



**GRIPPS**  
GROUPE INTERNATIONAL  
DE PARTENAIRES  
POPULATION - SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), FORD (CAMEROUN),  
ENSEA (CÔTE D'IVOIRE),  
CEPED, IRD, UNIVERSITÉ DE PROVENCE (FRANCE),  
URD (TOGO)

# LES FACTEURS DE LA CONTRACEPTION EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EN AFRIQUE CENTRALE AU TOURNANT DU SIÈCLE

## Rapport de synthèse

Raïmi FASSASSI

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 7

*Mars 2006*

**Raïmi FASSASSI**

Économiste et démographe

Enseignant-chercheur à l'ENSEA d'Abidjan

ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire

Tél. : (225) 44 08 40 – Fax : (225) 44 39 88

Courriel : [rfassassi@yahoo.fr](mailto:rfassassi@yahoo.fr)

© GRIPPS 2006

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions de la part du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle. Rapport de synthèse – Raïmi Fassassi, Grippe. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 7, 2006.

## Introduction

Le régime démographique traditionnel de forte fécondité et de haute mortalité a laissé progressivement la place, en Europe comme en Amérique du Nord et plus récemment en Amérique latine et en Asie, à un régime dans lequel la maîtrise de la fécondité se conjugue désormais avec une mortalité faible. Commencé depuis le 18<sup>e</sup> siècle, la transition démographique est aujourd'hui quasi universelle. Elle aura duré plus de trois siècles dans les pays les plus précocement concernés, les pays de l'Europe de l'Ouest. L'ampleur du phénomène et la relative similarité de ces facteurs, malgré quelques variantes, en ont fait l'une des théories démographiques les plus connues. Désormais d'ailleurs, en Occident comme dans la plupart des pays en développement, les préoccupations démographiques se sont inversées et les problèmes liés au vieillissement de la population ainsi qu'au maintien de la croissance démographique au-dessus du seuil de remplacement sont les préoccupations les plus couramment exprimées. Cependant, malgré l'ampleur du phénomène ailleurs dans le monde, la situation démographique de l'Afrique se particularise. Le « retard démographique » du continent fait de plus en plus l'objet d'une attention particulière des chercheurs.

Certes, dans son ensemble, l'Afrique s'est inscrite également dans le processus mondial de la baisse de la fécondité, mais cette diminution est restée faible tout particulièrement dans sa partie située au sud du Sahara. Cette partie du continent connaît encore des problèmes spécifiques qui se posent en des termes très préoccupants. On n'insistera pas sur la situation économique structurellement désastreuse des pays de l'Afrique subsaharienne. On ne s'attardera pas non plus sur le contexte social extrêmement pénible et tendu qui a engendré ces dernières décennies de nombreux conflits internes, conséquences tout à la fois de la raréfaction des ressources foncières, de la pauvreté et des conditions de vie difficiles de la population à qui des réponses adéquates, en termes de politiques sociales et de développement, et des solutions acceptables tardent à être apportées. On résumera seulement la situation économique en rappelant que le continent est encore plus pauvre qu'il ne l'était dans les années 1960 au moment de l'accession à l'indépendance de la plupart des pays concernés. La croissance annuelle moyenne de la production vivrière par habitant en Afrique subsaharienne a été de -0,01 % sur la période 1980-2000. Le taux d'épargne moyen, de 11 % environ, comparé à celui de l'Amérique latine (18 %) et surtout de l'Asie de l'Est (34 %) (PNUD, 2005) suggère que les problèmes évoqués persisteront encore à court et à moyen termes.

Au plan sanitaire, le poids des pathologies parasitaires est considérable. Le paludisme y occasionne encore d'énormes dégâts même si les ravages causés par le VIH/Sida et son expansion continue sont davantage médiatisés. Pour cette dernière pandémie, on dénombre en Afrique subsaharienne 25 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida en 2003. On y note aussi 3 millions de nouvelles infections par an, malgré les multiples campagnes de sensibilisation, et 2,2 millions de décès liés à la pandémie (Onusida, 2004). Cette situation sanitaire a sans doute eu des répercussions démographiques allant bien au-delà de la remontée de la mortalité et la baisse de l'espérance de vie que connaissent certains des pays les plus touchés par la pandémie. Cette situation inédite ne manque pas d'avoir des répercussions sur la transition démographique en Afrique.

À quelles étapes se situent actuellement les pays de l'Afrique subsaharienne dans leur volonté exprimée depuis peu d'aller vers une fécondité maîtrisée ? Les situations sont en réalité très diverses. Entre l'Afrique du Sud, où la contraception totale touche une proportion

importante des femmes en âge de procréer (56 % en 2001) et où le VIH/Sida a atteint des sommets encore inégalés (21,5 % des adultes porteurs du virus en 2003), et le Niger, où la prévalence de l'infection à VIH/Sida n'est que 1,2 % alors que le niveau de la fécondité y est de l'ordre de huit enfants en moyenne par femme et la prévalence contraceptive de 7,6 % en 1998 (DHS Statcompiler), la situation est très contrastée. De même, l'exemple du Sénégal qui maintient un taux de prévalence du VIH/Sida autour de 1 % et où la fécondité ne baisse que lentement, notamment en milieu rural, et celui de la Sierra Leone qui ne compte que 4 % de femmes ayant adopté la contraception en 2001<sup>1</sup>, montrent la variété des situations démographiques et sanitaires en Afrique.

Ainsi, la transition de la fécondité revêt en Afrique subsaharienne des formes et des configurations particulières. Les modes de régulations de la vie procréatrice sont nombreux et multiformes. Ces méthodes de gestion de la vie reproductive répondent aux contextes culturels locaux mais sont aussi le reflet des caractéristiques socio-démographiques des femmes, profils qui changent et se complexifient avec le temps et les interactions grandissantes dans un monde désormais globalisé.

Plusieurs facteurs sont généralement mis en avant pour expliquer la dynamique de la fécondité en Afrique subsaharienne. La culture et les traditions africaines prônent et entretiennent les idéaux d'une forte fécondité. Le contexte de pauvreté et le système productif souvent informel et inadapté à la concurrence et à la productivité ne valorisent pas les aspects qualitatifs de la reproduction. La forte mortalité qui amorce une phase de remontée, situation démographique encore inédite, perturbe profondément le cours normal de la transition de la fécondité. Le faible niveau de l'alphabétisation de la population féminine handicape son adhésion massive à la contraception. De même, l'inadéquation de l'offre de produits contraceptifs à la demande, la qualité souvent déficiente des services en matière de planification familiale et l'adhésion toute récente de nombreux gouvernements à une vision néo-malthusienne de la problématique population-développement sont autant de freins à la progression rapide de la contraception en Afrique au sud du Sahara.

Ainsi soumises aux différentes sollicitations du contexte, les femmes sont partagées entre les valeurs du passé, auxquelles elles sont habituées et adhèrent encore largement, et des valeurs présentées comme celles du futur qui peuvent rendre certaines sceptiques et qui, pour avoir fait leur preuve dans le monde développé, n'en sont pas moins porteuses d'incertitudes pour les populations africaines. En témoigne, la pluralité des modèles empiriques, parfois divergents, qui révèle une articulation croissante des modèles contraceptifs modernes et traditionnels (Anoh *et al.*, 2004 ; Vimard et Fassassi, 2001). Dans cette évolution, le rôle joué par les profils individuels des femmes et les transformations du contexte sont importants car les progrès de la contraception se situent dans un contexte de plus en plus complexe, résultant des transformations sociales séculaires, elles-mêmes fortement influencées par la scolarisation croissante, l'urbanisation rapide et l'insertion accélérée des peuples africains dans l'économie mondiale (Vimard, 1996).

L'évolution de la pratique contraceptive en Afrique donne lieu à des résultats parfois inattendus. La baisse de la fécondité constatée dans certains pays ne s'explique pas toujours par une augmentation concomitante de la prévalence contraceptive moderne sensée orienter la fécondité. L'exemple du Togo où la baisse de la fécondité s'opère dans un contexte marqué

---

<sup>1</sup> Ces données sont fournies par la base de données DevInfo développée par les Nations unies, Stat compiler de DHS pour les données relatives aux prévalences contraceptives et à l'indice synthétique de fécondité (ISF) et Onusida (2004) pour les données de prévalence du VIH/Sida.

par une faible utilisation de la contraception moderne<sup>2</sup>, et celui du Ghana (dont l'ISF est demeuré inchangé entre 1998 et 2003 alors que la contraception moderne est passée de 10,7 % à 15,3 % dans la même période) témoignent de ce paradoxe. De même, les écarts relativement faibles de fécondité entre la Côte d'Ivoire et le Kenya ne reflètent pas la différence de pratique contraceptive moderne entre ces deux pays avec les mesures classiques de la prévalence contraceptive (Vimard et Fassassi, 2001). En effet, l'analyse du comportement de la femme en matière de pratique contraceptive néglige curieusement d'isoler les personnes qui n'ont aucune raison d'utiliser la contraception à un moment donné : les femmes enceintes et les femmes ménopausées.

Pour mieux analyser les pratiques contraceptives, apprécier l'impact réel de celles-ci sur les niveaux de la fécondité et mieux documenter les principaux facteurs de la dynamique de la fécondité en Afrique subsaharienne, le Groupe international de partenaires en population-santé (Gripps) a initié une recherche comparative de la prévalence contraceptive dans les pays africains membres du réseau : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Togo.

Les données utilisées sont celles fournies par les dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS) disponibles au moment de l'étude<sup>3</sup>. Ces données, par leur couverture et leur méthodologie, sont en effet les plus fiables malgré leur ancienneté pour certaines. Conçues pour faciliter des études comparatives entre les pays qui en disposent, les EDS sont, à ce jour, des sources irremplaçables permettant d'avoir un regard transversal sur la situation démographique et sanitaire de nombreux pays.

Le présent rapport de synthèse reprend les grandes lignes des résultats obtenus pour les analyses de la pratique contraceptive des pays membres du Gripps. Les personnes prises en compte dans les analyses sont celles qui ont été soumises à un risque de procréation au moment de l'enquête EDS. Ce sont les femmes qui, au moment de l'EDS, n'étaient ni enceintes ni en ménopause et qui ont eu une relation sexuelle durant les quatre semaines précédant l'enquête.

Il ne prétend pas comparer les profils des utilisatrices de la contraception par zones écologiques ou mettre en regard, pour leur pratique de la contraception, des pays aux contextes économiques, sanitaires et écologiques fort différents. L'étude ambitionne avant tout de mettre en exergue les similitudes et les divergences de la pratique contraceptive dans six pays de l'Afrique de l'Ouest et centrale ainsi que les principaux facteurs qui y pilotent le recours à la contraception, notamment la contraception moderne. Ainsi seront dégagés les caractéristiques essentielles des femmes ayant recours à la contraception et concomitamment celles des non-utilisatrices.

La synthèse se présente en trois parties. Dans un premier temps, les pays objets de l'étude sont présentés succinctement. Le contexte socio-économique de chacun des pays y est brièvement abordé ainsi que les facteurs institutionnels les plus importants dans la compréhension de la dynamique nationale de la pratique contraceptive. Dans la perspective d'une analyse explicative plus approfondie des phénomènes en jeu, une étude descriptive des facteurs les plus pertinents est indispensable. Ainsi, un examen des caractéristiques de la population est effectué. Il conduit aux grandes conclusions des analyses factorielles des correspondances multiples effectuées sur les données par pays. Un regard croisé est

---

<sup>2</sup> L'ISF a varié de 6,4 enfants par femme en 1988 à 5,2 en 1998 alors que la prévalence contraceptive moderne n'a évolué que de 3,4 % à 7,9 % entre les deux dates.

<sup>3</sup> Il s'agit de : Côte d'Ivoire (EDSCI, 1994), Bénin (2001), Burkina Faso (1998/99), Cameroun (1998), Togo (1998) et Sénégal (1997).

finalement porté sur l'ensemble des pays en mettant en exergue les facteurs les plus contributifs à la dynamique contraceptive. Les profils dégagés sont analysés dans une vision prospective de la dynamique contraceptive dans les pays d'Afrique. Ces pays sont soumis, comme on le sait, à une série de défis démographiques dans un contexte microéconomique marqué principalement par une paupérisation de masse. On y note surtout ces dernières années, une remontée de la mortalité, situation jusque-là inédite dans l'histoire de la transition démographique mondiale.

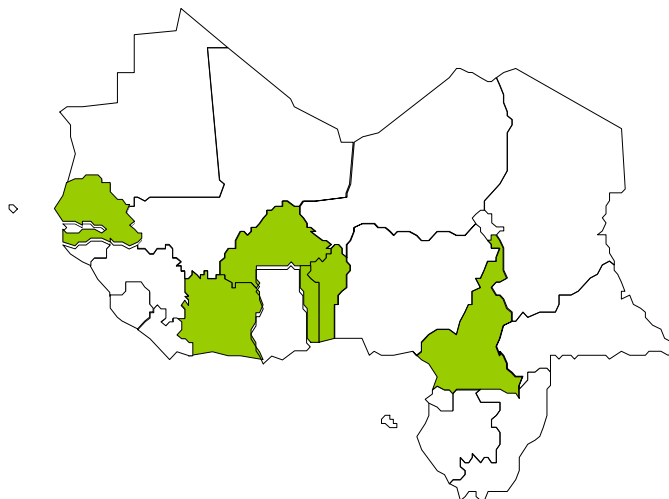
## 1. Contexte social et économique des pays

### 1.1. Présentation des pays de l'étude

En Afrique subsaharienne, trois grands groupes de pays se distinguent généralement de par leur position commune et leur attitude vis-à-vis des questions relatives à la planification familiale. Ce sont les pays anglophones, ceux d'expression lusophone et les pays ayant le français en partage. Les premiers sont les plus précocement insérés dans la démarche contraceptive (Anoh, 2001) suivant en cela l'exemple de l'Inde et du Pakistan, autres pays anciennement colonisés par la Grande Bretagne et qui sont les tout premiers pays en développement à avoir opté pour la planification des naissances. Les pays lusophones et francophones d'Afrique au sud du Sahara connaissent un certain retard sur les anciennes colonies britanniques du continent, tout particulièrement les pays francophones qui ont tous hérité de la loi française de 1920 destinée à lutter contre la dénatalité en France aux lendemains de la première guerre mondiale.

Les pays étudiés dans ce rapport sont tous d'anciennes colonies françaises. Depuis leurs indépendances, dans les années 1960, chacun de ces pays a opté pour une politique résolument pro nataliste avant que la crise économique des années 1980, concomitante à une meilleure prise de conscience de la problématique population-développement mais aussi à l'intransigeance des bailleurs de fonds sur la question, ne les contraigne à un changement parfois radical de position (figure 1).

Figure 1 – Situation géographique des six pays étudiés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale



### 1.1.1. Le Bénin

Le Bénin couvre une superficie de 114 743 km<sup>2</sup> et compte environ 6 769 914 habitants. C'est un pays côtier dont l'économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Une crise économique aiguë a frappé le Bénin dans les années 1980, crise qui a provoqué de profonds changements politiques et a pu certainement impulser une dynamique démographique nouvelle depuis 1983. Le pays est traditionnellement un pays de très forte fécondité. Pendant de nombreuses années, la fécondité y est restée forte et stationnaire. Une augmentation de celle-ci s'est d'ailleurs produite en milieu rural entre 1970 et 1990. Cette hausse est expliquée par une meilleure prise en compte de la stérilité avec une amélioration des conditions d'hygiène et de santé (Dyson et Murphy cités par Joseph et Garenne, 2001). Les différentes EDS indiquent une baisse en cours de la fécondité mais il n'existe pas encore assez de recul pour conclure à une réelle transition de la fécondité (figure 2). Le décrochage entre la fécondité urbaine et rurale, prémisses de la transition de la fécondité, date pourtant de 1983. La fécondité rurale n'a, elle, commencé à diminuer que dans les années 1990, de manière relativement timide de par la faiblesse de la pratique contraceptive totale dans le pays. La déclaration d'une politique de population, la Depolipo, date de 1996 au Bénin. Elle affiche les nouvelles ambitions démographiques du Bénin qui est resté longtemps sur sa position de pays pro nataliste au cours des différentes enquêtes des Nations unies dans la décennie 1980. L'espérance de vie y est de 54 ans (PNUD, 2004). Le Bénin est l'un des pays d'Afrique subsaharienne les moins touchés par le VIH/Sida même si le taux de séroprévalence de la maladie y est de 1,9 % chez les adultes de 15 à 49 ans (Onusida, 2004).

### 1.1.2. Le Burkina Faso

Seul pays enclavé des six pays étudiés, le Burkina Faso est situé en plein cœur de l'Afrique occidentale. Il couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> et compte environ 11 900 000 habitants. Au plan économique, le Burkina Faso dépend largement de ses voisins du Sud pour son commerce extérieur. Les difficultés économiques classiques liées à son appartenance à la zone sahélienne (sécheresse, désertification croissante, dévastation des récoltes par les criquets, etc.) se doublent de nombreux autres problèmes tels que la mévente du coton, principal produit à l'exportation du pays. L'agriculture occupe près de 75 % de la population active du pays. L'économie du Burkina Faso est sous ajustement structurel depuis 1991. Le taux de croissance du PIB a été de 4,1 % en 2004.

Après avoir rejeté la planification familiale pendant les premières décennies de son indépendance, le Burkina Faso a décidé de mettre en place une politique de population afin de lutter contre la crise économique et améliorer le bien-être de la population. La loi de 1920 a été abrogée en 1986 et une politique nationale en matière de planification familiale a été adoptée la même année. Cette politique est mise en œuvre depuis 1991.

L'objectif affiché était clairement sanitaire puisqu'il s'agissait tout spécialement de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. L'ISF se situait à 6,8 enfants par femme en 1999 au moment de l'EDS. C'est l'une des fécondités les plus élevées au monde. Le début de la baisse de la fécondité se situe autour de 1975, date où la fécondité urbaine a commencé à se détacher de celle des milieux ruraux (Joseph et Garenne, 2001). Le taux de prévalence du VIH/Sida est de 4,2 % chez les adultes de 15-49 ans (Onusida, 2004) et l'espérance de vie à la naissance de 47,5 ans.

### 1.1.3. Le Cameroun

Avec une population estimée à 15,4 millions d'habitants en 2005, le Cameroun couvre une superficie de 475 442 km<sup>2</sup>. À l'instar de nombreux autres pays de l'Afrique subsaharienne, le Cameroun n'avait pas de politique de population à visée démographique jusque dans les années 1990. Les efforts en la matière ont concerné surtout l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Un discours pro nataliste était d'ailleurs tenu officiellement dans les années 1980. Cette position a progressivement évolué à partir de cette période, qui a été aussi le début de la grande crise financière et économique au Cameroun. En 1982, les résultats de l'enquête sur la fécondité au Cameroun apportent un meilleur éclairage sur les questions démographiques et, en 1985, une commission nationale de la population est créée. En 1999, le document de politique nationale en matière de fécondité est mis en chantier (Evina, 2004).

