

**LA FECONDITE EN AFRIQUE NOIRE : UN PROGRES RAPIDE
DANS LA CONNAISSANCE DU PHENOMENE MAIS UN AVENIR
ENCORE DIFFICILE A DISCERNER**

Par

Thérèse LOCOH

**Centre Français pour l'Etude de la
Population et du Développement (CEPED) Paris**

**Unité de Recherche Démographique
(U. R. D.) - Lomé**

INTRODUCTION

Alors que la transition de la fécondité est en cours dans bon nombre de pays en développement, et à un rythme plus rapide que prévu pour certains d'entre eux, l'Afrique Noire reste une zone de forte fécondité où les signes de changement sont pour le moins ténus (tableau I). De 1950 à nos jours, les niveaux de fécondité des sous-régions d'Afrique Noire sont stables ou en augmentation. Seule l'Afrique du Nord (essentiellement en raison de la baisse de la fécondité en Egypte, Tunisie) a vu passer le nombre moyen d'enfants par femme de 6,8 à 5. Dans la même période, l'Asie a vu sa fécondité décliner de 5,9 enfants par femme à 3,1. Le poids des mesures draconiennes adoptées par la Chine a largement contribué à cette évolution, mais la plupart des pays d'Asie sont maintenant engagés sur la même voie, y compris l'Inde où les efforts pourtant anciens de promotion de la limitation des naissances sont restés longtemps peu efficaces. L'Amérique Latine a, depuis la fin des années 60, opéré une rapide transition qui a surpris bien des observateurs (5,9 enfants en 1950-55, 3,1 enfants en 1985-90).

Avec les pays du Proche et Moyen-Orient et quelques pays d'Asie, l'Afrique Noire fait partie des pays à très forte fécondité. On cite souvent le Kenya pour ses niveaux records de fécondité (8 enfants par femme en moyenne), et même si l'Afrique abrite aussi le Gabon ou le Tchad où la fécondité est "seulement" de 4 à 5 enfants par femme, la situation qui prévaut est celle d'une fécondité stable et élevée.

**Tableau 1 : La fécondité dans le monde et en Afrique.
1950-2005. Nombre moyen d'enfants par femme
(indice synthétique de fécondité).**

	1950-55	1985-90	2000-05
Ensemble Afrique dont	6,5	6,2	5,4
Afrique du Nord	6,8	5,0	3,4
Afrique de l'Ouest	6,6	6,9	6,2
Afrique de l'Est	6,5	6,8	6,1
Afrique Centrale	5,8	6,0	5,5
Afrique Australe	5,6	5,1	4,3
	6,5		
Asie (sauf URSS)	5,9	3,1	2,5
Océanie	3,8	2,6	2,4
Amérique latine	5,9	3,7	2,9
Amérique du Nord	3,4	1,9	2,1
Europe (sauf URSS)	2,6	1,8	1,9
U.R.S.S.	2,8	2,4	2,3
Monde	5,0	3,3	2,8

Source : Nations Unies, 1987

Bien que trop lentement dans certaines régions, la mortalité, en Afrique Noire, est en baisse. L'accroissement naturel des populations est donc de plus en plus rapide. Les gouvernements africains, jusqu'à une période récente, étaient en majorité "satisfaits" de la croissance de leur population et assez réticents à une intervention sur la fécondité. Mais le congrès de Mexico, préparé par la rencontre d'Arusha et la déclaration de Kilimandjaro, a marqué un tournant : les représentants africains ont clairement reconnu l'utilité de la planification familiale et la nécessité d'incorporer aux services de santé maternelle et infantile des activités de planification familiale.

La dernière enquête des Nations Unies sur les opinions des gouvernements dans le domaine démographique montre l'évolution des idées en ce domaine. Sur les 45 gouvernements d'Afrique sub-saharienne, 27 (60%) jugent le niveau de fécondité trop élevé, 15 (33%) le jugent satisfaisant et 3 (7%) seulement trop bas (Nations Unies, 1987). Par ailleurs, 73% des gouvernements accordent un soutien direct aux activités favorisant la maîtrise de la fécondité. Beaucoup de chemin a donc été parcouru dans la prise de conscience des responsabilités et des contraintes qu'impose la croissance démographique rapide. Il faut reconnaître que l'on a beaucoup appris sur la fécondité depuis la période des indépendances, ce qui a permis une meilleure compréhension entre spécialistes de la démographie et responsables politiques ou planificateurs.

Les mesures démographiques ont été assorties d'une meilleure prise en compte des connaissances anthropologiques, sociales, économiques et, le discours idéologique critiquant la planification des naissances, pour nécessaire qu'il soit, a été accompagné de discussions plus réalistes sur les conséquences économiques et sociales de la croissance démographique actuelle des pays africains.

II. LES SOURCES DE DONNEES : DES AMELIORATIONS SENSIBLES

La fécondité jouit d'une priorité absolue dans l'étude des questions de population. En Afrique, selon son tempérament, on peut souligner les énormes progrès dans la connaissance des déterminants de la fécondité accomplis depuis 10 ans ou déplorer le caractère lacunaire des investigations et la persistance de larges "zones d'ombre", pays ou régions sur lesquels on ne dispose d'aucune observation fiable pour une date suffisamment proche. La mesure des niveaux de fécondité, mais aussi les processus d'interaction entre variables de comportement et déterminants proches de la fécondité sont maintenant mieux connus, au moins dans les pays qui ont participé à l'enquête mondiale de la fécondité.

Depuis la période des indépendances ont été menés, partout ou presque, en Afrique Noire, des recensements qui comptaient, au nombre des questions posées, quelques informations sur la fécondité (Tabutin, 1984).

Tableau II : Pays d'Afrique sub-saharienne. Population, taux de natalité, indice synthétique de fécondité.

PAYS ou entités	Population mi-1987 millions	Taux de natalité pour 1 000 habitants	Indice synthétique de fécondité enfants par femme	Enquêtes fécondité EMF et DHS
MONDE	5 026	28	3,6	
AFRIQUE.....	601	44	6,3	
AFRIQUE DE L'OUEST ...	187	46	6,6	
Bénin	4,3	51	7,1	EMF
Burkina Faso	7,3	48	6,5	
Cap Vert	0,3	35	5,1	
Côte-d'Ivoire	10,8	46	6,7	EMF
Gambie	0,8	49	6,4	
Ghana	13,9	42	5,8	EMF et DHS
Guinée	6,4	47	6,2	
Guinée-Bissau	0,9	41	5,4	
Libéria	2,4	48	6,9	DHS
Mali	8,4	51	6,7	DHS
Mauritanie	2,0	50	6,9	EMF
Niger	7,0	51	7,1	
Nigeria	108,6	46	6,6	EMF et DHS (Ondo State)
Sénégal	7,1	46	6,7	EMF et DHS
Sierra Leone	3,9	47	6,2	
Togo	3,2	47	6,6	DHS
AFRIQUE DE L'EST	179	48	6,9	
Burundi	5,0	47	6,4	DHS
Comores	0,4	47	7,0	
Djibouti	0,3	43	6,5	
Ethiopie	46,0	46	6,7	
Kenya	22,4	52	8,0	EMF et DHS
Madagascar	10,6	44	6,1	
Malawi	7,4	53	7,0	
Maurice (Ile).....	1,1	19	2,3	
Mozambique	14,7	45	6,1	
Ouganda	15,9	50	7,0	DHS
Réunion	0,6	25	2,7	
Rwanda	6,8	53	8,5	EMF
Seychelles	0,1	27	3,5	
Somalie	7,7	48	7,1	
Tanzanie	23,5	50	7,1	
Zambie	7,1	50	7,0	
Zimbabwe	9,4	47	6,5	DHS
AFRIQUE CENTRALE	61	44	6,1	
Angola	8,0	47	6,4	
Cameroun	10,3	43	5,9	EMF
Centrafrique	2,7	44	5,9	
Congo	2,1	47	6,8	
Gabon	1,2	34	4,5	
Guinée Equatoriale	0,3	38	5,6	
Sao Tomé et Principe	0,1	36	5,4	
Tchad	4,6	43	5,9	
Zaïre	31,8	45	6,1	
AFRIQUE AUSTRALE.....	39	34	4,8	
Afrique du Sud	34,3	33	4,6	
Botswana	1,2	48	6,7	DHS
Lesotho	1,6	41	5,8	EMF
Namibie	1,3	44	6,4	
Swaziland	0,7	47	6,5	
	Pop. mi-1987	T. natal.	Indice fécondité	

SOURCE : Population Reference Bureau. 1987.

Le tableau II donne les dernières informations disponibles grâce aux recensements. Force est de constater qu'il reste quelques pays pour lesquels les estimations récentes reposent sur des informations datant d'une vingtaine d'années (Tchad, par exemple). Par contre, les pays qui ont participé à l'Enquête mondiale de fécondité (EMF) disposent d'une remarquable moisson de données datant de moins de 10 ans, généralement plus précises que les données censitaires éventuellement disponibles. L'avenir proche est, lui aussi, prometteur puisqu'un nouvel ensemble d'enquêtes multinationales est en cours: le projet d'enquête démographique et de santé (Demographic and Health Surveys, DHS) auquel ont participé ou s'approprient à participer 13 pays d'Afrique (voir tableau II).

A ces opérations nationales, il faut ajouter des enquêtes menées sur des zones plus restreintes qui, en général, ont apporté des éléments supplémentaires à la connaissance des mécanismes de la fécondité par une investigation plus poussée des relations entre fécondité et structures socio-économiques d'une société. Citons, pour mémoire, l'enquête-fécondité menée à Dakar en 1973 (Ferry, 1977), le "Lagos Parity Study" (Lesthaeghe et Page, 1981), les enquêtes du plateau de Dayes et de la région méridionale au Togo (Vimard 1980 ; Locoh, 1984), l'enquête démographique de l'Ouest du Zaïre (Tabutin, 1984). Enfin, des enseignements très précieux ont été tirés de certaines enquêtes centrées sur l'évolution de la famille africaine, à l'initiative de J. Caldwell (Changing African Family Project) et dont certaines ont plus particulièrement traité des raisons du maintien d'une fécondité élevée (Caldwell, 1987).

Après une période pionnière où les chercheurs, la plupart du temps extérieurs à l'Afrique, s'étaient penchés sur les "opinions" des Africains en matière de fécondité et d'adoption des moyens contraceptifs, avec des techniques d'enquête assez contestables (Piché, 1976) et sans qu'on ait parallèlement des données satisfaisantes sur les niveaux de la fécondité, on a franchi un pas décisif en orientant les recherches vers les déterminants proches de la fécondité (calendrier des unions, périodes d'allaitement et d'abstinence post-partum).

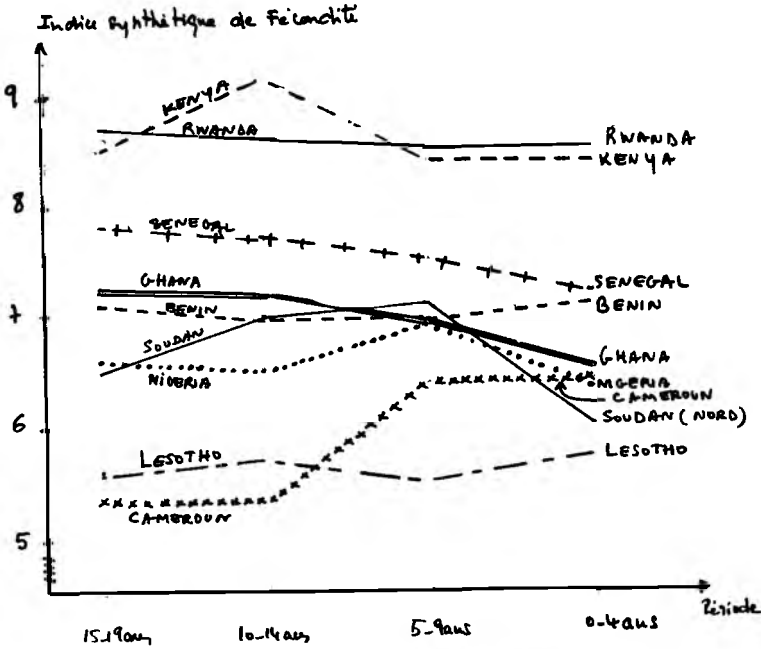
C'est à un module sur ces questions, introduit dans l'enquête mondiale de la fécondité (EMF) que l'on doit l'amélioration des connaissances sur les mécanismes qui déterminent l'espace des naissances. Les questions sur la contraception, au cours de cette même enquête, ont surtout permis de constater l'absence d'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Les années 1980-85 ont été dominées par un très intense effort d'analyse des déterminants proches de la fécondité notamment grâce aux travaux de Bongaarts et aux modèles d'analyse qu'il a proposés (Bongaarts, 1976). On voit se profiler actuellement un net retour à l'étude des déterminants culturels (organisation sociale, structures institutionnelles) qui eux-mêmes commandent les variables intermédiaires de la fécondité (Ebigbola et al., 1987)

La vague des enquêtes nationales réalisées dans le cadre du programme EMF a suscité la réalisation d'un grand nombre de travaux comparatifs aussi bien entre pays qu'à l'intérieur des pays entre régions. Ayant paré au plus pressé en donnant des résultats fiables pour un certain nombre de pays, on prend mieux conscience maintenant, grâce à l'apport de l'anthropologie, de la nécessité d'observer les niveaux de fécondité non pas en eux-mêmes ou seulement en fonction de leurs déterminants proches, mais aussi comme un des éléments de la dynamique sociale à étudier comme partie d'un ensemble où s'imbriquent l'histoire d'un groupe social, ses modes de production, ses choix économiques, notamment en matière de migration, ses normes sociales favorisant tel ou tel comportement familial (Locoh, 1984 ; Gavreau, Gregory et al., 1986).

III. DES NIVEAUX DE FECONDITE ELEVES ET RELATIVEMENT STABLES

En Afrique sub-saharienne, 25 pays, regroupant 66% de la population de cette région, ont une descendance moyenne par femme égale ou supérieure à 6,5 enfants. L'Afrique sub-saharienne apparaît ainsi comme la région du monde qui détient les niveaux les plus élevés de fécondité (tableau I) et pour laquelle les signes d'évolution sont peu apparents ou contradictoires. Pour quelques pays, la fécondité aurait très légèrement fléchi (Ghana), pour d'autres elle aurait plutôt augmenté (Cameroun). Pour la plupart, c'est la stabilité de la descendance qui frappe l'observateur, avec des différences régionales sensibles : la descendance moyenne d'une femme est un peu moins élevée dans certains pays d'Afrique Centrale (Cameroun, République Centrafricaine, Gabon, Tchad) et d'Afrique Australe (Afrique du Sud, Lesotho). C'est au Kenya (8,3) et au Rwanda (8,5) qu'elle est la plus élevée (voir carte).



nombre d'années avant l'enquête

Source : Enquête mondiale fécondité.

Graphique I : Evolution de la fécondité en Afrique Noire. Descendance moyenne par femme (indice synthétique de fécondité) à différentes périodes avant l'enquête.

Pour les 11 pays d'Afrique Noire concernés par l'Enquête mondiale fécondité, la descendance moyenne par femme à différentes périodes avant l'enquête donne une évaluation de l'évolution des niveaux de fécondité (1) (tableau III et graphique I). Sur une période de vingt ans, l'indice synthétique de fécondité paraît très stable au Bénin, au Kenya, au Lesotho, au Nigéria et au Rwanda, il s'est accru au Cameroun passant de 5,3 enfants par femme en moyenne à 6,4 enfants. Il a légèrement baissé au Ghana (7,3 enfants en moyenne dans la période 15-19 ans avant l'enquête, 6,5 enfants dans la période de 5 ans qui précède l'enquête, au Sénégal (de 7,8 à 7,2 enfants) et au Nord-Soudan (de 6,5 à 6,0 enfants).

Tableau III : Indice synthétique de fécondité (descendance moyenne par femme) à différentes dates avant l'enquête (EMF). Premiers résultats enquête DHS, 1986

Afrique de l'Ouest	15-19 ans	10-14 ans	5-9 ans	0-4 ans	DHS 1986*
Bénin	7.1	7.0	7.0	7.1	-
Ghana	7.3	7.2	7.0	6.5	-
Nigéria	6.6	6.5	7.0	6.3	6.2
Sénégal	7.8	7.7	7.5	7.2	(Ondo State) 6.5
Autres :					
Cameroun	5.4	5.4	6.4	6.4	-
Kenya	8.5	9.2	8.8	8.3	-
Lesotho	5.6	5.7	5.5	5.7	-
Rwanda	8.7	8.6	8.5	8.5	-
Soudan (nord)	6.5	7.0	7.1	6.0	-

Sources : EMF : Enquête Mondiale Fécondité
 *DHS : Demographic and Health Surveys

Les très légères baisses observées dans certains pays ne sont pas assez nettes pour que, compte tenu de la marge d'erreur des estimations de l'indice synthétique de fécondité, on puisse les considérer comme une donnée sûre. L'augmentation de l'indice au Cameroun pourrait traduire une diminution récente de l'infécondité dans ce pays.

(1) Encore que l'imperfection des réponses pour des événements lointains puisse entacher l'exactitude des résultats.

Avec les données de l'enquête mondiale fécondité, corroborées par quelques autres enquêtes fécondité, on peut estimer que le niveau de la fécondité est partout élevé, à l'exception de quelques pays d'Afrique Centrale, variant de 5 à 8 enfants par femme, et que ce niveau est stable dans les vingt dernières années, ou en légère augmentation dans les pays qui, ayant connu des zones d'infécondité relative ont vu celle-ci diminuer sous l'effet de progrès sanitaires, notamment au Cameroun et au Zaïre.

Cette relative stabilité des niveaux ne traduit pas toujours une stabilité des comportements. La descendance d'une femme est la résultante d'un ensemble de comportements, de décisions, de choix qu'elle, sa famille, son ou ses partenaires conjugaux adopteront, ainsi que du jeu du hasard et de sa santé qui détermineront sa fécondabilité.

On est parfois déconcerté de constater qu'en dépit des changements notables en matière de nuptialité, de pratiques sociales et, dans quelques pays, de l'implantation de programmes de planning familial, les indicateurs de fécondité, eux, ne bougent pas ou peu. En effet, la fécondité dépend de nombreux facteurs - les uns, facteurs "proches", conditionnent la probabilité d'être en état de risque, les autres - culturels, économiques, sociaux - infléchissent plus globalement les comportements et, notamment, les facteurs proches de la fécondité que sont les coutumes de mariage, l'allaitement, l'abstinence post-partum, la pratique de la contraception.

La descendance d'une femme sera la résultante de ces facteurs qui n'évoluent pas tous dans la même direction. Des changements qui ne manquent pas d'affecter les sociétés africaines, certaines ont une influence à la baisse de la fécondité, d'autres concourent à une hausse. Il convient donc d'examiner les évolutions pour chacun de ces facteurs.

IV. LES DETERMINANTS PROCHES DE LA FECONDITE

1. Le mariage et les coutumes matrimoniales

Le mariage est la destinée de tout Africain et Africaine, et plus encore la procréation. Il y a donc très peu de célibataires en Afrique Noire après 40 ans. Souvent, les femmes s'y marient jeunes, parfois peu de temps après l'âge de la nubilité. Leur vie féconde commencera donc précocement.

L'âge moyen au premier mariage, dans les enquêtes fécondité, varie de 17,5 ans (Cameroun) à 21,3 ans (Rwanda). Le début de l'union est aussi celui de la période de fécondité. Partout en Afrique, mariage et fécondité sont étroitement associés et si, dans certains pays, on réproouve toute vie sexuelle prémaritale, dans beaucoup d'autres on accepte ou parfois on encourage les grossesses prémaritales qui, en garantissant la fécondité de la femme, sont un gage de réussite de l'union.

Parmi les femmes de 20-24 ans, dans les enquêtes fécondité, environ 80% ont déjà au moins un enfant (tableau IV).

Tableau IV : Age moyen au premier mariage. Proportion des femmes qui ont 1 enfant au moins à 20-24 ans.

	Age moyen au 1er mariage	Femmes ayant eu au moins un enfant à 20-24 ans
Bénin	18,2 ans	81 %
Cameroun	17,5 ans	80 %
Côte d'Ivoire	17,8 ans	87,7 %
Ghana	19,3 ans	75,6 %
Kenya	19,9 ans	81 %
Lesotho	19,6 ans	-
Mauritanie	19,2 ans	-
Nigéria	18,5 ans	72 %
Rwanda	21,3 ans	-
Sénégal	17,7 ans	79,4 %
Soudan	21,3 ans	-

Source : Enquête Mondiale Fécondité

Mariées jeunes, les femmes peuvent connaître dans leur vie féconde, des périodes de ruptures d'union : le veuvage, du fait de la mortalité assez élevée et de l'écart d'âge important entre époux (le mari a souvent en moyenne 7 ans de plus que l'épouse) et les séparations sont assez fréquents. Mais, tout est fait dans les sociétés africaines pour que ces périodes soient de courte durée. On trouve partout des coutumes favorables au remariage des veuves (1) et si les femmes séparées de leur mari peuvent retourner dans leur propre famille, il est rare qu'une séparation ne soit pas suivie assez rapidement d'une nouvelle union.

La polygamie, régime matrimonial que connaissent un quart à un tiers des hommes - sauf dans quelques pays fortement christianisés (Rwanda, Burundi), a pour effet de maximiser les chances pour une femme d'être mariée et donc exposée au risque de concevoir. C'est en cela que la polygamie exerce un effet positif sur la fécondité. En effet, même si au niveau individuel l'effet est plutôt négatif (les femmes mariées à un polygame auraient, à situation égale, une descendance légèrement inférieure à celle des femmes mariées à un monogame (Nations Unies, 1987), au niveau collectif, la polygamie maximise la probabilité pour une femme d'être en état d'union, ce que ne permettent pas les régimes monogamiques. Les coutumes qui président à l'entrée en union, au remariage et l'existence de la polygamie ont jusqu'à présent convergé pour assurer aux femmes les meilleures chances d'avoir une nombreuse descendance.

Tout changement en ce domaine est donc important pour l'évolution de la fécondité, et certains sont déjà sensibles. Si la polygamie reste, somme toute, assez stable, en dépit des codes "modernes" de la famille, de l'hostilité des religions chrétiennes et de l'urbanisation qui en complique l'exercice, en revanche, l'âge moyen au premier mariage est d'ores et déjà influencé par la scolarisation et le mode de vie urbain. L'un et l'autre facteur retardent l'âge moyen auquel on se marie. Le comportement des femmes en cas de rupture d'union se modifie lui aussi, au moins en ville. Les nouvelles unions sont plus fréquemment qu'auparavant des unions sans résidence commune (Locoh, 1988). Certes, c'est surtout en ville qu'on observe cette évolution, mais le milieu rural n'y échappe pas totalement.

Si urbanisation et scolarisation sont souvent associées à un retard de l'âge au premier mariage, ils vont également de pair avec un contrôle plus diffus des jeunes et un accroissement des grossesses pré-nuptiales et hors union. Au regard de la fécondité, il est donc difficile de pronostiquer quel sera l'effet, sur la fécondité des femmes, des modifications que l'on observe, d'autant plus que chaque société conjugue, à sa manière, entrée en union, polygamie et mobilité conjugale.

(1) Le lévirat, remariage préférentiel d'une veuve avec un membre de la famille de son conjoint, est l'une de ces pratiques.

2. L'espacement des naissances : durée de l'allaitement, durée d'abstinence

L'Afrique se caractérise par des délais de l'ordre de 3 ans entre deux naissances successives (tableau V). Cet étalement des naissances est le grand régulateur de la fécondité des femmes. En effet, la plupart étant mariées durant presque toutes leurs années de vie féconde, pourraient "théoriquement" avoir un grand nombre de naissances (15 enfants d'après les modèles couramment retenus). L'intervalle assez long entre deux naissances joue donc un rôle primordial dans la régulation de la fécondité.

Tableau V : Intervalle moyen entre naissances. Durée d'allaitement, durée d'abstinence post-partum, durée d'aménorrhée (en mois)

Pays	Intervalle		Durée moyenne (en mois)		
	moyen entre naissances (en mois)	d'abstinence	d'allaitement	d'aménorrhée	
Bénin	37,2	15,5	19,2	11,9	
Cameroun	31,9	13,9	17,5	11,8	
Côte d'Ivoire	-	13,1	17,5	10,4	
Ghana	39,1	10,0	17,9	12,4	
Kenya	32,0	2,9	16,9	9,9	
Lesotho	38,3	15,0	19,1	9,6	
Mauritanie	-	-	15,6	8,8	
Nigéria	35,4	14,1	16,6	10,4	
Rwanda	31,1	-	21,1	11,1	
Sénégal	30,9	-	20,0	-	
Soudan	35,1	2,6	15,8	10,8	

Source : Enquête Mondiale Fécondité

Comme dans l'Europe ancienne, cet espacement est dû aux longues durées d'allaitement pratiquées par les mères. Dans certains groupes ethniques l'allaitement est "accompagné" de la pratique d'une période d'abstinence de durée très variable selon les sociétés. Souvent un peu moins longue que la durée totale d'allaitement elle peut, dans certains cas, la dépasser (cas des Yoruba au Nigéria). Cette pratique est alors l'élément déterminant de l'intervalle entre deux naissances.

La durée d'allaitement varie de 15 à 21 mois selon les pays dans l'Enquête mondiale de fécondité et la durée d'aménorrhée est de 9 à 12 mois. Plusieurs études ont montré que la façon dont l'allaitement est pratiqué traditionnellement en Afrique (allaitement à la demande, de jour comme de nuit, peu d'aliments de supplémentation) est favorable à une inhibition durable de l'ovulation. L'abstinence post-partum là où elle est à l'honneur, est toujours associée, dans les justifications sociales qui la recommandent, à la durée de l'allaitement. Il y a donc des interactions entre ces deux pratiques qui peuvent se renforcer mutuellement.

L'intervalle qui sépare deux naissances - trois ans environ - est d'ailleurs socialement recommandé. On réprovoque les naissances trop rapprochées et dans les sociétés où elle est pratiquée, l'abstinence est "encouragée" comme le meilleur moyen de préserver une longue durée d'allaitement donc une meilleure survie de l'enfant. L'abstinence post-partum parfois et l'allaitement de longue durée, plus encore, se sont maintenus parce qu'ils étaient des comportements socialement valorisés, mais qu'en est-il dans l'Afrique en transition, dans l'Afrique des villes et des régions touchées par leur influence ?

L'introduction des laits de substitution et du biberon, a plus d'un effet pervers. Effectivement, à part dans les quelques familles où les femmes savent utiliser correctement le biberon, son emploi, dans des conditions d'hygiène défectueuse et avec des dosages en poudre de lait hasardeux, peut avoir des conséquences catastrophiques sur la santé des bébés. Mais l'effet induit sur la reprise de l'ovulation chez la femme est tout aussi important : un allaitement plus tôt délaissé conduit à une reprise plus rapide de cycles féconds et donc, en l'absence de méthodes contraceptives, à une succession plus rapide des grossesses, ce qui entraîne, à terme, une descendance plus élevée pour chaque femme.

Quant à l'abstinence post-partum elle est, elle aussi, battue en brèche, dans les milieux en transition urbanisés ou scolarisés, qui acceptent moins volontiers que dans un contexte traditionnel de se plier à cette contrainte.

Il peut donc y avoir dans les milieux en transition d'Afrique Noire une diminution de l'intervalle entre naissances et partant une augmentation globale de la fécondité si cette accélération dans l'arrivée des naissances n'est pas compensée par un arrêt, plus précoce qu'auparavant, de la période où les femmes ont des enfants.

3. La pratique de la contraception et la limitation des naissances

Là encore les résultats des enquêtes de fécondité sont clairs : la connaissance de l'existence de moyens modernes de contraception a globalement progressé, mais avec bien des écarts entre les pays concernés (tableau VI) : si 93% des femmes Kenyanes et 73% des Rwandaises ont entendu parler de la contraception, 8% seulement des Mauritanienues sont dans ce cas. La proportion de celles qui ont utilisé au moins une fois une méthode contraceptive (autre que l'abstinence) varie de 2% en Mauritanie à 25% au Ghana et au Kenya. Enfin, les femmes fécondes utilisant actuellement une méthode contraceptive autre que l'abstinence restent une très faible minorité : les chiffres les plus élevés sont observés au Ghana (6%) et au Kenya (7%). Les "records" (pour les pays d'Afrique Noire) de connaissance et de pratique de la contraception observés au Kenya n'empêchent pas ce pays de figurer au premier rang mondial pour le nombre moyen d'enfants par femme.

Tableau VI : Connaissance et pratique de la contraception

Pays	! Pour 100 femmes actuellement mariées - 15 à 49 ans	! Femme ayant entendu parler au moins d'une méthode (autre que l'abstinence)	! Femmes ayant pratiqué au moins une méthode autre que l'abstinence	! Femmes utilisant actuellement une méthode autre que l'abstinence
Bénin	! 21	! 14	!	! 5
Cameroun	! 34	! 11	!	! 2
Côte d'Ivoire	! 26	! 9	!	! 3
Ghana	! 62	! 25	! 6	! 6
Kenya	! 93	! 25	! 7	! 7
Lesotho	! 65	! 23	!	! 5
Mauritanie	! 8	! 2	!	! 1
Rwanda	! 73	! 19,6(1)	!	! 11(2)
Sénégal	! 39 (68)*	! 3	!	! 1 (3)*
Soudan (Nord)	! 51	! 13	!	! 5

(1) Abstinence incluse

(2) Dont 10% continence périodique et abstinence

* Premiers résultats de l'enquête démographique et de santé, 1986

Sources : Enquête mondiale fécondité - Rapport DHS Sénégal

La pratique de la contraception est, le plus souvent, l'apanage d'un petit groupe de femmes ayant un statut social élevé, et un niveau scolaire égal ou supérieur à 10 ans d'études. Pour ces "pionnières", la contraception peut être utilisée pour remplacer les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances (allaitement prolongé, voire abstinence) et l'effet sur la descendance finale sera alors faible ou nul. Du fait du très faible effectif des femmes ayant un haut niveau scolaire parmi celles qui ont dépassé 40 ans, l'impact de leur éventuel changement de comportement fécond est de toute façon difficile à percevoir dans les générations qui arrivent actuellement au terme de leur fécondité.

La plupart des pays d'Afrique ont réalisé d'énormes efforts de scolarisation dont les filles - moins que les garçons certes - ont profité. L'augmentation de la proportion des femmes à niveau d'éducation élevé est l'un des éléments qui, à long terme, modifiera la fréquence d'utilisation de la contraception.

Il reste qu'actuellement, pour l'immense majorité des femmes, il y a très loin des connaissances, généralement rudimentaires, souvent acquises à l'écoute de la radio, à la pratique régulière de méthodes qui restent très difficilement accessibles sauf dans les grandes villes, et encore !

D'ailleurs, même disponibles, les méthodes contraceptives ne seront utilisées que s'il existe une motivation à éviter des grossesses. Or, rares sont les femmes africaines - pour ne pas parler des hommes - qui ne désirent pas une nombreuse descendance.

La descendance souhaitée par les femmes "si elles pouvaient choisir" est égale ou supérieure à 6 pour tous les pays de l'enquête mondiale de fécondité d'Afrique Noire : 6 enfants au Lesotho et au Ghana, 7,2 au Kenya, 8 enfants ou plus au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Sénégal et en Mauritanie. Et à la question "Désirez-vous encore avoir un enfant ?" celles qui répondent par la négative sont une petite minorité quel que soit le pays (tableau VII).

Tableau VII : Nombre d'enfants désirés et proportion de femmes qui ne désirent plus d'enfants

Pays	! Nombre ! d'enfants ! désirés	!	Proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfants
Bénin	! 7,6	!	8
Cameroun	! 8,0	!	3
Côte d'Ivoire	! 8,4	!	4
Ghana	! 6,0	!	12
Kenya	! 7,2	!	17
Lesotho	! 6,0	!	15
Mauritanie	! 8,8	!	11
Sénégal	! 8,3	!	8
Soudan	! 6,4	!	17

Source : Enquête mondiale fécondité

Le désir de limiter la descendance, une fois atteinte une certaine dimension, n'est pas une attitude courante en Afrique. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a aucun contrôle sur la fécondité. Ce contrôle existe, mais essentiellement sur l'espacement des naissances. Les sociétés africaines ont le plus souvent favorisé une longue durée de vie féconde : mariage précoce et utilisation de toute la période de fécondité (presque 10% des naissances se produisent au-delà de 40 ans), mais ont aussi préservé des attitudes qui conduisaient à un espacement important entre naissances.

V. UNE NOMBREUSE DESCENDANCE RESTE UNE VALEUR SURE DES SOCIÉTÉS AFRICAINES.

1. Le poids de l'histoire

C'est bien cela qui affleure dans toutes les études menées : les descendance nombreuses sont voulues par les familles africaines, par les femmes comme par les hommes. Les raisons d'une telle préférence sont d'ordre démographique, historique, socio-culturel. Pourquoi la plupart des sociétés africaines, maintenant encore, véhiculent-elles une "idéologie" de la famille nombreuse ?

Cette persistance est d'autant plus remarquable qu'elle ne subsiste pas seulement dans les milieux ruraux écartés mais qu'on la trouve toujours bien vivante dans les milieux urbains en pleine mutation socio-économique.

Le niveau très élevé de la mortalité est, bien évidemment, la première explication de la tradition fortement nataliste qui continue à modeler les comportements contemporains. Bien qu'on ne dispose pas de séries chronologiques permettant de connaître l'évolution de la mortalité dans les siècles passés, la faible croissance démographique de la population africaine - voire de la régression dans certaines régions - indique clairement que le niveau global de la mortalité a été très élevé. Des niveaux élevés de fécondité étaient donc "nécessaires" pour compenser les ravages de la mortalité. Actuellement encore, la mortalité de l'enfance, bien qu'en baisse, reste inscrite dans les angoisses quotidiennes d'une famille. Avant cinq ans, il meurt encore un enfant sur quatre (27%) au Sénégal, un enfant sur cinq au Bénin, en Mauritanie, au Cameroun, au Ghana (Rutstein, 1984).

Les peurs démographiques sont loin d'être exorcisées. A celle de la disparition des enfants, il faut ajouter la peur de la stérilité. Très présente dans les quelques régions où sévit une infécondité liée à l'existence d'endémies vénériennes (Cameroun, Gabon, République Centrafricaine notamment) ; elle existe aussi là où l'infécondité est rare, car la stérilité est la malédiction suprême, une "infirmité" sociale. Elle met l'adulte qui en est victime en position d'infériorité dans son statut social mais aussi dans son statut ontologique : après la mort aussi le statut de chacun dépendra des descendants que l'on aura engendrés. Un homme ou une femme stériles n'ont pas droit au même enterrement que les autres.

Le niveau très élevé de la mortalité, qui se traduisait, au premier chef, par des disparitions massives de jeunes enfants, a été encore rehaussé par les catastrophes historiques subies par la population africaine et qui, elles, contribuaient à des coupes sombres dans la population des jeunes adultes. La traite, avec son cortège de rivalités entre tribus, de razzias qui s'ajoutaient à la "ponction" directe d'hommes et de femmes pour le commerce négrier, a décimé pendant des décennies des régions entières. Selon les estimations les plus sérieuses, du XV au XIX siècles, la traite atlantique aurait "prélevé" 11,7 millions de personnes et la traite saharienne 3,6 millions dans la population d'Afrique sub-saharienne. A ces chiffres doivent être ajoutées les pertes indirectes : décès lors des conflits pour capturer les futurs esclaves, décès en cours de transport (Lovejoy cité par Coquery-Vidrovitch, 1985).

La traite des esclaves ne fut enrayerée qu'entre 1830 et 1880. Elle fut relayée par une autre ponction démographique sur la classe des jeunes adultes : celle qu'entraînèrent les divers déplacements et travaux forcés instaurés par les puissances colonisatrices pour réaliser des infrastructures (routes, chemins de fer) et développer de nouvelles formes d'agriculture (Coulibaly, 1987). Ces graves perturbations des structures démographiques et, partant, des organisations sociales, aident à comprendre que toutes les sociétés aient développé, renforcé les normes de comportement et les idéaux susceptibles de préserver la reproduction démographique. D'autant plus qu'on raisonne toujours, en Afrique, en termes de survie, d'expansion et de pouvoir des groupes lignagers dont les membres se sentent solidairement responsables. Assurer la reproduction et l'extension du groupe lignager reste un objectif survalorisé que même une réussite économique éclatante (dans les nouvelles élites urbaines) ne peut supplanter.

A la lumière de l'histoire, on peut d'ailleurs considérer la croissance démographique rapide de l'Afrique contemporaine comme un "rattrapage". D'après les estimations de population faites sur les siècles passés - qu'il faut, bien sûr, considérer comme des conjectures, surtout pour l'Afrique sub-saharienne - l'Afrique Noire n'aurait cessé de voir sa représentation dans la population mondiale diminuer jusqu'en 1900, où elle n'en constituait plus que 5,8% (tableau VIII). Sa croissance actuelle, plus rapide que partout ailleurs, devrait lui rendre, aux environs de 2025 seulement, le "poids démographique" qu'elle avait au début du 16^e siècle (17% environ de la population mondiale).

Tableau VIII : Population de l'Afrique Noire et population mondiale (en millions). Estimations.

Date	Afrique Noire	Population mondiale	% Afrique Noire dans population mondiale
1500	78	461	17,0 %
1600	104	578	18,0 %
1700	97	680	14,0 %
1800	92	954	9,6 %
1850	90	1 241	7,2 %
1900	95	1 634	5,8 %
1950	167	2 530	6,6 %
1970	266	3 637	7,3 %
1987	466	5 026	9,3 %
Perspectives (Variante moyenne)			
2000	696	6 122	11,4 %
2025	1 356	8 206	16,5 %

Sources : Biraben, 1979. Nations Unies, 1986.

2. Le rôle des modes de production

Aux catastrophes historiques se sont périodiquement conjuguées des catastrophes climatiques, écologiques (épizooties, sécheresses, invasions de criquets pèlerins) qui déséquilibrent, pour des années, des économies vivrières fragiles. Pour 80% des Africains, vivant d'agriculture d'autosubsistance, la survie familiale dépend largement de la pluviométrie de l'année et de la capacité de l'unité de production domestique à optimiser la période favorable des pluies. L'organisation économique des sociétés africaines repose encore sur la disponibilité, au moment favorable de la saison des pluies, d'une main-d'oeuvre nombreuse pour ense-
mencer et sarcler les champs.

Les chefs d'exploitation chefs de famille ont intérêt à pouvoir mobiliser rapidement leurs enfants, neveux et autres dépendants. Cette force de travail sera payée essentiellement en nature et sur des critères dont le chef de famille - compte tenu de l'organisation sociale gérontocratique - reste le maître.

Même lorsque les terres deviennent rares, une nombreuse descendance permet à l'unité domestique de développer des stratégies migratoires : certains descendants vont en ville et contribuent aux besoins en numéraire de leur famille ou groupe lignager. Les normes sociales sont assez fortes pour que les jeunes hommes et femmes ainsi "envoyés" en ville ne soient pas pour autant coupés de leur famille d'origine. Certes, ils gagnent une certaine autonomie, peuvent avoir un revenu personnel, mais peu d'entre eux se dérobent à l'obligation primordiale de retourner une large partie de leurs revenus à leur famille, soit en numéraire, soit en nature, soit en prestations diverses (hébergement d'autres membres du lignage). La migration n'est que rarement une rupture avec le milieu traditionnel, et l'exode des jeunes vers les villes n'entraîne pas une prise de conscience de l'intérêt de limiter la taille des familles mais, au contraire, est une des stratégies qui permet aux groupes lignagers de préserver une forte fécondité en dépit de l'accroissement des difficultés qui commencent à se faire sentir dans certaines régions agricoles très peuplées (Locoh, 1984).

Dans les villes, un vaste secteur économique, celui des activités informelles, continue à se développer sur la logique traditionnelle de l'enrichissement des anciens par l'accroissement des dépendants familiaux. Plus on a d'enfants, de neveux que l'on peut associer à l'activité informelle urbaine (mécanique auto, menuiserie, tâcheronnage du bâtiment, etc...), plus l'entreprise peut abaisser ses coûts de production. Là encore une fécondité élevée n'est pas un inconvénient, mais un avantage. Pour la plupart des ménages en Afrique, les revenus et les dépenses sont trop fluctuants et trop répartis sur une unité familiale vaste pour se prêter à des calculs économiques, même intuitifs, sur l'intérêt d'avoir ou de ne pas avoir un enfant supplémentaire. Seules certaines familles urbaines ou vivant de revenus salariaux dans des zones d'agriculture de plantations peuvent considérer la venue de nouveaux enfants comme une charge.

Les villes, depuis le début des années 1980, sont durement touchées par la récession économique, voire les oukases des experts du FMI, et il est une classe moyenne urbaine, celle des petits fonctionnaires, des ouvriers du secteur moderne, qui sont directement atteints dans leurs revenus, leur emploi. En cascade, cette récession s'est répercutée non seulement sur les ménages directement concernés mais aussi sur les prestataires de services à ces ménages (donc le secteur informel et les commerçantes, si actives partout en Afrique). Dans ces milieux, les frais d'école, l'uniforme scolaire pour les enfants, et même l'achat de nourriture devient problématique. Les solutions de recours à la solidarité familiale en viennent à s'essouffler et certains commencent à mettre en question l'intérêt d'une famille nombreuse dont ils perçoivent peu à peu qu'il peut être un fardeau. C'est là le fait d'une minorité urbaine affrontée à une conjoncture particulièrement difficile. Celle-ci serait encore plus dramatique si les structures familiales ne jouaient pas le rôle d'amortisseur en contribuant à une répartition des charges et des revenus.

3. L'influence des groupes familiaux

Les systèmes familiaux jouent donc un rôle prépondérant dans le maintien des niveaux de fécondité actuels. Certes, ils diffèrent d'une société à une autre, mais certaines constantes se retrouvent :

- les enfants représentent, pour chacun des adultes du lignage, un investissement et, parfois, le seul investissement accessible pour le long terme. A court terme, il faut peu d'années d'éducation avant qu'un enfant ne contribue aux services domestiques et à la production ;

- le statut des individus dans leur lignage d'origine et dans le lignage d'alliance (pour les femmes) est fortement lié à leur descendance. Les décisions en matière de fécondité expriment beaucoup plus une relation d'un individu à un lignage qu'une relation entre deux conjoints qui ont rarement des stratégies sociales, économiques et de reproduction communes ;

- la prise en charge des jeunes est assurée par les adultes du lignage, paternel ou maternel, selon les ethnies, et n'est pas toujours l'apanage du couple. La pratique de la "circulation" des enfants (Antoine, 1986) concourt à cette prise en charge au sein d'un groupe élargi : des changements de résidence se produisent au gré des besoins de l'enfant (scolarisation, absence de la mère) et plus souvent des familles (contribution d'appoint de l'enfant à la production de l'unité domestique, assistance à une tante âgée, etc...). Le prestige lié à la forte descendance est au crédit d'un individu, mais les prestations qu'on peut en espérer (assistance dans la vieillesse, aide à la production domestique) et les coûts afférents à leur période de croissance sont partagés, en général, par les adultes d'un groupe familial.

L'organisation familiale favorise donc l'exercice d'une forte fécondité en valorisant le statut de ceux qui ont une nombreuse descendance et en contribuant d'une certaine manière à une répartition collective des charges. Les avantages économiques qu'un père ou une mère pourraient trouver à limiter la descendance sont donc difficilement perceptibles : celui qui a beaucoup d'enfants verra la solidarité du groupe lignager s'exercer, celui qui en a peu devra peut-être exercer cette solidarité en accueillant des enfants. C'est surtout pour les pères que les coûts de la descendance sont faiblement perçus. Les femmes ont la responsabilité de l'alimentation quotidienne des enfants, les leurs ou ceux de parents, qui résident chez elles. Les hommes ont des responsabilités limitées à l'égard de leurs propres enfants (assurer les dépenses en numéraire, fournir les céréales) toujours concurrencées par des solidarités aussi ou plus pressantes à l'égard des ascendants et collatéraux du lignage.

Ce sont donc les femmes et non des couples - car la solidarité conjugale est faible et les stratégies économiques des conjoints séparées, voire divergentes - qui subissent directement les "coûts" de l'éducation des enfants. Jusqu'à présent, les enfants sont aussi pour elles le principal, sinon l'unique, moyen d'améliorer leurs statut à la fois social et économique : de leurs maternités elles obtiennent considération et prestige, stabilisent leur position dans le lignage qui les accueille et dans le groupe des co-épouses, si leur mari est polygame, garantissent la qualité de l'alliance entre leur propre lignage et celui de leur conjoint (O. Franck et al., 1987). De plus, leurs enfants seront une main-d'oeuvre pour leurs champs et leurs travaux domestiques, puis assureront la sécurité de leurs vieux jours plus sûrement que tout autre moyen. Enfin, la répartition des naissances tout au long du cycle de la vie féconde d'une femme fait qu'une partie des tâches maternelles sont exercées au sein de la fratrie : les plus grands "élevant" les plus petits.

On comprend pourquoi l'aventure des familles "retréintes" ne tente qu'une petite fraction de la population, en général appartenant aux classes moyennes des villes. On comprend que les Etats n'avancent qu'avec prudence dans le soutien aux programmes de Planification Familiale puisque les planificateurs, les responsables politiques participent eux-mêmes intimement de cette "culture" de la forte fécondité.

VI. LA FECONDITE PEUT-ELLE BAISSER RAPIDEMENT EN AFRIQUE NOIRE ?

La plupart des normes sociales et familiales restent orientées au maintien d'une descendance nombreuse, non sans intégrer également une maîtrise de la fécondité, puisque les pratiques d'allaitement et d'abstinence, en agissant sur l'écart entre naissances, sont une forme de "contrôle" de la procréation. Pourtant, certains signes attestent des changements de comportement. Annoncent-ils pour autant une évolution rapide de la fécondité en Afrique ?

Le pronostic est difficile. Les observations actuelles ne montrent pas une tendance nette à la baisse de la fécondité et on a même, dans certaines enquêtes, des indications inverses d'une légère augmentation du niveau des descendance (sud-est Togo, Cameroun, Kenya, Zaïre).

Peut-on suivre les dernières projections des Nations-Unies (1987) qui, tout en reconnaissant que "le déclin de la fécondité en Afrique est incertain" font l'hypothèse, dans la variante moyenne, d'un déclin au-dessous de 6 enfants par femme entre 1990 et l'an 2000, qui mènerait à une descendance de 3 enfants par femme en 2025 ? Dans la variante "forte", une concession est faite à l'idée d'un déclin plus lent et c'est 4 enfants par femme qui sont alors prévus en l'an 2025. Ce sont là des conjectures, fondées sur l'évolution observée dans les autres régions du Tiers-Monde, mais l'Afrique subsaharienne a une situation économique et culturelle tout à fait particulière et rien ne dit que l'évolution de la fécondité sera comparable à celle des pays latino-américains et asiatiques. La réalisation, au rythme indiqué, d'un tel scénario, peut prendre deux chemins :

- ou bien une transformation radicale des modes de production, donc des économies et des cultures, conduisant à des stratégies sociales radicalement différentes de ce qu'elles sont aujourd'hui ;
- ou bien des moyens externes, décidés par un pouvoir central (exemple chinois) ou un "pouvoir" médical dépendant de l'autorité centrale (exemple latino-américain) pour diffuser, voire imposer l'utilisation de la contraception moderne, retarder l'âge au mariage, favoriser la stérilisation.

Le premier "chemin" est déjà emprunté par des groupes sociaux en mutation sociale qui restent marginaux en effectifs et en influence sur les normes sociales en vigueur. Les femmes ayant un haut niveau d'instruction, les parents ayant des revenus salariaux limités et des aspirations fortes à l'éducation des enfants adoptent peu à peu de nouveaux objectifs de fécondité. Le retard de l'âge au mariage est peut-être la pièce maîtresse de leurs stratégies nouvelles, mais le recours à la contraception moderne ou à ce compromis entre tradition et nouveauté que représente la méthode "Ogino" est aussi utilisé.

Selon les pays, ces comportements sont plus ou moins facilités par l'existence de services de planning familial, ou plus ou moins freinés par des réglementations dissuasives (1) (Locoh, 1985). Actuellement, nous l'avons vu, l'impact des centres de planning familial est faible si on l'appécie au nombre de femmes utilisant la contraception dite moderne. Ils jouent néanmoins un rôle important dans la diffusion d'informations.

(1) Les associations de planning familial, dans plusieurs pays, réservent leurs services aux couples ou aux femmes mariées nanties d'une autorisation écrite de leur mari.

Ce qui est finalement plus "significatif" c'est l'existence d'autres signes annonciateurs d'une recherche de limitation de la descendance : augmentation très probable des avortements, notamment chez les jeunes des villes, vente sauvage des contraceptifs sur les marchés, utilisation assez fréquente des méthodes dites naturelles (Ogino) préconisées par les catholiques, succès commercial des gris-gris, bagues, ceintures, herbes contraceptives qui reflètent l'existence d'une demande. Il y a fort à parier que l'accès à la contraception se fait par ces moyens - souvent inadaptés - plus que par les associations de planning familial.

Le second chemin, celui de la coercition gouvernementale, a peu de chance d'avoir un quelconque succès en Afrique Noire. Tout d'abord, les gouvernements sont très réticents à toute intervention drastique sur la fécondité, soit par peur d'un affrontement à une opinion publique globalement nataliste, soit pour des raisons de politique extérieure : certains pays se considèrent comme insuffisamment trop peu peuplés et estiment que leur poids sur la scène internationale bénéficierait d'un accroissement rapide de la population.

De plus, l'argument le plus important contre l'éventualité de l'adoption de mesures coercitives, c'est l'incapacité du réseau actuel d'équipements sanitaires, d'infrastructures routières et administratives à appliquer un programme drastique de limitation des naissances, à supposer, par extraordinaire, qu'il soit décidé par un pouvoir central. On peut imaginer la mobilisation des structures sanitaires d'un pays pour réaliser un programme de lutte contre la mortalité des enfants, il est douteux qu'on puisse le faire sur un programme de contrôle de la fécondité comme cela s'est fait au Mexique, par exemple, dans les années 1970 (Cosio, 1986). Le scénario de la variante moyenne des perspectives des Nations-Unies a donc de quoi laisser sceptique.

Pourtant, la baisse de la mortalité, maintenant évidente (A. Hill, 1987) obligera à des remises en question, comme c'est déjà le cas dans d'autres pays du Tiers-Monde. Les taux d'accroissement de la population africaine (2,5 à 3%) imposent des rythmes d'accroissement de la production vivrière, de l'investissement créateur d'emplois, des moyens scolaires et sanitaires dont les planificateurs savent qu'ils seront difficiles sinon impossibles à atteindre, d'autant plus que l'évolution de la répartition spatiale de la population, avec l'urbanisation, suscite elle aussi de nouveaux besoins.

On ne peut donc nier que l'association fécondité élevée-mortalité en baisse constitue un défi. Si, pour le court terme, il convient avant tout d'évaluer l'ampleur de l'effort à faire pour accueillir et insérer dans les sociétés tous les nouveaux venus - on sait déjà que l'Afrique sub-saharienne s'accroîtra de 250 millions d'habitants d'ici l'an 2000 -, il est tout aussi nécessaire de préparer, dès maintenant, un infléchissement futur de cet accroissement. Il est peut-être encore temps de le faire sans recourir aux moyens draconiens qui ont été utilisés ailleurs et qui ne peuvent qu'entraîner des dommages considérables pour les individus, les groupes sociaux, les cultures.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE, Ph., GUILLAUME, A., 1986 : Une expression de la solidarité familiale à Abidjan. Enfants du couple et enfants confiés, in *Les familles d'aujourd'hui*. Colloque de l'AIDELF, 2, Paris, INED
- BIRABEN, J.N., 1979 : Essai sur l'évolution du nombre des hommes. *Population*, 1
- BONGAARTS, J., 1976 : Intermediate fertility variables and marital fertility rates. *Population Studies*, vol. 30, 2
- CALDWELL, J. and CALDWELL, P., 1987 : The cultural concept of high fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development review* Vol. 13, 3, sept.
- COQUERY-VIDROVITCH, C., 1985 : *Afrique Noire, permanence et ruptures*. Paris, Payot
- COSIO, M., 1986 : Politiques de population en Amérique latine, in *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*. Paris, ORSTOM
- COULIBALY, S., 1986 : Colonialisme et migration en Haute-Volta, in GAUVREAU, M. et al. eds *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*. Mc Gill University

Demographic and Health Surveys, 1988 - Newsletter, 1

EBIGBOLA, A., VAN DE WALLE, E., eds., 1987 : **The cultural roots of African fertility regimes**, IFE Meeting, Ile-Ife, Nigeria, Population Studies Center, Philadelphia, Polycop.

FERRY, B., 1977 : **Etude de la fécondité à Dakar (Sénégal). Objectifs, méthodologie, résultats**, Dakar, ORSTOM

FRANCK, O., MAC NICOLL, G., 1987 : **An interpretation of fertility and population policy in Kenya. Population and Development Review**, vol. 13, 2

GAUVREAU, D., GREGORY, J. KEMPENEERS, M., PICHE, V., eds, 1986 : **Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde**. Mc Gill University

HILL, A., 1987 : **Trends in childhood natality in Sub-Saharan mainland Africa**. IUSSP Seminar on Mortality and Society in Sub-Saharan Africa, Yaoundé.

LESTHAEGHE, R., PAGE, H., 1981 : **Child spacing and fertility in Lagos**, in Lesthaeghe, R. and Page, H., **Child Spacing in Tropical Africa : Tradition and Change**. London, Academic Press

LOCOH, T., 1984 : **Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain**. Travaux et Documents, INED, 107, Paris, PUF

LOCOH, T., 1985 : **Les difficultés d'implantation du planning familial en Afrique de l'Ouest**. Ocho Rios. IUSSP meeting on comparative analysis of fertility and family planning.

LOCOH, T., 1986 : **Premiers signes d'une planification familiale différente à Lomé**. Actes du séminaire national sur l'enquête Arrivée du prochain enfant, URD, Lomé.

- LOCOH, T., 1988 : **Nouvelles formes d'union à Lomé.**
A paraître
- PICHE, V., 1976 : Les enquêtes de fécondité en Afrique
Tropicale ou le principe du double
standard. **Population et Famille**, Vol.
37, 1
- QUESNEL, A., VIMARD, P., 1986 : Groupes de production
et de reproduction démographique en
économie de plantation. Le plateau de
Dayes. in Colloque AIDELF, **Les familles
d'aujourd'hui**. Paris, INED, PUF,
- RUTSTEIN, S.O., 1984 : **Infant and child mortality :**
levels, trends and demographic differen-
tials. WFS, Comparative Studies, 24,
I.S.I., Woorburg
- TABUTIN, D., 1984 : La fécondité et la mortalité dans
les recensements africains des 25
dernières années. **Population**, 2, Paris,
INED
- UNITED NATIONS, 1986 : **World Population prospects.**
Estimates and projections as assessed in
1984. Population Studies, 98, New York
United Nations.
- UNITED NATIONS, 1987 : **Fertility behaviour in the**
context of development evidence from the
world fertility survey. Population
Studies, 100, New York, United Nations
- VIMARD, P., 1980 : **Nuptialité et fécondité sur le**
Plateau de Dayes (sud-ouest Togo).
Principaux résultats. ORSTOM, Lomé