6 ans en 1997 ; tableau 2).

2. Diminution de l'écart d'âge entre époux et premiers signes de baisse de la polygamie

Ce recul de l'entrée en union féminin s'accompagne dans une moindre mesure d'un recul de l'entrée en union des hommes. Sans surprise il y a donc une diminution des écarts d'âge à l'entrée en union (tableau 2), qui sont, on le sait, un des mécanismes essentiels de l'exercice de la polygamie. En modifiant les effectifs de variables, la diminution de l'écart d'âge au mariage rendra plus difficile, à terme, la pratique de la polygamie. On enregistre effectivement en Afrique de l'Ouest les premiers signes d'un tel recul. C'est une perspective nouvelle dans le champ des relations matrimoniales, même si cette baisse récente laisse encore les pays d'Afrique de l'Ouest largement en tête des pays subsahariens. Les enquêtes EDS-DHS donnent, pour 9 pays ouest-africains, l'évolution des proportions d'épouses en situation de polygamie vers 1990 et vers 1998 (tableau 4). Une correspondance se dessine entre recul de la polygamie et baisse de la fécondité : dans les pays où l'indice synthétique de fécondité se rapproche de la définition de "fécondité intermédiaire", la baisse a été manifeste (Ghana, Cameroun, Nigeria mais aussi Togo). Cependant, c'est encore une femme sur trois au Nigeria et 2 femmes sur 5 au Togo dont l'époux est polygame. Par contre trois pays dont la fécondité n'a pas commencé à baisser ont connu une légère augmentation des proportions de femmes en état de polygamie (Guinée, Burkina-Faso et Niger).

3. Des unions plus instables, des ruptures plus fréquentes

Avec la crise des économies africaines, les unions consensuelles, de statut précaire, sont plus nombreuses qu'auparavant, soit parce qu'elles engagent moins les partenaires, décidés chacun à garder leur autonomie, soit parce que les étapes des processus matrimoniaux classiques et spécialement la compensation matrimoniale, sont trop coûteuses. De leur côté, les ruptures par séparation ou divorce sont en augmentation, à la fois en raison de la crise économique et de l'augmentation de l'autonomie des femmes, car ce sont elles en général qui prennent l'initiative des ruptures (Locoh, 1994). Les séparations induites par les migrations et la plus grande fragilité des unions "informelles" sont aussi des causes d'accroissement des ruptures. Il n'y a pas jusqu'aux veuves qui sont moins souvent qu'auparavant prises en

charge par la famille du mari. La contrainte du lévirat ne s'applique que dans les sociétés rurales restées traditionnelles. Les périodes où les femmes sont sans partenaires ont donc tendance à s'allonger, ce qui à terme ne sera pas sans effet sur la fécondité. L'épidémie de sida joue également son rôle dans les séparations. Les veuvages sont plus fréquents, les séparations aussi au cas où un partenaire apprend la séropositivité de l'autre.

D. LES ARRANGEMENTS RESIDENTIELS

On évoque souvent la diminution de la taille des ménages comme un indicateur possible d'un changement des modèles familiaux, une nucléarisation, qui serait favorable à la baisse de la fécondité. On n'a pas observé jusqu'à présent un mouvement très net en ce sens. En Afrique du Nord, l'Algérie donne l'exemple inverse. Le maintien du nombre moyen de personnes par ménage, dû à la pénurie dramatique de logements, est allé de pair avec la baisse de la fécondité. De même en Afrique de l'Ouest, malgré ou à cause des difficultés économiques, on continue à observer des ménages de type élargi avec une cohabitation assez fréquente de plusieurs générations. Ce mode de prise en charge intergénérationnel est favorable au maintien du contrôle des ménages jeunes par les plus anciens et crée parfois des conflits d'opinions et de valeurs, notamment dans le domaine très sensible des choix de fécondité.

Un autre type de ménage est très courant dans les pays de la côte Ouest-africaine, celui des femmes chefs de ménage. Ils traduisent tantôt l'installation de situations de polygamie sans co-résidence, tantôt la prise d'autonomie de femmes qui savent pouvoir subvenir à leurs besoins. Les pays dont la fécondité a commencé à baisser en Afrique de l'Ouest sont aussi ceux où il est courant que les femmes soient chefs de ménage et où cette proportion augmente entre deux observations du début et de la fin des années 1990 (sauf au Togo). Le Ghana ne compte pas moins de 35 % de chefs de ménage féminins et le Togo 28 %. On a là un indicateur, à la fois des capacités d'autonomie des femmes et de la situation souvent précaire dans laquelle elles se trouvent lorsqu'elles assument leurs responsabilités familiales (tableau 5). Beaucoup de femmes paient très cher cette autonomie de résidence, mais elles en ont aussi les avantages : autonomie financière et psychologique dans un monde officiellement encore très patriarcal. C'est surtout en milieu urbain que l'on rencontre les femmes chefs de ménage (contrairement à la situation observée en Afrique de l'Est où elles sont plus nombreuses en milieu rural).

E. LES REPARTITIONS DES RESPONSABILITES DANS LA GESTION DE LA REPRODUCTION

1. Une gestion lignagère des descendants

Jusqu'à présent la prise en charge des enfants n'était pas l'apanage exclusif des parents biologiques. La famille au sens large, grands-parents, oncles et tantes, autres membres du lignage ont coutume d'y contribuer par le système du confiage des enfants. L'accueil d'enfants apparentés a toujours été un moyen de gérer les crises sanitaires et de protéger les enfants en cas de décès des parents. C'est ce que l'on voit avec l'épidémie de sida. Les grands-parents mais aussi des oncles et des tantes, des frères et sœurs plus âgés, sont en première ligne dans l'accueil des orphelins. La circulation des enfants entre différents ménages apparentés n'est pas limitée aux orphelins. C'est une pratique assez généralisée qui contribue à inscrire l'enfant dans sa grande famille lignagère et non dans le seul giron de ses parents biologiques. Par exemple, au Sénégal, à peu près 25 % des enfants de moins de 15 ans sont confiés à un ménage différent de celui de leurs parents biologiques et entre 10 et 14 ans cette proportion passe à 35 %.