La mortalité infantile s'élève à 77 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. On compte également, sur 1 000 naissances vivantes, 37,2 décès au cours du premier mois de vie. L'état de la santé de la mère et de l'enfant reste affecté par des complications liées aux nombreuses grossesses, aux conditions précaires de certains accouchements et à la sous-utilisation des services de santé de la reproduction dont en particulier la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Seulement 7,7 % des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998 alors que plus de 80 % ont déclaré en connaître au moins une selon les résultats de la deuxième enquête démographique et de santé (EDSC II) de cette année-là. Par ailleurs, les soins de santé primaires n'intègrent encore que faiblement les services de santé de la reproduction ; les méthodes de planification familiale ne sont pas suffisamment vulgarisées et les produits contraceptifs ne sont pas toujours disponibles. Depuis 1985 on note une baisse de la fécondité urbaine tandis que la fécondité rurale augmentait encore. Cette dernière ne connaîtra un fléchissement significatif qu'à partir de 1993. De façon globale, l'ISF est passé de 5,8 enfants en moyenne par femme en 1991 (EDSC I) à 5,2 en 1998 (EDSC II). L'espérance de vie à la naissance de 45,8 ans seulement témoigne d'une prévalence importante du VIH/Sida estimée à 6,9 % à la fin de l'année 2003 pour les populations âgées de 15 à 49 ans (Onusida, 2004).

### 1.1.4. La Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km<sup>2</sup>. Elle compte 16,9 millions d'habitants. Pays de forte immigration, la Côte d'Ivoire a été pendant longtemps réticente à toute idée de changement de l'option radicalement pro nataliste qu'elle s'est fixée depuis son indépendance en 1960. Héritière de la loi de 1920 comme les autres anciennes colonies de la France, le pays s'est opposé ouvertement à toute tentative de réduction de sa fécondité. Tablant sur une économie en pleine expansion dans les années 1960 et 1970 et sur un marché intérieur extrêmement faible, le gouvernement s'est fixé pour objectif d'atteindre une densité de population élevée à l'instar des pays comme l'Italie ou le Japon à superficie comparable mais aux populations très importantes numériquement. Malgré une demande manifeste de planification familiale qui émanait d'une frange de la population, le gouvernement a maintenu la pression et réprimandé les vellétés jugées parfois trop agressives de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF) créée en 1979 (Anoh, 2001). Malgré cette réglementation, la volonté d'une maîtrise de la fécondité a émergé progressivement dans la population. Elle remonte à la fin des années 1970 dans les sphères instruites et urbaines de la population ivoirienne. Elle s'est matérialisée par une demande de planification familiale offerte par le secteur privé et s'est traduite par une baisse de la fécondité. C'est à cette période que la fécondité urbaine s'est détachée de la fécondité rurale (Joseph et Garenne, 2001). En



1991, c'est au travers de la Politique de valorisation des ressources humaines (PVRH) des programmes d'ajustement structurel, que le pays changera progressivement d'option. Le pays aura été plus ou moins conduit à mettre en œuvre la planification familiale par les instances internationales tout acquises à la pensée néo-malthusienne de la population, nouveau paradigme du développement économique et social. La Côte d'Ivoire est désormais l'un des pays les plus acquis à cette vision néo-malthusienne. Une politique de population y a été déclarée en 1997 qui vise des objectifs démographiques. De 1991 à 1996, l'instance nationale de coordination des activités de planification familiale a connu une grande instabilité, preuve de l'émergence quelque peu malaisée de la planification familiale dans le pays. Les conditions sanitaires se sont également dégradées en Côte d'Ivoire suite à la série de programmes d'ajustements structurels, à la crise sociopolitique, à la politique de recouvrement des coûts des soins de santé pour assurer la pérennisation des services sanitaires mais aussi à cause de la pandémie du VIH/Sida. Le taux de séroprévalence de cette pandémie estimée directement dans la population générale s'élève à 4,7 % lors de l'enquête sur les indicateurs du Sida de 2006. Cette séroprévalence a été revue à la baisse puisqu'elle était située à 7 % par les méthodes indirectes basées sur les sites sentinelles urbaines. L'espérance de vie à la naissance est de 45,9 ans ; elle était de 49,8 ans entre 1970 et 1975 (PNUD, 2004).

### 1.1.5. Le Sénégal

Également pays du Sahel, le Sénégal bénéficie, au contraire du Burkina Faso, d'une large façade maritime sur l'océan Atlantique. Le pays couvre une superficie de 193 000 km<sup>2</sup> pour 9,9 millions d'habitants. Sa croissance économique de 6 % en 2004 en fait un des pays africains les plus dynamiques du point de vue de la croissance économique même si le Sénégal subit toujours le contrecoup de la crise économique que connaissent la plupart des pays du continent lors des années 1980. Au plan démographique, le Sénégal expérimente une assez grande vitalité de la croissance de la population avec un taux annuel moyen de 2,7 % l'an qui autorise un doublement de la population tous les 26 ans. La prise de conscience progressive des questions démographiques depuis les années 1970 a conduit à l'abrogation de la loi de 1920 en 1980. L'adoption d'une déclaration de politique nationale de population remonte à 1988 (Fall, 2004). Le décrochage de la fécondité urbaine de la fécondité rurale est situé dans les années 1971 soit une quinzaine d'années avant le début de la baisse de la fécondité rurale qui s'est effectuée dans les années 1986. L'ISF est de 5,7 enfants par femme pour une prévalence contraceptive des méthodes modernes de 7 % en 1997. Au plan sanitaire, le Sénégal bénéficie d'une espérance de vie parmi les plus élevées de l'Afrique de l'Ouest : elle est de 55,7 ans. Le taux de prévalence du VIH/Sida de 0,8 % y est aussi l'un des plus faibles du continent (Onusida, 2004).

### 1.1.6. Le Togo

La République togolaise est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre le Bénin, le Ghana et le Burkina Faso. Le pays couvre une superficie de 56 785 km<sup>2</sup> et compte une population estimée à 4,7 millions d'habitants en 2005. Au plan sociopolitique, l'histoire du Togo a été marquée depuis 1990 par une crise importante aggravée d'une crise économique majeure. Le Togo est l'un des tout derniers pays à se rallier à la nouvelle vision contraceptive en Afrique subsaharienne. Cependant, le changement qu'on y retrouve au plan des changements de fécondité en fait un pays à fécondité intermédiaire (Fall et N'Gom, 2001, cités par Vignikin, 2004). La baisse de la fécondité dans les villes a probablement débuté dans les années 1970. Le décrochage entre fécondité rurale et urbaine s'est donc produit assez tôt puisqu'une baisse

sensible de la fécondité rurale ne s'opère qu'à partir de 1991 (Joseph et Garenne 2001). Le contexte de l'offre de planification souffre de nombreux problèmes dans le pays. Outre une qualité des services parfois défaillante, l'autorisation du conjoint est requise (contrairement aux dispositions officielles) dans les centres de planification familiale (Vignikin, 2004). De même, le traitement réservé aux adolescentes ne les incite pas à une forte affluence dans ces centres. En conséquence, le recours à la pratique contraceptive est faible. On note toutefois un paradoxe : celui du niveau de la fécondité également peu élevé au regard du niveau de la pratique contraceptive moderne. L'ISF est de 5,4 enfants par femme alors que la proportion des femmes utilisant un moyen contraceptif moderne est d'environ 8 % en 1998. L'espérance de vie à la naissance est de 54,3 ans au Togo avec un taux de prévalence du VIH/Sida de 4,1 % à la fin de l'année 2003 (Onusida, 2004).

Tableau 1 – Contextes géographique, démographique et sociopolitique des pays de l'étude

	Bénin	Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Sénégal	Togo
Superficie	114 743	274 200	475 442	322 462	193 000	56 785
Population	6 769 914	11 900 000	15 400 000	16 900 000	9 900 000	4 700 000
Date adoption politique de population	1996	1986	1999	1997	1988	1998
Début baisse de la fécondité	Urbain	1983	1975	1985	1980	1971
	Rural	1990	1986	1993	1990	1986
ISF (année)	5,6 (2001)	6,2 (2003)	5,0 (2004)	5,2 (1998)	5,7 (1997)	5,4 (1998)
Prévalence du Sida (%)	1,9	4,2	6,9	4,7	0,8	4,1

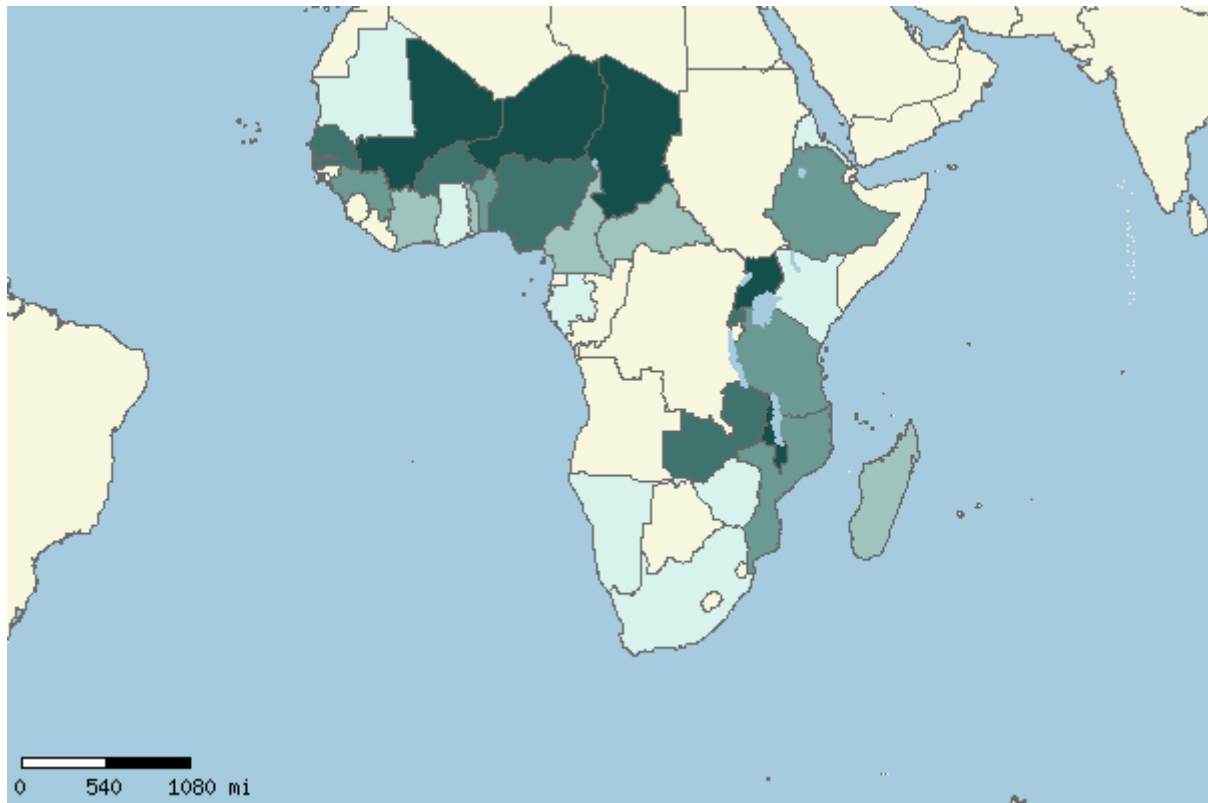
Source : Rapports nationaux EDS ; Joseph et Garenne, 2001 ; Onusida, 2004

## 1.2. Des pays différents mais relativement proches d'un point de vue social et culturel

Ainsi, les situations spécifiques des pays diffèrent même si l'on note une certaine convergence des contextes économiques et sociaux (tableau 1). D'une manière générale, les pays ont quasiment tous le même passé colonial et ont tous hérité d'une certaine « vision démographique ». Ils ont également en partage un environnement social et culturel largement acquis à la forte fécondité.

Au plan économique, social et sanitaire, les pays présentent dans leur ensemble une situation quelque peu préoccupante au regard même de leur position relative dans l'ensemble subsaharien. L'indicateur de développement humain (IDH) le plus élevé est celui du Togo qui se situe au 143<sup>e</sup> rang mondial et dont le niveau est inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (tableau 2). L'espérance de vie à la naissance très faible témoigne des conditions sanitaires qui se dégradent. Comme on l'a dit plus haut, l'espérance de vie à la naissance est plus faible en 2000-2005 qu'en 1970-1975 en Côte d'Ivoire. Au Cameroun, elle n'a pas augmenté (45,7 ans et 45,8 respectivement) (PNUD, 2004).

Figure 2 – Répartition des pays africains au sud du Sahara selon leur niveau d'ISF



Source : EDS StatMapper

#### Légende

- ISF compris entre 6,3 et 7,2
- ISF compris 5,7 et 6,3
- ISF compris entre 5,5 et 5,7
- ISF compris entre 5 et 5,5
- ISF compris entre 2,9 et 5
- Données non disponibles

En matière d’alphabétisation, dont l’importance a été maintes fois soulignée dans l’adhésion à la contraception, les pays de l’étude font en général moins bien que les autres pays de l’Afrique subsaharienne, déjà très en retard sur l’ensemble du monde en développement (60,5 % d’adultes alphabétisés contre 76,5 %) (tableau 2). Seul le Cameroun se retrouve avec un taux d’alphabétisation des adultes supérieur à 60 %. Le Burkina Faso ne compte que 12,8 % d’adultes alphabétisés. Enfin, si le revenu par tête est partout très faible, tant en parité de pouvoir d’achat (PPA) que de façon brute, le meilleur classement quasi systématique des pays selon le PIB par habitant par rapport à celui établi selon l’IDH suggère que plus d’efforts auraient pu y être accomplis en faveur des conditions sociales et sanitaires de la population.

Tableau 2 – Répartition des six pays selon l'IDH et ses composantes

Pays	Rang selon l'IDH	IDH en 2003	Espérance de vie à la naissance en 2003 (années)	Taux d'alphabétisation des adultes (% âgés de 15 ans et plus) 2003	PIB/hab (PPA US\$) 2003	PIB/hab (FCFA) en 2004 *	Rang selon le PIB/hab moins rang selon l'IDH
Togo	143	0,512	54,3	53,0	1 696	212 800	3
Cameroun	148	0,497	45,8	67,9	2 118	490 800	-19
Sénégal	157	0,458	55,7	39,3	1 648	370 500	-10
Bénin	162	0,431	54,0	33,6	1 115	292 500	-5
Côte d'Ivoire	163	0,420	45,9	48,1	1 476	420 700	-14
Burkina Faso	175	0,317	47,5	12,8	1 174	154 800	-20
Pays en développement		0,694	65,0	76,5	4 359		
<b>Afrique subsaharienne</b>		<b>0,515</b>	<b>46,1</b>	<b>60,5</b>	<b>1 856</b>		
Pays à IDH élevé		0,895	78,0		25 665		
Pays à faible revenu		0,593	58,4	60,6	2 168		
Ensemble du monde		0,741	67,1		8 229		

Source : PNUD, 2004 et \*site de l'UEMOA ([www.izf.net](http://www.izf.net))

## 2. L'émergence de la planification familiale

### 2.1. Des points de vue très tranchés en faveur de la natalité ...

La diffusion progressive de la planification en Afrique subsaharienne a été en général confrontée à des difficultés d'ordre institutionnel. Spécificité importante des pays, ces oppositions ont émané moins des milieux traditionnellement hostiles à la planification moderne<sup>4</sup> que de la puissance publique elle-même.

À la veille de la première conférence mondiale de la population dans les années 1970, la question de la planification de la population n'était même pas à l'ordre du jour des préoccupations gouvernementales dans les pays étudiés. En Afrique occidentale et centrale, seul le Ghana estimait trop élevée sa fécondité et son taux de croissance et menait une politique cohérente de baisse de ceux-ci. On se rappelle qu'à l'occasion de la conférence

<sup>4</sup> L'église chrétienne, catholique en particulier, est connue pour sa forte réserve vis-à-vis des moyens non naturels de planification familiale. La position de la religion islamique est tout aussi tranchée en particulier sur les questions d'avortement. Quant à la religion animiste, elle a toujours plus ou moins encouragé la procréation souvent perçue comme une opportunité de réincarnation des membres du lignage. L'inexistence d'une structure de représentation de cette branche ne permet pas d'avoir sa position « officielle » mais les diverses cérémonies dédiées à la fécondité témoignent de sa position très nataliste.

mondiale sur la population à Bucarest, deux thèses contradictoires s'opposaient pour des raisons plutôt idéologiques. Cependant, en soutenant que le développement devait précéder la régulation des naissances, les pays de l'étude, tout particulièrement la Côte d'Ivoire, ne prenaient pas position, certainement pour des raisons de rivalités Nord-Sud. Selon la théorie libérale, l'optimum économique, qui correspond au bien-être général, s'obtient par le libre choix des individus sur des marchés concurrentiels également libres de toute contrainte. Cette thèse économique devrait pouvoir être transposée sur la sphère démographique, où les préférences individuelles s'exerçant librement, le bien-être social devrait suivre dans un environnement où aucune contrainte ne vient influencer ces choix individuels. En outre, la faiblesse des marchés intérieurs des pays ne les encourageait pas à opter pour une régulation de la fécondité à une époque où le protectionnisme n'avait encore fait aucune place à l'intégration économique. Cependant, les positions initiales toutes très pro natalistes évolueront progressivement vers une attitude plus favorable à la contraception.

En 1976, lors de la première enquête des Nations unies visant à déterminer la perception du niveau de sa fécondité et les politiques envisagées en la matière, seul le Sénégal estimait élevé le rythme de croissance de sa population et le niveau de sa fécondité. Ce pays n'envisageait toutefois pas d'intervenir pour en inverser la tendance tout comme le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo, qui ne voulaient rien tenter pour influencer leur fécondité et leur taux de croissance qu'ils jugeaient satisfaisants (tableau 3). Il est important de noter que pour la plupart de ces pays la fécondité était alors à son plus haut niveau. En Côte d'Ivoire, l'ISF s'élevait à 8,5 enfants par femme dans le milieu rural et à 7,2 enfants par femme dans le milieu urbain, lors de l'enquête ivoirienne de fécondité de 1980-1981. En 1980, l'enquête mondiale a révélé un ISF de 7,1 enfants par femme au Bénin, et de 7,2 enfants par femme au Sénégal (Sibanda et Zuberi, 1999). Quant au Cameroun, touché par des problèmes de stérilité d'origine pathologique, il trouvait sa fécondité trop faible mais n'envisageait pas de politique corrective de la tendance démographique.

En 1983, les positions des pays ont quelque peu évolué mais elles restent majoritairement pro natalistes. En effet, à l'exception du Bénin, qui gardera d'ailleurs une position constante de satisfaction jusque dans les années 1990, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Togo mais surtout le Cameroun changent de position. Pour les premiers, la fécondité et la croissance démographique sont toujours satisfaisantes mais des interventions sont maintenant envisagées pour en maintenir le niveau. Quant au gouvernement du Cameroun, il perçoit sa fécondité comme trop forte. La position du Burkina Faso sera quelque peu indécise, puisqu'en 1986 ce pays rejoindra encore le Bénin, renonçant à mener des actions pour maintenir une fécondité jugée satisfaisante.

