

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Vers la multiplicité des facteurs de la fécondité en Afrique de l'Ouest

Patrice VIMARD, Agnès GUILLAUME

Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM), Paris, France

Introduction

Le continent africain, et notamment sa partie sub-saharienne, s'est toujours caractérisé par une forte fécondité : dans la grande majorité des pays, la fécondité cumulée dépasse 6 enfants par femme et elle est supérieure à 7 enfants dans de nombreuses communautés, pouvant même atteindre 8 enfants, comme au Kenya et au Rwanda à la fin des années 1970. Cette tendance essentielle de la démographie africaine doit être nuancée pour certaines populations par trois phénomènes : l'existence d'une infécondité pathologique, la baisse récente de la fécondité sous l'effet notamment de programmes de planification familiale réussis, la fécondité plus faible de certaines groupes urbanisés.

Certains peuples africains sont, depuis longtemps, affectés par une infécondité et une stérilité, d'origine essentiellement pathologique, relativement fréquentes qui atteint leur potentiel reproductif. Les pays de l'Afrique Centrale (à l'exception du Burundi et du Rwanda) sont caractéristiques de cette situation, et tout particulièrement le Gabon, le Congo et la République Centrafricaine, avec respectivement 32 %, 20 % et 17 % de femmes de 45 ans et plus sans enfant né vivant (A. Evina, 1991). De ce fait, la fécondité de ces pays est plus faible : autour de 5 enfants par femme. Mais l'on peut supposer que ces niveaux de fécondité sont susceptibles d'augmentation avec l'amélioration des conditions sanitaires : progrès qui pourraient expliquer les hausses de la fécondité constatées au Malawi et en Ouganda durant les vingt dernières années⁽¹⁾.

Dans d'autres populations, la baisse significative de la fécondité durant la dernière décennie résulte de l'effet de programmes de planification familiale relativement efficaces : ceci est tout particulièrement le cas du Botswana et du Zimbabwe avec un indice synthétique de fécondité de 5,0 et 5,7 enfants en 1988, contre 6,5 en 1984 (Cleland, 1991). Dans d'autres pays, les indices de fécondité sont révélateurs d'une diminution récente, même s'ils demeurent élevés compte tenu de leur niveau de départ : il en est ainsi du Kenya avec un indice synthétique de fécondité de 6,7 en 1988 contre 7,9 dix ans plus tôt (Cleland, op. cit.).

⁽¹⁾ Les projections de la Banque Mondiale (1989) soulignent que les sept pays de cette région qui ont actuellement des indices synthétiques de fécondité inférieurs à 6 enfants devraient voir ceux-ci dépasser bientôt cette valeur.

Enfin on peut relever, dans une population donnée, la fécondité plus faible de certains groupes socio-économiques : c'est souvent le cas des groupes instruits en milieu urbain, ce qui explique la fécondité globalement plus faible dans les villes, et tout particulièrement dans les capitales d'Etat, qu'en zone rurale (tableau 1).

Ces éléments démontrent que des changements, d'ordre sanitaire, culturel, économique et politique, sont susceptibles de modifier cette tendance profonde des populations africaines à avoir une fécondité élevée. L'on peut d'ailleurs avancer que les modifications sont plus fréquentes et plus intenses que l'évolution des données agrégées à l'échelle d'un pays ne le laisse croire, car les transformations en cours, qui peuvent être de sens opposé, agissent le plus souvent dans le cadre de communautés homogènes et sont souvent masquées dans les moyennes nationales. Cette imprécision des données nationales à rendre compte des réalités de l'évolution des niveaux de fécondité est encore plus perceptible dans le domaine des facteurs de changements qui divergent selon les communautés et sont encore plus complexes à saisir de par leurs multiples inter-relations. Ainsi la diminution des durées d'abstinence et d'aménorrhée post-partum (provoquée par celle de l'allaitement), qui explique une partie des augmentations de la fécondité observées dans certains pays de l'Afrique sub-saharienne, peut masquer une diffusion croissante des pratiques contraceptives et retarder le moment où la fécondité diminuera effectivement (Caldwell, 1991).

L'évolution de la fécondité en Afrique de l'Ouest

Afin d'appréhender les lignes de force de ces changements de fécondité au regard de la problématique de la pression sociale, nous examinerons dans cette communication la situation en Afrique de l'Ouest, très caractéristique de celle qui prévaut sur l'ensemble du continent, à propos de laquelle nous possédons des données nationales à différentes périodes et des données approfondies auprès de différentes communautés. Dans ce cadre ouest-africain, nous mettrons l'accent sur la situation en Côte d'Ivoire, qui est un bon exemple de par la diversité des populations, nationales et étrangères, y résidant, et ceci au moment important où ce pays vient d'adopter une politique de population visant une maîtrise de sa croissance démographique.