Sur une période de 11 ans la proportion des enfants "confiés" de moins de 15 ans est restée assez stable, passant de 27 % en 1986 à 25,5 % en 1997 (Vandermeersch, 2000).

Cette pratique permet de répartir la charge démographique des descendants d'un lignage, mais elle atténue la personnalisation des relations des parents biologiques avec leurs enfants, et partant la conscience de leur responsabilité de géniteurs. On peut penser que si le désir d'une nombreuse descendance s'atténue, il ira de pair avec une plus grande individualisation des rapports entre parents et enfants et donc une érosion des habitudes de confiage des enfants. Actuellement, même si, en ville, certains ménages commencent à essayer de se soustraire à l'accueil d'apparentés, cette pratique est encore très courante et résiste globalement aux changements, même là où la fécondité a baissé. Au Cameroun par exemple, elle se situe aux alentours de 22 % en 1998 comme en 1991.

2. Une forte séparation des droits et responsabilités des époux

En Afrique de l'Ouest, la vie conjugale est marquée par une faible solidarité des époux (Fapohunda et Todaro, 1988). La séparation des biens, des revenus de la production agricole ou des salaires, la polygamie sans corésidence, les unions informelles sans cohabitation en sont des expressions courantes. Par ailleurs, tous les adultes ont d'autres solidarités à respecter que celles qui les lient à la famille biologique qu'ils ont eux-mêmes fondée. Chacun, homme et femme, doit tout au long de sa vie apporter son aide à ses aînés et ces responsabilités peuvent venir en concurrence avec l'entretien en commun des descendants. Les hommes et les femmes ont des rôles assez clairement séparés dans la prise en charge des coûts de la reproduction. Les femmes ont à gérer l'essentiel de la survie quotidienne de leur famille (nourrir et vêtir les enfants), les hommes interviennent ponctuellement pour des dépenses, il est vrai conséquentes (cérémonies, frais de scolarité et de santé). Ces lignes de partage sont parfois dépassées. Dans certains cas les hommes voient leur rôle traditionnel de "dominant" remis en cause par les revers économiques qui les privent d'accès à une activité productive, des expériences qui, à leur corps défendant, déstabilisent leurs positions sociales et familiales antérieures. L'activité des femmes devient alors l'unique source de revenu du ménage. Ces situations contraignent hommes et femmes à revoir leurs choix, tant dans le domaine de la production que de la reproduction, à adopter des stratégies plus individualistes ou plus solidaires selon les cas, au rang desquels s'imposent des décisions en matière de fécondité. Et le spectre de l'épidémie de sida perturbe également l'instauration de stratégies communes. Bien rares sont les couples où l'évocation commune d'une séropositivité peut émerger et conduire à l'adoption de décisions en commun (Hassoun, 1997).

3. L'émergence de couples plus solidaires.

On observe aussi l'adoption par certains jeunes adultes, d'un mode de vie plus axé sur l'épanouissement affectif des époux et la solidarité dans la prise en charge de l'éducation des enfants. En général, on trouve ces couples parmi les jeunes citadins instruits, hommes et femmes, la classe moyenne naissante pourrait-on dire. Ils adoptent des objectifs précis à l'égard de leurs enfants, en termes de santé, d'éducation, de réussite professionnelle, qui les portent à limiter leur descendance, dans le contexte actuel de forte crise économique. C'est en leur sein que l'on trouve les plus forts taux de convergence des opinions et des comportements en matière de fécondité. Ils sont mieux armés pour utiliser efficacement une contraception moderne dont ils ressentent le besoin. Ils ont adopté un nouveau modèle familial à faible descendance, ils peuvent, en général accéder à des services de contraception et leur formation leur permet de les utiliser à bon escient. Les niveaux de fécondité atteints dans les capitales en Afrique de l'Ouest (2,9 enfants par femme à Lomé, 3,1 à Yaoundé et Douala, 3,4 à Abidjan, 2,7 dans le district d'Accra) attestent de changements qui sont en partie dus à cette frange de la population.

La convergence des aspirations des époux en matière de descendance et l'accord des réponses masculines et féminines sur les décisions de contraception ont été mis en évidence au Ghana dans la dernière enquête EDS-DHS (Andro, 2001). Cette évolution contraste avec celle des pays du Sahel où il y a très peu d'accord entre les conjoints et où les seules opinions masculines jouent un rôle déterminant dans l'accès ou non à la contraception (Andro et Hertrich, 2001).

F. LES PROCESSUS D'AUTONOMISATION DES INDIVIDUS.

Les changements dans les rapports de dépendance inter-générationnels et l'érosion des contrôles traditionnels sur le mariage sont accélérés par la migration vers les villes. En milieu rural ces contrôles continuent à peser plus lourd, mais en ville, même en cas de cohabitation de plusieurs générations, l'émancipation des jeunes commence à entrer dans les mœurs et leur capacité à contourner les contrôles de leurs parents s'accroît. C'est d'évidence lorsqu'ils ont été scolarisés et ont pu accéder à des emplois qui leur assurent un revenu personnel. Les parents continuent alors à être consultés mais leurs avis ou injonctions, en matière d'unions comme en matière de descendance, sont beaucoup moins strictement respectés.

Quand on parle de fécondité la question de l'autonomie des choix individuels se pose non seulement entre anciens et cadets mais aussi et surtout entre hommes et femmes. La structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes a des effets directs, à tous les niveaux, sur la gestion sociale de la reproduction. Au Nigeria, par exemple, une étude a montré que l'autonomie économique des femmes avait un effet positif, toutes choses égales par ailleurs, sur leur pratique de la planification familiale (Kritz *et al.*, 2000). Le système des relations de genre agit en effet aussi bien au niveau de chaque individu, dans ses stratégies reproductives, qu'au niveau de la société en général dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. Autrement dit, les rapports sociaux de sexe définissent, d'une part les modalités de la prise de décision en matière de fécondité entre un homme et une femme, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent la procréation (grossesse, accouchement, prise en charge des enfants). La négociation entre époux sur le nombre d'enfants souhaités dépend étroitement de la structure de ces rapports entre hommes et femmes et sera décisive dans cette période de transition et de changement des aspirations familiales (Bankole, 1995 ; Andro et Hertrich, 2001).

Dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, les femmes ont su faire preuve d'une remarquable autonomie dans le domaine de la production, ce qui a permis à beaucoup d'avoir aussi une très grande liberté de déplacement et même d'installation dans des résidences séparées, situation très différente d'autres sociétés du tiers-monde. En matière de fécondité, néanmoins, leur marge de manœuvre était et est encore, pour beaucoup, limitée à la période du post-partum où elles peuvent refuser de reprendre trop vite des rapports sexuels. Elles n'ont que peu de possibilité de limiter leur descendance, aussi bien en raison des pressions familiales qu'en raison de la faiblesse de l'offre de services de contraception. Il reste beaucoup à faire dans ce domaine et cela explique que dans les premiers pays où la fécondité baisse, comme le Cameroun et le Ghana, cela passe plus souvent par les méthodes d'espacement des naissances que par l'adoption de la contraception. Le fait qu'au Ghana, la baisse de 2 enfants par femme en 20 ans se soit réalisée avec une pratique de la contraception moderne qui n'excède pas 11 % en 1998 (tableau 7), montre bien que la maîtrise de la fécondité s'exerce avec des moyens très divers, comme cela a d'ailleurs été le cas en Europe où la transition de la fécondité a été réalisée bien avant l'existence de moyens de contraception. On peut aussi penser qu'une meilleure disponibilité de la contraception accélérerait la baisse de la fécondité qui s'est jusqu'ici surtout réalisée avec les moyens traditionnels, et dans les villes avec des avortements clandestins en augmentation rapide (Desgrées du Loû *et al.* 1999).

G. VERS UNE BAISSÉ RAPIDE DE LA FÉCONDITÉ EN AFRIQUE DE L'OUÉST ?
UN ESSAI DE COMPARAISON ENTRE CAMEROUN ET TUNISIE

Les pays subsahariens, et notamment ceux de l'Afrique de l'Ouest, qui montrent une baisse fécondité de un à deux enfants par femme après avoir connu jusqu'en 1980 environ des indices synthétiques de fécondité de l'ordre de 6-7 enfants vont-ils rapidement évoluer vers des niveaux assurant juste le remplacement des générations ? Tirer les leçons de l'expérience d'autres pays peut être un moyen d'anticiper l'avenir. Il est par exemple tentant de comparer les pays d'Afrique de l'Ouest à ceux de l'Afrique du Nord qui sont beaucoup plus avancés dans leur processus de baisse de la fécondité et sont passés, chacun à leur rythme, mais au bout du compte en un peu plus d'une génération seulement, d'une fécondité élevée supérieure à 7 enfants par femme, à une fécondité fortement contrôlée qui ne dépasse guère 2 enfants par femme en l'an 2000 (Ouadah-Bedidi et Vallin, 2000). Au Nigeria, en Côte d'Ivoire et au Cameroun, en 1998, l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 5,2 enfants par femme, identique à celui de la Tunisie 20 ans plus tôt. Ce n'est là que coïncidence arithmétique (qui plus est, quelque peu incertaine compte-tenu des modes de calculs des indices de fécondité au moyen d'enquêtes). Peut-on penser qu'elle augure, d'ici 20 ans, d'une fécondité de 2 enfants par femme aux alentours de 2020 en Afrique de l'Ouest ?

Les sociétés d'Afrique subsaharienne valorisent un ensemble de normes et de vécus familiaux très différents, quand ce n'est pas opposés, des sociétés du Maghreb. L'entrée en union, les premières expériences sexuelles, la solidarité conjugale, le statut des femmes, les modes de vie en famille sont autant de facteurs qui infléchissent différemment, dans ces deux régions, l'évolution de la fécondité. Les normes qui régissent les idéaux familiaux s'incarnent aussi dans les politiques sociales et de population. Elles renforcent les "distances" entre pays d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest. La comparaison de la Tunisie et du Cameroun, le second ayant en 1998 le même indice synthétique de fécondité que la Tunisie en 1978 nous servira d'exemple (tableau 6).

Le Cameroun contemporain est moins urbanisé (39 %) que la Tunisie de 1978 (52 %) et les écarts d'ISF selon le lieu de résidence y sont plus élevés. Par contre la population féminine est plus alphabétisée au Cameroun (65 % parmi les femmes de 6 ans et plus, 39 % en Tunisie en 1978) mais, en Tunisie il y a 20 ans, la fécondité avait déjà baissé même parmi les femmes illettrées, ce qui ne s'est pas encore produit au Cameroun où elles ont en moyenne 6,6 enfants. En Tunisie, il y a vingt ans, les écarts de fécondité entre femmes illettrées (ISF=5,5) et femmes de niveau secondaire (ISF= 2,9) étaient moins marqués qu'ils ne le sont en 1998 au Cameroun où, dans chaque catégorie d'instruction, le niveau de fécondité est aussi en moyenne plus élevé qu'en Tunisie. Au Cameroun, pour s'en tenir à ces deux variables explicatives "classiques" de la fécondité, les niveaux de fécondité sont plus distants selon la catégorie qu'ils ne l'étaient en Tunisie.

Mais ce sont surtout deux facteurs intermédiaires qui diffèrent fortement entre les deux pays : la nuptialité et la pratique de la contraception efficace. Au Cameroun, les femmes entrent en union beaucoup plus jeunes, 36 % sont en union à 15-19 ans en 1998 alors que c'était le cas de 6% seulement des Tunisiennes en 1978. Même constatation à 20-24ans et 25-29 ans. L'âge moyen au premier mariage était donc de trois ans plus élevé (23,9 ans) en 1978 en Tunisie qu'au Cameroun en 1998 (20,2 ans). Les pratiques matrimoniales ont joué un rôle majeur dans la baisse rapide de la fécondité en Tunisie et dans tout le Maghreb, d'autant plus que la fécondité hors mariage, fortement condamnée, reste très marginale. Au Cameroun, au contraire, la nuptialité féminine est encore, en 1998, assez précoce même si on observe

un recul récent de l'âge au premier mariage. En raison de la tolérance de la société pour les naissances pré-nuptiales ou hors mariage, le retard de l'entrée en union est, beaucoup moins qu'en Tunisie, un facteur de diminution de la fécondité.