Après 1989, les positions vont s'homogénéiser. Tous les pays adhèrent à la planification des naissances et mènent une politique cohérente d'intervention après le consensus du Caire sur la population et le développement.

Tableau 3 – Perceptions des pays relatives au niveau de leur fécondité et à la politique en la matière : évolution de 1976 à 1996

Perception du niveau de la fécondité	Politique envisagée	1976	1983	1986	1989	1996
Fécondité et accroissement faibles	Pas d'intervention	Cameroun				
	Nécessiter d'augmenter					
Fécondité et accroissement satisfaisants	Pas d'intervention	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo	Bénin	Bénin, Burkina Faso	Bénin	
	Intervention pour maintenir le niveau		Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo	Côte d'Ivoire, Togo	Côte d'Ivoire, Togo	
Fécondité et accroissement trop élevés	Pas d'intervention	Sénégal	Cameroun	Cameroun		
	Politique cohérente d'intervention		Sénégal	Sénégal	Burkina Faso, Cameroun, Sénégal	Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Togo

Source : d'après Sala-Diakanda, 2000

Tout au long du processus d'adhésion à la contraception, il est important de noter les attitudes gouvernementales vis-à-vis de la pratique contraceptive et de mettre ainsi en regard les intentions affichées et la politique réellement menée (tableau 4). Le Sénégal apparaît comme le pays ayant eu la démarche la plus cohérente en la matière. En 1976 déjà, le pays percevait comme trop élevé sa fécondité mais n'envisageait pas d'intervenir. C'était, à l'époque, le seul des six pays étudiés à avoir eu une telle perception. Les niveaux de fécondité étaient alors similaires dans la région ouest-africaine. Ce pays a évolué, dès 1983, à la lumière des états des lieux établis par les enquêtes mondiales de fécondité, glissant d'abord vers un appui indirect à la contraception en 1983 puis à un appui direct à partir de 1986. Dans une moindre mesure, le Togo a également respecté ses positions puisque ce pays, ayant toujours déclaré être satisfait de sa fécondité et de son taux de croissance, a effectivement donné des appuis directs pour en maintenir le niveau. Le Togo a cependant apporté un appui indirect à la contraception en 1976 alors qu'il avait déclaré ne pas intervenir. Quant au Bénin, il a toujours donné un appui indirect à la contraception même si le pays a toujours déclaré ne pas vouloir intervenir pour influencer une fécondité perçue comme satisfaisante. Le Burkina Faso en 1983 et en 1986 n'était pas en phase entre les opinions émises et la réalité tout comme le Cameroun en 1976, 1986 et 1989. Le cas de la Côte d'Ivoire semble toutefois plus intéressant. Ce pays, connu pour son pro natalisme irréductible avant 1991, a toujours déclaré être satisfait de sa fécondité et de son taux de croissance. Effectivement, aucune action publique n'a été initiée jusqu'en 1976 conformément au souhait exprimé par le gouvernement. En 1983, à la veille de la Conférence de Mexico, le pays, toujours satisfait du niveau de sa fécondité, a déclaré aux Nations unies envisager des actions pour maintenir le niveau de la fécondité.

Cependant, des actions étaient menées pour restreindre l'extension de la pratique contraceptive naissante. Ainsi, les activités de l'AIBEF étaient surveillées et ses dirigeants rappelés à l'ordre par les autorités lorsque l'institution devenait trop offensive (Anoh, 2001). Ce n'est que dans les années 1990 que la Côte d'Ivoire a changé de position passant à une position néo-malthusienne.

## 2.2. ... À une prise de conscience progressive de la problématique population-développement

Plusieurs repères dans le temps permettent de retracer ce changement d'attitude des pays vis-à-vis de la planification des naissances. Le premier repère est l'organisation des enquêtes mondiales de fécondité dans les années 1980 et la formation consécutive de nombreux cadres statisticiens et démographes africains. Ainsi, la conscience des questions démographiques et leurs interrelations avec le développement économique et social est apparue plus clairement aux différents gouvernements. Les projections effectuées par les Nations unies qui prévoyaient pour l'Afrique une quasi-catastrophe démographique à l'horizon 2000 ont également participé à cet éveil progressif des consciences.

Tableau 4 – Attitudes et politiques menées par les pays en matière de contraception sur la période 1976-1996

Attitudes et politiques	1976	1983	1986	1989	1996
Restriction ou intention de réduire la prévalence contraceptive		Côte d'Ivoire			
Pas d'appui à la contraception mais aucune restriction	Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Sénégal	Burkina Faso, Cameroun,	Côte d'Ivoire,	Cameroun	
Appui indirect à la contraception sans restriction	Bénin, Cameroun, Togo	Bénin, Sénégal	Bénin, Burkina Faso	Bénin, Côte d'Ivoire	
Appui direct à la contraception sans restriction		Togo	Cameroun, Sénégal, Togo	Burkina Faso, Sénégal, Togo	Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal,

Source : d'après Sala-Diakanda, 2000

L'organisation de grandes conférences mondiales sur la population et leurs réunions préparatoires ont constitué, de notre point de vue, une étape cruciale vers les changements de perception des questions démographiques. La Conférence de Dakar N'Gor en 1992 et surtout la réunion d'Arusha, en 1984, ont été de véritables éléments catalyseurs. À la suite d'Arusha, s'est dégagé un consensus africain, le Programme d'Action du Kilimandjaro, dont les résolutions alimenteront largement les conclusions de la Conférence de Mexico (Sala-

Diakanda, 2000), qui fut une étape intermédiaire avant le grand consensus à l'échelle mondiale de la Conférence du Caire, en 1994, qui marque l'avènement définitif de la contraception dans tous les pays étudiés.

La naissance d'associations de bien-être familial, émanant de la société civile mais très fortement subventionnées par des ONG internationales essentiellement américaines, aura été une autre étape importante dans l'émergence d'une vision nouvelle des questions de population dans des pays encore fortement acquis à la natalité. En effet, à la suite des enquêtes mondiales de fécondité, il est apparu qu'une demande de planification familiale se constituait dans les franges urbaines et scolarisées des populations africaines ; les indices conjoncturels de fécondité montraient notamment que la fécondité du moment, dans les milieux urbains et les catégories les plus instruites, se détachait progressivement de celle des catégories rurales et analphabètes. Il y avait là un créneau intéressant. Des associations se sont donc créées dans les différents pays se positionnant d'abord sur le terrain sanitaire de l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Ainsi elles ont pu facilement s'insérer dans la brèche ouverte, d'autant plus que la planification à but sanitaire était perçue par les gouvernements comme un nécessaire facteur d'accompagnement de la politique nataliste. Ainsi sont nées l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (1979), l'Association togolaise pour le bien-être familial (1975) et l'Association camerounaise pour le bien-être familial (1989). Au Bénin, en dépit de la loi de 1920, les activités du Conseil national pour la promotion de la famille (CNBPF) sont autorisées en 1972. Cette loi ne sera abolie qu'en 1980. Cette association, devenue plus tard Association béninoise pour la planification familiale (ABPF), avait été créée en 1970. Les activités de ces associations, en contradiction avec les lois anticonceptionnelles encore en vigueur dans certains pays, ont contribué à l'abrogation de la loi de 1920, renforcée d'ailleurs entre-temps par des législations en matière d'avortement notamment.

L'un des facteurs les plus décisifs dans l'adoption d'une nouvelle politique démographique restera la crise économique et sociale consécutive aux divers chocs pétroliers, particulièrement celui de 1973. Cette crise majeure pour les économies occidentales a mis un terme à la période des trente glorieuses, synonyme de croissance continue des économies occidentales après la seconde guerre mondiale. Elle a précipité les économies africaines dans la crise la plus grave qu'elles n'aient jamais connue et dont les effets perdurent encore. Il est apparu très clairement que des économies en difficultés majeures ne peuvent s'accommoder de taux de croissance démographique qui provoque des doubléments de population en deux ou trois décennies. Les conditionnalités des programmes d'ajustement structurels des économies (PAS), savamment orientées sur la question du capital humain, finiront par convaincre les pays les plus réticents d'adopter un changement d'attitude en matière de démographie. Dans les faits, les changements de position des gouvernements ont permis un élargissement de l'offre des méthodes modernes de planification des naissances. La lutte contre le VIH/Sida a relancé l'utilisation des préservatifs sans qu'on sache vraiment quelle proportion d'utilisateurs de condoms les utilise à des fins contraceptives.

Cependant, de multiples barrières restreignent encore l'accès à la planification des populations de l'Afrique de l'Ouest et centrale. Au plan institutionnel, le manque d'infrastructures appropriées est l'un des principaux obstacles de l'accès à la planification avec le manque de coordination véritable de toutes les instances chargées de la diffusion des méthodes. Certes la cohérence interne des institutions de coordination des activités n'est pas remise en cause mais, à un moment donné, il faut que l'offre publique et privée rencontre la demande de la population. La qualité des services laisse souvent à désirer, en particulier pour les adolescents et les adolescentes. Parfois, l'autorisation du conjoint est requise par certains prestataires de services, en dépit des lois en vigueur en Côte d'Ivoire et au Togo, afin de



préserver l'harmonie des couples et assurer la fréquentation des centres de planification suite à de multiples plaintes des hommes. De toute évidence, la position des populations a moins évolué que celle des gouvernements. En effet, le contexte économique est partout défavorable à une rationalité de faible fécondité. Les modes de production extensifs exigent toujours une main-d'œuvre familiale importante dans les zones rurales. De même, pour le plus grand nombre d'individus, la prise en charge familiale des personnes âgées ou handicapées reste encore incompatible avec une famille de taille restreinte. Enfin, les tendances culturelles étant lourdes, le contexte de vie urbaine, la scolarisation montante et l'ensemble des transformations structurelles, y compris celles provoquées par la crise économique et les programmes d'ajustement, n'impulsent qu'un mouvement encore lent à la baisse de la fécondité amorcée dans chacun des pays. Cependant, l'environnement se complexifie et les tendances que l'on pensait définitivement acquises sont remises en cause, comme on peut le voir, en particulier, avec la mortalité.

### 3. Des niveaux de la mortalité élevés, parfois en augmentation

La mortalité des enfants et l'espérance de vie des adultes qui sont les conséquences immédiates des choix collectifs et individuels ont aussi des répercussions extrêmement importantes sur la dynamique de la fécondité. En effet, les parents voudront toujours garder un minimum d'enfants vivants à l'âge adulte. Ce nombre est d'autant plus élevé que la mortalité est forte. C'est pourquoi la théorie de la transition démographique fait de l'amélioration des conditions sanitaires et de survie, notamment des enfants, l'un des principaux éléments annonciateurs d'une baisse durable de la fécondité.

En matière d'amélioration des conditions sociales de vie, les progrès accomplis par les populations concernées par l'étude ont été importants durant les premières années qui ont suivi l'indépendance des pays concernés. Mais les efforts ont été, pour la plupart, de courte durée du fait des faibles performances économiques enregistrées par les différents pays et les contraintes liées aux conditionnalités des PAS qui ont eu, par ailleurs, des conséquences désastreuses sur les budgets sociaux tout en retardant les progrès en matière sanitaire (tableaux 2 et 3). La politique de recouvrement des coûts des prestations de santé, préconisée par l'initiative de Bamako, a eu pour conséquence de réduire davantage les demandes de soins notamment les soins modernes de santé. Les couvertures vaccinales sont restées faibles, les infections respiratoires aiguës (IRA) et le paludisme, endémique dans ces régions tropicales, ont maintenu les niveaux de mortalité infanto-juvénile à des niveaux élevés (tableau 5, figures 3 et 4).

Les résultats les plus significatifs dans la lutte engagée contre la mortalité des enfants ont été obtenus au Sénégal et, dans une moindre mesure, au Togo et au Bénin. Dans ce premier pays, la mortalité des enfants ne représentait en 2002 qu'environ 46 % de sa valeur de 1960. Par contre, au Burkina Faso comme en Côte d'Ivoire et au Cameroun, les progrès ont été beaucoup plus faibles. D'une manière générale, la mortalité des enfants a connu une forte baisse de 1960 à 1990 dans tous les pays concernés (tableau 6). Cependant, les performances ont été bien moins nettes après cette période. En dehors du Bénin, où on n'enregistre qu'une faible baisse du rythme de décroissance, celui-ci ralentit fortement au Burkina Faso au Sénégal et au Togo, et l'on assiste à une remontée de la mortalité infantile et juvénile au Cameroun et en Côte d'Ivoire (tableau 6). Ces deux pays sont, rappelons-le aussi, les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida. Cette situation, encore inédite pour la transition

démographique, est de nature à elle seule à remettre profondément en cause le schéma classique de la transition de la fécondité.

Tableau 5 – Niveau de la mortalité des enfants de moins de 1 an et des enfants de moins de 5 ans en 1960 et 2002

Pays	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)			Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)		
	1960	2002	Poids relatifs 2002/1960	1960	2002	Poids relatifs 2002/1960
Bénin	176	93	52,8	296	156	52,7
Burkina Faso	181	107	59,1	315	207	65,7
Cameroun	151	95	62,9	255	166	65,1
Côte d'Ivoire	195	102	52,3	290	176	60,7
Sénégal	173	79	45,7	300	138	46,0
Togo	158	79	50,0	267	141	52,8

Source : UNICEF\_SOWC 2004 et calculs propres

Tableau 6 – Taux annuel moyen de baisse du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1960 et 1990 et entre 1990 et 2002 (en %)

Pays	1960-1990	1990-2002 (*)
Bénin	1,6	1,4
Burkina Faso	1,4	0,1
Cameroun	2,0	-1,5
Côte d'Ivoire	2,1	-1,1
Sénégal	2,4	0,6
Togo	1,9	0,6

Source : UNICEF\_SOWC 2004

(\*) Les taux négatifs de baisse correspondent à des taux de croissance de la mortalité

Figure 3 – Niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1960 et 2002

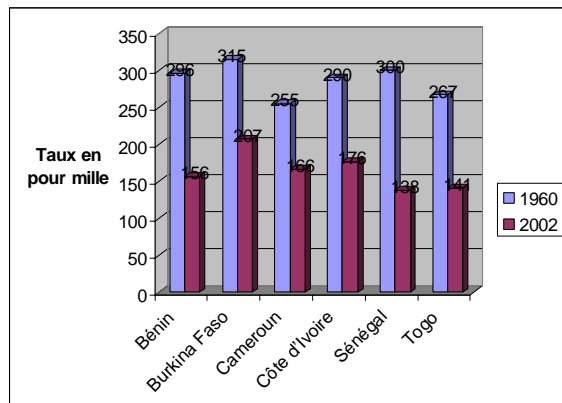
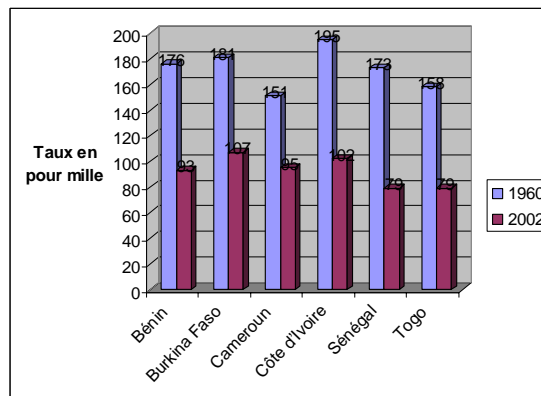


Figure 4 – Niveau de la mortalité infantile en 1960 et 2002

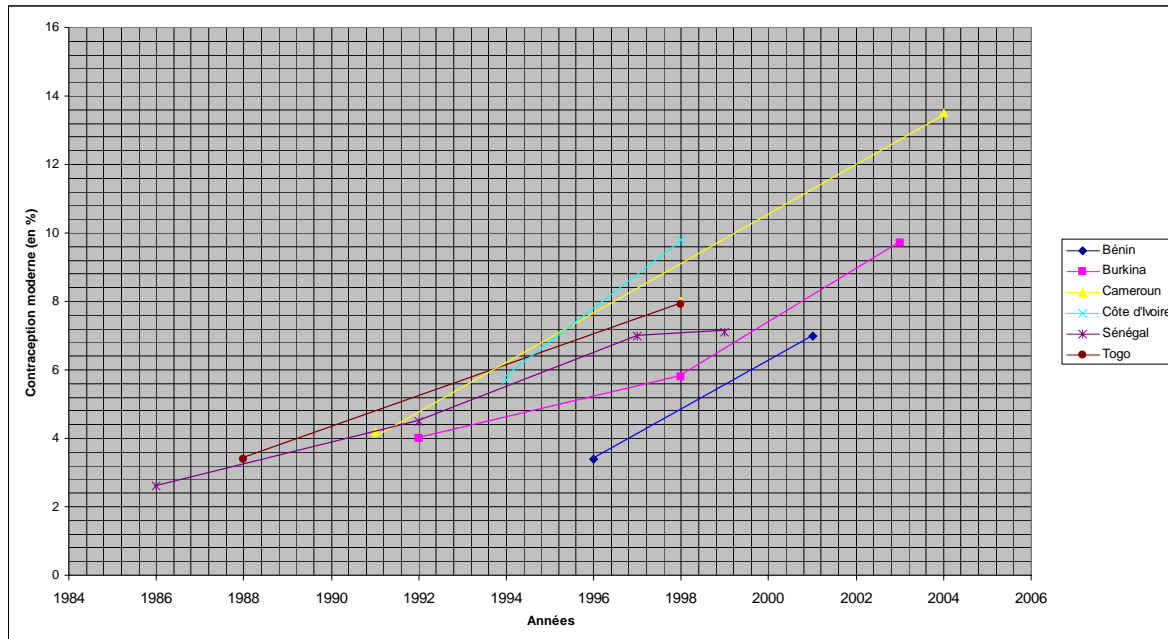


## 4. Pratique contraceptive et fécondité

Pour mieux apprécier la situation de la planification familiale dans les pays étudiés, il convient d'examiner les niveaux de fécondité à différentes dates. Ces repères sont peu nombreux puisque les enquêtes d'envergure nationale se rapportant à la fécondité et la contraception sont plutôt rares en Afrique au sud du Sahara. Cependant, deux grandes séries d'enquêtes démographiques ont permis de pallier quelque peu ce manque de données démographiques. Il s'agit des enquêtes mondiales sur la fécondité et des enquêtes démographiques et de santé. Ces enquêtes ont d'ailleurs été conçues pour permettre les comparaisons internationales. L'Afrique subsaharienne a largement été couverte par ces enquêtes. Les évolutions de la pratique contraceptive seront retracées dans le temps à travers ces deux importantes sources de données.