Prédominance d'une forte fécondité

La fécondité dans la région peut se résumer par un indice synthétique compris entre 6 et 7 enfants : qu'elle concerne les zones sahéliennes ou forestières et côtières, que les pays aient adoptés des programmes de planification familiale de manière précoce, comme le Ghana il y a une vingtaine d'années, plus récemment, tel le Burkina, ou qu'ils s'apprentent à le faire, telle la Côte d'Ivoire, cette tendance à la forte fécondité est prédominante.

Comme dans pratiquement toute l'Afrique noire, cette haute fécondité est liée à des idéaux et à des pressions sociales et familiales en faveur d'une forte descendance. Ces pressions concernent essentiellement, d'une part, la vie matrimoniale et favorisent une durée de vie féconde particulièrement longue, grâce à un premier mariage précoce et des remariages rapides en cas de divorce ou de veuvage, et, d'autre part, la fécondité elle-même en valorisant les femmes ayant une descendance nombreuse et rejetant celles

affectées de stérilité⁽²⁾. Cette généralisation de la forte fécondité en Afrique occidentale reflète également une situation où prévaut une faible diffusion des phénomènes de stérilité primaire⁽³⁾, à l'exception de quelques groupes, au Burkina par exemple (Retel-Laurentin, 1979).

Des exemples de fécondité plus faible

Dans un contexte général de forte fécondité, des exemples de fécondité plus faible méritent d'être soulignés. Ils peuvent concerner certains groupes ethniques : il en est par exemple ainsi en Côte d'Ivoire des Krou qui ont une fécondité inférieure aux autres populations : 6,1 contre 6,7 pour les «Voltaïques» qui ont la fécondité la plus élevée⁽⁴⁾. La fécondité varie également selon l'instruction, la religion et la profession du mari : les niveaux de fécondité étant le plus souvent inférieurs chez les femmes instruites, celles de religion chrétienne et celles dont le mari appartient au secteur tertiaire.

Mais les indices d'une fécondité plus faible se rencontrent également et surtout en ville, la différence avec le milieu rural pouvant être fort importante, comme en Côte d'Ivoire et au Togo où elle dépasse 2 enfants (tableau 1).

TABLEAU 1 : INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE
EN AFRIQUE DE L'OUEST SELON LE MILIEU D'HABITAT

Pays	Source	Urbain	Rural
Togo (1)	Agounke et al., 1989	4,76	6,88
Ghana (2)	Ghana Stat. Serv., 1989	5,13	6,63
Sénégal (3)	Sarr, 1991	5,40	7,10
Côte d'Ivoire (4)	Abbas, 1991	5,10	7,18
Mali (5)	Traore et al., 1989	6,08	6,95
Nigeria, Ondo State (6)	Medical Health Div., 1989	5,90	6,00

(1) EDS, 1988 : ISF 15-44 ans en 1985-1987
 (2) EDS, 1988 : ISF 15-44 ans en 1985-1988
 (3) EDS, 1986 : ISF 15-44 ans en 1983-1986
 (4) Recensement général de la population, 1988 : ISF 15-49 ans
 (5) EDS, 1987 : ISF 15-44 ans en 1982-1986
 (6) EDS, 1985-1986 : ISF 15-44 ans en 1981-1985

(2) Relevons que d'autres coutumes (abstinence post-partum et allaitement prolongé) ont pour objet la préservation de la santé des enfants dans un contexte «hostile», et concourent à un intervalle entre les naissances relativement important (autour de 35 mois en moyenne).

(3) Dans aucun pays d'Afrique occidentale, la proportion de femmes, de 45 ans et plus, sans enfant né vivant n'atteint 10 %, ce qui n'est pas le cas des autres régions du continent (Evina, op. cit.).

(4) Indices synthétiques de fécondité de 15 à 40 ans, calculés lors de l'Enquête ivoirienne fécondité de 1980-1981 pour les cinq dernières années (Direction de la Statistique, 1984).