Quant à la pratique de la contraception moderne, là encore les différences de comportement sont très accusées. À niveau de fécondité identique (5,2 enfants par femme), les Tunisiennes en union, en 1978, étaient déjà 34 % à recourir à la contraception alors que 7,1 % seulement des Camerounaises sont dans ce cas en 1998, presque cinq fois moins. Parmi les jeunes femmes (20-24 ans) en union les Tunisiennes étaient trois fois plus nombreuses à pratiquer la contraception moderne (16 %) que les Camerounaises actuellement (5,3 %). En Tunisie, il y avait déjà en 1978 une proportion relativement importante de femmes qui, au sein de l'union, avaient recours à la contraception moderne, grâce au programme de planning familial fortement soutenu par les autorités gouvernementales qui existait depuis le début des années 1970 (Gueddana, 2001). Au Cameroun, ce soutien officiel n'a été acquis que depuis une dizaine d'années (Locoh et Makdessi, 1996). Jusqu'à présent il n'a donné lieu qu'à un petit nombre d'équipements et à une diffusion encore timide hors des villes. Les femmes en union ont presque cinq fois moins recours à la contraception moderne que les Tunisiennes en 1978.

Cette comparaison donne plusieurs indications sur les modes de passage d'une fécondité élevée à une fécondité maîtrisée. Comment une pratique très modeste de la contraception moderne et une entrée en union précoce, bien qu'en léger recul conduisent-elles néanmoins le Cameroun à un niveau de fécondité identique à celui de la Tunisie de 1978 ? La réponse est dans l'espacement des naissances, obtenu par l'allaitement prolongé et l'abstinence post-partum. Elle est aussi dans une moindre mesure, dans le recours probable, depuis peu, à l'avortement. Autres indications à prendre en compte : le Cameroun a une plus forte scolarisation des filles qui pourrait jouer un rôle accélérateur de la baisse à venir de la fécondité, par contre il est moins urbanisé et surtout l'équipement du milieu rural en infrastructures notamment sanitaires est très inférieur à celui de la Tunisie en 1978, ce qui peut être un frein sérieux à la diffusion de la contraception moderne.

H. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Les structures familiales en Afrique de l'Ouest connaissent des transformations rapides que nous avons esquissées et dont les conséquences sur la gestion des descendance et la maîtrise de la fécondité sont encore incertaines. Pour les jeunes adultes, aujourd'hui, la constitution d'une famille assurant la stabilité et la sécurité à ses membres deviendra de plus en plus difficile à réaliser. Quels comportements adopteront-ils en matière de fécondité ? Un moindre désir d'enfants très probablement, une pratique encore incertaine de la contraception, avec sans doute un plus fréquent recours à l'avortement clandestin, un moindre respect des solidarités familiales obligées, pas toujours remplacé par un plus grand attachement aux solidarités de couple. Il y a beaucoup d'incertitudes dans cet avenir qui se dessine dans les jeunes générations. Certains s'approcheront du modèle de fécondité fortement contrôlé de l'Afrique du Nord mais probablement avec un tout autre calendrier d'entrée en union et d'autres méthodes, la contraception cohabitant avec les méthodes traditionnelles d'espacement. D'autres, très nombreux en milieu rural, tout en ressentant le bien-fondé d'une famille de taille restreinte auront du mal à s'y conformer, en raison de la pression sociale toujours vivace et du recours majoritaire aux méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, la contraception moderne restant très difficile d'accès pour eux.

En ce qui concerne les modalités de l'union, le début du recul de l'entrée en union ne joue qu'un rôle modéré sur le début de la vie féconde, compte tenu de la permissivité qui règne sur le début des relations sexuelles des jeunes. C'est dans les milieux scolarisés et citadins que se produit plus efficacement

un contrôle de la fécondité initiale. Mais au-delà de son effet sur le calendrier de la fécondité, le retard de l'entrée en union et/ou en vie féconde qu'on commence à observer a un effet plus diffus mais certainement tout aussi important sur la "construction de soi" des jeunes (et surtout des jeunes filles) en leur permettant de vivre une période entre enfance et âge adulte susceptible de consolider leur autonomie. Plus les jeunes ont le temps d'acquérir une certaine indépendance plus ils auront tendance à vouloir participer aux décisions qui les concernent, au premier rang desquelles le mariage et éventuellement la pratique de la contraception dans le mariage. Cette évolution de l'entrée en union va probablement atténuer la distance qui caractérise jusqu'à maintenant les relations de couples dans les sociétés où l'écart d'âge entre conjoints est élevé et, qui plus est, valorisé comme un moyen d'assurer mieux la prééminence masculine en la renforçant par la séniorité.

Dans la vie conjugale, deux mouvements antagonistes qui s'expriment en général dans des milieux différents, pourraient être l'un et l'autre favorables à une baisse de la fécondité : l'autonomie accrue des femmes renforcée par la tradition de séparation des biens et revenus, d'une part, la solidarité plus forte au sein du couple d'autre part. Dans certains milieux c'est l'autonomie accrue des épouses, allant jusqu'à la résidence séparée qui peut favoriser une meilleure maîtrise de la fécondité. Dans d'autres milieux c'est l'émergence de couples plus unis et ayant en commun des objectifs de promotion pour leurs enfants qui les conduira à réduire la taille de leur descendance. On peut alors s'attendre à une augmentation de la pratique contraceptive. On a vu que la convergence entre époux des attitudes favorables à la contraception augmente au Ghana, par exemple.