La pratique contraceptive dans les pays étudiés est marquée par trois points principaux : son faible niveau actuel dans l'ensemble, l'émergence de la contraception moderne et l'écart entre la pratique contraceptive des femmes non mariées sexuellement actives et celle des femmes en union. La contraception totale concerne rarement plus de 20 % des femmes, que celles-ci soient en union ou non. Bien que les données ne soient pas directement comparables du fait du décalage des enquêtes dans le temps, on observe une certaine avancée de la pratique contraceptive au Cameroun et, dans une moindre mesure, en Côte d'Ivoire où la proportion de femmes utilisant un moyen contraceptif quelconque est assez substantielle (24 % en 1998 et 26,1 % en 2004 au Cameroun ; 20,7 % en Côte d'Ivoire en 1998). Le Sénégal se démarque également mais par une pratique contraceptive très faible ; jusqu'en 1999, la prévalence contraceptive reste en dessous de 10 % pour l'ensemble des méthodes. Dans ce dernier pays, le gouvernement a paradoxalement pris conscience beaucoup plus tôt que les autres de la nécessité d'agir afin d'améliorer le niveau de la prévalence contraceptive. Quant au Togo et au Bénin, ils se situent dans une position intermédiaire, autour de 16 % (tableau 7). À l'exception du Sénégal et du Burkina Faso, la pratique contraceptive concerne essentiellement les méthodes naturelles ou traditionnelles, peu efficaces. L'utilisation de méthodes modernes est assez marginale puisqu'elle concerne moins de 10 %, quel que soit le pays et l'année, à l'exception du Cameroun en 2004 où 13,5 % de l'ensemble des femmes et 12,5 % des femmes en union ont choisi une méthode moderne (tableau 7, figure 5).

Figure 5 – Évolution de la pratique contraceptive moderne dans les pays d'étude



Si la prévalence est encore faible dans l'ensemble, on observe cependant l'émergence progressive de l'utilisation de la contraception, surtout perceptible pour les méthodes modernes. Celles-ci étaient pratiquement inexistantes dans les années 1980, au moment du déroulement des enquêtes mondiales de fécondité. Les seules sources existantes à cette époque étaient, comme on l'a souligné plus haut, les offres émanant du secteur privé. Le contexte était également défavorable à la contraception. Bien que faibles dans l'absolu, les chiffres ont connu des progressions importantes en quelques années après le changement des perceptions et attitudes des gouvernements vis-à-vis de la planification des naissances. Les taux d'accroissement moyens calculés sur des périodes allant de 4 à 13 ans sont éloquentes. Ces taux sont particulièrement élevés dans des pays, comme le Sénégal justement, où ce type de contraception était extrêmement faible notamment chez les femmes en union (0,6 % en 1986 et 8,2 % en 1999) (tableau 7).

Le dernier point remarquable est le niveau de contraception des femmes non en union mais sexuellement actives. Dans tous les pays et à toutes les époques, ce niveau de contraception se démarque nettement de celui des femmes en union. Cette contraception, générale et de qualité, puisque ayant une forte composante moderne, progresse aussi assez rapidement dans tous les pays. En Afrique, la sexualité est très précoce, comme on le verra plus loin. Et, en dehors de quelques cas assez rares dans les pays à forte stérilité où il est préférable que la jeune fille fasse la preuve de sa fécondité, le seul cadre vraiment valorisant de procréation est l'union avec un partenaire. Les jeunes adolescentes sexuellement actives ont ainsi recours à la pratique contraceptive moderne pour retarder le plus possible l'avènement de la première naissance. Souvent, plus de 60 % de ces personnes ont recours à une forme quelconque de contraception, y compris dans des pays comme le Burkina Faso où la contraception est la moins répandue après le Sénégal (tableau 7), témoignant d'une demande réelle de moyens de

Tableau 7 – Évolution de la pratique contraceptive des femmes à différentes dates (en %)

Pays	Année	Toutes les femmes		Femmes en union		Femmes non mariées sexuellement actives	
		Totale	Moderne	Totale	Moderne	Totale	Moderne
Bénin	1996	16,8	3,4	16,4	3,4	50,1	13,5
	2001	17,8	7	18,6	7,2	37,8	16,9
	Taux d'accroissement moyen (% sur 5 ans)	6	105,9	13,4	111,8	-24,6	25,2
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	0,2	0,72	0,44	0,76	-2,46	0,68
Burkina Faso	1992/1993	7,7	4	7,9	4,2	-	-
	1998	10,2	5,8	9,7	4,8	59,9	54,5
	2003	12,7	9,7	12,2	8,6	58,3	55,7
	Taux d'accroissement moyen (% sur 10 ans)	64,9	142,5	54,4	104,8	-0,0*	0,0*
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	0,5	0,57	0,43	0,44	-0,32	0,24
Cameroun	1991	16,6	4,2	13,2	4,3	-	-
	1998	24,0	8,0	19,3	7,1	62,9	21,6
	2004	26,1	13,5	26,0	12,5	68,5	46,6
	Taux d'accroissement moyen (% sur 13 ans)	57,2	221,4	97,0	190,7	8,9*	115,7*
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	0,7	0,7	1,0	0,6	0,9	4,2
Côte d'Ivoire	1994	16,5	5,7	11,4	4,3	49,1	18,4
	1998/99	20,7	9,8	15,0	7,3	64,0	49,3
	Taux d'accroissement moyen (% sur 4 ans)	25,5	71,9	31,6	69,8	30,3	167,9
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	1,1	1,0	0,9	0,8	3,7	7,7
Sénégal	1986	4,7	2,6	4,6	0,6	-	-
	1992/93	7,1	4,5	7,4	4,8	-	-
	1997	9,1	7,0	10,4	8,1	-	-
	1999	9,0	7,1	10,5	8,2	-	-
	Taux d'accroissement moyen (% sur 13 ans)	91,5	173,1	128,3	1266,7		
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	0,3	0,3	0,5	0,6		
Togo	1988	15,5	3,4	12,1	3,1	-	-
	1998	17,2	7,9	13,9	7,0	53,4	22,9
	Taux d'accroissement moyen (% sur 10 ans)	11,0	132,4	14,9	125,8	-	-
	Croissance annuelle moyenne (point de %)	0,2	0,5	0,2	0,4	-	-

Sources : Rapports EDS nationaux et calculs propres

Note : Pour le Togo (1988 et 1998), le Sénégal (1986 et 1996), le Cameroun (1991) et le Burkina Faso (1998 et 2003), la pratique contraceptive totale donnée par les EDS comprend l'abstinence. Cette méthode a été retirée des chiffres ci-dessus pour rendre les données comparables et pour se conformer à la tendance actuelle qui ne considère pas l'abstinence comme une méthode de planification.

\* Calculs effectués pour une période plus courte

contrôle de la fécondité et d'un besoin pas toujours satisfait de contraception. La pratique des avortements provoqués, qui a pu être mise en évidence dans différentes études (Guillaume, 2003 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume *et al.*, 1999), atteste de l'importance de la question.

Les femmes ayant un besoin non satisfait de planification familiale se définissent comme celles qui déclarent soit ne plus vouloir d'enfant du tout (besoin non satisfait pour limiter les naissances) soit vouloir attendre au moins deux années avant d'avoir une autre naissance (besoin non satisfait d'espacement) et qui n'utilisent pas de contraception. On peut penser que cette cible constitue un potentiel que les programmes de planification familiale peuvent recruter assez aisément. Dans les pays étudiés, les besoins non satisfaits sont faibles au regard du niveau de la contraception. Environ trois femmes sur quatre qui auraient pu exprimer un besoin d'espacement des naissances ne le font pas (tableau 8). Ce qui dénote un certain désintérêt vis-à-vis de la planification familiale, que ce soit dans le but de limiter ou dans le souci de maintenir un écart convenable entre les naissances. En particulier, pour ce dernier cas, les populations disposent d'un mécanisme traditionnel auquel elles adhèrent comme on le verra plus loin. Ainsi, les femmes ne sont pas en général demandeuses de contraception moderne pour espacer ou pour limiter les naissances.

Par rapport à cette question, A. Coale (1973) a défini trois conditions pour que la baisse de la fécondité soit effective et relativement généralisée. Ce sont la conceptualisation de la régulation de la fécondité, la reconnaissance que la diminution de la fécondité est un bienfait et la disponibilité des moyens efficaces et acceptables de régulation. Les deux premières conditions n'ont pas encore vraiment émergé dans les populations d'étude, pas plus que la troisième d'ailleurs dans la mesure où la disponibilité et l'acceptation de moyens modernes demeurent réservées à certaines femmes.

Tableau 8 – Besoins non satisfaits en planification familiale (en %)

Pays	Année	Espacement	Limitation	Ensemble
Bénin	2001	17,5	9,7	27,2
Burkina Faso	2003	21,8	7,0	28,8
Cameroun	2004	10,3	4,2	14,5
Côte d'Ivoire	1998/99	14,7	4,8	19,5
Sénégal	1997	21,7	10,9	32,6
Togo	1998	21,4	10,9	32,3

Source : Rapports EDS nationaux

L'existence de besoins non satisfaits en planification familiale, pour espacer ou limiter les naissances, révèle la volonté d'une partie de la population d'avoir une meilleure maîtrise de sa vie féconde. Dans les pays étudiés, entre une femme sur trois et une femme sur sept exprime ce besoin non satisfait de planification familiale. Au Bénin, comme au Burkina Faso, au Sénégal et au Togo, la proportion de femmes ne pouvant exercer leur souhait de contrôle de leur procréation est plus élevée que celle de leurs consœurs ayant recours à la contraception, satisfaisant ainsi leur besoin de planification familiale. La situation est inverse au Cameroun et en Côte d'Ivoire.

La baisse de l'ISF atteint partout au moins 10 % de la valeur initiale mesurée le plus souvent lors de l'enquête mondiale de fécondité dans les années 1980. En début de période, la fécondité des pays était à des niveaux extrêmement élevés, de l'ordre de 6 à 7 enfants par femme. Une vingtaine d'années plus tard, les niveaux ont baissé de 1 à 1,5 enfant par femme. Elle atteint même 2 enfants pour la Côte d'Ivoire entre 1980 et 1998, passant de 7,2 enfants à 5,2 à la dernière EDS du pays (tableau 9). Mais l'âge médian à la première naissance est encore très peu élevé dans tous les pays, de même que sont élevés les proportions d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie féconde. Les conceptions pré-nuptiales, non mesurées ici mais qui sont très nombreuses en Afrique, surtout dans les milieux urbains où le mariage est plus tardif, sont une des caractéristiques de la fécondité dans les pays africains au sud du Sahara. Cette spécificité favorise le recours contraceptif important, noté plus haut, des femmes sexuellement actives qui ne sont pas, ou pas encore, mariées.

Tableau 9 – Évolution de l'ISF entre l'enquête mondiale et la dernière EDS, âge médian à la maternité et proportion d'adolescents de 15 à 19 ans ayant commencé une vie féconde

Pays	Année	ISF			Âge médian à la première naissance	Adolescents ayant commencé leur vie féconde (en %)
		Urbain	Rural	Ensemble		
Bénin	1982			7,1		
	2001	4,4	6,4	5,6	19,6	
	Variation relative (en %)			-21,1		
Burkina	1992/93	5	7,3	6,9	19,1	31,1
	2003	3,7	6,9	6,2	19,4	23,2
	Variation relative (en %)			-10,1		
Cameroun	1978			6,4		
	2004	4	6,1	5	19,1	28,4
	Variation relative (en %)			-21,9		
Côte d'Ivoire	1980/81			7,2		
	1998/99	4	6	5,2	19,2	31
	Variation relative (en %)			-27,8		
Sénégal	1970/71			6,4		
	1999	3,9	6,1	5,2	20	21
	Variation relative (en %)			-18,8		
Togo	1988	4,7	7	6,6	19,3	
	1998	3,2	6,5	5,4	20,1	19,4
	Variation relative (en %)			-18,2		

Sources : Rapports EDS nationaux

## 5. Les autres déterminants de la fécondité

### 5.1. La nuptialité

Le modèle de nuptialité, en déterminant le temps d'exposition total de la femme au risque de conception, est un facteur intermédiaire de poids dans le niveau de la fécondité. L'âge au premier mariage et la proportion de femmes en union sont des indicateurs majeurs de l'impact de ce modèle sur le niveau de la fécondité. En Afrique au sud du Sahara, le mariage est quasi universel et la femme entrée en union y reste quasiment tout le temps du fait du remariage rapide après un divorce. La proportion des femmes en union est assez élevée dans tous les pays étudiés. Ceci s'explique par le fait que l'âge au premier mariage est relativement faible ; il est d'environ 18 ans. On note cependant que cet âge a tendance à s'élever concomitamment d'ailleurs avec la baisse de la proportion de femmes en union. L'âge au premier rapport sexuel, également très faible, connaît lui une baisse un peu moins prononcée (tableau 10).

Tableau 10 – Éléments du modèle de nuptialité selon les pays et à différentes dates

Pays	Année	Proportion des femmes en union (en %)	Âge médian à la première union, en années (20-49 ans)	Âge médian au premier rapport sexuel, en années (20-49 ans)
Bénin	1996	68,9	18,5	17,3
	2001	59	18,9	17,3
	Différence	-9,9	0,4	0
Burkina Faso	1998/99	75,3	17,6	17,4
	2003	68,6	17,7	17,5
	Différence	-6,7	0,1	0,1
Cameroun	1998	56,6	17,7	15,9
	2004	52	17,8	16,4
	Différence	-4,6	0,1	0,5
Côte d'Ivoire	1994	65,1	18,3	15,8
	1998/99	47,6	19	16,1
	Différence	-17,5	0,7	0,3
Sénégal	1992/93	70,5	16,6	16,4
	1997	68,1	18	17,5
	Différence	-2,4	1,4	1,1
Togo	1988	73	18,4 (25-49 ans)	-
	1998	60,5	19,1	17,3
	Différence	-12,5		

Sources : Rapports EDS nationaux



## 5.2. Les mécanismes traditionnels de régulation des naissances

Si la pratique contraceptive moderne est faible, la régulation de la fécondité s'opère par des procédés dits « traditionnels » qui rendent les femmes moins tributaires des méthodes modernes de contrôle de la fécondité. En Afrique subsaharienne, l'allaitement est long et donc l'aménorrhée importante. Il est couplé avec une abstinence *post-partum* qui donne, avec l'aménorrhée *post-partum*, une période de non-susceptibilité égale à la période la plus longue entre l'aménorrhée et l'abstinence. Ces dispositions assurent en grande partie le maintien d'un ISF certes élevé mais qui reste très en deçà de sa valeur potentielle estimée à environ 15,3 enfants par femme (Bongaarts et Potter, 1983). Tous les pays étudiés présentent un tel schéma puisque la période de non-susceptibilité dépasse généralement quinze mois (tableau 11). Cette valeur assure un intervalle moyen entre deux naissances consécutives d'au moins vingt-quatre mois. Mais, la durée de non-susceptibilité ayant tendance à décroître, dans quelle mesure cette décroissance, que l'on observe surtout en milieu urbain (Koffi, 1993), arrivera-t-elle à être compensée par l'utilisation croissante de la contraception moderne ?

Tableau 11 – Niveaux des facteurs de régulation traditionnelle de la fécondité dans les pays à différentes dates (durée médiane)

Pays	Années	Aménorrhée (en mois)	Abstinence (en mois)	Non-susceptibilité <i>post-partum</i> (en mois)
Bénin	1996	13,4	15,8	18,9
	2001	11,7	8,9	15,1
	Différence	-1,7	-6,9	-3,8
Burkina Faso	1998/99	15,9	19,2	22,6
	2003	14,9	12,5	19,9
	Différence	-1	-6,7	-2,7
Cameroun	1998	10,7	11,9	15,5
	2004	9,3	6,3	13,7
	Différence	-1,4	-5,6	-1,8
Côte d'Ivoire	1994	12,3	11,8	16,6
	1998/99	10,6	11,8	18,9
	Différence	-1,7	0	2,3
Sénégal	1992/93	14,3	3,5	16,2
	1997	13,2	2,9	15,1
	Différence	-1,1	-0,6	-1,1
Togo	1988*	14,4	17,5	20,3
	1998*	14,6	15,6	19,3
	Différence	0,2	-1,9	-1
	1998	14	13,4	17,8

Source : Rapports EDS nationaux

\* Durées moyennes

### 5.3. La montée de l'avortement dans les milieux urbains

Les six pays ont tous une législation qui condamne fermement l'avortement provoqué. Celui-ci n'est toléré que pour sauver la vie de la mère à l'exclusion de tout autre motif. Au Cameroun cependant, la loi est moins contraignante puisque l'avortement est également autorisé en cas de danger pour l'intégrité physique de la mère et en cas d'inceste. Ainsi, la situation est bien loin des pays résolument néo-malthusiens comme la Tunisie où l'avortement est pratiqué sur simple demande de la femme enceinte.

Illégal, l'avortement n'est pas moins pratiqué par les personnes qui refusent de garder leur grossesse. Elles le font dans la clandestinité et dans des conditions souvent dangereuses. La pratique de l'avortement serait même en progression notable dans les milieux urbains. Comment pourrait-il en être autrement dans des milieux où la contraception est faible et où la sexualité pré-nuptiale est importante ? Les données manquent souvent pour décrire le phénomène dans toute son ampleur. Cependant, des enquêtes faites en Côte d'Ivoire ont permis d'approcher quelque peu l'importance du phénomène. Une estimation de l'effet inhibiteur de l'avortement en Côte d'Ivoire fait apparaître que ce phénomène réduit la fécondité totale de 6,1 % dans l'ensemble de la population. Cet effet inhibiteur monte à 14,6 % dans la catégorie moderne constituée des femmes du milieu urbain ayant une scolarisation élevée (Vimard et Fassassi, 2001).

## 6. La pratique contraceptive des femmes exposées à un risque de grossesse

L'analyse classique de la pratique contraceptive tend, nous l'avons dit, à masquer l'effet réel de la contraception sur la fécondité. La prévalence contraceptive considère en effet au dénominateur des femmes qui ne devraient pas s'y trouver puisqu'elles ne sont pas exposées au risque de concevoir ; ces femmes devraient être écartées de l'analyse, qui ne devrait retenir que les femmes dont la stratégie contraceptive a une influence directe sur le niveau de la fécondité. Les femmes non exposées à un risque de conception sont celles qui sont enceintes<sup>5</sup> et celles qui sont ménopausées, qui n'ont aucune raison d'utiliser des moyens contraceptifs. Les femmes qui n'ont pas eu de relation sexuelle sur la durée d'un cycle menstruel, fixé à quatre semaines, ne courent également pas de risque de conception. C'est pourquoi, dans notre étude, seule la population des femmes exposées à un risque de conception, au moment de l'enquête, a été prise en compte.

Les méthodes retenues comme modernes sont : la pilule, les injections, la stérilisation féminine ou masculine, le dispositif intra utérin (DIU), le préservatif, les spermicides, etc. La contraception naturelle comprend le retrait, la continence périodique, etc. La contraception populaire (infusion, gris-gris, ...) a été également retenue ainsi que d'autres méthodes éventuelles regroupées dans la catégorie « autre ». L'abstinence prolongée n'a pas été considérée comme une méthode de contraception.

---

<sup>5</sup> Elles sont environ parfois plus de 10 % de la population des femmes en âge de procréer.

## 6.1. Les variations différentielles de la pratique contraceptive chez les femmes exposées au risque de grossesse

La fécondité se réfère à un certain nombre de facteurs, relatifs tout à la fois à l'individu et à la société, et se trouve ainsi être la résultante d'un ensemble complexe de facteurs sur lesquels l'individu a plus ou moins de marge de manœuvre. Certains de ces facteurs sont connus. D'autres, plus complexes, le sont moins. Nous examinons ci-dessous les niveaux des relations de certaines de ces variables, agrégées pour certaines, avec la pratique contraceptive, conformément au protocole du Gripps.