Cet écart se fonde sur des différences socio-économiques indépendantes de la reproduction biologique comme l'amélioration du niveau d'instruction des femmes en ville, leur plus grande indépendance économique et sociale, mais aussi sur des facteurs plus directement en rapport avec la fécondité comme une législation du mariage tendant à retarder l'âge à la primo-nuptialité, la diffusion plus prégnante des modèles familiaux de l'Occident industrialisé et des programmes de planification familiale, encore souvent réservés aux milieux urbains. L'ensemble de ces facteurs modifiant les variables intermédiaires dans le sens d'une moindre fécondité : retard de l'âge au premier mariage et de l'entrée dans la vie féconde, baisse de l'intensité de la nuptialité (des premiers mariages comme des remariages), utilisation de diverses méthodes contraceptives, séparation temporaire des conjoints (Locoh, 1991 ; Sarr, op. cit.).

D'une façon générale, on peut estimer que les pressions sociales et familiales qui s'exprimaient avec force dans la société rurale traditionnelle, s'exercent de manière atténuée dans les populations urbaines, ainsi que dans les milieux agricoles insérés dans une économie monétaire ; par contre ces groupes subissent des influences d'ordre culturel et politique qui agissent le plus souvent dans le sens d'une moindre fécondité.

Des évolutions divergentes

Il est toujours délicat d'émettre un jugement sur l'évolution de la fécondité au niveau national dans la mesure où les différents indices, obtenus à partir d'observations rétrospectives, dépendent de la manière dont les questions sont posées et de la structure interne des échantillons qui peuvent différer d'une enquête à l'autre. Cependant, les chiffres dont nous disposons, qui proviennent essentiellement des enquêtes des projets EMF et EDS, nous indiquent une tendance, durant les années 1980, à une baisse limitée de la fécondité dans les différents pays⁽⁵⁾, avec deux contre-exemples : le Ghana, avec une relative stabilité, et le Togo où la fiabilité de la comparaison est sujette à caution car les indices du recensement de 1981 sont certainement sous-estimés (tableau 2).

On peut également relever une évolution sensible vers un vieillissement du calendrier de constitution de la descendance : la diminution de l'intensité de la fécondité étant généralement plus nette aux âges les plus jeunes, tandis qu'aux âges élevés on note le plus souvent une certaine stabilité, voire une augmentation des taux de fécondité.

La situation en Côte d'Ivoire et les facteurs actuels de changement

Les caractéristiques de la fécondité en Côte d'Ivoire sont conformes à ce que l'on peut constater sur l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest : diminution sensible de la fécondité et inégalité urbaine-rurale (tableaux 1 et 2).

⁽⁵⁾ Les analystes estiment que si la fécondité a effectivement décliné en Côte d'Ivoire durant les années 1980, la baisse est moindre que les indices ne le laissent croire dans la mesure où l'indice de 1980, mesuré lors de l'Enquête ivoirienne fécondité, est surestimé (Abbas, op. cit.).

TABLEAU 2 : TAUX DE FECONDITE PAR AGE (POUR 1000 FEMMES) ET
FECONDITE CUMULEE EN AFRIQUE DE L'OUEST SELON LA PERIODE

Pays	Année	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Fécondité cumulée
Côte d'Ivoire (1)	1980-81*	227	348	331	258	213	130	55	7,81
	1988**	155	266	270	239	186	99	43	6,29
Ghana (2)	1980*	132	257	266	242	169	135	50	6,3
	1988***	124	258	278	248	195	117	60	6,4
Nigeria (2)	1982*	173	284	274	231	147	100	60	6,3
	1988***	146	260	259	226	153	90	74	6,0
Sénégal (2)	1978*	189	304	332	265	197	108	34	7,2
	1986***	159	279	278	261	199	107	40	6,6
Togo (3)	1981**	148	267	275	211	152	84	66	6,0
	1988***	127	273	277	245	208	111	76	6,6

Source : (1) Abbas (op. cit.) ; (2) Cleland (op. cit.) ; (3) INRS
Enquête : * EMF/WFS ; ** Recensement ; *** EDS/DHS

Une approche rétrospective de deux populations permet d'affiner notre analyse de l'évolution récente de la fécondité en appréhendant les différences qui peuvent exister entre régions (tableau 3). On constate, d'une part, une baisse limitée de la fécondité en pays Akyé, situé dans le sud-est ivoirien, dans les années 1960-1970 ; diminution qui apparaît cependant réversible puisque les taux estimés pour l'année 1984 semblent indiquer une remontée des indices. En revanche, les populations, ethniquement fort diverses de la région de Sassandra (sud-ouest ivoirien), se caractérisent par une hausse de leur fécondité durant les trois dernières décennies (1956-1986). Une approche des facteurs de la fécondité dans ces deux communautés nous permet de repérer également certains déterminants économiques et sociaux de ces évolutions divergentes.

La scolarisation comme justificatif d'une forte fécondité en pays Akyé

La scolarisation a eu un impact considérable sur l'évolution des mentalités et des comportements de la jeunesse ivoirienne, tout particulièrement en matière d'aspiration professionnelle : les scolarisés se dirigent en effet vers les métiers de bureau jugés modernes et rémunérateurs, auxquels l'école les prépare. En pays Akyé, inséré dans l'économie de plantation cacaoyère, la scolarisation, développée très tôt avec l'implantation précoce des missions chrétiennes, a été un élément majeur de transformation de la société. Elle a induit un courant migratoire vers les activités urbaines et a permis une insertion significative des individus les plus instruits dans la haute administration

et les directions des entreprises du secteur public, avec toutes les retombées économiques, sociales et politiques que les familles pouvaient en attendre. Les chefs de famille ont développé pour cela une stratégie de scolarisation maximum de leurs enfants considérant celle-ci comme un investissement, certes à long terme et de rendement incertain, mais qui pouvait apparaître pleinement justifié dans une période de revenu élevé, d'emplois urbains nombreux et de haut niveau, et de cohésion familiale encore forte.

TABLEAU 3 : TAUX DE FECONDITE DU MOMENT (POUR 1000) PAR GROUPE D'AGE A DIFFERENTES PERIODES A MEMNI ET MONTEZO (PAYS AKYE) ET A SASSANDRA (SUD-OUEST IVOIRIEN)

Année	Groupe d'âge						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
<i>Memni-Montezo</i>							
1954	218						
1959	232	294					
1964	201	332	314				
1969	189	310	304	264			
1974	190	303	298	251	212		
1979	184	296	266	247	155	78	
1984	195*	363*	297*	253*	163*	84*	14*
<i>Sassandra</i>							
vers 1956	139						
vers 1961	184	208					
vers 1966	162	262	265				
vers 1971	152	269	295	212			
vers 1976	168	269	278	282	155		
vers 1981	189	319	300	253	233	131	
vers 1986	169*	298*	315*	296*	172*	105*	57*
* Taux estimés							

En conséquence, lorsque vers la fin des années 1960 l'extension des plantations atteint ses limites et que la nécessité d'une main-d'oeuvre familiale abondante se dissipe, le souhait d'avoir de nombreux enfants scolarisés, pour avoir une chance de les voir pénétrer l'appareil d'Etat et réussir en ville, remplace, pour beaucoup de planteurs, l'exigence d'une force de travail importante. La volonté d'une forte fécondité subsiste même si elle se réfère à des stratégies économiques et sociales différentes de celle de la société agricole traditionnelle.

Depuis la fin des années 1970, la situation est toute différente. La scolarisation maximale des enfants est devenue très difficile à mettre en oeuvre car les revenus des

planteurs sont en baisse et l'ensemble des frais induits par la scolarisation représente une de leurs plus fortes dépenses⁽⁶⁾ ; de plus, les débouchés sur le marché du travail se trouvent considérablement réduits et l'accès aux plus hautes fonctions hors de portée de la plupart des nouveaux demandeurs d'emploi, de par la stratification sociale plus rigide.

Ainsi au plan économique, les nécessités de descendance nombreuses et les moyens de leur éducation tendent à diminuer. Ceci à un moment où les flux intergénérationnels se modifient : le coût et la durée des transferts des parents vers les enfants s'accroissent (charge de santé, scolarisation prolongée...) et les transferts en provenance des enfants se font plus précaires en raison des difficultés d'insertion professionnelle des individus émigrés en ville et de l'affaiblissement du contrôle social des anciens sur les plus jeunes. Ainsi certains éléments qui justifiaient ou confortaient une haute fécondité disparaissent, même si on n'a pu observer les conséquences de la crise aiguë qui sévit depuis ces trois dernières années.

Or, si effectivement on assiste à une baisse de la fécondité du moment, durant les décennies 1960 et 1970, elle demeure relativement faible et réversible puisque l'on relève en 1984 une remontée des taux, estimés, de fécondité (tableau 3). Ainsi la croissance naturelle élevée qui caractérisait la société traditionnelle se trouve, au début des années 1980, très peu entamée : la descendance totale des femmes en fin de vie féconde dépasse 7 enfants, la descendance du moment atteint 6,8 enfants et le taux annuel d'accroissement est de 3,4 % (Guillaume, 1988).

En définitive, on constate un maintien relatif de la haute fécondité malgré l'effacement de certaines de ces justifications économiques et sociales majeures. Une des raisons réside certainement dans l'impossibilité pour les femmes d'accéder à des moyens modernes de contraception ; en ce domaine, les comportements traditionnels (allaitement au sein, abstinence sexuelle post-partum...) subsistent, en perdant cependant de leur intensité, mais ils visent davantage un espacement des naissances approprié à la survie des enfants qu'une véritable limitation de la descendance⁽⁷⁾. Mais plus fondamentalement, il semble que chez les Akyé, les idéaux traditionnels, favorables à une croissance démographique importante, demeurent encore très prégnants, notamment chez les hommes chefs de famille, mais aussi chez les femmes car nous nous trouvons ici en système matrilinéaire où la survie collective d'un lignage dépend de la fécondité de ses femmes⁽⁸⁾.

Ainsi les idéaux de forte fécondité ne subissent qu'une faible altération, malgré les changements profonds des conditions socio-économiques. L'évolution du cadre ma-

(6) En 1986, on relève un taux de scolarisation élevé de 6 à 14 ans (81 %) mais beaucoup plus faible pour les enfants plus âgés : 61 % de 14 à 19 ans et seulement 13 % de 20 à 29 ans.

(7) On peut noter que chez les Akyé, comme dans d'autres ethnies de filiation matrilinéaire d'origine akan et résidant dans l'est-Ghana et l'ouest-ivoirien, la durée d'abstinence sexuelle post-partum est plus courte, comme d'ailleurs la durée de l'allaitement, que dans les ethnies patrilinéaires des mêmes régions ; cette abstinence post-partum est de 10 mois en moyenne, avec un raccourcissement chez les jeunes générations de moins de 30 ans (9,2 mois).

(8) On enregistre en 1986 environ trois fois plus de femmes qui utilisent des méthodes pour favoriser une grossesse, que pour retarder ou empêcher l'arrivée d'un enfant.

tériel de la reproduction démographique n'a pas encore fondamentalement modifié le cadre idéologique «traditionnel» de la fécondité, qui est, dans ces sociétés, de l'ordre du culturel et aussi du religieux, pour la raison essentielle que ces deux instances n'évoluent pas selon les mêmes temporalités : l'une est fortement soumise à des déséquilibres conjoncturels, l'autre ne peut se transformer radicalement que sur un temps beaucoup plus long. Relevons cependant que 10 % des femmes âgées de moins de 30 ans et n'ayant pas encore eu de grossesse déclarent utiliser des méthodes contraceptives, ce qui peut être l'indice d'une rupture culturelle effective pour ces jeunes femmes d'une société où il est essentiel de prouver sa fécondité et le signe annonciateur de changements ultérieurs importants⁽⁹⁾.

Hausse de la fécondité et différenciation socio-économique à Sassandra

La région de Sassandra se différencie du pays Akyé par son insertion plus récente dans le système d'économie de plantation comme par la jeunesse de son peuplement et l'extrême diversité de celui-ci⁽¹⁰⁾. Nous sommes ici en présence de l'un des derniers fronts pionniers de l'économie de plantation ouest-africaine où se mêlent les populations les plus diverses de l'Afrique de l'Ouest, attirées par les forêts encore libres, les complexes agro-industriels et les possibilités de diversification agricole.

Dans un environnement national de baisse limitée de la fécondité, les populations de Sassandra se caractérisent par une augmentation de leur fécondité du moment depuis une trentaine d'années. Le suivi des taux révèle une augmentation régulière et nette de la fécondité, qui résulte à la fois d'un accroissement de l'intensité dans chaque groupe d'âge et d'un rajeunissement du calendrier de constitution de la descendance (tableau 3).

Ainsi, quel que soit l'âge des femmes, la descendance dans les années 1980 est supérieure à celle des années antérieures, qu'il s'agisse de descendance du moment ou de fécondité cumulée. Par exemple à 35 ans, la descendance atteinte du moment est de 5,31 enfants en 1981, contre 4,64 dix ans plus tôt. Quant à la fécondité cumulée, toujours à 35 ans, elle est de 4,12 pour les générations 1939-1944 et de 4,81 pour les générations 1949-1954 : soit une augmentation de 0,7 enfants en une décennie.

Cette fécondité forte (autour de 7 enfants en descendance atteinte du moment à 50 ans) et en augmentation est le fait de populations encore en priorité orientées vers la sphère de la production agricole⁽¹¹⁾.

Elle correspond d'autre part à des attitudes féminines favorables à une descendance élevée : 75 % des femmes de 15 à 49 ans souhaitent en 1989 avoir plus d'enfants qu'elles n'en ont, 7 % considèrent leur nombre d'enfants actuels comme idéal, 13 %

(9) Pour une analyse plus détaillée de la dynamique de population en pays Akyé on pourra se reporter à Faussey et Vimard (1991).

(10) Seulement 25 % des résidents sont autochtones à la sous-préfecture et 50 % se trouvent d'origine étrangère à la Côte d'Ivoire.

(11) Le relatif faible taux de scolarisation des enfants en est un bon indice. Si l'on considère les enfants de 5 à 19 ans, un sur deux est scolarisé (contre un peu plus de 70 % en pays Akyé) et un sur trois a une activité productive. Dès 15-19 ans, 57 % des garçons sont engagés dans la production, agricole essentiellement ; il en est de même pour 45 % des filles mais celles-ci sont davantage orientées vers le commerce.

auraient souhaité avoir une descendance plus faible et 5% n'ont pas d'opinion tranchée. Ainsi, à l'image des femmes du pays Akyé, l'attitude majoritaire des femmes du sud-ouest révèle un désir d'avoir un niveau de fécondité élevé ; cependant on note que, là aussi, une minorité adoptent des comportements de baisse de leur fécondité : 15 % des femmes de moins de 25 ans sans enfant utilisent en effet des méthodes pour retarder la venue d'une grossesse.

D'ailleurs on constate, en pays Akyé comme à Sassandra, que les femmes jeunes s'inscrivent, davantage que celles plus âgées, dans une perspective de maîtrise personnelle de la taille de leur descendance et sont sans doute moins sensibles aux pressions sociales et aux normes de conduite stéréotypée : elles utilisent plus fréquemment des méthodes pour favoriser la venue d'une grossesse, ou pour la retarder, et raccourcissent leurs durées d'allaitement et d'abstinence.

Pendant, divers éléments concourent à maintenir un niveau de fécondité élevé : courtes durées d'abstinence (9 mois) et d'aménorrhée (7,9 mois), faible pratique contraceptive (8 %). On peut cependant penser que si les femmes pouvaient avoir une réelle maîtrise de leur fécondité, certaines limiteraient leur descendance puisque 13 % d'entre elles souhaitent avoir un nombre d'enfants plus faible que la descendance qu'elles ont actuellement. Mais, davantage que pour le pays Akyé, l'accès aux méthodes de planification familiale demeure très limité dans cette région enclavée.

TABLEAU 4 : INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE POUR LES HOMMES CHEFS DE MENAGE DE 30 A 69 ANS, ET POUR LES FEMMES DE 15 A 49 ANS SELON LE GROUPE SOCIO-ECONOMIQUE A SASSANDRA (1991)

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

Les fortes différences de fécondité entre les groupes socio-économiques sont la seconde caractéristique remarquable de la reproduction démographique à Sassandra (tableau 4). Par exemple, l'indice synthétique de fécondité des hommes chefs de ménage mariés de moins de 70 ans est deux fois plus intense chez les «étrangers-agriculteurs» (14,4 enfants) que chez les «ivoiriens-autres actifs» (7,04 enfants) ; les autres groupes se situant à des niveaux intermédiaires : relativement élevé chez les «étrangers-autres actifs» et les «ivoiriens-agriculteurs» (un peu plus de 12 enfants) et plus faible chez les «salariés agricoles» avec 8,26 enfants. Si l'on considère l'ensemble des hommes chefs de ménage de moins de 70 ans, l'écart varie toujours de 1 à 2 et la hiérarchie des groupes est la même, à l'exception des «salariés agricoles» qui ont, dans ce cas, l'indice de fécondité le plus faible dans la mesure où ils sont plus fréquemment

célibataires que les autres groupes. D'une façon générale, il faut souligner que le partage chez les hommes mariés, entre forte fécondité et fécondité plus faible, est autant lié à la nature de l'activité (les agriculteurs sont plus féconds que les autres actifs) qu'à la nationalité (les étrangers sont plus féconds que les ivoiriens).

L'écart de fécondité entre les différents groupes socio-économiques est également sensible chez les femmes, avec une hiérarchie entre les groupes quelque peu différente de celle des hommes. L'indice synthétique de fécondité varie de 10,20 chez les «étrangers-autres actifs» à 6,25 chez les «salariés agricoles». On peut d'autre part noter la fécondité nettement plus forte des femmes étrangères par rapport aux femmes ivoiriennes, avec plus de 2 enfants de différence⁽¹²⁾.

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

Ainsi la tendance à l'augmentation de la fécondité, constatée au niveau global, n'est pas homogène dans les différents groupes socio-économiques considérés : les idéaux qui président aux décisions de fécondité étant également soumis à des transformations variables d'une sous-population à l'autre comme d'un sexe à l'autre, comme le prouvent les inégales minorités d'individus favorables à une limitation de sa fécondité⁽¹³⁾.

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

Ainsi, malgré les niveaux globaux de fécondité élevés et en augmentation dans cette zone de Sassandra, des idéaux favorables à une fécondité plus faible commencent à émerger chez certains et l'on peut s'interroger sur le fondement de ces changements, mais également sur la généralisation de ce phénomène et les modifications réelles de comportements qu'ils induiront sur le long terme. La crise qui affecte la Côte d'Ivoire, et en particulier les régions d'économie de plantation, entraîne des problèmes socio-

(12) Pour une analyse plus détaillée de la fécondité et de ses facteurs selon les groupes socio-économiques on pourra se reporter à Guillaume et Vimard (1991).

(13) Ainsi la proportion d'hommes chefs de ménage qui déclarent ne plus souhaiter d'autres enfants varie-t-elle de 30 % chez les «ivoiriens-autres actifs» à 5 % chez les «étrangers-agriculteurs».

économiques importants et tout particulièrement des difficultés pour élever de nombreux enfants : c'est d'ailleurs le motif le plus fréquemment cité comme justificatif d'une limitation de la fécondité. La redistribution des enfants au sein de la famille, qui permettrait de se dégager des coûts induits par cette descendance nombreuse, en particulier des charges d'éducation, ne peut plus être une solution aussi largement adoptée que par le passé, car la crise affecte également d'autres secteurs de la production et atteint actuellement les familles résidentes en ville.

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

D'une manière générale, le contexte de l'évolution de la fécondité et de la régulation familiale à Sassandra se caractérise par certains paradoxes. La fécondité est en augmentation sensible mais une forte minorité de la population se révèle favorable à une moindre descendance. La demande d'information sur les méthodes modernes de contraception est exprimée par nombre d'individus mais les pratiques anciennes de régulation de l'espacement des naissances, qui dans les faits en tenaient lieu, tendent à s'affaiblir. Les agriculteurs indépendants sont les plus atteints par la crise économique actuelle mais ce sont les communautés engagées dans des activités secondaire et tertiaire ou protégées en partie par un statut de salarié qui s'orientent vers des attitudes et des pratiques de diminution de leur descendance... En effet, au delà d'une permanence d'idéaux traditionnels de forte fécondité, de la conjoncture de crise qui modifie la perception qu'ont les parents des coûts réels d'élevage des enfants, on peut discerner l'émergence d'une volonté de maîtrise et d'une réduction de la fécondité. Si cette émergence atteint des individus appartenant à tous les groupes socio-économiques considérés, elle se révèle davantage perceptible dans certaines communautés. Ceci révèle en définitive une différenciation croissante des pratiques et des idéaux, entre les groupes sociaux comme entre les individus, dans le cadre de dynamiques de reproduction démographique nouvelles et moins figées.

la planification familiale et le sida comme facteurs de nouveaux changements de la fécondité

L'adoption, souvent récente, de politique de population par les Etats de l'Afrique de l'Ouest devrait entraîner une diffusion plus massive des programmes de planification familiale. Mais la diffusion des méthodes de planification est et sera souvent compromise par le dysfonctionnement du système sanitaire et le manque de formation du personnel à ces méthodes de planification. Les faibles moyens, dont souffrent les structures de

soin pour faire face aux problèmes de santé quotidiens, sont encore plus flagrants pour de tels programmes qui ne sont pas toujours perçus comme prioritaires par le personnel de santé comme par les populations. Et les progrès en la matière seront sans aucun doute lents, et inégaux selon la région et le milieu socio-économique.

Quant à la diffusion du sida, son impact va se développer sur trois plans différents. Tout d'abord, cette pandémie modifie le potentiel reproductif des populations en atteignant en priorité les groupes jeunes (entre 15 et 50 ans essentiellement) qui sont à un âge productif et reproductif. Ensuite, en provoquant une augmentation de la mortalité des jeunes enfants, de par la transmission materno-infantile, on peut supposer qu'elle entraînera à terme le souhait d'une plus forte fécondité dans les communautés fortement touchées.