Il reste que la pratique contraceptive, si on s'en tient aux taux pour l'ensemble des femmes, reste discrète même dans les pays les plus "avancés" (Tableau 7), 11 % au Ghana, guère plus de 8% au Nigeria, au Cameroun et au Togo. On est loin de la situation tunisienne de 1978 (34 %) qui nous a servi d'illustration. Si la fécondité baisse quelque peu en Afrique de l'Ouest c'est plus par les méthodes traditionnelles d'espacement, ou en raison de séparations temporaires ou d'unions sans corésidence, toutes stratégies que savent utiliser les femmes pour maîtriser leur descendance. La pratique de la contraception, contrairement à ce qui s'est passé ailleurs progresse lentement et les femmes en particulier n'ont pas encore les coudées franches en ce domaine. Certes le désir de maîtrise de la fécondité fait son chemin dans les milieux éduqués des villes mais en milieu rural peu de choses ont bougé, tant sur le plan des contraintes familiales ou matrimoniales que sur celui des équipements et de l'information.

La probable diminution de la polygamie est une expression des changements en gestation. Elle évolue sous la double influence des progrès économiques et sociaux des deux premières décennies d'indépendance et de la crise économique qui rend plus difficile l'installation de plusieurs épouses au moins dans les villes. Elle traduit peut-être la préférence d'un certain nombre d'adultes pour une union monogame solidaire et certainement, pour un nombre croissant de femmes, le choix d'être chef de ménage (éventuellement avec un partenaire qui n'est pas un époux "officiel") plutôt que de résider dans un ménage avec d'autres coépouses. Il est probable aussi que les veuves et divorcées sont moins contraintes au remariage qu'elles ne l'étaient auparavant.

Les effets d'une baisse de la polygamie sur la fécondité ne seront pas univoques. Au niveau individuel, les études les plus précises ont montré que la polygamie n'avait pas d'effet marquant sur la fécondité d'une épouse, toutes choses égales par ailleurs, notamment son rang (Effah, 1999). Si les femmes en polygamie ont moins d'enfants c'est par un effet de sélection : les femmes infécondes ou peu fécondes y sont plus nombreuses, ainsi que les femmes en seconde ou troisième union dont les maris ont peut-être une moins forte demande d'enfants. C'est au niveau collectif que les effets de la baisse de la polygamie sur la fécondité devraient se faire sentir, de deux façons : (a) la diminution de la propension à

être polygame diminue la fluidité du marché matrimonial et la probabilité que toutes les femmes ou presque soient exposées au risque de concevoir ; (b) l'augmentation des unions polygames sans co-résidence, peu ou pas reconnues par les familles atténue la capacité des familles à faire pression sur le "devoir" de descendance d'une femme qui n'a pas de statut très reconnu et les femmes de leur côté, souvent responsables seules de leur ménage, pourraient avoir une plus forte motivation à limiter la taille de leur descendance

Le désir d'avoir une nombreuse descendance n'est plus aussi répandu qu'il y a vingt ou trente ans mais dans les enquêtes EDS-DHS d'Afrique de l'Ouest, le nombre souhaité d'enfants est le plus souvent égal ou supérieur à quatre. Les femmes ayant trois enfants vivants qui déclarent n'en plus vouloir sont largement minoritaires même dans les pays que nous avons considérés comme à fécondité "intermédiaire". Leur proportion a fortement augmenté au Ghana entre 1988 (13,7 %) et 1998 (36 %) et plus modérément au Togo. Partout ailleurs cette proportion a peu évolué et reste inférieure à 15 % (tableau 8).

On peut s'attendre à des évolutions contrastées entre villes et campagnes, celles-ci étant toujours les laissées pour compte des équipements collectifs, centres de santé (où sont le plus souvent dispensés les conseils de planification familiale), écoles, entreprises créatrices d'emplois rémunérateurs non agricoles, etc. La crise accélère les changements de comportements dans les milieux déjà enclins à adopter de nouveaux modes de vie familiaux par leur insertion dans la modernité, mais la majorité des populations rurales africaines reste encore à l'écart de ces mutations. Néanmoins, dans les trois pays (Ghana, Cameroun, Nigeria) à fécondité intermédiaire d'après les enquêtes des années 1998-99, la fécondité en milieu rural se rapproche des 5 enfants par femme. Réduire les disparités entre villes et campagnes sera l'un des enjeux majeurs d'une baisse rapide de la fécondité. C'est ce qu'a réussi la Tunisie où les différences d'âge au mariage, de pratique contraceptive, et partant de fécondité, entre milieu rural et urbain ne sont pas loin d'être oubliées (Figure 1). Pour les capitales de l'Afrique côtière, on n'a pas de données pour Lagos et l'ensemble des villes du Nigeria a un ISF voisin de 4,5 enfants par femme. Mais à Douala et Yaoundé, Accra, Lomé, Abidjan, on n'est pas loin d'une fécondité entre 2 et 3 enfants par femme (tableau 7). Tout indique que la baisse va s'y généraliser. La motivation est là, les moyens sont encore très insuffisants et hélas le recours à l'avortement y fait des ravages, alors que la contraception devrait y être mieux dispensée. Mais en milieu rural, l'avenir est encore très incertain. Dans un pays comme le Togo, en pleine déroute économique et politique, où les infrastructures sanitaires sont dramatiquement insuffisantes, on peut se demander si les femmes vont être en mesure d'assurer la modération de leur fécondité qu'elles sont de plus en plus nombreuses à souhaiter et si oui à quel prix pour leur santé.

Le Ghana semble être le pays le plus près d'achever son cycle de baisse. Sa fécondité est restée inchangée jusqu'aux alentours de 1985, en dépit d'une politique de limitation de la croissance démographique clairement exprimée et malgré (ou à cause ?) d'une longue période de dépression économique. Lorsque la situation politique et économique est redevenue plus favorable, la fécondité a rapidement décliné (de 2 enfants en moyenne entre 1988 et 1998).