Pratiquer la contraception pour réduire ou pour limiter leurs naissances est un pas que certaines femmes franchissent lorsqu'elles en éprouvent le besoin. Réussir dans cette entreprise est une autre réalité que l'on tente ici d'appréhender à travers la mesure de l'indicateur de Bongaarts relatif à la contraception qui donne le pourcentage d'inhibition de la fécondité imputable à la pratique de la contraception. Comme les différents moyens contraceptifs n'ont pas la même efficacité, la réduction de la fécondité consécutive à l'utilisation de la contraception est liée à la « qualité » de celle-ci. Cette réduction est d'autant plus élevée que les femmes recourent à des méthodes efficaces et sûres.

### 6.1.1. Milieu de vie et contraception

Le milieu de vie de la femme est un des déterminants majeurs de sa pratique contraceptive. Au plan économique et de l'organisation territoriale, le peu de moyens dont disposent les états exige bien souvent un arbitrage sévère dans l'emplacement des structures sociales et sanitaires. La densité des milieux urbains fait de ces derniers milieux les endroits idéaux pour l'édification de type d'investissement. Les structures sanitaires dispensatrices de prestations de planification familiale y sont donc implantées préférentiellement au détriment des régions rurales. Ces dotations très inégalitaires en équipements de base limitent considérablement l'accès à la planification moderne dans les milieux ruraux d'Afrique.

Au plan culturel et social, l'effet de diffusion qui favorise ce que Vignikin dénomme la « culture urbaine » est également fondamental dans l'adhésion à la contraception moderne. Les contraintes sociales sont bien moindres en milieu urbain qu'en zone rurale. La femme, plus libre dans ses actions, exprime mieux ses préférences personnelles et prend davantage en main sa fécondité en ville. En outre, elle peut fréquenter plus facilement des centres spécialisés de contrôle des naissances dans le relatif anonymat qu'offre le milieu urbain. Ainsi, le décalage entre les pratiques contraceptives des femmes selon le milieu de résidence est tout à fait important, quel que soit le pays considéré.

Ainsi, au Cameroun, 46,3 % des citadines vivant dans la capitale ou à Douala ont adopté la contraception contre 23 % des femmes vivant dans les milieux ruraux. L'écart le plus important est observé au Burkina Faso où 31,5 % des femmes sont contraceptantes à Ouagadougou contre 8,1 % dans les zones rurales. Dans les autres capitales et grandes villes, les écarts sont également importants, davantage que ce que l'on observe généralement avec la méthode classique de calcul de la prévalence (tableau 12), précisant plus clairement l'effet de la contraception sur les niveaux de fécondité des femmes.

D'utilisation plus intense en ville qu'au village, les méthodes de contraception utilisées dans les milieux urbains sont également des méthodes plus efficaces que celles utilisées dans les zones rurales. En effet, la contraception est responsable d'une réduction de fécondité allant de 15 % à Lomé à 26 % à Dakar ; cette inhibition des naissances dues à la prévalence

contraceptive varie seulement de 4 % dans les milieux ruraux de Côte d'Ivoire et du Sénégal à 10 % dans les villages du Bénin (tableau 12). Ces écarts sont tout aussi importants lorsqu'on considère le milieu de socialisation, lieu qui imprime généralement profondément ses marques dans l'esprit des femmes (tableau annexe 1).

Tableau 12 – Prévalence contraceptive et réduction de la fécondité due à la contraception des femmes soumises au risque de grossesse selon le pays et le lieu de résidence (en %)

Pays	Capitale/Grandes villes			Autres villes		Villages	
		Contracep-tion totale	Réduction de la fécondité	Contra-ception totale	Réduction de la fécondité	Contra-ception totale	Réduction de la fécondité
Bénin	Cotonou	24,1	16	22,7	13	18,4	10
Burkina Faso	Ouagadougou	31,5	25	26,2	22	8,1	5
Cameroun	Yaoundé/ Douala	46,3	21	33,6	16	23,0	9
Côte d'Ivoire	Abidjan	30,5	15	24,3	10	12,1	4
Sénégal	Dakar	17,5	26	16,6	19	6,9	4
Togo	Lomé	28,6	15	27,4	14	13,7	8

Sources : D'après les rapports EDS par pays

### 6.1.2. Caractéristiques socio-démographiques de la femme et de son conjoint et planification familiale

Face à la logique de forte fécondité des sociétés africaines, les caractéristiques socio-démographiques individuelles des femmes peuvent constituer un contrepoids particulièrement important. Par exemple, l'influence sociale de la communauté d'appartenance est contrebalancée par le caractère moderne que confèrent à la femme un niveau élevé d'instruction et la résidence en milieu urbain.

Si l'âge est une variable démographique parmi les plus déterminantes au premier abord dans l'adhésion ou non à la pratique de la contraception, c'est qu'il traduit un effet de génération qui détermine une grande partie des influences sociales. En Afrique, en effet, les générations les plus vieilles sont les plus influencées par la société traditionnelle pro nataliste tandis que les jeunes générations sont davantage soumises aux courants de pensées plus modernes. Au Bénin, on ne note aucune influence de cet effet de génération. Par contre, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et, dans une moindre mesure, au Cameroun et au Togo, la pratique contraceptive des femmes les plus jeunes est sensiblement plus importante que celle des plus vieilles générations. Au Sénégal cependant, l'effet de génération à un sens contraire. Avec environ une femme sénégalaise âgée de plus de 35 ans sur cinq pratiquant la contraception, les générations les plus vieilles adhèrent davantage à la contraception que les femmes de moins de 35 ans. La contraception pratiquée est surtout d'un type efficace puisque l'on assiste à une importante réduction de la fécondité attribuable à la pratique contraceptive de ces femmes (21,6 % et 20,1 % de réduction respectivement dans les groupes d'âges 35-44 ans et 45 ans et plus). Ceci laisse penser qu'il s'agit ici en réalité davantage d'un effet d'âge : les femmes sénégalaises adoptant prioritairement la contraception pour limiter leurs naissances lorsqu'elles ont constitué la majeure partie de leur descendance souhaitée. Dans les

autres pays par contre, la contraception est davantage utilisée pour retarder la survenue de la première naissance ou pour gérer l'intervalle intergénéral en complément des moyens traditionnels également employés à cette fin.

Les relations qu'entretiennent la situation matrimoniale et la pratique contraceptive sont étroites en Afrique. Paradoxalement, la gestion du risque de conception s'affirme davantage chez les femmes célibataires ou en rupture d'union que chez les femmes en union. Ce paradoxe se retrouve dans tous les pays. On remarquera tout particulièrement l'intensité de la pratique contraceptive des femmes en rupture d'union. Les femmes divorcées, veuves ou séparées ont en effet un contrôle plus strict du risque de conception, probablement plus pour des raisons d'ordre social mais peut-être aussi à cause d'une difficulté plus grande d'élever seule un enfant. L'écart entre la fécondité des femmes mariées et celle des femmes qui sont en rupture d'union est particulièrement fort au Sénégal, pays où le contrôle social de la procréation est l'un des plus importants parmi les pays étudiés. Au Cameroun et en Côte d'Ivoire, on observe également des taux particulièrement élevés de prévalence contraceptive des femmes hors union mais il s'agit davantage des femmes célibataires dont le souci ici est de retarder leur première naissance (tableau A1). L'examen de la combinaison de l'état matrimonial et de l'activité sexuelle conforte cette affirmation. Les femmes non mariées mais sexuellement actives ont en effet une pratique contraceptive totale très élevée. La prévalence est de 65,4 % au Cameroun, 57,2 % au Togo et 52,7 % en Côte d'Ivoire pour ces femmes (tableau A1).

On insistera peu sur l'influence déjà bien connue de l'instruction des femmes sur leur niveau de contraception. On relèvera seulement, qu'en dehors du Sénégal où son niveau est de 36,9 % en 1997 pour notre population d'étude, la prévalence contraceptive des femmes d'instruction supérieure dépasse souvent 50 % et s'établit à 58,6 % au Cameroun et 60 % au Burkina Faso. Les inhibitions correspondantes de la fécondité y sont également fortes témoignant de la qualité de la contraception dans cette sous-population ; 49,1 % de réduction de la fécondité chez les femmes d'instruction supérieure au Burkina Faso sont dus à la contraception et cette valeur s'établit à 59 % au Sénégal.

### 6.1.3. Histoire génésique de la femme

Les éléments de l'histoire génésique de la femme devraient influencer fortement sur son adhésion à la pratique contraceptive. En général, les couples souhaitent avoir une descendance mixte même si un sexe particulier a la préférence de l'un ou l'autre des parents. À l'exception du Sénégal, où la pratique contraceptive et son efficacité sont deux fois supérieures pour les couples ayant au moins un enfant des deux sexes, on ne note pas une pratique contraceptive différentielle liée à ce facteur. En effet, la contraception d'arrêt est assez rare dans les pays étudiés. Au Sénégal il a été cependant relevé une tendance émergente de ce type de contraception (Fall, 2004) qui pourrait être également liée à ce phénomène. Quant à la parité atteinte par les femmes, on ne note pas de relation effective avec l'adhésion des femmes à la pratique contraceptive.

Si la contraception est répandue dans un pays, notamment la contraception d'arrêt, son effet inhibiteur devrait être perceptible à tous les âges. Il n'en est rien dans les pays étudiés. Cependant, au Cameroun et encore une fois au Sénégal, se profile une telle tendance pour les femmes ayant atteint des parités élevées. Dans le premier pays, la prévalence contraceptive des femmes ayant au moins cinq enfants est de 30,5 %, dans le second, elle est de 18,4 %. Au-delà de ces chiffres, c'est surtout l'efficacité de cette contraception qui mérite une attention

particulière ; au Cameroun la contraception permet de réduire la fécondité des femmes de cinq enfants et plus de 18,5 % ; ce chiffre est de 13,3 % au Sénégal (tableau A1).

L'effet de la survie des enfants sur la pratique contraceptive n'est pas aussi net qu'on aurait pu s'y attendre. C'est en Côte d'Ivoire et au Togo que l'on observe les écarts les plus importants de pratique contraceptive entre les femmes dont tous les enfants sont survivants et celles qui ont perdu au moins un de leurs enfants. Pour les premières, en Côte d'Ivoire, la prévalence contraceptive est de 22 % contre 11,6 % pour les autres. Au Togo, ces chiffres sont respectivement de 21,8 % et 12 %. Dans les autres pays, on observe également une meilleure contraception des femmes dont tous les enfants ont survécu, à l'exception du Sénégal où cette relation n'est pas vérifiée.

#### 6.1.4. Les interactions au sein des couples en matière de planification familiale

En Afrique, les stratégies de planification familiale sont orientées presque exclusivement en direction des femmes. Les interactions au sein des couples sont ainsi minimisées. Quelle peut être dans la pratique l'influence du conjoint dans l'adhésion de la femme à la contraception ? Pour répondre à cette question, le profil du conjoint, son opinion sur la contraception et la communication au sein du couple ont été mis en regard de la pratique contraceptive de la femme.

La non-cohabitation des conjoints engendre, d'une manière générale, une gestion plus rigoureuse de la vie féconde et donc un recours plus important à la contraception. Ceci s'observe dans la plupart des pays. Ce contrôle de la fécondité peut avoir plusieurs raisons dont une attention toute particulière vis-à-vis de la procréation des femmes seules (pour des raisons probablement économiques), séparées, divorcées ou veuves et donc théoriquement en abstinence sexuelle. De même, le niveau de recours à la planification familiale de la femme, croissant selon le niveau d'instruction du conjoint, est partout observé (tableau A1).

Un point tout à fait remarquable qu'il convient de relever est l'effet de l'opinion du conjoint sur la pratique contraceptive de la femme. De façon systématique, la femme a un moindre recours à la planification familiale lorsque son conjoint n'y est pas favorable. Au Cameroun, près de la moitié des femmes soumises au risque de conception (48,8 %) pratique la contraception lorsque le conjoint adhère à la pratique. Elles sont 39,6 % au Bénin et 29,7 % en Côte d'Ivoire. Ces pourcentages sont par contre très peu élevés lorsque le mari n'a pas un point de vue favorable à la pratique contraceptive. Des incidents peuvent alors se produire lorsque les maris découvrent que leurs épouses fréquentent des centres de planification familiale. C'est pour cela que, contrairement à la réglementation, certains centres, en Côte d'Ivoire notamment, sollicitent discrètement l'approbation des époux pour pérenniser leurs activités (Anoh, 2001).

En ce qui concerne l'efficacité des méthodes, dans le cas d'une approbation de la contraception par le conjoint, la réduction de la fécondité attribuable à la contraception est de l'ordre de 20 à 22 %. À l'exception du Cameroun où la réduction de la fécondité est de 12,9 % pour les femmes dont les conjoints n'approuvent pas la contraception, celle-ci ne dépasse guère 7 % dans les autres pays.

La discussion au sein du couple des questions relatives à la contraception facilite également le recours des femmes à celle-ci, comme cela est observé dans tous les pays. Cette relation à la contraception est davantage affirmée avec le niveau de la communication dans le couple (tableau A1). Les échanges entre conjoints autour des questions de planification

familiale sont en effet une étape importante, un pas qualitatif considérable dans la libération de l'emprise sociale sur le couple.

## 6.2. L'espace socio-démographique et la planification familiale

Les techniques de l'analyse factorielle permettent de synthétiser des données nombreuses en une information visualisable dans un plan. Les tout premiers plans factoriels font ressortir les aspects les plus importants de ces données, même si, bien souvent, on retrouve des évidences. Mais ce sont justement ces premiers axes qui sont intéressants dans une analyse comparative car ils permettent de mettre en évidence les similitudes et les divergences entre les différents pays. Ces facteurs sont aussi les plus contributifs à l'avancée de la transition de la fécondité à travers les modèles de contraception qu'ils sous-entendent.

Les variables qui déterminent les axes un peu plus éloignés sont de moindre importance dans la hiérarchie établie par la quantité « d'information » qu'ils représentent dans la compréhension totale du phénomène étudié. Ces facteurs font ressortir des spécificités d'ampleur d'autant moins importante qu'ils déterminent un axe d'ordre éloigné. Mais ils peuvent malgré tout revêtir un intérêt particulier pour l'étude en faisant ressortir un phénomène émergent.

L'espace socio-démographique résulte de l'action combinée des différents facteurs de la pratique contraceptive dans les pays étudiés. L'analyse factorielle des correspondances multiples qui a servi à la description de la proximité de différentes catégories de sous-populations est une technique de projection des individus qui met en exergue leur ressemblance et donc aussi leur dissemblance dans la population totale. Les facteurs qui déterminent les premiers axes se rapportent à des variables qui influencent le plus fortement la pratique de la contraception (voir en annexe, figures A1 à A4). Leurs positions relatives dans le plan et leur « poids » dans la détermination de l'axe ainsi que la « qualité » de leur projection dans le plan donnent le sens des différents axes. Dans chacun des pays, les facteurs les plus contributifs en ce sens à la planification familiale ont été relevés dans le tableau 13.

Dans chacun des pays, les informations contenues dans ce premier plan factoriel représentent environ 20 % de l'information totale contenue dans les données. Ainsi, les 80 % d'informations restantes sur les motifs de contraception devront être recherchés sur d'autres plans. Ces éléments de différenciation des comportements des femmes vis-à-vis de la contraception sont cependant les plus marquants.

L'opposition ressortant sur le premier axe factoriel, qui constitue la différence la plus marquante de la pratique contraceptive dans les différents pays, est une opposition entre les femmes jeunes, célibataires, ayant une instruction relativement élevée, et les femmes plus âgées, mariées, peu instruites, vivant majoritairement dans le milieu rural.

Le deuxième axe factoriel met plutôt en exergue l'action du milieu de socialisation, le standing de l'habitat, le profil du partenaire, les rapports entre les conjoints, plus spécifiquement leur discussion sur la planification familiale, et la position du conjoint par rapport à la contraception.

Ainsi, les deux éléments les plus importants dans tous les pays, du point de vue de la pratique contraceptive, est l'effet de génération opposant les jeunes, plus instruites, vivant en milieu urbain, tournées davantage vers les valeurs plus modernes et plus soucieuses de retarder leur première naissance, aux personnes âgées dont le quotidien reflète davantage la position de la femme traditionnelle pour qui l'enfant est un don du ciel. De même la

communication dans le couple ressort comme un facteur également important à l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive.

Tableau 13 – Facteurs les plus importants donnant le sens du premier plan factoriel de l'analyse factorielle des correspondances multiple (résultat obtenus séparément sur les données des pays)

Pays	Facteurs déterminant l'axe 1	Facteurs déterminant l'axe 2
Bénin	Situation matrimoniale Âge Opinion du conjoint sur la PF	Milieu de socialisation Standing de l'habitat Instruction Instruction du conjoint Profession du conjoint
Burkina Faso	État matrimonial Milieu de résidence Niveau d'instruction Âge	Discussion de la PF avec le conjoint État matrimonial et activité sexuelle
Cameroun	Âge Taille de la descendance	Cohabitation avec le conjoint État matrimonial et activité sexuelle
Côte d'Ivoire	Âge État matrimonial Niveau d'instruction	Secteur d'activité Discussion de la PF avec le conjoint
Sénégal	État matrimonial Milieu de résidence Âge Instruction	Standing de l'habitat Discussion de la PF avec le conjoint Profession du conjoint Milieu de socialisation Accessibilité à la structure de PF
Togo	Âge État matrimonial	Milieu de résidence Standing de l'habitat Instruction

Ce volet exploratoire a été complété par une analyse explicative qui fait ressortir de façon plus spécifique les relations qu'entretiennent les facteurs avec la variable à expliquer, la contraception des femmes soumises au risque de grossesse.

### 6.3. Les déterminants de la contraception

Les facteurs de la dynamique de la contraception chez les femmes exposées au risque de conception ont été déterminés au travers d'une régression logistique. Dans ces modèles, seules ont été retenues les variables qui sont apparues significativement liées à la pratique contraceptive. En fait, deux modèles ont été retenus pour chacun des pays. Le premier modèle ne prend en compte que la contraception moderne. Celle-ci est la plus efficace des méthodes de gestion de la vie féconde ; elle n'est encore pratiquée que par une frange relativement faible de la population. C'est pour cela qu'un deuxième modèle a été proposé donnant, pour chaque pays, les facteurs les plus contributifs à la pratique contraceptive totale (tableau 14).



Tableau 14 – Variables significatives dans les modèles de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception, femmes potentiellement fécondes

Pays	Contraception moderne	Contraception moderne et naturelle
Bénin	Discussion de la PF entre conjoints Niveau d'instruction de la femme Conjoint favorable à la PF	Discussion de la PF entre conjoints Niveau d'instruction de la femme Ethnie Accès hebdomadaire au médium audio Conjoint favorable à la PF La femme travaille-t-elle actuellement ?
Burkina Faso	Milieu de résidence habituel Niveau d'instruction de la femme Profession de la femme Accès hebdomadaire au médium écrit Nombre total d'enfants souhaités Conjoint favorable à la PF Discussion avec le conjoint de la PF Situation matrimoniale et activité sexuelle	Milieu de résidence habituel Âge Niveau d'instruction de la femme Accès hebdomadaire au médium écrit Conjoint favorable à la PF Discussion avec le conjoint de la PF Situation matrimoniale et activité sexuelle
Cameroun	Milieu de résidence habituel Co-résidence avec le conjoint actuel Âge de la femme Niveau d'instruction de la femme Niveau d'instruction du conjoint Conjoint favorable à la PF	Milieu de résidence habituel Co-résidence avec le conjoint actuel Âge de la femme Niveau d'instruction de la femme Niveau d'instruction du conjoint Conjoint favorable à la PF
Côte d'Ivoire	Milieu de socialisation Niveau d'instruction de la femme Occupation de la femme Conjoint favorable à la PF Instruction du conjoint Occupation du conjoint	Milieu de résidence habituel Âge 45 ans et plus Niveau d'instruction de la femme Instruction du conjoint Désire d'autres enfants Nombre d'enfants en vie Occupation de la femme Rémunération monétaire Accès hebdomadaire au médium écrit Conjoint favorable à la PF Situation matrimoniale et activité sexuelle
Sénégal	État matrimonial Conjoint favorable à la PF Niveau d'instruction de la femme Milieu de résidence habituel Au moins un garçon et une fille Nombre d'enfants en vie Standing de l'habitat	État matrimonial Conjoint favorable à la PF Niveau d'instruction de la femme Milieu de résidence habituel Au moins un garçon et une fille Nombre d'enfants en vie Standing de l'habitat
Togo	État matrimonial Niveau d'instruction de la femme Au moins un garçon et une fille Nombre d'enfants nés vivants Nombre d'enfants décédés Désire avoir d'autres enfants Nombre d'enfants souhaités Situation matrimoniale et activité sexuelle Milieu de résidence actuel	État matrimonial Niveau d'instruction de la femme Au moins un garçon et une fille Nombre d'enfants nés vivants Nombre d'enfants décédés Désire avoir d'autres enfants Nombre d'enfants souhaités Situation matrimoniale et activité sexuelle Milieu de résidence actuel Conjoint favorable à la PF Discussion de la PF avec le conjoint

Les facteurs que ces deux modèles mettent en exergue se recoupent largement. Il s'agit de trois classes de variables. La première catégorie caractérise directement la femme : le niveau d'instruction, le milieu de résidence, le milieu de socialisation, le standing de l'habitat, etc. Ces variables tendent à favoriser la contraception lorsqu'elles définissent une femme moderne ou une personne qui bénéficie d'un niveau de vie relativement élevé (voir en annexe, tableaux A2 à A10). La seconde catégorie de variables a trait aux caractéristiques du conjoint. En règle générale, les profils des deux conjoints sont assez similaires. Ainsi, un homme de faible instruction, un conjoint qui réside en zone rurale ou qui présente des traits socio-démographiques proches de la ruralité a plus de chance que les autres d'avoir une partenaire qui ne pratique pas la contraception. La dernière catégorie de variables mises en évidence dans la pratique de la contraception est l'ensemble des facteurs qui retracent les interactions au sein du ménage. Lorsque la communication est établie réellement au sein du couple, la femme a des chances accrues de pratiquer la contraception. Ainsi, la discussion au sein du couple sur les questions de planification familiale et l'opinion favorable du mari vis-à-vis de la contraception sont des facteurs importants d'une adhésion féminine à la pratique contraceptive.

Pour résumer la situation de la planification dans les pays étudiés, certaines variables sont omniprésentes. Pour les méthodes modernes de planification, la faiblesse des effectifs ne permet pas toujours d'avoir une idée très nette de la situation. Cependant, la position du conjoint quant aux questions relatives à la planification familiale apparaît comme l'un des déterminants les plus importants de l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive. De même, l'instruction de la femme apparaît comme significativement liée à la contraception dans tous les pays (tableau 15). Il en est de même du milieu de résidence et, dans une moindre mesure, des différentes variables démographiques relatives à l'identification de la femme et à son histoire génésique.

Tableau 15 – Variables significatives dans les modèles de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception, selon les pays (femmes potentiellement fécondes)

Variables significatives	Pays concernés	
	Méthodes modernes	Méthodes modernes et naturelles
Conjoint favorable à la PF	Bénin, Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal	Bénin, Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Togo
Discussion de la PF entre conjoint	Bénin, Burkina	Bénin, Burkina, Togo
Instruction du conjoint	Cameroun, Côte d'Ivoire	Cameroun, Côte d'Ivoire
Occupation du conjoint	Côte d'Ivoire	-
Co-résidence avec le conjoint	Cameroun	Cameroun
État matrimonial	Sénégal, Togo	Sénégal, Togo
Âge de la femme	Cameroun	Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire
Niveau d'instruction de la femme	Bénin, Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Togo	Bénin, Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Togo
La femme travaille-t-elle ?		Bénin
Rémunération monétaire de la femme		Côte d'Ivoire
Occupation de la femme	Burkina, Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire
Au moins un garçon et une fille	Sénégal, Togo	Sénégal, Togo
Nombre d'enfants nés vivants	Togo	Togo
Nombre d'enfants en vie	Sénégal	Côte d'Ivoire, Sénégal
Nombre d'enfants décédés	Togo	Togo
Désire avoir d'autres enfants	Togo	Côte d'Ivoire, Togo
Nombre d'enfants souhaités	Burkina, Togo	Togo
Situation matrimoniale et activité sexuelle	Burkina, Togo	Burkina, Côte d'Ivoire, Togo
Accès au médium écrit	Burkina	Burkina, Côte d'Ivoire
Accès au médium audio	-	Bénin
Standing de l'habitat	Sénégal	Sénégal
Milieu de résidence habituel	Burkina, Cameroun, Sénégal, Togo	Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Togo
Milieu de socialisation	Côte d'Ivoire	

## Conclusion

Cette étude des déterminants de la pratique contraceptive dans les pays au sud du Sahara, dont certaines institutions de recherche font partie du Gripps, présente quelques limites qu'il est utile de rappeler. Ces insuffisances peuvent être relevées à deux principaux niveaux : les données utilisées et celles relevant du protocole élaboré pour l'étude. Les problèmes relevant des sources de données sont liés aux critiques généralement formulées à l'encontre des enquêtes qui s'étendent sur plusieurs pays. L'effort de standardisation nécessaire pour permettre une comparaison internationale est souvent préjudiciable à la mise en avant des spécificités des pays. Les EDS n'ont pas pu échapper à ces contraintes. Les imperfections dues au protocole de recherche établi relèvent également, en partie, de la nécessité de comparer des situations parfois fort différentes. L'effort de standardisation a quelquefois entraîné des situations où les effectifs trop faibles auraient nécessité d'autres types de regroupements que ceux imposés par le protocole. Ceci a parfois été gênant, notamment dans les régressions logistiques.

Dans la présentation des résultats, le Togo a choisi de faire apparaître des associations significativement positives ou négatives des différents facteurs avec la variable dépendante, la pratique contraceptive. Cette manière équivalente de présenter l'influence des facteurs sur l'adhésion des femmes soumises au risque de grossesse montre que les chercheurs ont malgré tout gardé une certaine marge de manœuvre qui ne remet pas fondamentalement en cause la comparabilité des résultats. Enfin, les coefficients de Bongaarts n'ont toutes leurs valeurs que lorsque la fécondité est négligeable en dehors des unions. Or, si la fécondité des femmes divorcées, veuves ou séparées vérifie bien cette hypothèse, il n'en est pas forcément de même de la fécondité pré-nuptiale, relativement importante dans tous les pays. Les coefficients d'inhibition de la fécondité sont donc probablement quelque peu surestimés, sans que la hiérarchie des facteurs en soit modifiée. Ces différentes réserves ne remettent pas en cause la pertinence des analyses menées.

Différents modes de gestion de la vie féconde existent et cohabitent en Afrique subsaharienne, notamment dans les pays du Gripps. La transition de la fécondité se fait en Afrique, à travers le passage progressif des modes traditionnels de gestion de la fécondité vers un retard plus prononcé du mariage et surtout une pratique contraceptive plus intense (Vimard et Fassassi, 2001). Ce dernier mode de contrôle de la fécondité est certainement celui qui présente un intérêt prospectif le plus évident. En effet, le recul de l'âge au premier mariage s'accompagne souvent en Afrique d'une intensification de la fécondité pré-nuptiale, ce qui limite d'autant l'impact de l'évolution du régime de nuptialité sur la fécondité. Plusieurs variables « classiques » sont apparues au terme de cette étude comparative comme étant les principaux facteurs qui déterminent l'adhésion des femmes à la pratique de la contraception dans les pays concernés par l'étude. Ce sont des variables de modernité telles que le niveau élevé d'instruction de la femme, sa résidence urbaine et son niveau de vie. Les caractéristiques socio-démographiques de son conjoint apparaissent également importantes dans sa pratique contraceptive. Deux éléments méritent qu'on s'y attarde. Tout d'abord le rôle que jouent les variables d'interactions dans le couple, l'opinion du conjoint et sa position vis-à-vis de la contraception. Ce facteur est apparu très significatif dans tous les pays de l'étude. Il convient donc d'impliquer davantage l'homme dans les stratégies de vulgarisation de la pratique contraceptive dans cette partie du monde. L'autre élément à relever est le rôle joué par le statut matrimonial des femmes. L'adhésion de la femme à la planification familiale est plus importante lorsque celle-ci est célibataire, veuve ou divorcée et surtout non mariée et

sexuellement active. Ceci montre qu'il existe deux logiques de maîtrise de la fécondité : une logique de régulation du rythme de constitution de la descendance qui s'exprime chez les femmes mariées, et une logique de contrôle strict de la procréation chez les femmes non mariées et sexuellement actives. Cette réalité montre également le rôle central de l'union (formelle ou non) qui est toujours, en Afrique, le cadre approprié de la fécondité même si les contraintes sociales y afférent s'exercent différemment sur les populations selon le pays. Elle témoigne aussi de l'emprise des conventions sociales et la grande dépendance des femmes envers leur milieu de vie.

## Références bibliographiques

- Anoh A., 2001 - *Emergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire*. Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X-Nanterre, département de sociologie, Ecole doctorale de sociologie et démographie des sociétés contemporaines, Paris, 441 p.
- Anoh A., Fassassi R. et Vimard P., 2004 - Politique de population et planification en Côte d'Ivoire. in Gautier A. (dir.), *Les politiques de planification familiale : cinq expériences nationales*. Les Collections du CEPED, série Rencontres : 195-231.
- Bongaarts J. et Potter R.G., 1983 - *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the proximate Determinants*. New York Academic Press.
- Coale A.J., 1973 - The demographic transition. in *UIESP, International Population Conference*. UIESP, Liège, vol. II : 53-93.
- Evina A., 2004 - *Les déterminants de la pratique contraceptive au Cameroun : Analyse des données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998 (EDSC-II)*.
- Fall S., 2004 - *Les déterminants de la pratique contraceptive au Sénégal : Analyse des données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1997 (EDS-III)*.
- Guillaume A. et Desgrées du Loû A., 2002 - Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en Côte d'Ivoire : contraception, avortement ou les deux ? *Perspectives internationales sur le planning familial*, numéro spécial : 4-11.
- Guillaume A., 2003 - Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population*, 58 (6) :741-771.
- Guillaume A., Desgrées du Loû A., Koffi N. et Zanou B., 1999 - Le recours à l'avortement : la situation de la Côte d'Ivoire. *Etudes et recherches*, n° 27, ENSEA-IRD, 54 p.
- Joseph V. et Garenne M., 2001 - *La datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*. Paris, Les dossiers du CEPED, n° 66, 64 p.
- Koffi N., 1993 - *Facteurs de fécondité en milieu rural forestier ivoirien*. Paris, Les dossiers du CEPED, n° 25, décembre, 40 p.
- Onusida, 2004 - *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. 4<sup>ème</sup> Rapport mondial.
- PNUD, 2004 - *Rapport mondial sur le développement humain*. PNUD et Economica, Paris, 285 p.
- PNUD, 2005 - *Investir dans le développement : Plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le Développement*. Rapport du Secrétaire Général.
- Sala-Diakanda M., 2000 - Les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité. in Vimard P. et Zanou B. (éds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Paris, L'Harmattan, Collection Populations : 13-45.
- Sibanda A. et Zuberi T., 1999 - Contemporary fertility levels and trends in South Africa: Evidence from reconstructed census birth histories. *The African population in the 21<sup>st</sup> century*, Third African Population Conference, Durban : 79-108.
- Unicef, 2004 - *La situation des enfants dans le monde. Les filles, l'éducation et le développement*. Unicef, New York, 147 p.
- Vignikin K., 2004 - *Les déterminants de la pratique contraceptive au Togo : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998*.

- Vimard P., 1996 - Evolution de la fécondité et crise africaine. *in* Coussy J. et Vallin J. (éds), *Crise et population en Afrique : Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*. Les Etudes du CEPED, n° 13 : 293-318.
- Vimard P. et Fassassi R., 2001 - Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? *in* Gendreau F. (dir.), Poupard M. (collab.), *Les transitions de démographiques des pays du sud*. Paris, Estem : 157-169.

## Annexes

### Premiers plans factoriels des analyses factorielles et tableaux des déterminants dans les modèles explicatifs

Figure A1 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Bénin)

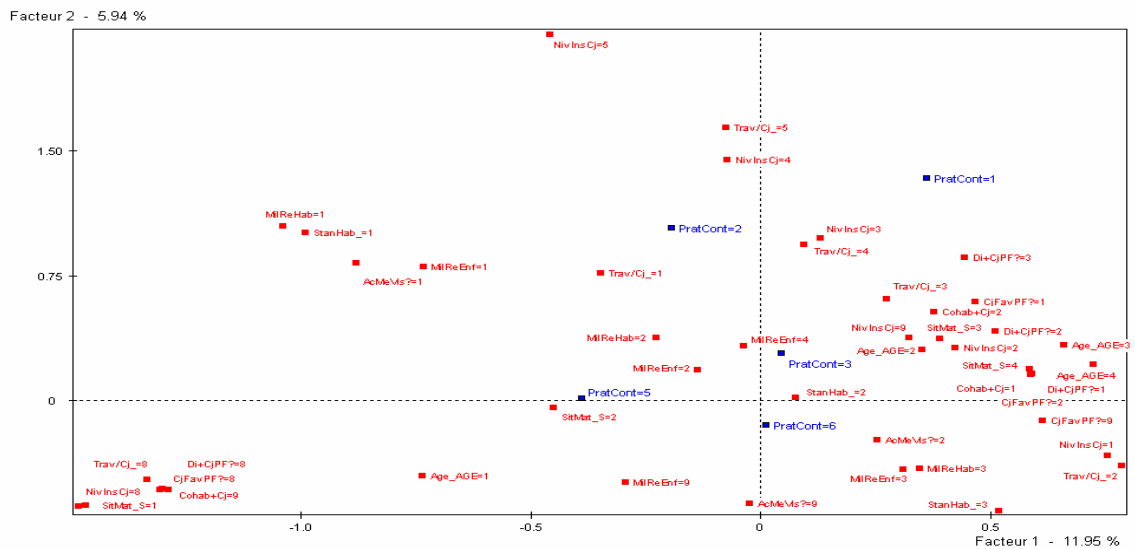


Figure A2 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Côte d'Ivoire)





Figure A3 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Sénégal)

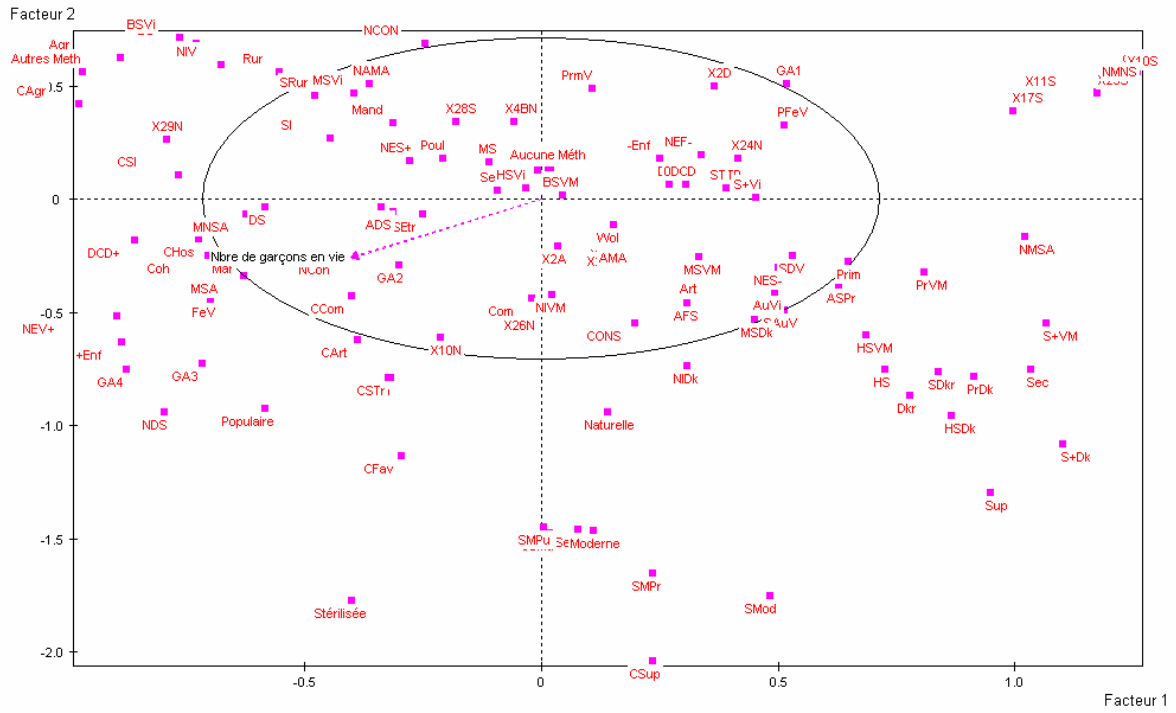


Figure A4 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Togo)

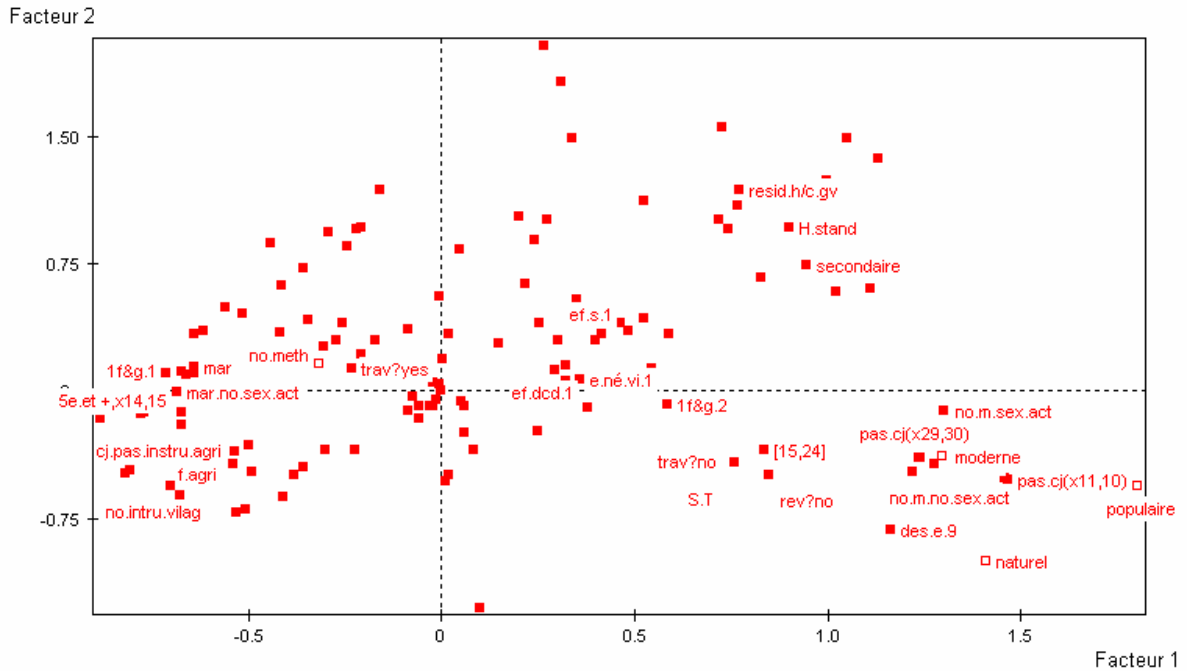


Tableau A1 – Contraception totale et réduction de la fécondité due à la contraception par pays selon les facteurs (en %)

Variables	Bénin		Côte d'Ivoire		Burkina Faso		Cameroun		Sénégal		Togo	
	Contra-ception totale	réduction fécondité	Contra-ception totale	réduction fécondité	Contra-ception totale	réduction fécondité	Contra-ception totale	réduction fécondité	Contra-ception totale	réduction fécondité	Contra-ception totale	réduction fécondité
<b>Religion</b>												
Catholique	25,1	16	31,9	14	17,4	12,4	34,3	15,1			17,6	9,0
Protestante	21,7	14	23,6	9,1	13	8,8	33,6	16,7			10,2	5,9
Musulmane	13,1	8	11	4,8	11,1	7,2	6,6	3,7			27,7	14,8
Animiste	19,4	10	9,1	4	6,4	3,9					28,9	14,8
Autres religions	24	13	12,5	0	4,7	2,3	11,1	3,7			18,4	10,5
Sans religion	16,8	9	13,8	5,6	60	0					100	
ND	22,7	17	0	0							25	10,5
<b>Milieu de résidence</b>												
Capitale/grandes villes	24,1	16	30,5	14,8	31,5	24,9	46,3	20,9	17,5	25,5	28,6	15,4
Autres villes	22,7	13	24,3	10,3	26,2	22	33,6	15,8	16,6	18,7	27,4	14,4
Villages	18,4	10	12,1	4,3	8,1	5,3	23	9,3	6,9	4,0	13,7	7,5
<b>Milieu de résidence dans l'enfance</b>												
Capitale/grandes villes	25,8	16	27,4	12			46,4	23,3	16,2	26,1	28,8	14,6
Autres villes	22,1	13	22	9,5			34,5	11	17,8	20,0	26,5	13,8
Villages	17,9	10	12,7	4,3			23,2	10,2	7,2	4,5	15,5	8,2
Étranger	18,6	12	20	0			50	28,9	15,5	12,1	13,8	7,7
ND	16,7	11	19	7,4					10,0	6,7	10,5	9,0
<b>Standing de l'habitat</b>												
Haut standing	28,6	20	31,3	15,6	36,9	33,5			17,3	25,0	33,6	18,5
Moyen standing	20,6	12	14,9	5,4	17,5	12,4			9,0	7,3	17,8	9,3
Bas standing	14,4	8	7	2,2	7,9	5,2			7,7	3,4	10,5	6,2

Tableau A1 – suite (2)

<b>Âge</b>												
15-24 ans	17,7	11	23,1	7,1	11,4	7,3	29,1	8,6	4,9	4,2	23,3	8,0
25-34 ans	22,8	12	18,7	8,4	13,6	8,6	26,8	11,9	15,3	11,2	16,9	9,8
35-44 ans	21,8	12	12,1	6,9	11,7	8,2	25,5	16,7	21,6	16,0	15,7	10,3
45 ans et plus	20,7	12	8,1	4,8	6,6	4,6	19,1	11,8	20,1	17,0	13,7	10,1
<b>État matrimonial</b>												
Célibataire	16,9	-	29,7	-	12,3	-	36,9	-	3,9	-	28	-
Séparée/Divorcée/Veuve	13,2	-	21,9	-	17	-	29,4	-	23,6	-	15,6	-
Union libre	27,6	13			15,5	12,5	40	18,4			18,4	11,3
Mariée	20,9	11	13,6	7,4	11,3	7,5	19,4	10,8	14,5	10,5	15,4	9,4
<b>Situation matrimoniale et activité sexuelle</b>												
Mariée/sexuellement active	31,7	17	19	10,6	17,7	12	27,2	14,9	14,9	12,2	26,3	16,1
Mariée/non sexuellement active	12,4	6	7,6	3,9	7,5	4,9	16,1	7,6	13,8	6,7	7,7	4,7
Non mariée/sexuellement active	39,1	-	52,7	-	53	-	65,4	-	56,0	-	57,2	-
Non mariée/non sexuellement active	11,1	-	17,6	-	6,5	-	21,2	-	3,4	-	16,3	-
<b>Cohabitation avec conjoint</b>												
Cohabitation	23,3	12	11,9	6,9	11,8	7,8	18,9	10,2	15,7	11,1	13,6	9,4
Non cohabitation.	17,9	9	21,3	10	8,8	6,6	43	21,5	11,7	9,0	17,1	10,2
ND	16,3	5	27,9	-			22,8	12,1	6,0		25,5	-
<b>Niveau d'instruction/femme</b>												
Sans instruction	16,7	9	8	3,6	8,5	5,8	3,9	2,4	8,0	5,8	10,1	6,3
Primaire	20,2	14	26,3	12,9	21,5	18,1	23	12,1	14,5	18,2	20,6	12,0
Secondaire 1	32,6	23	47,5	23,3	42,1	41,2	44,5	19,6	21,8	36,4	*	*
secondaire 2	45,2	33	58	25,4	*	*	58,6	29,8			41,6	22,3
Supérieur	51	34	54,5	18,7	60	49,1			36,9	59,0	50	23,2
<b>Femme travaille actuellement ?</b>												
Oui	21	12	16,1	7,1	13,3	8,9	26,3	12,4	13,6	10,5	18,4	10,1
Non	20,1	11	25,9	8,6	8,8	5,1	29	11,4	8,9	10,3	21	6,8
ND	67	23			0	0	27,1	12,1	16,9	16,8	100	

Tableau A1 – suite (3)

<b>Secteur d'activité de la femme</b>												
Sans travail	19,5	12	26	8,7	10,4	6,6	28	11	8,9	10,3	21,5	6,7
Travail lié à l'agriculture.	15,1	9	6,1	2,5	7,7	5,5	18,9	7,8	7,2	3,4	9,7	6,1
Travail lié à l'artisanat	26,2	14	33,3	14,8	17,4	9,2	52,1	24,4	11,4	10,7	23	11,8
Travail lié au commerce	21,7	12	21,8	10,5	14,8	10	30,9	15,4	17,2	15,6	20,2	11,6
Secteur moderne	45,3	30	47,4	27,5	66,7	47,5	72,3	47,4	42,7	44,6	44,3	27,4
ND	27,2	26	0	0	42,9	58,1			15,8	18,7	26,5	6,2
<b>Revenu en argent ?</b>												
Oui	21,3	12	32,7	17,6							19	10,8
Non	16,7	10	10,5	2,6							15,7	5,8
ND	17,2	10	19,9	8,1							21,5	6,7
<b>Niveau d'instruction du conjoint</b>												
Sans instruction	15,8	9	4,7	2,5	9,1	5,8	4,1	2,4	9,7	5,6	8,1	5,5
Primaire	26,4	13	12,9	6,5	23,9	17,4	24	11,9	19,1	13,3	14,1	8,4
Secondaire 1	28,4	14	28,4	15,3			33	16,3	33,0	29,2	26,8	16,0
Secondaire 2	33,2	21	37,9	20,7	53,8	40,8	*	*	*	*	*	*
Supérieur	44,2	26	44	21	66,7	47	44,3	22,7	56,4	49,2	36	23,3
Pas de conjoint	16,5	-	29,7	-	11,8	-			3,8	-	100	-
ND	16,4	9	19,8	11,6					19,0	13,1	100	
<b>Secteur d'activité du conjoint</b>												
Sans travail	20	21	28	13,8	16	12,1	42,3	19	20,8	15,0	0	0,0
Travail lié à l'agriculture	16,2	8	6	2,7	8	5,1	10,8	4,8	8,9	4,0	9,4	6,0
Travail lié à l'artisanat	24,7	13	15,9	8,8	22	15,8	32,4	15,5	15,9	11,9	19,6	11,5
Travail lié au commerce	26,3	15	18,4	9,1	17,6	12,4	28,3	14,7	13,6	9,6	22,2	14,1
Secteur moderne	35,2	22	37,4	21,6	48,6	34,6	49,1	26,4	39,4	33,3	31,6	20,5
NSP et ND	20,2	17	29,6	5,4	33,3	29,5			5,0	11,3	28	-

Tableau A1 – suite (4)

<b>Conjoint favorable à la PF</b>												
Oui	39,6	22	29,7	17	22,7	16,1	48,8	24,5	33,5	27,3	24,2	15,3
Non	16	7	6,6	2,8	6,9	4,3	12,9	6,9	8,6	5,7	10	6,0
SO	16,3	11	28,2	-					6,0	7,5	25,6	12,6
NP	7,8	4	4,2	1,8	4,9	2,8			5,5	2,4	6,5	3,1
<b>Discussion de PF avec conjoint</b>												
Jamais	11	5	7	3,2	6,3	3,9	12,2	5,9			6,5	3,6
1 ou 2 fois	33,2	17	22,7	12,7	18,5	13	31,7	17			20,3	12,8
Plus souvent	50	29	33,4	19,5	37,2	26,8	45,8	24,2			34,4	21,2
ND	16,3	13	28,3	-							25,6	-
<b>Au moins une fille et un garçon en vie ?</b>												
Oui	23,3	13	15,1	7,9	11,4	8	26,7	15,3	17,9	12,8	21	8,0
Non	18,1	10	22	6,7	12,2	7,4	27,4	13,1	6,8	6,9	100	
<b>Nombre d'enfants en vie</b>												
4 enfants ou moins	19,7	11	20,7	7,5	12	0	26,2	9,7	9,6	9,1	100	
5 enfants et plus	22,4	13	12,4	7,3	11,3	8	30,5	18,5	18,4	13,3	100	
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>												
4 enfants ou moins	20	12	21,6	7,8	12,8	8,3	27,2	10,1	9,3	34,6	21	9,6
5 enfants et plus	21,2	12	12,1	6,9	10,1	7,1	26,9	15,8	17,4	31,5	14	9,6
<b>Nombre d'enfants décédés</b>												
0 enfant décédé	21,1	13	22	8,7	13,6	9,4	29,5	9,7	10,7	11,4	21,8	10,8
Au moins 1 enfant	18,9	10	11,6	5,4	9,3	6,2	20,5	15,8	14,1	9,1	12	7,7
<b>Désir d'autres enfants ?</b>												
Oui	18,8	10	12,5	6,5	14,8	7,6	29,4	9,1	11,5	7,8	21,2	7,8
Non	27,5	17	19	10,8	14	10,7	38,9	25,5	24,4	19,6	22,2	15,0
SO	16	9	25,7	6,1	1,6	3	18,8	8,4	6,8	10,5	1,8	3,7

Tableau A1 – suite (5)

<b>Nombre d'enfants souhaités</b>												
4 enfants ou moins	25	15	28,7	12,2	19	13,7	42,9	21,5	15,6	18,8	26	13,2
5 enfants ou plus	15,4	9	12,3	5,2	9	5,9	20,9	9,4	9,4	7,3	12	7,4
ND					0	0	27,1	12,1			6,6	4,3
<b>Accès hebdomadaire à un médium écrit?</b>												
Oui	31,9	22	48,1	23,4	47,3	38	51,5	24	13,5	30,2	32,4	16,3
Non	19,8	11	12	5	10,5	7,1	23,1	10,1	4,1	48,3	16,6	8,6
ND			14,3	10,8					0		32,5	9,6
<b>Accès hebdomadaire à un médium audio ?</b>												
Oui	24,6	14	30,9	13,3	21,5	14,1			17,2	17,4	28,5	15,7
Non	13,9	8	10,7	3,9	9,6	6,4			12,0	9,9	16,5	8,1
ND			100	32,4	0	0			6,1	4,0	35,7	8,1
<b>Accès hebdomadaire à un médium télé ?</b>												
Oui	28,3	18	28,9	13	30,8	26,1	42,6	20,4			34,7	19,4
Non	18	10	8,9	3,4	8,8	5,9	35,9	14,8			17	8,7
ND			33,3	0	50	16,2					26,3	10,2
<b>Connaît une source d'approvisionnement en contraceptif ?</b>												
Connaît une source	100	84	100	82,7	29,4	18,8	47,8	23	16,4	17,0	29,9	16,3
N'en connaît pas	18,4	7	12,5	2,7	3,6	2,3	6,5	4,7	4,2	2,0	8,2	1,7
ND	0,4	1	100	75,6	60	68,9			79,3	30,5	41,7	22,8
<b>Source d'approvisionnement</b>												
Source médicale publique	100	82	100	92	100	91	100	95,2	100	91,8	100	87,5
Source médicale privée	100	86	100	91,6	100	86,4	100	90,4	100	94,1	100	87,8
Autre source privée	100	85	100	80,5	100	78,1	100	78,9	100	75,6	100	84,2
SO	14	5	13,3	2,9					4,0	1,8	11,1	2,7
			100	75,6	100	91,8			100	97,2	100	

Tableau A1 – suite (6)

<b>Instruction-Résidence</b>												
Non instruit-villages			5,6	1,8	7,5	4,9	3,3	2,3	6,2	3,2	8,3	5,3
Non instruit-villes moyennes			10,5	5,3	18,6	16,6	13,7	6,4	12,9	13,3	17,1	10,5
Non instruit-capitale			14,6	9,6	19	13,8	7,7	9,8	13,1	14,3	15,5	10,5
Primaire-villages			21,3	9,5	14,7	11	21,8	10,1	10,1	8,7	17,6	10,7
Primaire-villes moyennes			32,3	16,8	29,7	29,9	27,3	12,6	17,1	20,0	24,3	15,1
Primaire-capitale			31,4	16,9	29,2	27,5	32	17	15,6	25,1	25,1	13,6
Secondaire-villages			44	21,6	37,9	25,5	44	16	17,3	21,6	40,5	21,3
Secondaire-villes moyennes			48,9	24	38,1	38,1	39,2	27	24,9	40,6	45	23,2
Secondaire-capitale			53,2	23,7	47	46,1	47	18,9	23,9	42,7	40,4	22,6
<b>Standing-Résidence</b>												
Bas standing-villages			6,9	2,2	7,8	5,1			7,4	3,3	10,2	6,1
Bas standing-villes moyennes			12,5	1,7	14	10,4			15,2	8,6	19,6	7,8
Bas standing-capitale					20	14,9					0	-
Moyen standing-villages			12,6	4,4	9,4	6	23	9,3	6,1	4,5	14,7	7,9
Moyen standing-villes moyennes			18,6	7,8	25,6	22,3	33,6	15,8	15,8	14,2	23,6	13,1
Moyen standing-capitale			23,1	7	29,4	23,1	46,3	20,9	10,0	13,5	25,2	12,8
Haut standing-villages			27,7	13,3	100	0			6,6	7,3	34,1	18,1
Haut standing-ville moyennes			30,5	13,6	34,1	31			17,6	24,7	36	18,6
Haut standing-capitale			32,4	17,3	38,7	37,5			19,5	29,4	31,8	18,5
<b>Difficulté d'accès à la source de PF ?</b>												
Oui			21,4	5							100	85,7
Non			14	3,3							100	87,6
SO			18,6	9,3							11,5	2,8
<b>Total</b>	20,3	12	18,8	7,4	11,8	7,8	27,1	12,1	11,5	10,5	19	9,6

Tableau A2 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994

Variables du modèle (référence)	Odds ratios	SE	Significativité
<b>Milieu de socialisation (Village)</b>			
Villes moyennes	1,4295	0,1369	***
Capitale/Grandes villes	1,4419	0,1278	***
<b>Niveau d'instruction (sans instruction)</b>			
Primaire	1,7198	0,1304	***
Secondaire 1	2,4648	0,1521	***
Secondaire 2	5,4808	0,2269	***
Supérieure	8,6736	0,3867	***
Autre			
<b>Occupation de la femme (agriculture)</b>			
Sans travail	0,9736	0,2073	-
Artisanat	1,8621	0,2906	**
Commerce	1,6245	0,1954	***
Secteur moderne	1,2465	0,2203	-
<b>Conjoint favorable à la PF ? (Non)</b>			
Oui	5,4642	0,2201	***
Pas de conjoint	3,7632	0,2525	***
<b>Instruction du conjoint (sans instruction)</b>			
Primaire	1,4759	0,2309	*
Secondaire 1	1,9790	0,2156	***
Secondaire 2	1,8214	0,2524	**
Supérieure	1,1117	0,2905	-
Pas de conjoint	0,9789	0,7968	-
<b>Occupation du conjoint (agriculture)</b>			
Sans travail	2,2029	0,3828	**
Artisanat	1,3565	0,3049	-
Commerce	1,5245	0,4216	*
Secteur moderne	2,1091	0,7463	***
Pas de conjoint	2,1315	0,7568	-



Tableau A3 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994

Variables du modèle (référence)	Odds ratios	ES	significativité
<b>Lieu de résidence (village)</b>			
Villes moyennes	1,2157	0,0932	**
Capitale/Grandes villes	1,2147	0,1080	*
<b>Âge (45 ans et +)</b>			
15-24 ans	1,8178	0,3090	**
25-34 ans	1,7174	0,2963	*
35-44 ans	1,0472	0,2963	-
<b>Niveau d'instruction (sans instruction)</b>			
Primaire	1,8943	0,1004	***
Secondaire 1	3,8825	0,1264	***
Secondaire 2	5,1223	0,2109	***
Supérieure	3,9723	0,3764	***
<b>Instruction du conjoint (sans instruction)</b>			
Primaire	1,6872	0,1605	***
Secondaire 1	2,2585	0,1506	***
Secondaire 2	2,8390	0,1784	***
Supérieure	2,2396	0,1980	***
Pas de conjoint	2,3214	0,1881	***
<b>Désir d'autres enfants (oui)</b>			
Non	1,8000	0,1508	***
SO	0,8103	0,2396	-
<b>Nombre d'enfants en vie (5 enfants et +)</b>			
4 enfants ou moins	0,7848	0,1433	*
<b>Occupation de la femme (agriculture)</b>			
Sans travail	1,6082	0,1552	***
Artisanat	1,9980	0,2267	***
Commerce	1,8629	0,1418	***
Secteur moderne	1,2346	0,2980	-
<b>Rémunération monétaire? (non)</b>			
Oui	1,3822	0,1893	*
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>			
Oui	1,8547	0,0983	***
<b>Conjoint favorable à la PF ? (Non)</b>			
Oui	3,2065	0,1362	***
Pas de conjoint	62,1187	0,6534	***
<b>Situation matrimoniale et activité sexuelle (mariée sexuellement active)</b>			
Mariée/non sexuellement active	0,3741	0,1191	***
Non mariée/sexuellement active	0,1051	0,6843	***
Non mariée/non sexuellement active	0,0172	0,6847	***

Tableau A4 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception au Bénin, femmes potentiellement fécondes, 1996

Variables	B	ES.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
<b>Standing de l'habitat</b>			8,8949	2	0,0117	**
Moyen standing	0,322	0,1554	4,3007	1	0,0381	1,380**
Haut standing	0,566	0,1900	8,8856	1	0,0029	1,762***
<i>Réf=Bas standing</i>						
<b>Âge</b>			11,5955	3	0,0089	***
15-24 ans	0,680	0,3004	5,1171	1	0,0237	1,973**
25-34 ans	0,325	0,2724	1,4196	1	0,2335	1,383
35-44 ans	-0,052	0,2535	0,0428	1	0,8361	0,949
<i>Réf=45 et plus</i>						
<b>Niveau d'instruction</b>			47,8863	4	0,0000	***
Primaire	0,329	0,1500	4,8128	1	0,0282	1,390**
Secondaire1	0,898	0,1766	25,8569	1	0,0000	2,455***
Secondaire2	1,573	0,2535	38,4810	1	0,0000	4,820***
Supérieur	0,743	0,4450	2,7859	1	0,0951	2,102*
<i>Réf=Sans instruction</i>						
<b>Nombre d'enfants en vie</b>						
4 enfants ou moins	-0,384	0,1827	4,4105	1	0,0357	0,681**
<i>Réf=5 enfants et plus</i>						
<b>Désir d'autres enfants ?</b>			16,4367	2	0,0003	***
Non	0,703	0,1738	16,3473	1	0,0001	2,019***
Pas d'enfants	0,246	0,2839	0,7524	1	0,3857	1,279
<i>Réf=Oui</i>						
<b>Conjoint favorable à la PF ?</b>			25,1135	3	0,0000	***
Oui	0,759	0,1903	15,9243	1	0,0001	2,137***
Pas de conjoint	-6,168	14,0980	0,1914	1	0,6618	0,002
NP	-0,278	0,2706	1,0544	1	0,3045	0,757
<i>Réf=Non</i>						
<b>Discussion entre conjoints</b>			<b>67,9175</b>	<b>3</b>	<b>0,0000</b>	<b>***</b>
Une ou deux fois	1,002	0,2031	24,3530	1	0,0000	2,724***
Plus souvent	1,621	0,2022	64,2653	1	0,0000	5,059***
Pas de conjoint	2,520	1,1939	4,4547	1	0,0348	12,426**
<i>Réf=Pas de discussion</i>						
<b>Mariage et activité sexuelle</b>			107,3380	3	0,0000	***
Mariée/non sexuellement active	-1,124	0,1504	55,8415	1	0,0000	0,325***
Non mariée/sexuellement active	4,776	14,0503	0,1155	1	0,7339	118,573
Non mariée/non sexuellement active	3,221	14,0501	0,0526	1	0,8187	25,055
<i>Réf=Mariée/sexuellement active</i>						
<b>Constante</b>	<b>-0,970</b>	<b>3,5179</b>	<b>0,0761</b>	<b>1</b>	<b>0,7827</b>	<b>0,379</b>
<b>Pourcentage global</b>	<b>92,1280</b>					

Tableau A5 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle au Bénin, femmes potentiellement fécondes, 1996.

Variables	B	ES.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)
<b>Ethnie</b>			90,763	4	0,0000	***
Yoruba	0,905	0,160	31,868	1	0,0000	2,472***
Adja et Fon	1,121	0,122	84,453	1	0,0000	3,069***
Autres ethnies	-0,362	0,645	0,316	1	0,5743	0,696
Étrangère	0,662	0,239	7,687	1	0,0056	1,939
<i>Réf=Bar+Den+Bet+Yoa+Peul</i>						
<b>État matrimonial</b>			7,813	2	0,0201	**
Séparée/Divorcée/Veuve	-0,352	0,228	2,380	1	0,1229	0,703
En union	0,268	0,113	5,659	1	0,0174	1,307**
<i>Réf=Célibataire</i>						
<b>Niveau d'instruction</b>			78,309	4	0,0000	***
Primaire	0,084	0,100	0,711	1	0,3990	1,088
Secondaire1	0,844	0,122	47,983	1	0,0000	2,326***
Secondaire2	1,180	0,206	32,887	1	0,0000	3,253***
Supérieur	1,234	0,343	12,946	1	0,0003	3,436***
<i>Réf=Sans instruction</i>						
<b>Au moins une fille et un garçon</b>						
Non	-0,296	0,094	10,035	1	0,0015	0,744***
<i>Réf=Oui</i>						
<b>Travaille actuellement ?</b>			10,457	2	0,0054	***
Non	0,045	0,114	0,155	1	0,6942	1,046
SO	2,632	0,818	10,362	1	0,0013	13,898***
<i>Réf=Oui</i>						
<b>Accès hebdo à un médium audio</b>			23,032	2	0,0000	***
Oui	0,421	0,088	22,883	1	0,0000	1,524***
ND	-3,326	9,471	0,123	1	0,7255	0,036
<i>Réf=Non</i>						
<b>Conjoint favorable à la PF ?</b>			71,563	3	0,0000	***
Oui	0,841	0,120	49,243	1	0,0000	2,319***
SO	-0,019	1,629	0,000	1	0,9905	0,981
NP	-0,192	0,146	1,740	1	0,1872	0,825
<i>Réf=Non</i>						
<b>Discussion entre conjoints</b>			80,917	3	0,0000	***
Une ou deux fois	0,737	0,123	35,811	1	0,0000	2,090***
Plus souvent	1,165	0,131	79,001	1	0,0000	3,206***
Pas de conjoint	0,790	1,189	0,441	1	0,5067	2,203
<i>Réf=Non</i>						
<b>Mariage et activité sexuelle</b>			225,932	3	0,0000	***
Mariée/non sexuellement active	-1,032	0,096	116,206	1	0,0000	0,356***
Non mariée/sexuellement active	0,373	1,129	0,109	1	0,7408	1,453
Non mariée/non sexuellement active	-1,310	1,124	1,358	1	0,2439	0,270
<i>Réf=Mariée et sexuellement active</i>						
<b>Constante</b>	<b>-1,655</b>	<b>3,208</b>	<b>0,266</b>	<b>1</b>	<b>0,6058</b>	<b>0,191</b>
<b>Pourcentage global</b>	<b>82,300</b>					

Tableau A6 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne par ordre d'influence, Cameroun 1998

Variables	Écart-type	Rapport de chance	Seuil de signification (%)
<b>Milieu de résidence</b>			***
Yaoundé/Douala	0,1547	18,09	***
Autres villes	0,1342	1,97	***
<i>Villages</i>	Réf.	Réf.	
<b>Co-résidence avec le conjoint actuel</b>			***
<i>Oui</i>	Réf.	Réf.	
Non	0,1178	5,89	***
<b>Âge de la femme au moment de l'enquête</b>			***
15-24 ans	0,1869	0,08	***
25-34 ans	0,1838	0,21	***
35-44 ans	0,2027	0,06	***
<i>45 ans ou plus</i>	Réf.	Réf.	
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>			***
<i>Non instruite</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,2035	1,79	***
Secondaire 1	0,2309	3,10	***
Secondaire 2 ou plus	0,2611	7,71	***
<b>Niveau d'instruction du conjoint</b>			***
<i>Non instruit</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,2059	1,06	-
Secondaire	0,2229	1,54	-
Secondaire 2 ou plus	0,2406	0,77	-
<b>Conjoint favorable à la planification familiale</b>			***
<i>Oui</i>	0,1426	1,79	***
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	

Tableau A7 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive quelconque par ordre d'influence, Cameroun 1998

Variables	Écart-type	Rapport de chance	Seuil de signification (%)
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>			***
<i>Non instruite</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,1847	2,96	***
Secondaire 1	0,2043	5,54	***
Secondaire 2 ou plus	0,2361	9,67	***
<b>Milieu de résidence</b>			***
Yaoundé/Douala	0,1542	6,30	***
Autres villes	0,1113	1,46	***
<i>Villages</i>	Réf.	Réf.	
<b>Co-résidence avec le conjoint actuel</b>			***
<i>Oui</i>	Réf.	Réf.	
Non	0,1047	3,43	***
<b>Âge de la femme au moment de l'enquête</b>			***
15-24 ans	0,1800	0,29	***
25-34 ans	0,1845	0,54	***
35-44 ans	0,1882	0,23	***
<i>45 ans ou plus</i>	Réf.	Réf.	
<b>Niveau d'instruction du conjoint</b>			***
<i>Non instruit</i>	Réf.	Réf.	
Primaire	0,1873	1,64	***
Secondaire	0,1999	2,21	***
Secondaire 2 ou plus	0,2104	1,62	-
<b>Conjoint favorable à la planification familiale</b>			***
<i>Oui</i>	0,1191	2,91	***
<i>Non</i>	Réf.	Réf.	

Tableau A8 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne au Sénégal<sup>6</sup>

Variables	Écart-type	Odds ratio
<b>État matrimonial</b>		
En rupture d'union	0,2100	6,7064
Mariée	0,3182	0,0124
<i>Célibataire</i>	Réf.	Réf.
<b>Opinion du conjoint vis-à-vis de la PF</b>		
Favorable	0,1695	5,1883
Ne sait pas	0,3118	0,0091
SO	0,2442	0,3845
<i>Défavorable</i>	Réf.	Réf.
<b>Niveau d'instruction de la femme</b>		
Primaire	0,1257	2,2339
Secondaire	0,1512	3,1068
Supérieur	0,3472	3,6326
<i>Aucun</i>	Réf.	Réf.
<b>Milieu de résidence</b>		
Dakar/grandes villes	0,1396	3,0781
Autres villes	0,1743	2,2666
<i>Villages</i>	Réf.	Réf.
<b>Au moins un garçon et une fille</b>		
Non	0,1389	0,5454
<i>Oui</i>	Réf.	Réf.
<b>Nombre d'enfants en vie</b>		
Moins de 5	0,1318	0,5879
<i>5 et plus</i>	Réf.	Réf.
<b>Standing de l'habitat</b>		
Haut	0,1817	1,9777
Moyen	0,2060	2,0083
<i>Bas</i>	Réf.	Réf.

<sup>6</sup> Les modalités des variables retenues dans le modèle sont toutes significatives au seuil de 1 %.

Tableau A9 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso

Variables (référence)	Odds Ratio	Significativité
<b>Milieu de résidence habituelle (village)</b>		
Capitale	1,86	***
Villes moyennes	1,77	***
<b>Niveau d'instruction de la femme (sans instruction)</b>		
Primaire	1,53	**
Secondaire	2,12	***
Supérieur	2,22	-
<b>Profession de la femme (secteur agricole)</b>		
Sans travail	1,31	-
Secteur artisanal	1,70	**
Secteur commercial	1,82	***
Secteur moderne	1,57	-
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>		
Oui	1,60	**
<b>Nombre total d'enfants souhaités (5 et plus)</b>		
0-4 enfants	1,47	***
<b>Conjoint favorable à la PF (non)</b>		
Oui	3,82	***
<b>Discussion avec le conjoint relative à la PF (jamais)</b>		
Une ou deux fois	3,10	***
Plus souvent	4,64	***
<b>Situation matrimoniale et activité sexuelle (mariée, sexuellement active)</b>		
Mariée/non sexuellement active	0,25	***
Non mariée/sexuellement active	21,91	***
Non mariée/non sexuellement active	1,55	*

Tableau A10 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception moderne et naturelle au Burkina Faso

Variables (référence)	Odds Ratio	Significativité
<b>Résidence habituelle (village)</b>		
Capitale	1,89	***
Villes moyennes	1,71	***
<b>Âge (45 ans et plus)</b>		
15-24 ans	1,21	-
25-34 ans	1,59	*
35-44 ans	1,62	**
<b>Niveau d'instruction de la femme (sans instruction)</b>		
Primaire	1,78	***
Secondaire	2,94	***
Supérieur	2,65	**
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>		
Oui	1,66	***
<b>Conjoint favorable à la PF (non)</b>		
Oui	2,51	***
<b>Discussion avec le conjoint relative à la PF (jamais)</b>		
Une ou deux fois	1,78	***
Plus souvent	3,09	***
<b>Situation matrimoniale et activité sexuelle (mariée, sexuellement active)</b>		
Mariée/non sexuellement active	0,49	***
Non mariée/sexuellement active	10,34	***
Non mariée/non sexuellement active	0,63	***



## Liste des tableaux

Tableau 1 – Contextes géographique, démographique et sociopolitique des pays de l'étude	10
Tableau 2 – Répartition des six pays selon l'IDH et ses composantes	12
Tableau 3 – Perceptions des pays relatives au niveau de leur fécondité et à la politique en la matière : évolution de 1976 à 1996	14
Tableau 4 – Attitudes et politiques menées par les pays en matière de contraception sur la période 1976-1996	15
Tableau 5 – Niveau de la mortalité des enfants de moins de 1 an et des enfants de moins de 5 ans en 1960 et 2002	18
Tableau 6 – Taux annuel moyen de baisse du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1960 et 1990 et entre 1990 et 2002 (en %)	18
Tableau 7 – Évolution de la pratique contraceptive des femmes à différentes dates (en %)	21
Tableau 8 – Besoins non satisfaits en planification familiale (en %)	22
Tableau 9 – Évolution de l'ISF entre l'enquête mondiale et la dernière EDS, âge médian à la maternité et proportion d'adolescents de 15 à 19 ans ayant commencé une vie féconde	23
Tableau 10 – Éléments du modèle de nuptialité selon les pays et à différentes dates	24
Tableau 11 – Niveaux des facteurs de régulation traditionnelle de la fécondité dans les pays à différentes dates (durée médiane)	25
Tableau 12 – Prévalence contraceptive et réduction de la fécondité due à la contraception des femmes soumises au risque de grossesse selon le pays et le lieu de résidence (en %)	28
Tableau 13 – Facteurs les plus importants donnant le sens du premier plan factoriel de l'analyse factorielle des correspondances multiple (résultat obtenu séparément sur les données des pays)	32
Tableau 14 – Variables significatives dans les modèles de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception, femmes potentiellement fécondes	33
Tableau 15 – Variables significatives dans les modèles de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception, selon les pays (femmes potentiellement fécondes)	35
Tableau A1 – Contraception totale et réduction de la fécondité due à la contraception par pays selon les facteurs (en %)	42
Tableau A2 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire	48
Tableau A3 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994	49
Tableau A4 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception au Bénin, femmes potentiellement fécondes, 1996	50

Tableau A5 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle au Bénin, femmes potentiellement fécondes, 1996. ....	51
Tableau A6 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive moderne par ordre d'influence, Cameroun 1998 .....	52
Tableau A7 – Résultat de la régression logistique des déterminants de la pratique contraceptive quelconque par ordre d'influence, Cameroun 1998 .....	53
Tableau A8 – Déterminants de la pratique contraceptive moderne au Sénégal .....	54
Tableau A9 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso .....	55
Tableau A10 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception .....	56

## Liste des figures

Figure 1 – Situation géographique des six pays étudiés en Afrique de l’Ouest et en Afrique centrale .....	6
Figure 2 – Répartition des pays africains au sud du Sahara selon leur niveau d’ISF .....	11
Figure 3 – Niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1960 et 2002 .....	19
Figure 4 – Niveau de la mortalité infantile en 1960 et 2002 .....	19
Figure 5 – Évolution de la pratique contraceptive moderne dans les pays d’étude .....	20
Figure A1 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Bénin) .....	40
Figure A2 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Côte d’Ivoire) .....	40
Figure A3 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Sénégal) .....	41
Figure A4 – Plan factoriel formé par les axes 1 et 2 (Togo) .....	41

## Liste des sigles utilisés

ABPF	Association béninoise pour la planification familiale
AIBEF	Association ivoirienne pour le bien-être familial
CEPED	Centre Population et Développement
CNBPF	Conseil national du Bénin pour la promotion de la famille
DEPOLIPO	Déclaration d'une politique de population
DIU	Dispositif intra utérin
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EDSC	Enquête démographique et de santé au Cameroun
EDSCI	Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé
IDH	Indicateur de développement humain
IRA	Infections respiratoires aiguës
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
NP	Non précisé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAS	Programme d'ajustement structurel des économies
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PVRH	Politique de valorisation des ressources humaines
SPSS	Statistical Package for Social Sciences – Programme statistique pour les sciences sociales
UEMA	Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF SOWC	United Nations International Children's Emergency Fund – The state of the World's children (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

## Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. CONTEXTE SOCIAL ET ÉCONOMIQUE DES PAYS.....	6
1.1. Présentation des pays de l'étude .....	6
1.1.1. Le Bénin .....	7
1.1.2. Le Burkina Faso .....	7
1.1.3. Le Cameroun .....	8
1.1.4. La Côte d'Ivoire .....	8
1.1.5. Le Sénégal .....	9
1.1.6. Le Togo .....	9
1.2. Des pays différents mais relativement proches d'un point de vue social et culturel	10
2. L'ÉMERGENCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	12
2.1. Des points de vue très tranchés en faveur de la natalité .....	12
2.2. ... À une prise de conscience progressive de la problématique population- développement.....	15
3. DES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ ÉLEVÉS, PARFOIS EN AUGMENTATION ....	17
4. PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET FÉCONDITÉ.....	19
5. LES AUTRES DÉTERMINANTS DE LA FÉCONDITÉ .....	24
5.1. La nuptialité.....	24
5.2. Les mécanismes traditionnels de régulation des naissances .....	25
5.3. La montée de l'avortement dans les milieux urbains.....	26
6. LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DES FEMMES EXPOSÉES À UN RISQUE DE GROSSESSE .....	26
6.1. Les variations différentielles de la pratique contraceptive chez les femmes exposées au risque de grossesse .....	27
6.1.1. Milieu de vie et contraception .....	27
6.1.2. Caractéristiques socio-démographiques de la femme et de son conjoint et planification familiale .....	28
6.1.3. Histoire génésique de la femme .....	29
6.1.4. Les interactions au sein des couples en matière de planification familiale....	30
6.2. L'espace socio-démographique et la planification familiale .....	31
6.3. Les déterminants de la contraception.....	32
CONCLUSION .....	36
Références bibliographiques .....	38
Annexes.....	40
Liste des tableaux .....	57
Liste des figures .....	59
Liste des sigles utilisés .....	60