Enfin, les politiques de prévention, nécessaires pour faire face à cette situation épidémiologique et limiter la progression de l'épidémie en l'absence de traitements curatifs, vont sans aucun doute interférer dans les programmes de planification familiale. En effet, l'usage du préservatif, moyen essentiel de prévention contre le sida, jouera son rôle dans le contrôle des naissances. Mais l'on peut supposer que cette double qualité rendra plus difficile sa pratique dans certaines populations, comme on peut le constater actuellement. En effet, cette méthode est rarement prescrite par les centres de planification familiale et demeure peu utilisée, car elle nécessite un accord des deux partenaires et son utilisation fréquente est souvent trop onéreuse.

En définitive, la mise en place de politique de population et la diffusion du sida vont se révéler comme de nouveaux facteurs de changement qui, avec la crise économique et les plans d'ajustement structurel, vont contraindre les familles à adapter l'ensemble de leurs comportements économiques et sociaux et par conséquent leur comportement reproductif, soumis de plus en plus à une multiplicité de facteurs et de contraintes. En outre, l'efficacité des programmes de planification et la diffusion du sida étant sujet à de fortes variations entre les pays comme entre les groupes sociaux, l'on peut s'attendre à de nouvelles différenciations entre les communautés africaines quant à leur fécondité.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBAS S., 1991. *Fécondité*, Communication au Séminaire national de présentation des résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-1988), Abidjan : 18-21 novembre 1991.
- AGOUNKE E. et al., 1989. *Enquête démographique et de santé au Togo*, 1988, Columbia, Maryland, IRD.
- AGOUNKE A., LEVI P., PILON M., 1991. *Evolution contemporaine des schémas de reproduction en Afrique sub-saharienne : le cas des Moba-Gurma du Togo*, Communication au Séminaire international ENSEA-ORSTOM «Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique», (Abidjan, novembre 1991).
- BANQUE MONDIALE, 1989. *World Development report 1989*, Oxford University Press, New York.
- CALDWELL J., 1991. *Les tendances démographiques et leurs causes : le cas de l'Afrique est-il différent ?*, Communication à la Conférence internationale «Développement et croissance démographique rapide : regard sur l'avenir de l'Afrique» (Paris, septembre 1991).
- CLELAND J., 1991. *Overview of fertility level and trends in Africa*, Communication au séminaire de l'UIESP sur «La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara» (Harare, novembre 1991).
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984. *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981 : Rapport principal, Volume 1-Analyse des principaux résultats*, Abidjan.
- GHANA STATISTICAL SERVICE, 1989. *Ghana Demographic and Health Survey, 1988*, IRD Columbia, USA-Accra, Ghana.
- EVINA A., 1991. *Effet des maladies sexuellement transmissibles sur la fécondité : l'infécondité en Afrique sub-saharienne*, Communication au séminaire de l'UIESP sur «La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara» (Harare, novembre 1991).
- FAUSSEY-DOMALAIN C., VIMARD P., 1991. Agriculture de rente et démographie dans le sud-est ivoirien. Une économie villageoise assistée en milieu forestier péri-urbain, *Revue Tiers-Monde*, t. XXXII, n°125, janvier-mars 1991, pp. 93-114.
- GUILLAUME A., 1988. *Santé de la reproduction en pays Akyé*, ORSTOM, Abidjan.
- GUILLAUME A., VIMARD P., 1991. *Régulation familiale : traditions, transitions et différences socio-économiques à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Communication au Séminaire International ENSEA-ORSTOM «Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique» (Abidjan, novembre 1991).
- INRS, 1991. *Economie et société togolaises : chiffres, tendances et perspectives*, Cahier 1991, Lomé.
- LOCOH T., 1991. *Une baisse durable de la fécondité est-elle en oeuvre en Afrique sub-saharienne ? Le temps des incertitudes*, Communication au séminaire de l'UIESP sur «La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara» (Harare, novembre 1991).
- MEDICAL/PREVENTIVE HEALTH DIVISION, 1989. *Ondo State, Nigeria : Demographic and Health Survey 1986*, Medical/Preventive Health Division - IRD, Columbia, Maryland.
- AIDELF. 1994. Les modes de régulation de la reproduction humaine - Actes du colloque de Delphes, octobre 1992, Association internationale des démographes de langue française, ISBN : 2-7332-7013-3, 777 pages.

- RETEL-LAURENTIN A., 1979. *Causes de l'infécondité dans la Volta Noire*, Travaux et Documents de l'INED, Paris, Cahiers n° 87, PUF.
- SARR I., 1991. *L'évolution de la fécondité au Sénégal : niveaux et facteurs*, Communication au séminaire de l'UIESP sur «La transition de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara» (Harare, novembre 1991).
- TRAORE B. et al., 1989. *Enquête démographique et de santé au Mali 1987*, CERPOD - IRD, Columbia, Maryland.