Désormais, en Afrique subsaharienne, le désir de maîtriser la fécondité est à la rencontre de deux bouleversements antagonistes, ceux qu'a apportés la croissance et les débuts de ce qu'on appelle le développement (baisse de la mortalité, instruction plus répandue, amélioration des infrastructures collectives, naissance d'un salariat, notamment) d'une part, ceux qu'a engendré l'effondrement économique des années 1980 (pertes d'emplois urbains, difficultés financières quotidiennes accrues, départ des jeunes formés, détérioration des infrastructures, fin de l'enseignement gratuit, etc. ; Coussy et Vallin, 1996). L'urbanisation, les progrès de la santé, de l'instruction ont commencé à introduire de nouveaux rapports

entre aînés et cadets, entre maris et femmes. Des couples d'un type nouveau, parfois des mères chefs de famille, ont pris conscience de nouvelles aspirations pour leurs enfants. Par ailleurs, l'accroissement des contraintes économiques et des pénuries a renforcé la prise de conscience de la nécessité de limiter la descendance. C'est à la rencontre des progrès dus à la croissance des années 1960-1975 et des effets négatifs de la crise économique, qui n'ont cessé de s'aggraver depuis, que s'enracine le désir de familles moins nombreuses en Afrique de l'Ouest. Si on considère (a) l'érosion des idéaux de la famille nombreuse, (b) le nombre conséquent de femmes qui sont capables de gérer elles-mêmes leur famille et d'en prendre la responsabilité économique (c) l'arrivée de jeunes adultes ayant été scolarisés (d) et enfin l'émergence, dans certains milieux, de couples plus fortement solidaires, on a là des facteurs qui tous convergent à une meilleure prise de conscience de l'intérêt des descendance moins nombreuses.

La famille de deux ou trois enfants sera t'elle adoptée en Afrique de l'Ouest, à l'horizon d'une génération ? C'est peu probable pour les pays du Sahel encore à l'aube de leur transition de la fécondité. C'est très concevable dans toutes les capitales de l'Afrique côtière. C'est beaucoup moins sûr dans les campagnes et les villes moyennes à moins qu'elles ne bénéficient, à brève échéance, des équipements indispensables en matière de santé, notamment de santé reproductive, d'éducation et d'emplois. Quand une baisse de fécondité est visible statistiquement, elle est le produit de changements familiaux bien antérieurs qui ont agi de façon souterraine. C'est ce qui s'est passé au Ghana, c'est probablement ce qui est en gestation dans d'autres pays, d'où l'importance, pour mieux anticiper l'évolution de la fécondité, de suivre des indicateurs de structures familiales tels que l'âge à l'entrée en union, les taux de polygamie, les taux de femmes chefs de ménage, la proportion d'enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques, le niveau d'accord entre hommes et femmes dans la pratique de la contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- Andro, Armelle (2001) "*Décisions de fécondité au sein des couples en Afrique de l'Ouest. Quelles négociations entre hommes et femmes ?*" Communication présentée au Colloque international "Genre, population et développement en Afrique" de l'INED-ENSEA-IFORD, Abidjan, 25 p.
- Andro, Armelle et Hertrich, Véronique(2001). "*La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ?*", *Population* n°5, 50 p.
- Bankole, Akinrinola (1995) "*Desired Fertility and Fertility Behaviour among the Yoruba of Nigeria: A Study of Couple Preferences and Subsequent Fertility*", *Population Studies*, Vol. 49, No. 2. (Jul., 1995), p. 317-328.
- Ben Salem Lilia et Locoh Thérèse, (2001). "*Les transformations du mariage et de la famille*" *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, p. 203-232 (dir. Jacques Vallin et Thérèse Locoh), 801 p.
- Bongaarts, John (1978). "*A framework for analysing the proximate determinants of fertility*", *Population and Development Review*, 3: p.63-102.
- Coussy, Jean et Vallin, Jacques, (dir.), (1996) *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographique*, Paris, CEPED, x p.+580 p. [coll. Les Études du CEPED, n°13].
- Desgrées du Loû, Annabel, Msellati, Philippe, Viho, Ida, Welffens-Ekra, Christiane (1999) "*Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ?*", *Population*, n° 3,

- mai-juin 1999, p. 427-446
- Effah, Kofi B. (1999). "A reformulation of the polygyny-fertility hypothesis" *Journal of Comparative Family Studies*, n°3, p. 381-408.
- Fapohunda, Eleanor and Todaro, Michael, (1988). "Family Structure, Implicit Contracts and the Demand for Children in Southern Nigeria", *Population and Development Review*, 14 (4), p. 571-594.
- Gueddana, Nebiha (2001). "L'expérience du programme tunisien de planification familiale ", *Population et développement en Tunisie, la métamorphose*, p. 203-232 (dir. Jacques Vallin et Thérèse Locoh), 801 p.
- Hassoun, Judith (1997). *Femmes d'Abidjan face au sida.*, Paris, Karthala, 202 pages.
- Hertrich, Véronique (2001). *Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années*. Communication présentée au colloque "Genre, population et développement en Afrique", ENSEA, INED, IFORD et UEPA, Abidjan, 16-21 juillet, 32 p.
- Kritz Mary, Makinwa-Adebusoye Paulina and Gurak Douglas T. (2000). "The role of gender context in shaping reproductive behavior in Nigeria" in Harriet B. Presser and Gita Sen (eds) *Women's empowerment and demographic processes : Moving beyond Cairo*, p.239-260. Oxford, Oxford University Press, 426 p. [International Studies in Demography]
- Lesthaeghe, Ron (éd.), (1989). "Social Organisation, Economic Crises and the Future of Fertility Control", in Lesthaeghe Ron (Ed.) *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, p. 475-497), Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- Locoh, Thérèse (1994). "Social change and marriage arrangements : New types of union in Lomé, Togo", in : Caroline Bledsoe et Gilles Pison (éds.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 215-230, Oxford, Clarendon Press, (International Studies in Demography), 326 p.
- Locoh, Thérèse and Makdessi, Yara (1996). *Population Policies and Fertility Decline in Sub-Saharan Africa*. Paris, CEPED, 40 p. [The CEPED series, n°2]
- Joseph, Véronique et Garenne, Michel (2001). *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne* Paris, CEPED, 64 p. [Les dossiers du CEPED, n° 66]
- ONAPO, (1982). *Enquête tunisienne sur la fécondité*, 1978. Tunis, République tunisienne, 2 vol.
- Ouadah-Bedidi, Zahia et Vallin, Jacques (2000). "Maghreb : La chute irrésistible de la fécondité", *Population et sociétés*, bulletin de l'INED, n° 359, (juillet-Août), 4 p.
- Ouadah-Bedidi, Zahia (2002). *Structures familiales et baisse de la fécondité au Maghreb*, Données statistiques communiquées à l'auteur, à paraître, 6 p.
- United Nations (2000). *World Population Prospects: the 2000 Revision, Comprehensive Tables*—New York, United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division, 745 p.
- Vandermeersch, Céline (2000). *Les enfants confiés au Sénégal*, Thèse de Doctorat, Institut d'études politiques, Paris, 502 p.

TABLEAU 1. ÉVOLUTION DE L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF*)
DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE DISPOSANT D'AU MOINS DEUX ENQUÊTES

Pays	EMF (1977-82)		EDS (1986-89)		EDS (1990-1994)		EDS (1995-99)	
	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF
Afrique de l'Ouest et centrale								
Ghana	1979-80	6,5	1988	6,4	1993	5,5	1998	4,5
Cameroun	1978	6,3	-	-	1991	5,8	1998	5,2
Nigeria	1981-82	5,9	-	-	1990	6,0	1999	5,2
Côte d'Ivoire	1980-81	7,4	-	-	1994	5,7	1998	5,2
Togo	-	-	1988	6,4	-	-	1998	5,4
Guinée	-	-	-	-	1992	5,7	1999	5,5
Sénégal	1978	7,1	1986	6,6	1992-93	6,0	1997	5,7
Bénin	1981-82	7,1	-	-	-	-	1996	6,3
Mali	-	-	1987	6,9	-	-	1995-96	6,7
Burkina-Faso	-	-	-	-	1993	6,9	1998/99	6,8
Niger	-	-	-	-	1992	7,4	1998	7,5
Afrique de l'Est et australe								
Zimbabwe	-	-	1988-89	5,3	1994	4,3	-	-
Kenya	1977-78	7,9	1989	6,7	1993	5,4	1998	4,7
Tanzanie	-	-	-	-	1991-92	6,5	1996	5,8
Zambie	-	-	-	-	1992	6,5	1996	6,1
Rwanda	1983	8,5	-	-	1992	6,2	-	-
Ouganda	-	-	1988-89	7,4	-	-	1995	6,9

Source : Enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) et enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

* Le calcul de l'ISF est fait pour la période de 1 à 59 mois avant l'enquête.

TABLEAU 2. ÉVOLUTION DE LA NUPTIALITE DANS LES PAYS D'AFRIQUE DU NORD ET D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, (ISF<5,5)

Pays	Évolution des indicateurs de nuptialité					ISF vers 1998
	Années d'observation	Âge médian des femmes à la première union		Écart d'âge entre hommes et femmes à la 1 ^{ère} union		
		1976-82	1994-99	1976-82	1994-99	
Afrique du Nord						
Tunisie	1978 et 1995	23,4	25,6	4,3	4,3	2,1 (1999)
Algérie	1977 et 1998	19,4	25,4	5,5	4,6	2,8 (2000*)
Maroc	1979 et 1997	20,9	28,0	4,7	2,0	3,0 (2000*)
Afrique australe et de l'Est						
Afrique du Sud	1980 et 1996	25,2	28,2	2,1	2,5	3,1 (1995)
Botswana	1981 et 1991	26,8	28,2	4,3	2,7	4,0 (2000*)
Zimbabwe	1982 et 1994	19,9	20,4	5,0	5,0	4,3 (1999)
Kenya	1979 et 1998	19,8	20,9	5,5	4,8	4,7 (1998)
Afrique de l'Ouest et centrale, ISF <5,5						
Ghana	1979 et 1998	19,2	20,6	6,9	5,7	4,5 (1998)
Cameroun	1978 et 1998	17,3	19,4	8,8	6,8	5,2 (1998)
Nigeria	1981-82 et 1999	18,6	19,6	?	7,6	5,2 (1999)
Côte d'Ivoire	1979 et 1994	17,3	20,2	9,3	7,4	5,2 (1998)
Togo	1981 et 1998	18,4	21,0	7,1	5,3	5,4 (1998)

Source : Hertrich, 2001 et enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

*Estimations Nations unies.

TABLEAU 3. PROPORTIONS (%) DE FEMMES MARIÉES OU MÈRES AVANT 18 ANS, FEMMES DE 20-24 ANS

Pays	Année d'enquête	Mariées avant 18 ans		Mères avant 18 ans	
		avant 1993	depuis 1993	avant 1993	depuis 1993
Afrique de l'Ouest et centrale, ISF <5,5					
Ghana	1988 et 1998	41	35	23	20
Cameroun	1991 et 1998	58	43	46	33
Nigeria	1990 et 1999	52	40	35	28
Togo	1988 et 1998	43	30	30	23
Afrique de l'Ouest et centrale, ISF ≥ 5,5					
Guinée	1992 et 1999	67	64	49	50
Sénégal	1992/93 et 1997	48	36	34	26
Burkina Faso	1992/93 et 1998/99	62	62	31	33
Mali	1987 et 1995/96	79	70	46	46
Niger	1992 et 1998	83	77	53	46

Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

TABLEAU 4. FEMMES EN UNION POLYGAME POUR CENT FEMMES EN UNION,
AFRIQUE DE L'OUEST. DEUX DERNIERES OBSERVATIONS

Pays	Dates	% femmes en union polygame		ISF vers 1998
		Vers 1990	Vers 1998	
ISF < 5,5				
Ghana	1988 et 1998	28	23	4,5
Cameroun	1991 et 1998	38	33	5,2
Nigeria	1990 et 1999	41	36	5,2
Côte d'Ivoire	1994 et 1999	38	35	5,2
Togo	1988 et 1998	52	43	5,4
ISF ≥ 5,5				
Guinée	1992 et 1999	50	54	5,5
Sénégal	1992 et 1997	48	46	5,7
Burkina-Faso	1993 et 1999	51	55	6,8
Mali	1987 et 1998	45	44	6,7
Niger	1992 et 1998	36	38	7,5

Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS)

TABLEAU 5. PROPORTION (%) DE FEMMES PARMIS LES CHEFS DE MENAGE
SELON LE LIEU DE RESIDENCE, VERS 1990 ET VERS 1998

Pays	Dates des enquêtes	Rural		Urbain	
		Vers 1990	Vers 1998	Vers 1990	Vers 1998
ISF < 5,5					
Ghana	1988 et 1998	30,7	35,4	38,3	34,9
Togo	1988 et 1998	24,8	22,1	28,9	29,9
Cameroun	1991 et 1998	16,8	20,7	25,8	19,9
Nigeria	1990 et 1999	12,9	16,2	18,6	18
ISF ≥ 5,5					
Sénégal	1986 et 1997	8,8	13,1	25,7	19,7
Mali	1987 et 1996	14,4	7	11,6	18,4
Niger	1992 et 1998	7,9	12,9	15,3	15,5
B. Faso	1993 et 1999	5	5	15,5	12,8

Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

TABLEAU 6. COMPARAISON ENTRE LA TUNISIE (1978) ET LE CAMEROUN (1998)

<i>Indices</i>	<i>Tunisie 1978</i>	<i>Cameroon 1998</i>
Indice synthétique de fécondité		
ISF ensemble	5,2	5,2
ISF urbain	4,45	3,9
ISF Rural	6,06	5,8
ISF, Sans instruction	5,52	6,6
ISF, instruction primaire	4,16	5,3
ISF, instruction secondaire	2,87	3,6
Âge moyen au 1 ^{er} mariage	23,9 ans	20,2 ans
Proportion de célibataires		
à 15-19 ans	94,6	64,2
à 20-24 ans	56,3	26,4
à 25-29 ans	19,9	10,9
% pratique de la contraception moderne parmi les femmes en union		
Ensemble, 15-49 ans	34,0	7,1
Urbain, 15-49 ans	38,3	13,1
Rural, 15-49 ans	15,7	4,9
Ensemble, 20-24 ans	16,0	5,3
Résidence et d'instruction		
% population rurale	52	69
% femmes 6 ans et plus, illettrées	61	35

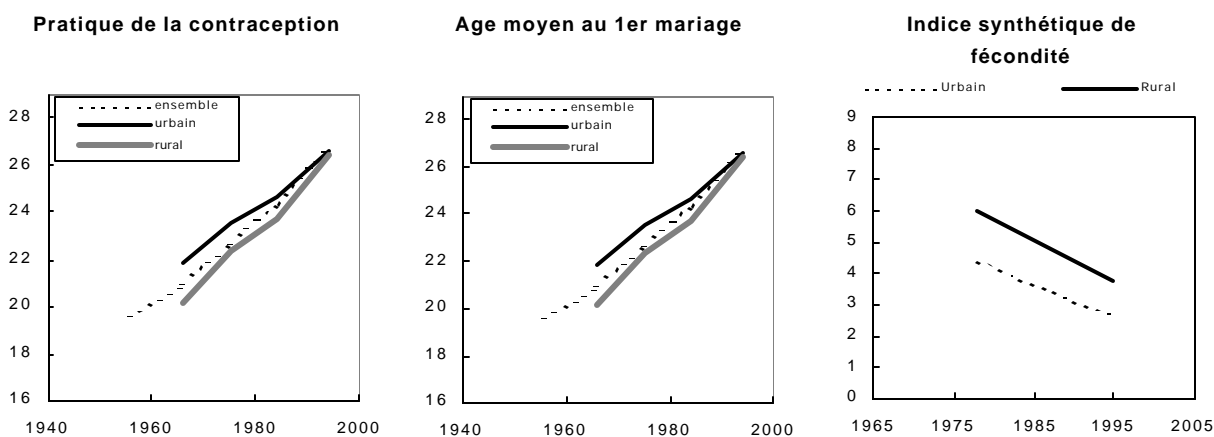
Source : Enquête tunisienne de fécondité, 1978(ONAPO, 1982) et enquête démographique et de santé, Cameroun, 1998.

TABLEAU 7. PRATIQUE ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION MODERNE, FEMMES DE 15 A 49 ANS, DERNIERE ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE.

<i>Pays</i>	<i>Date enquête</i>	<i>% utilisatrices actuelles</i>	<i>ISF</i>	<i>ISF, capitales ou milieu urbain</i>
ISF <5,5				
Ghana	1998	10,8	4,5	District d'Accra (2,7)
Cameroon	1998	8,0	5,2	Douala et Yaoundé (3,1)
Nigeria	1999	8,9	5,2	Ensemble urbain (4,5)
Côte d'Ivoire	1999	9,8	5,2	Abidjan (3,4)
Togo	1998	7,9	5,4	Lomé (2,9)
ISF ≥ 5,5				
Guinée	1999	4,9	5,5	Conakry (4,0)
Burkina-Faso	1999	5,8	6,4	Ouagadougou (4,0)
Sénégal	1997	7,0	5,7	Ensemble urbain (4,3)
Mali	1996	5,0	6,7	Bamako (4,7)
Niger	1999		7,5	Niamey (5,2)

Sources : Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).

Figure 1. Tunisie, évolution de la pratique de la contraception, de l'âge moyen au premier mariage et de l'indice synthétique de fécondité (1970-1995)



Source : Ouadah-Bedidi, 2002.

TABLEAU 8. FEMMES AYANT TROIS ENFANTS VIVANTS, QUI NE VEULENT PLUS EN AVOIR A NOUVEAU

Pays	Dates des enquêtes	Ne veulent plus d'enfants		
		Vers 1990	Vers 1998	ISF vers 1998
ISF < 5,5				
Ghana	1988 et 1998	13,7	36,1	4,5
Cameroun	1991 et 1998	7,5	9,8	5,2
Nigeria	1990 et 1999	8,8	11	5,2
Togo	1988 et 1998	13,6	22	5,4
ISF ≥ 5,5				
B-Faso	1993 et 1999	12	11	6,8
Guinée	1992 et 1999	10,8	12,8	5,5
Niger	1992 et 1999	5,8	4,8	7,5
Sénégal	1992 et 1997	9	9,1	5,7
Mali	1987 et 1996	14,6	10,6	6,7

Sources: Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS).