



HAL
open science

Planning familial et fécondité en Afrique: Évolutions de 1950 à 2010

Michel Garenne

► **To cite this version:**

Michel Garenne. Planning familial et fécondité en Afrique: Évolutions de 1950 à 2010. 2017. hal-01578080

HAL Id: hal-01578080

<https://hal.science/hal-01578080v1>


Preprint submitted on 28 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Planning familial et fécondité en Afrique : Évolutions de 1950 à 2010

Michel GARENNE

 MICHEL GARENNE, démographe, dirige des projets de recherche sur la population et la santé en Afrique. Il est Senior Fellow à la Ferdi. Il est également Professeur honoraire à la Wits Rural Public Health and Health Transitions Research Unit (Agincourt), School of Public Health, Faculty of Health Sciences; University of the Witwatersrand, Johannesburg; membre de l'unité d'Epidémiologie des Maladies Emergentes à l'Institut Pasteur, Paris ; et membre de UMI Résiliences à l'IRD, Bondy.

Contact : michel.Garenne@ird.fr; michel.Garenne@pasteur.fr

Résumé

L'article retrace les liens entre planning familial, prévalence de la contraception et tendances de la fécondité en Afrique subsaharienne, à partir d'études de cas portant sur les pays disposant d'enquêtes démographiques. L'étude montre que certains pays ont terminé leur transition de la fécondité, que d'autres ont réduit leur fécondité rapidement en milieu urbain, mais moins en milieu rural. Dans certains pays, la fécondité est restée très élevée ou a peu baissé en milieu rural : ce sont ceux où les politiques et programmes de planning familial sont restés insuffisants, voire quasi inexistantes.

... / ...

Mots clef : Politique de population; Planning familial; Contraception; Tendances de la fécondité; Transition démographique; Environnement politique; Conditions économiques; Situations sociales ; Enquêtes démographiques; Afrique subsaharienne.

Remerciements.

L'auteur remercie tout particulièrement la Ferdi pour son soutien et son intérêt pour le sujet, ainsi que M. Charles Becker (historien, CNRS) et Mme Monica Das Gupta (démographe, Banque mondiale), pour leur relecture attentive du manuscrit, leurs commentaires et suggestions.

.../ ... Le rôle des politiques de population et des programmes de planning familial dans la baisse de la fécondité est mis en évidence en contrastant des pays à caractéristiques voisines, dont l'un a eu une baisse forte de la fécondité et l'autre une baisse faible ou inexistante. Dans chaque cas on présente le contexte politique, économique et social qui explique ces différences entre les programmes de planning familial et leurs résultats. Ces études de cas permettent de tirer des conclusions sur les conditions de la maîtrise de la fécondité dans les pays africains.

Introduction

La transition démographique est un phénomène universel induit par les nouveaux comportements associés au développement économique, au progrès technique, au changement social et à la pression démographique. La baisse de la mortalité crée un déséquilibre, intenable sur le long terme, qui nécessite une baisse de fécondité pour rétablir l'équilibre démographique. En Europe et dans les pays de peuplement européen d'Amérique du Nord et du Pacifique, la transition de la fécondité a été le résultat d'initiatives individuelles, sans intervention de l'État, c'est-à-dire d'un changement de comportement des couples. Pour donner un exemple classique, celui de la Suède, le niveau la fécondité n'a pas excédé 4,7 enfants par femme depuis le 18^{ème} siècle, a commencé à baisser rapidement vers 1870, pour atteindre 2 enfants par femme vers 1930, date qui peut être prise comme celle de la fin de la transition de la fécondité. Après cette date, la fécondité a suivi plusieurs cycles à la hausse et à la baisse autour de ce niveau moyen. La transition de fécondité proprement dite a donc duré environ 60 ans, soit deux générations. Le nombre de naissances équilibrait approximativement les décès vers 1800 et cet équilibre était pratiquement retrouvé vers 1980, soit environ 50 ans après la fin de la transition de la fécondité. Ce modèle est assez général pour les pays européens, à l'exception notable de la France où la baisse de la fécondité a été très précoce, commençant dès le 18^{ème} siècle, et très lente puis qu'elle a duré près de deux siècles. Les études de démographie historique en Europe ont montré que la transition de la fécondité n'était pratiquement pas corrélée aux indicateurs socio-économiques sur le court-terme, et qu'elle avait touché les différents pays à différents niveaux de développement, de revenu par tête, de niveau d'instruction et de niveau d'urbanisation. [Coale & Watkins 1986; van de Walle & Knodel 1980]

La Russie présente un cas un peu différent, car l'État a commencé à jouer un rôle actif dans la baisse de la fécondité de ce pays. Les données disponibles suggèrent une première baisse, très faible, de la fécondité à la fin du 19^{ème} siècle, mais celle-ci remonte après la révolution bolchévique, pour atteindre un maximum en 1924. Après cette date elle va entreprendre une baisse régulière, pour atteindre un niveau de 2 enfants par femme en 1970, soit 45 ans après le début de la transition, date après laquelle elle subira des fluctuations à la hausse et à la baisse. Ce qui est important dans le cas de la Russie, c'est la politique volontariste de l'État soviétique, qui autorisa l'avortement médicalisé dès 1921, l'avortement étant la principale forme de contraception en URSS jusqu'en 1990. Cette politique était avant tout une politique sociale et féministe, visant à assurer une plus grande liberté aux femmes, et à les inciter à travailler à la production industrielle et agricole, et non une politique de contrôle de la population au sens occidental. Elle fut cependant interrompue au

moment de la Seconde Guerre mondiale, dans ce cas dans un but démographique. [Avdeev et al. 1994 ; Blum 1994 ; Chesnais 1986]

Dans le Tiers-Monde, la baisse de la fécondité, qui a commencé le plus souvent après 1960, est essentiellement le résultat de politiques publiques, c'est-à-dire des programmes de planning familial. D'après les estimations des Nations-Unies, en Asie la fécondité est passée de 5,67 à 2,24 enfants par femme entre 1960 et 2010, et en Amérique latine de 5,95 à 2,20 au cours de la même période, réalisant ainsi l'essentiel de la transition de fécondité en un demi-siècle. Par contre, en Afrique subsaharienne, la fécondité n'a que peu baissé, passant de 6,62 à 5,26 entre 1960 et 2010. [Nations-Unies, 2015] L'Afrique est donc le dernier continent où la transition est en retard et reste largement inachevée. Les conséquences de cette forte fécondité persistante sont incalculables et vont conduire certains pays, notamment les pays du Sahel et d'Afrique Centrale, à des situations très difficiles à gérer. [Garenne, 2016 ; Bongaarts 2016]

Le but de cette étude est de retracer l'histoire des politiques de planning familial et leur impact sur la fécondité et la contraception en Afrique, pour mettre en évidence ce qui a marché et ce qui n'a pas fonctionné, et en expliquer les raisons. L'accent est mis ici sur le milieu rural, car les dynamiques démographiques sont différentes en milieu urbain, beaucoup plus avancé dans la transition de la fécondité. Cette étude est plutôt destinée aux chercheurs de sciences humaines généralistes et aux décideurs, et elle présente donc peu de détails sur les techniques démographiques et statistiques qui sous-tendent les tableaux et les graphiques. Ces détails techniques sont amplement couverts dans d'autres publications citées dans le texte.

1. Historique des politiques et programmes de planning familial

Une abondante littérature couvre l'histoire des politiques de population et des programmes de planning familial dans le monde depuis 1950. Un ouvrage de synthèse édité par la Banque mondiale résume les grandes étapes de ces programmes, surtout focalisé sur l'Asie et l'Amérique latine. [Robinson et Ross 2007] Une revue publiée par la Rand Corporation donne une analyse détaillée des programmes de planning et de leurs problèmes. [Seltzer 2002] Un article récent présente les défis à relever pour le 21^{ème} siècle. [Bongaarts et al. 2012] Cette section reprend les grandes étapes de cette construction, importantes pour comprendre le contexte africain.

1.1. Prise de conscience et organisation

Les premiers mouvements volontaristes de planification des naissances, initiatives privées au départ, apparaissent aux Etats-Unis et en Angleterre au début de 20^{ème} siècle, avec des activistes dont les plus connues sont Margaret et Ethel Sanger et Marie Stopes, qui installèrent les premières cliniques diffusant la contraception (*Birth control*) à New-York (1916) et à Londres (1921). Cependant, la prise de conscience du problème mondial de la population date des années suivant la fin de la deuxième guerre mondiale, surtout aux Etats-Unis et dans certains pays européens

(Angleterre, Suède), et c'est à partir de 1950 qu'apparaissent les efforts concertés pour développer et diffuser la contraception et limiter la croissance démographique (*Population control*).

Dans un premier temps, on financera abondamment la recherche pour développer des contraceptifs modernes, ayant une efficacité maximale et un minimum d'effets secondaires, qui seraient le mieux adaptés aux besoins des couples. Cette recherche produisit une longue série d'innovations technologiques importantes: pilule anticonceptionnelle (1960), stérilets (1958, 1962, 1968), spermicides (nombreux produits), contraceptifs hormonaux injectables (1969), implants (1983), pilule abortive (1988), pilule du lendemain (1999), stérilisation non-chirurgicale (2002), etc. Ces innovations permettront le développement des programmes de planning familial et la diffusion de la contraception moderne au niveau mondial. Ces nouvelles méthodes venaient en complément des méthodes connues et utilisées auparavant (abstinence, coït interrompu ou retrait, préservatif, diaphragme, stérilisations, avortement, etc.), et devaient faciliter l'adoption de nouveaux comportements. Il faut noter ici que ces nouvelles méthodes contraceptives sont celles qui sont le plus utilisées en Afrique : à elles seules, cinq méthodes modernes (injectables, pilules, implants, stérilets, préservatifs) représentent 90 % des méthodes contraceptives utilisées, et près de la moitié (42 %) sont des injectables (données des enquêtes *Demographic and Health Surveys*, ou DHS).

C'est à cette époque aussi que se mettent en place les grandes organisations chargées de diffuser la contraception et d'étudier ses effets, telles que: *Population Council* (1952), *International Planned Parenthood Federation* (IPPF, 1952), *PathFinder Fund* (1957), ainsi que les programmes spécialisés des grandes fondations américaines (*Ford, Rockefeller, Hewlett-Packard*, etc.) et du gouvernement américain (USAID). Au niveau des organisations internationales, les Nations-Unies créent en 1967 une agence spécialisée dans les questions démographiques : le Fond des Nations-Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), mieux connu sous son acronyme anglais (UNFPA). D'autres agences des Nations-Unies participeront aussi à ce mouvement de diverses manières (UNICEF, Banque mondiale, OMS, etc.).

Avec le développement des grands programmes de planning familial, de nombreux bureaux d'études et groupes de consultants, surtout américains et financés par l'USAID, se développent à partir des années 1970, et vont jouer un rôle important dans la mise en place, la gestion et l'évaluation des programmes (*Family Health International, Futures Group, PSI, JSI, MSH, Abt Associates, World Vision*, etc.). Le suivi de ces programmes sera assuré par de grandes enquêtes démographiques, d'abord des enquêtes focalisées sur la prévalence contraceptive (*Contraceptive Prevalence Surveys*, ou CPS) dans les années 1960, puis lors de cycles d'enquêtes plus élaborées (*World Fertility Surveys*, ou WFS : 1972-1984) et surtout les enquêtes démographiques et de santé (DHS), en place depuis 1985 jusqu'à ce jour.

1.2. Grands programmes internationaux

Le premier essai d'intervention en population générale date des années 1950, sous la forme d'un essai clinique avec une zone d'intervention et une zone témoin, et sera conduit en Inde, dans la province du Punjab, autour du village de Khanna en 1954-1959. [Wyon & Gordon 1971] L'Inde sera d'ailleurs le premier pays à adopter officiellement un programme de planning familial en 1952. À la suite de cet essai, de nombreux programmes de planning familial seront mis en place dans la plupart des pays du Tiers Monde, en Asie, en Amérique latine, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, et plus tardivement en Afrique subsaharienne.

1.3. Les programmes africains

Sur le plan de la contraception, il se passe très peu de choses en Afrique pendant la période coloniale, c'est-à-dire grosso modo avant 1960. À cette époque, la doctrine dominante était d'ailleurs que le continent était plutôt sous-peuplé, et que la croissance démographique, déjà forte à cette époque, quoique mal connue, était plutôt favorable au développement économique.

La conscience du problème de population a commencé à changer dans les années 1960 et 1970 avec l'apparition des premiers recensements de la population, qui montrèrent une croissance démographique extrêmement forte, souvent entre 30 et 40 pour 1000, qui manifestement ne pouvait pas durer très longtemps. Rappelons qu'avec une croissance de 35 pour 1000 la population double tous les 20 ans, soit une multiplication par 32 en un siècle. Les premières projections faites par la Division de la Population des Nations-Unies, et les études ultérieures du Futures Group (projet RAPID), permirent de tirer la sonnette d'alarme : il était clair que le continent courrait à la catastrophe si la fécondité restait à un niveau très élevé, voire augmentait, alors que la mortalité baissait rapidement. Rappelons ici qu'il faut près d'un siècle pour arrêter la machine infernale de la croissance démographique lorsque celle-ci est très forte. C'est donc à cette époque que les grands programmes de planning familial vont se mettre en place. [Sharan et al. 2011]

1.4. Les grandes conférences internationales

Un autre facteur qui permit la prise de conscience, et les changements d'attitude des gouvernements de pro-nataliste à néo-malthusien, fut la tenue des grandes conférences internationales sur la population, qui se tiennent approximativement tous les dix ans sous l'égide des Nations-Unies, des grandes fondations américaines, ou d'autres organisations. [Sala Diakanda 1991 ; Singh 1998]

- Conférence de Genève de 1965 (International Conference on Family Planning Programs), la première à montrer un impact de la contraception moderne dans certains pays asiatiques (Corée du Sud, Taïwan), et à rechercher un consensus sur la question.
- Conférence de Bucarest de 1974 (World Population Conference) : cette conférence fut, au niveau mondial, la première arène de lutte entre les partisans et les opposants aux politiques

de planning familial. Les opposants, minoritaires et représentés par quelques pays du Tiers-Monde (comme l'Algérie et l'Argentine) et quelques pays communistes, se rangeaient derrière le slogan : 'la meilleure pilule c'est le développement'. Leur argument était que le développement économique est un préalable à la baisse de la fécondité, c'est-à-dire que la croissance économique devait créer les conditions nécessaires et suffisantes à la maîtrise de la fécondité. L'expérience des années suivantes démontra le contraire, en particulier que le planning familial pouvait très bien marcher dans des pays très pauvres et à faible croissance économique. Cette réunion a cependant permis d'adopter un plan d'action au niveau mondial (World Population Action Plan), document de référence utilisé abondamment par la suite. Ce document, très complet, comporte 109 recommandations qui couvrent tous les aspects des politiques de population, santé et développement qui seront mises en place par la suite, y compris les détails techniques comme la collecte des données, l'évaluation, la formation et la recherche.

- Conférence de Mexico de 1984 (International Conference on Population) : cette conférence fut la première à exprimer un consensus quasi unanime sur la nécessité de limiter les naissances au niveau mondial, et reçut le soutien marqué des pays occidentaux aux programmes de planning familial. Par contre, les Etats-Unis du président Ronald Reagan y firent part de leur opposition à l'avortement et aux programmes qui soutenaient l'avortement (Global Gag Rule). Les pays africains y firent entériner la 'déclaration de Kilimanjaro', qui affirmait leur soutien aux programmes de planning familial.
- Conférence du Caire de 1994 (International Conference on Population and Development, ICPD) : cette réunion mit l'accent sur les aspects de santé publique de la contraception, introduisit les concepts de 'Santé de la reproduction', et de 'Santé sexuelle et reproductive', dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida et autres maladies sexuellement transmissibles. La conférence insista sur les droits des femmes à maîtriser leur reproduction, et sur leur autonomie de décision. En se focalisant sur l'individu, cette politique se rapprochait de celle des pionniers de la contraception, et évitait les écueils des approches dites de contrôle de la population (Population control) qui étaient dominantes dans les années 1950.
- Conférence de Strasbourg de 2004 (International Parliamentarians' Conference on the Implementation of the ICPD) poursuit selon les mêmes lignes, et vit un engagement solennel des parlementaires du monde entier à continuer à réaliser le plan d'action de l'ICPD.
- Conférence de Londres de 2012 (Family Planning Summit), tenue sous l'égide du gouvernement anglais et de la Fondation Gates, qui proposa de continuer selon les mêmes lignes, et de focaliser les efforts sur les derniers pays réticents ou en retard (69 pays sélectionnés), notamment les pays les plus pauvres et les pays africains, avec comme objectif l'accès universel à la contraception à l'horizon de l'année 2020. Cette conférence fut suivie cinq ans plus tard (10-11 juillet 2017) par un nouveau sommet tenu à Londres avec les mêmes acteurs, qui mit l'accent sur les besoins des adolescentes.

Bien entendu, ces grandes conférences, qui ont marqué les esprits, furent complétées par une myriade de petites conférences, séminaires, réunions scientifiques et politiques sur le sujet depuis 1950.

1.5. Développement des politiques et programmes de planning

Le développement de la contraception moderne et du planning familial en Afrique suit approximativement le même schéma dans la plupart des pays, avec quelques variantes locales :

- Arrivée des contraceptifs modernes, d'abord dans les pharmacies et chez les médecins privés.
- Installation d'associations de planning familial privées, en général affiliées à l'IPPF, et ouverture des premières cliniques spécialisées.
- Mise en place d'un programme national de planning familial, d'abord en urbain puis en rural, le plus souvent accompagné d'une forte assistance technique et financière internationale. Au début, ces programmes se basent sur des structures fixes (hôpitaux, cliniques, centre de planning), puis sur des équipes mobiles qui font des visites à domicile, voire distribuent des contraceptifs à domicile.
- Adoption officielle d'une politique de population, avec souvent des objectifs précis fixés (nombre maximal d'enfants par couple, prévalence de contraception supérieure à un seuil, etc.).
- Mise au point des programmes selon les besoins : développement de programmes intégrés de santé de la reproduction, développement du choix des contraceptifs, (*contraceptive mix*), campagnes de sensibilisation (*information, education, communication, ou IEC*), éducation sexuelle dans les écoles, sensibilisation chez les adolescents (*peer group education*), etc.

On trouve donc dans les pays africains une grande diversité de situations, depuis les pays qui ont très tôt adopté une politique de population et développé un programme de planning familial, qui ont su bien financer et gérer leur programme, qui ont réussi à toucher l'ensemble de la population grâce à une bonne couverture des postes fixes et grâce aux équipes mobiles, jusqu'aux pays qui ont commencé tardivement, qui ont peu investi dans le programme ou qui l'ont mal géré, et qui n'ont couvert jusqu'ici qu'une fraction de la population nationale. On trouve donc, par conséquent, une grande diversité de situations en matière de baisse de la fécondité, qui sont présentées ci-dessous.

1.6. Les obstacles légaux et religieux

Les obstacles idéologiques, légaux et politiques aux programmes de planning familial sont nombreux, comme cela sera illustré dans les études de cas présentées ci-dessous. Mais deux obstacles particuliers méritent d'être mentionnés pour ce qui concerne l'Afrique :

La loi française de 1920 : Cette loi, votée le 31 juillet 1920 à la suite à la Première Guerre mondiale et du déficit démographique qui en suivit, interdit « la propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité » et réprime sévèrement l'avortement et sa promotion. Elle fut votée dans l'espoir de faire remonter la natalité, dans le but d'avoir plus de soldats en cas de guerre, et de retrouver la supériorité numérique de la France de l'Ancien Régime. Cette loi s'appliquait non seulement en France métropolitaine mais aussi en Algérie et dans toutes les colonies françaises, où elle est restée en vigueur après les indépendances. Les pays concernés ont donc dû la révoquer avant d'entreprendre des campagnes d'information et de sensibilisation au planning familial, sans toutefois toucher à la question de l'avortement. Dans de nombreux pays africains, il a fallu attendre les années 1980 ou 1990 pour ce faire. Le projet d'harmonisation des législations en Afrique de l'Ouest francophone est même plus tardif. La 'Loi-type sur la santé sexuelle et de la reproduction' fut adoptée lors du colloque d'Abidjan le 9 juin 1999, et mise en œuvre par la suite dans les 10 pays concernés. [Russell 2008]

La position de l'Église catholique : en réaction aux mouvements laïcs et aux prises de position de l'Église anglicane, l'Église catholique a condamné, très tôt et à plusieurs reprises, la contraception moderne dans divers textes : encyclique *Casti Connubii* du pape Pie-XI (1930), encyclique *Humanae Vitae* du pape Paul-VI (1968), exhortation apostolique *Familiaris Consortio* du pape Jean-Paul-II (1981), discours du pape Benoît-XVI (2008). La position de l'Église catholique est essentiellement philosophique, donc sujette à des aménagements, comme par exemple pour l'utilisation du préservatif. Cependant, l'Église catholique autorise certaines formes de contraception traditionnelle, définies comme 'l'observation des rythmes naturels de la fertilité de la femme' (abstinence périodique, glaire cervicale, méthode des températures, etc.).

La position de certains groupes islamistes : d'une manière générale, l'Islam est plutôt favorable à la contraception pour deux raisons : améliorer la santé de la mère et de l'enfant, et tenir compte des contraintes économiques de la famille. Cependant, de nombreuses écoles de pensée musulmanes sont opposées à la stérilisation et à l'avortement. De plus, certains groupes très politisés sont hostiles à toute politique de population visant à diminuer le nombre de musulmans. Ces positions varient beaucoup selon les pays, les écoles de pensée, et selon les périodes. [Roudi-Fahimi, 2005]

1.7. Les débats éthiques

La diffusion de la contraception moderne et la mise en place des programmes de planning familial a soulevé de nombreuses questions éthiques dans le monde, dont la discussion a beaucoup évolué au fil des années. [Seltzer 2002] Les débats les plus importants ont porté sur l'avortement provoqué, sur les stérilisations féminines et masculines, et sur les effets indésirables de certains contraceptifs hormonaux (pilules et injectables notamment). Ces débats ont été très vifs à propos des pays où les politiques de population étaient très contraignantes voire coercitives (Chine, Indonésie), et des pays où les incitations financières pour la stérilisation étaient importantes par rapport au niveau de revenu (Inde, Bangladesh). Ces questions ont peu touché l'Afrique, où l'avortement provoqué est encore largement illégal (sauf en Afrique du Sud et au Ghana), et où les

stérilisations sont rares, alors qu'elles sont la méthode la plus fréquente en Asie. Par contre, en Afrique, des questions ont été posées à propos des contraceptifs injectables (*Depo-Provera*), car ils augmentent un peu la susceptibilité au virus VIH, cause du sida. [Leclerc et al. 2008 ; Rehle et al. 1992]

D'autre part, les années 1960 et 1970 ont vu de nombreux débats et polémiques sur la question du rôle des pays développés, notamment des États-Unis, dans la promotion du planning familial dans les pays du Tiers-Monde. Ces actions étaient perçues comme une forme « de complot impérialiste », ou « d'intrusion culturelle », tant en Asie qu'en Amérique latine et en Afrique. Ces débats ont pratiquement disparu après la conférence de 1984, l'adoption d'un large consensus au niveau mondial, et le changement de paradigme vers la santé de la reproduction en 1994.

2. Tendances de la fécondité et du planning familial en Afrique

Cette section reprend des études antérieures, et donne un panorama général pour l'Afrique, en séparant le milieu urbain et le milieu rural, car les dynamiques de population y sont différentes. On trouve même en Afrique des pays où la fécondité continue à augmenter en rural alors qu'elle diminue en urbain depuis des décennies, comme le Congo-Kinshasa par exemple.

2.1. Données et méthodes

Il faut rappeler au préalable qu'aucun pays d'Afrique subsaharienne continentale ne dispose d'un état civil complet, avec enregistrement des naissances et des décès, qui aurait pu permettre de suivre précisément les évolutions des taux de natalité et de mortalité. Pour connaître les niveaux et tendances de la fécondité, on a donc recours à des enquêtes démographiques par sondage, fondées sur des échantillons représentatifs de ménages, dont les plus importantes et les mieux connues sont les enquêtes DHS, qui recueillent les histoires des maternités des femmes. Ces enquêtes sont conduites environ tous les cinq ans, mais parfois sont séparées de 10 ans ou plus, et les données disponibles en 2017 couvrent essentiellement la période avant 2010.

Les enquêtes DHS et les données connexes permettent de reconstruire les niveaux et tendances de la fécondité depuis 1950, en séparant le milieu urbain du milieu rural. Les détails techniques de cette reconstruction sont présentés dans d'autres documents. [Garenne 2008 ; Garenne et Joseph 2002 ; Garenne, 2011] En bref, les taux de fécondité annuels peuvent être calculés pour les dix ans précédant chaque enquête, ce qui permet de reconstruire les tendances à long terme, malgré les fortes fluctuations aléatoires dues à la faiblesse des échantillons (de 5000 à 15000 femmes en général). Cette reconstruction a été faite séparément pour l'urbain et le rural pour 35 pays africains, qui regroupent plus de 90 % de la population du continent.

Les enquêtes DHS permettent aussi de reconstruire les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception moderne. La technique est un peu différente : on reconstruit les tendances par cohorte (année de naissance), ce qui permet de reconstruire les tendances par période (année de

calendrier), là encore depuis 1950, et séparément pour l'urbain et le rural pour 35 pays africains. Les détails techniques des calculs sont présentés dans un autre document. [Garenne 2008]

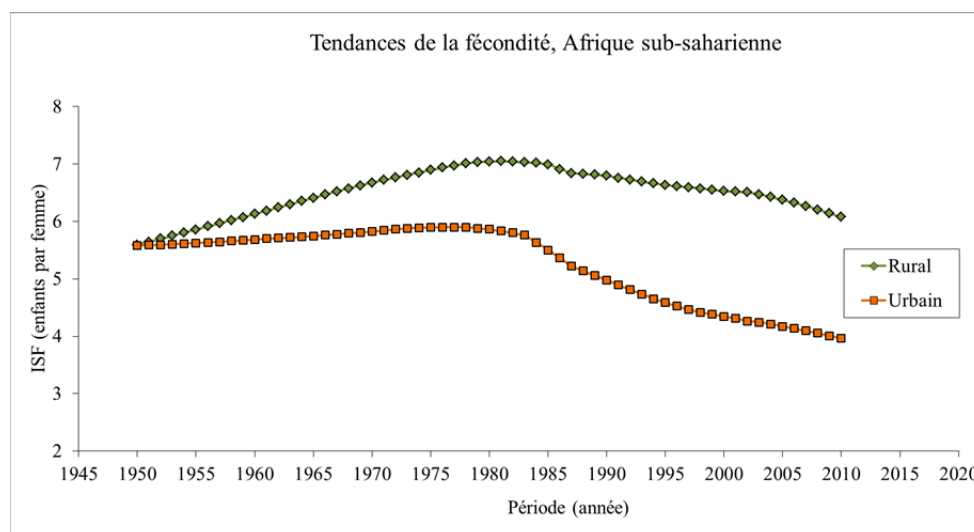
Le '*Futures Group*', un bureau d'étude de l'USAID, produit un indicateur de l'intensité des programmes de planning familial, appelé '*Effort index*', qui s'exprime comme le pourcentage achevé par le programme par rapport à un idéal de 100 %. L'indicateur mesure plusieurs grandeurs à partir de 30 variables: politique officielle, activité des services, suivi des programmes (*monitoring*). Cette étude est disponible à intervalles de 5 à 10 ans: 1972, 1982, 1989, 1994, 1999, 2004, 2009, ce qui permet de reconstruire la dynamique des programmes sur le long terme. L'indicateur est disponible pour 37 pays africains, mais avec des données manquantes certaines années. [Ross et Smith 2010]

Cette étude fait aussi référence à d'autres sources: les données de PIB par tête réunies par Angus Maddison et collègues, exprimées en dollars constants (*1990 International Geary-Khamis dollars*) et convertis en dollars de 2011. [Maddison 2008]

2.2. Reconstruction des tendances de la fécondité en milieu urbain et rural

La reconstruction des tendances de la fécondité à partir des enquêtes démographiques montre d'abord une nette augmentation de la fécondité en milieu rural de 1950 à 1980, puis l'amorce d'une baisse à partir de 1981, de 7,05 enfants par femme à 6,08 en 2010, soit 19,2 % de la transition entre le maximum et le niveau de 2 enfants par femme, considéré comme la fin de la transition. L'augmentation des années 1950-1980 est due à l'amélioration des conditions sanitaires et surtout au contrôle des maladies tropicales et sexuellement transmissibles causant l'infécondité primaire et secondaire. En milieu urbain, l'augmentation des premières années est nettement plus faible, et la baisse de la fécondité apparaît dès 1976 (5,90 enfants par femme) pour atteindre 3,96 en 2010, soit pratiquement la moitié de la transition (49.7 %). Il faut remarquer que le contrôle de la fécondité en urbain a vraisemblablement démarré avant 1976, et que, sans la contraception moderne déjà sensible à cette époque (prévalence de 10 %), on aurait probablement eu aussi une augmentation de la fécondité en milieu urbain. (Figure 1)

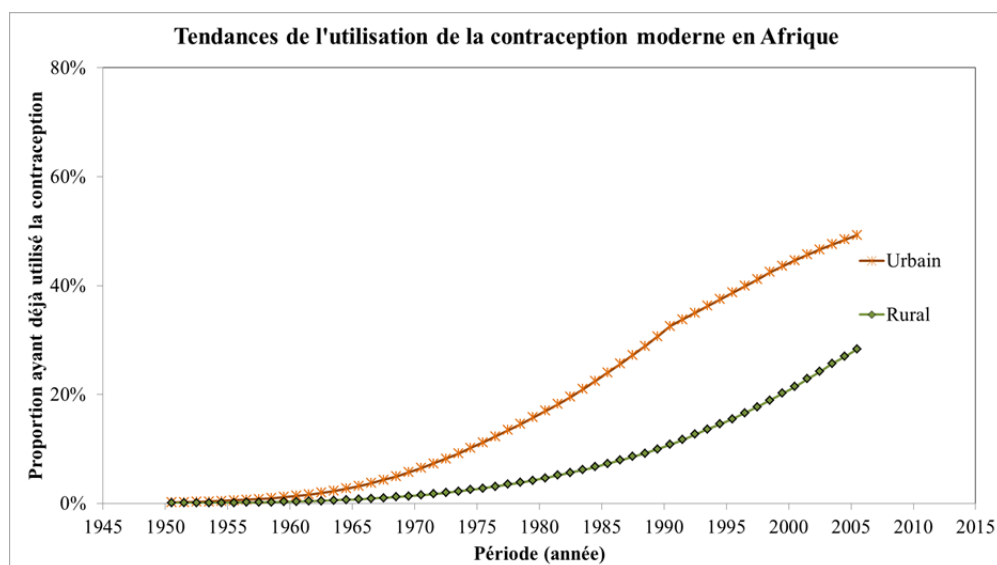
Figure 1 : Tendances de la fécondité en Afrique subsaharienne (reconstruction d'après les enquêtes démographiques de 35 pays)



2.3. Reconstruction des tendances de la contraception

La reconstruction de l'utilisation de la contraception, mesurée par la proportion de femmes ayant déjà utilisé un contraceptif moderne, montre une évolution assez régulière. En urbain, la contraception apparaît dans les années 1960, mais reste peu fréquente les premières décennies, atteint le seuil des 10 % en 1974, et couvre approximativement la moitié des femmes en 2005 (49,3 %). En milieu rural, l'utilisation de la contraception moderne est plus tardive et plus lente, le seuil des 10 % est atteint en 1989, et elle ne couvre que 28,4 % des femmes en 2005. (Figure 2)

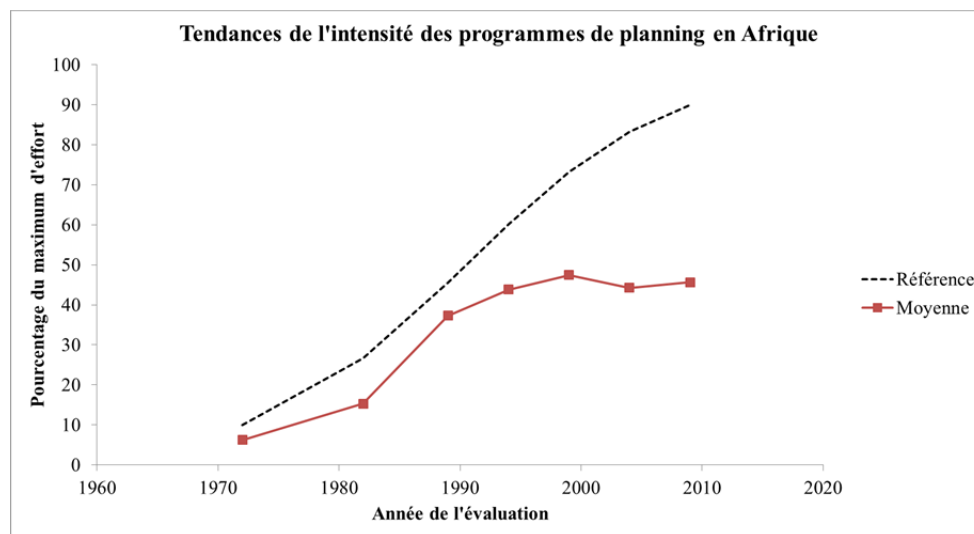
Figure 2 : Reconstruction des tendances de la contraception moderne en Afrique (pourcentage de femmes ayant déjà utilisé la contraception moderne)



2.4. Intensité des programmes (Effort index)

L'évolution de l'indicateur de l'intensité des programmes de planning, qui mesure à la fois l'effort fourni et le fonctionnement du programme, révèle une montée en puissance assez rapide entre 1972 et 1999, puis une stagnation apparente, mais qui ne s'est pas traduite par une baisse de la prévalence contraceptive (Figure 3). Idéalement on aurait souhaité atteindre 90 % en 2009, mais l'indicateur en est resté à la moitié (45,6 %). Cet indicateur national correspond à la moitié de femmes couvertes, que l'on peut comparer à la moitié de la transition de fécondité réalisée en milieu urbain, mais il cache l'important retard du milieu rural.

Figure 3 : Tendances de l'intensité des programmes de planning familial en Afrique (effort index du Futures Group).



Note : Moyennes calculées sur 37 pays (certaines années sont manquantes).

2.5. Corrélats socio-économiques

La plupart des nombreuses études sur les corrélats socio-économiques de la fécondité et de la prévalence contraceptive sont réalisées en transversal, c'est-à-dire avec les données s'appliquant au moment de l'enquête. Elles montrent invariablement une corrélation, au niveau des ménages et à un instant donné, entre statut socio-économique (niveau de richesse, et niveau d'instruction), l'utilisation de la contraception et le niveau de fécondité. [Rutstein 2002]

Par contre, les études en longitudinal, c'est-à-dire l'analyse de la transition de la fécondité et de l'adoption de la contraception moderne en fonction des évolutions du revenu, de la richesse et du niveau d'instruction des femmes sont plus contrastées. Ainsi, une analyse des pays africains entre 1977 et 1999 montre que les changements du revenu par tête et du niveau d'instruction n'expliquent pas les changements de niveau de fécondité : l'essentiel des variations peut s'expliquer par l'augmentation de la contraception, de l'âge au premier mariage, et de l'urbanisation, qui suivent d'autres dynamiques. [Garenne 2008 ; Garenne 2012]

2.6. Contraception et fécondité en Afrique

Enfin, il faut noter que, au niveau national pour les pays africains, la relation entre prévalence de la contraception et niveau de la fécondité est surprenante. En effet, on attendrait des niveaux de fécondité plus élevés si l'on considère seulement la prévalence de la contraception. Au niveau mondial, on estime approximativement que sans contraception on attend 7 enfants par femme, et que 80 % de contraception est nécessaire pour assurer une maîtrise totale de la fécondité, c'est-à-dire 2 enfants par femme. Or, en Afrique les niveaux de fécondité sont nettement inférieurs au niveau attendu d'après la prévalence contraceptive, ce qui indique que d'autres phénomènes sont présents, en plus de la contraception, qui ne sont pas mesurés correctement par les enquêtes démographiques (avortements provoqués, séparation des couples, contraception traditionnelle, déclarations incomplètes, etc.). Une analyse détaillée sur 32 pays africains montre que l'augmentation de la contraception moderne n'explique qu'environ la moitié de la baisse de la fécondité (50,9 % en urbain et 41,4 % en rural), le reliquat restant inexpliqué. [Garenne 2014]

3. Études de cas sur la baisse de la fécondité

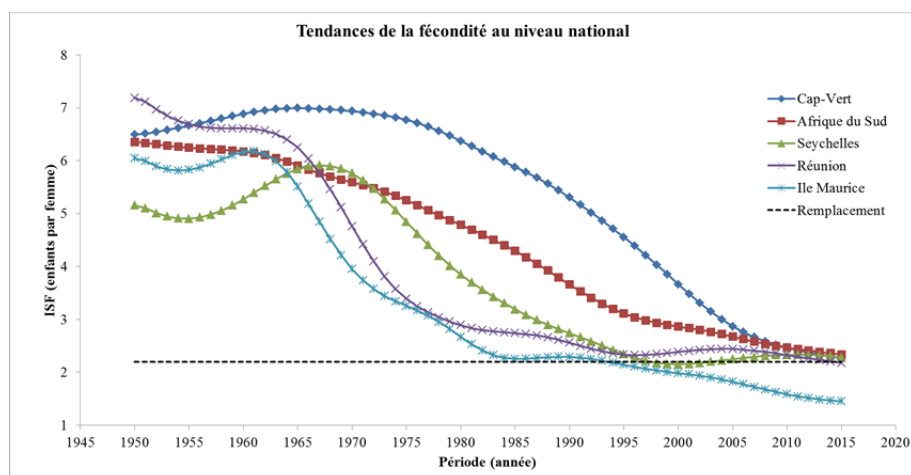
Cette section présente quelques cas particuliers bien documentés et contrastés : des cas de transition achevée, des cas de baisse rapide de la fécondité en milieu urbain, et des cas d'absence de baisse significative en milieu rural, afin de montrer la grande diversité de situation entre les pays.

3.1. Transition terminée (niveau national)

Selon les Nations-Unies (estimations de 2015) seuls cinq pays ou territoires situés en Afrique ont terminé leur transition de la fécondité. Un seul est situé sur le continent, l'Afrique du Sud, qui a bénéficié d'un excellent programme de planning familial depuis 1974, et qui est un pays beaucoup plus avancé économiquement et socialement que la plupart des pays africains. [Kaufman, 1998 ; Caldwell & Caldwell 1993 ; Lucas 1992] Il faut cependant noter que le cas de l'Afrique du Sud est complexe : la fécondité maritale (après le premier mariage) y est très faible (de l'ordre de 1,5 enfants par femme), et cela dans tous les groupes raciaux et ethniques, mais il reste des poches importantes de fécondité prémaritale, surtout chez les adolescentes, parmi les groupes défavorisés (*Black/African, Coloured*), ce qui indique une maîtrise incomplète de la fécondité et une lacune du programme de planning familial. [Garenne et al. 2000 ; Preston-Whyte et al. 1990]

Les autres pays ayant achevé leur transition de fécondité sont des îles, qui ont des profils nettement différents des autres pays africains : l'Île Maurice, qui a été le pionnier en la matière parmi les pays africains et a même une fécondité en-dessous du niveau de remplacement depuis 1994 ; la Réunion, qui bénéficie du système de santé publique français ; les Seychelles, et les Îles du Cap-Vert. Tous ont bénéficié d'excellents programmes de planning familial, et d'excellents services de santé, et ont un niveau de développement nettement supérieur à la moyenne africaine. (Figure 4)

Figure 4 : Pays africains ayant pratiquement achevé la transition de fécondité

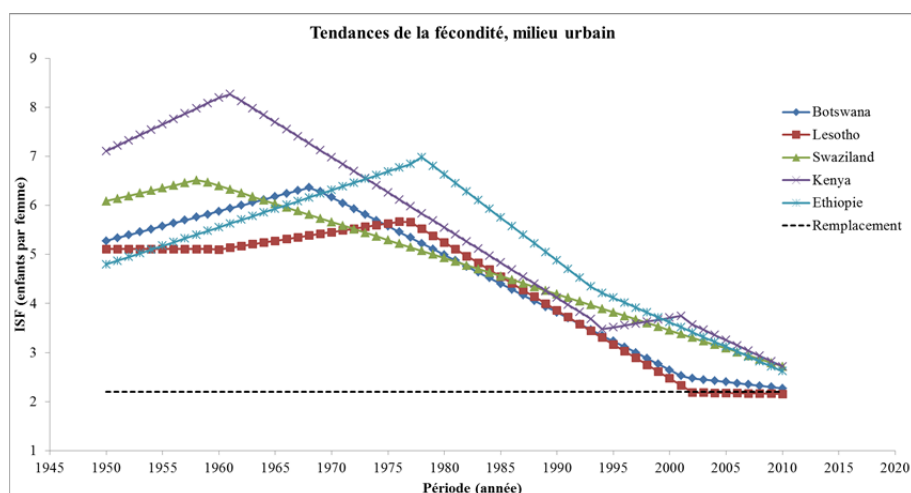


Source : Nations-Unies, 2015

3.2. Baisse rapide de la fécondité en milieu urbain

Dans certains pays, la transition de la fécondité en milieu urbain est pratiquement achevée : il s'agit de trois pays d'Afrique australe : Botswana, Lesotho, et Swaziland, qui sont proches géographiquement et culturellement de l'Afrique du Sud, et qui ont adopté des programmes de planning similaires à celui de leur grand voisin. Auxquels s'ajoutent deux pays d'Afrique orientale : le Kenya (dont le cas est étudié plus en détail ci-dessous) et l'Éthiopie. La baisse de la fécondité dans ce dernier pays, particulièrement pauvre et isolé, a surpris certains observateurs et a fait l'objet de plusieurs publications [Lindström et Woubalem 2003]. Ces cinq cas sont illustrés dans la Figure 5.

Figure 5 : Sélection de pays africains ayant pratiquement achevé la transition de fécondité en milieu urbain

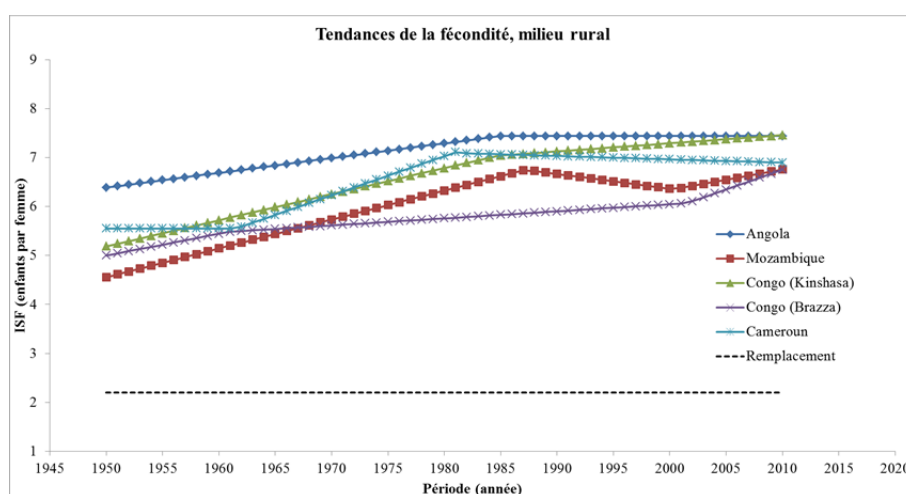


Source : Reconstruction à partir des enquêtes démographiques

3.3. Absence de baisse en milieu rural

À l'autre bout du spectre, se trouvent des pays qui n'ont pas encore commencé leur transition de fécondité en milieu rural: il s'agit de deux anciennes colonies portugaises, qui ont traversé une période de décolonisation difficile : l'Angola et le Mozambique (dont le cas est étudié ci-dessous), et de trois pays d'Afrique centrale : le Congo-Kinshasa (ex Zaïre, ou RDC), le Congo-Brazza (ex RPC), et le Cameroun (Figure 6). Ces cinq pays n'ont pas connu de programme efficace de planning familial, et quatre d'entre eux (hormis le Cameroun) ont connu de longues périodes de guerre civile, qui ont fortement perturbé le système de santé en milieu rural.

Figure 6 : Sélection de pays africains n'ayant pas encore commencé la transition de fécondité en milieu rural



Source : Reconstruction à partir des enquêtes démographiques

3.4. Autres cas

Ces cas extrêmes ne doivent pas cacher les autres cas, et la grande diversité des situations des pays africains en matière de transition de la fécondité. Le Tableau annexe A-1 montre que la baisse de la fécondité en milieu urbain, exprimée en pourcentage de la transition, varie de 19 % (Congo-Brazza) à 96 % (Lesotho) avec une moyenne de 60 %, et en milieu rural varie de 0 % (Angola, Mozambique, Congo-Brazza, Congo-Kinshasa) à 76 % (Botswana), avec une moyenne de 29 %. Ces grandes différences entre pays sont dues essentiellement aux différences entre les politiques et programmes de planning familial, comme l'illustre la section suivante.

4. Contrastes entre pays (milieu rural)

Cette section présente des contrastes saisissants entre des pays ayant des caractéristiques assez voisines, mais des dynamiques démographiques très différentes en milieu rural du fait de différences dans les politiques et programmes de planning familial. Ces études de cas couvrent diverses régions de l'Afrique : Afrique centrale (Rwanda/Burundi), Afrique orientale

(Kenya/Ouganda), Afrique occidentale (Ghana/Nigeria), Afrique australe (Zimbabwe/ Zambie), et l'extrême sud-est (Madagascar/Mozambique). Le but est de montrer l'impact différentiel des programmes de planning familial sur la baisse de la fécondité en milieu rural, par la comparaison d'un cas (pays ayant bien réussi) avec un témoin (pays en échec ou en retard).

4.1. Rwanda et Burundi (milieu rural)

Le Rwanda et le Burundi sont deux pays d'Afrique centrale ayant des tailles similaires (10,6 et 9,2 millions d'habitants en 2010), de très fortes densités de population (403 et 332 habitants au km² en 2010), une composition ethnique analogue (avec deux ethnies principales rivales : Hutus et Tutsis), de faibles niveaux d'urbanisation (18,8 % et 10,6 % en 2010), et de faibles niveaux de revenus (1262 et 725 US\$ de 2011). Ces deux pays partagent une même histoire coloniale et faisaient partie de la même colonie belge, dite du Rwanda-Urundi, jusqu'à l'indépendance (1962). Leurs histoires économiques divergent quelque peu : le Rwanda a connu une période de croissance de 1964 à 1986, suivie d'une forte récession de 1986 à 1997, puis d'une récupération rapide avec une forte croissance de 1997 à 2013. Le Burundi a eu aussi une période de croissance après l'indépendance jusqu'en 1991, mais celle-ci a été suivie d'une longue récession dont le pays n'était toujours pas sorti en 2013. Les deux pays ont connu une longue période de troubles politiques et de guerres civiles.

Les histoires des politiques de population et programmes de planning familial divergent aussi très nettement entre les deux pays. Au Rwanda, la contraception moderne est apparue en 1962 ; un premier programme de planning familial fut lancé en 1977, qui s'est traduit par une première baisse de la fécondité (de 7,9 en 1977 à 6,4 en 1991 en rural) ; une nouvelle phase fut lancée en 1990, dans le cadre d'une politique de population volontariste, mais son application fut entravée par la période de guerre civile, qui culmina avec le génocide de 1994, et qui fut suivie d'une période de récupération avec une augmentation des mariages et de la fécondité, si bien que la fécondité n'a pratiquement pas changé au cours de la période 1991-2002. Ce n'est qu'en 2003 que le programme de planning prit un nouvel essor, programme bien organisé et bien financé, avec des visites à domicile, et même une cible d'un nombre maximal de 4 enfants par famille. Ce programme s'est traduit par une baisse spectaculaire de la fécondité (de 6,0 en 2003 à 4,1 enfants par femme en 2013 en rural). [Bucagu et al. 2012 ; Muhosa et al. 2016]

Au Burundi les évolutions ont été plus lentes et plus tardives, et ont suscité plus de réticences et de réactions négatives. La question de la population n'apparaît qu'au début des années 1980, suite au recensement de 1979 et aux premières études de projections de population du projet RAPID. Les premières positions politiques en faveur du planning familial et le premier projet pilote datent de 1983, mais se heurtent à une opposition frontale de l'Église qui crée, en 1986, un mouvement hostile à la contraception moderne (L'Action Familiale). Ce mouvement va considérablement gêner les premiers essais de promotion du planning familial au niveau national (1987-1988). Les programmes de planning familial vont en outre être très perturbés par la guerre civile (1993-2000) et par les troubles politiques à répétition qui ont suivi. Un nouvel élan sera donné à partir de 2011-

2012, avec notamment la création de « Centres de Développement Familial et Communautaire » et un fort soutien de l'UNFPA, mais il est encore trop tôt pour en voir les effets, car la dernière enquête DHS date de 2010. [Hakizimana 2000 ; Thierry 2013]

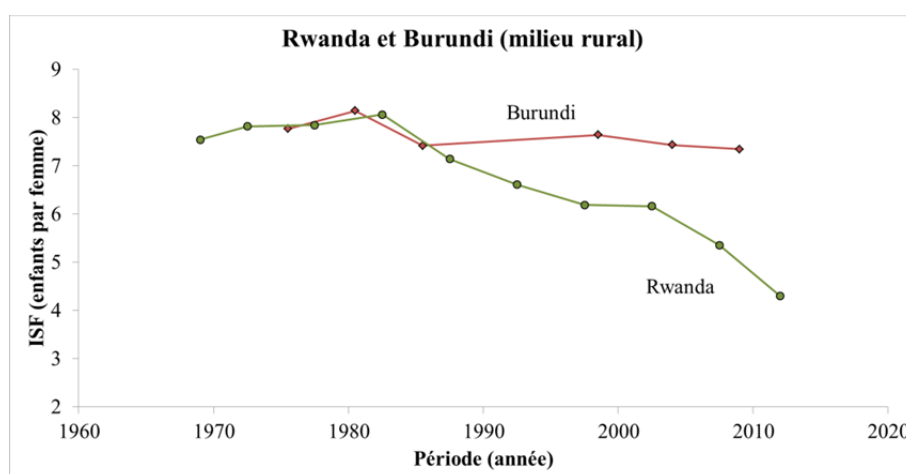
Le Tableau 1 résume le contraste entre les deux pays : l'indicateur d'effort du programme de planning familial est plus élevé au Rwanda qu'au Burundi dès 1982, les visites à domicile sont plus fréquentes, et par conséquent la prévalence de la contraception et la baisse de la fécondité sont plus fortes. Pour ce qui concerne le milieu rural, entre 1980 et 2010, le Rwanda a réalisé 56,3 % de sa transition de fécondité, alors que le Burundi n'en a réalisé que 5,6 %, une énorme différence aux conséquences multiples. (Figure 7)

Tableau 1 : Comparaison des indicateurs de fécondité et de planning familial : Rwanda et Burundi

		Rwanda	Burundi
Planning familial (national)	Effort index, 1982	23,0	10,5
	Effort index, 1999	62,1	40,2
Contraception (rural)	Dernière enquête	(2014)	(2010)
	Prévalence	46,7 %	16,7 %
	Visite à domicile	21,5 %	4,1 %
Fécondité (rural)	ISF, 1980	8,03	6,94
	ISF, 2010	4,64	6,67
	% Transition	56,3 %	5,6 %

ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)

Figure 7 : Comparaison des tendances de la fécondité en milieu rural : Rwanda et Burundi.



4.2. Kenya et Ouganda (milieu rural)

Le Kenya et l'Ouganda partagent une histoire coloniale commune, sous l'égide de l'Angleterre, jusqu'aux indépendances (1963 et 1964 respectivement). À cette date les revenus par tête sont équivalents dans les deux pays. Du point de vue économique, le Kenya a d'abord connu une période faste avec une croissance régulière jusqu'en 1990, suivie d'une période de récession (1990-2003), puis d'une nouvelle période de croissance. L'Ouganda a suivi un chemin plus tortueux, perturbé notamment par la période de troubles et de guerre civile qui suivit la prise du pouvoir par Idi Amin Dada : forte récession entre 1971 et 1986, stagnation jusqu'en 1991, puis croissance régulière jusqu'en 2013.

Le Kenya détenait le record de la fécondité au niveau mondial au moment de l'indépendance, et a été un pionnier en Afrique pour le planning familial. La contraception moderne a été introduite au Kenya dès 1957, et les premières cliniques distribuant des contraceptifs modernes sont apparues dès 1960. L'association kényane de planning familial (FPAK) fut créée en 1962, le programme national de planning familial fut lancé en 1967 (le premier programme national en Afrique subsaharienne), puis élargi en 1975, une politique officielle de population fut déclarée en 1984, et mise à jour par la suite (1996, 2007, 2012). Ces politiques et programmes n'eurent pratiquement pas d'opposition, ni des autorités politiques ni des autorités religieuses. Depuis les années 1960, le planning familial s'est développé régulièrement, d'abord au niveau des cliniques publiques et privées et des ONG, puis à l'aide de visites à domicile (*Community-based health workers*), de distributions de contraceptifs à domicile (*Community-based distribution*), de programmes de sensibilisation (*Information, Education, Communication*), et de programmes intégrés de santé de la reproduction. Tous ces programmes ont été généreusement financés par le gouvernement kényan et par divers acteurs internationaux (aides bilatérales, aides multilatérales, organismes internationaux, ONG, etc.), en particulier anglais et américains, et ont bénéficié des conseils de nombreux experts internationaux. Les diverses méthodes contraceptives sont restées essentiellement gratuites, et sont très largement distribuées et disponibles pour l'ensemble de la population. [Heisel 2007 ; Aloo-Obunga 2003]

Le développement du planning familial en Ouganda a été très différent, et considérablement retardé par les troubles politiques des années 1971-1986. Bien que la contraception moderne soit arrivée très précocement (1957), comme au Kenya, que l'association ougandaise existe officiellement depuis 1963, que la première clinique de planning familial ouvrit ses portes la même année, et que la contraception moderne soit disponible dans les hôpitaux publics dès 1968, de nombreuses oppositions en gênèrent le développement : opposition des dirigeants traditionnels, politiques et religieux, et restrictions très fortes à l'accès (femmes mariées, ayant au moins 3 enfants, et avec l'autorisation du mari). Puis, peu après son arrivée au pouvoir, Idi Amin fit interdire le planning familial en 1972, et chassa les personnes d'origine indienne dont beaucoup étaient médecins. Il faudra attendre une dizaine d'années pour que le programme redémarrât timidement : contraception disponible dans les hôpitaux et cliniques publiques en 1983, adoption d'une politique de population en 1995, et surtout nouveau départ en 2004-2005 avec le développement

de la santé de la reproduction et une grande campagne de sensibilisation (IEC), puis de nouvelles actions en 2008 et 2015. [Mukasa 2009]

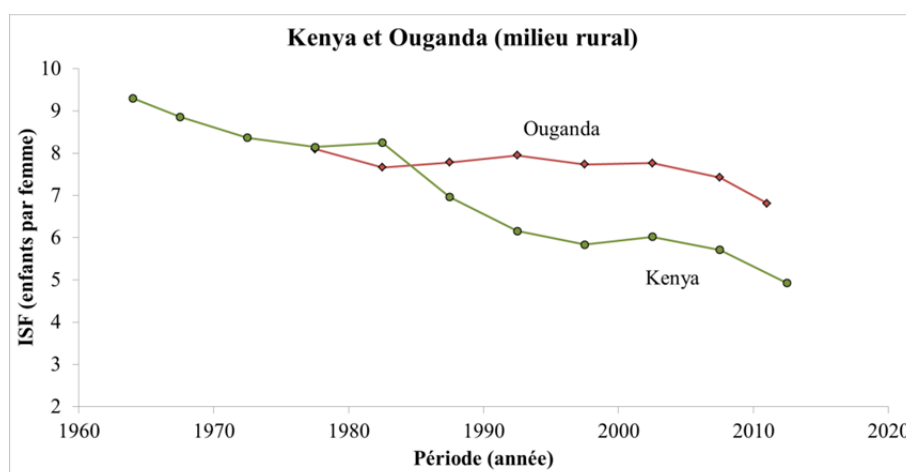
Les conséquences de ces différentes histoires sont impressionnantes (Tableau 2, Figure 8). Au Kenya rural, la fécondité baisse considérablement entre 1980 et 2010 (53,3 % de la transition) alors qu'elle stagne à de hauts niveaux en Ouganda rural, ne baissant réellement qu'au cours des dernières années (2003-2011). Il faut cependant noter qu'au Kenya la baisse de la fécondité n'a pas été régulière : d'abord lente entre 1964 et 1981, puis rapide jusqu'en 1994, puis stoppée voire en légère augmentation pendant une dizaine d'années, avant de reprendre après 2004. Ce phénomène de stagnation (*fertility stall*), qui correspond à la période de récession économique, a fait couler beaucoup d'encre, et reste mal expliqué. [Bongaarts 2006 ; Ezeh et al. 2009 ; Garenne 2009 ; Westoff & Cross 2006]

Tableau 2 : Comparaison des indicateurs de fécondité et de planning familial : Kenya et Ouganda

		Kenya	Ouganda
Planning familial (national)	Effort index, 1982	28,1	17,1
	Effort index, 1999	48,7	50,4
Contraception (rural)	Dernière enquête	(2014)	(2011)
	Prévalence	50,9	23,4
	Visite à domicile	6,8	8,7
Fécondité (rural)	ISF, 1980	8,81	7,92
	ISF, 2010	5,18	6,80
	% Transition	53,3 %	18,9 %

ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)

Figure 8 : Comparaison des tendances de la fécondité en milieu rural : Kenya et Ouganda.



4.3. Ghana et Nigeria (milieu rural)

Le Ghana et le Nigeria, tous deux situés sur la côte du golfe de Guinée en Afrique de l'Ouest, partagent une histoire coloniale similaire, sous l'égide de l'Angleterre. Les deux pays avaient une économie assez solide et un sérieux potentiel dès l'indépendance (1957 et 1960 respectivement). Les deux pays ont un niveau d'instruction assez élevé, et des structures de population similaires, avec une opposition nord/sud (savane / forêt et côte) qui correspond grosso modo à un clivage entre musulmans et chrétiens. Mais les clivages entre ethnies et religions sont très forts au Nigeria, ayant conduit à des luttes féroces voire des guerres civiles (Biafra, Boko-Haram) alors que les tensions inter-ethniques ou inter-religieuses sont très faibles au Ghana. L'économie du Ghana a connu une période faste jusqu'en 1974, suivie d'une longue récession d'une dizaine d'années, due à l'instabilité politique et la corruption des années 'kalabule', à laquelle succéda une période de croissance régulière et soutenue (1983-2013) associée à une bonne stabilité politique et de bonnes politiques économiques. L'économie du Nigeria, dominée par les exportations de pétrole, a subi de grandes fluctuations, associées aux fluctuations des prix internationaux des hydrocarbures et à l'instabilité politique qui caractérise le pays : croissance jusqu'en 1965, récession au moment de la guerre du Biafra, croissance de 1968 à 1977, forte récession jusqu'en 1984, suivie d'une forte croissance jusqu'en 2013.

L'histoire du planning familial au Ghana est assez similaire à celle du Kenya, avec un démarrage précoce, un développement soutenu et régulier, et peu de résistances ou d'obstacles. L'intérêt pour le planning familial commence peu après l'indépendance, et dès 1961 on trouve dans la capitale un centre chargé de ces questions (*Family Advice Center*). Hormis une courte période (1964-1966) où le président Nkrumah fait interdire la contraception, le pays s'engage très tôt dans une politique de population volontariste, et est le premier état africain à signer une convention internationale sur le sujet en 1967 (*World Leaders Declaration on Population*). Une politique nationale de population est mise en place en 1969, et dès 1970 on installe des structures de planning familial dans les hôpitaux et centres de santé publics, ainsi que des centres de planning familial privés. Le programme de planning familial se développera régulièrement par la suite, avec des campagnes de sensibilisation de grande ampleur (1986) et des mises à jour régulières comme l'intégration dans la santé de la reproduction (1994, 2006). [Caldwell et Sai 2007; Oliver 2000]

L'histoire du planning familial au Nigeria est différente, et a été marquée par plusieurs handicaps majeurs : sur le plan politique un manque d'engagement de l'État et une instabilité politique récurrente ; sur le plan social de fortes réticences des autorités traditionnelles et religieuses, tout particulièrement les musulmans au nord et les catholiques au sud, qui se doublent de tabous sur les questions sexuelles, de rumeurs et d'oppositions frontales à certaines méthodes de contraception ; et sur le plan organisationnel, une mauvaise organisation et mauvaise gestion du programme, avec en particulier un faible recours aux activités communautaires. Pourtant, le planning familial avait démarré précocement, en 1962, avec la création d'une association (*Family Planning Council of Nigeria*). Comme au Ghana, mais plus tardivement, une politique de population est adoptée en 1989 (*National Population Policy for Development, Unity, Progress, and Self-Reliance*),

suivie d'une campagne de sensibilisation (1992), mais elles n'auront pas le même succès ni le même impact qu'au Ghana, bien qu'un ambitieux objectif de quatre enfants par femme ait été adopté. Le programme de planning familial sera réactivé en 2004, puis en 2012, mais aura des effets modestes en milieu rural. [Caldwell et Ware 1977; Monjok et al. 2010 ; Odimegwu 1999]

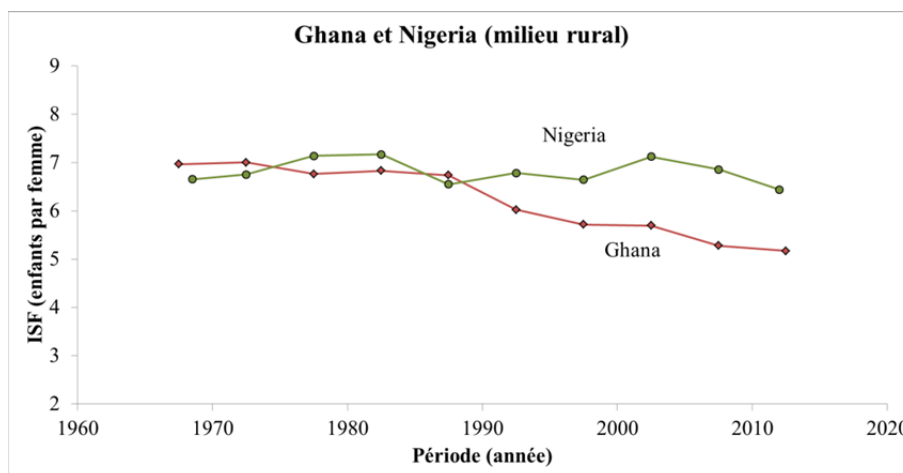
En conséquence, les indicateurs de 2010 sont très différents entre les deux pays : le Ghana rural a réalisé près de la moitié de sa transition (43,3 %) alors que le Nigeria rural en est encore à ses débuts (13,0 %). Au Ghana, tous les indicateurs sont supérieurs : l'indice d'effort du programme (*effort index*), la prévalence de la contraception moderne, ainsi que les visites à domicile (Tableau 3). Au Ghana, en milieu rural, la baisse de la fécondité a été régulière depuis 1980, alors qu'au Nigeria elle a été irrégulière, suivant diverses fluctuations, et ne commençant à baisser qu'à partir de 2002 (Figure 9). De plus, il faut noter que les données démographiques au Nigeria sont problématiques, alors qu'elles sont de bien meilleure qualité au Ghana. Il faut aussi noter qu'en milieu urbain la fécondité est basse au Ghana (3,2 en 2010) alors qu'elle est restée anormalement élevée au Nigeria (4,9 en 2010) compte tenu du niveau de développement et du niveau d'instruction du pays.

Tableau 3 : Comparaison des indicateurs de fécondité et de planning familial : Ghana et Nigeria

		Ghana	Nigeria
Planning familial (national)	Effort index, 1982	17,8	12,8
	Effort index, 1999	46,4	33,6
Contraception (rural)	Dernière enquête	(2014)	(2013)
	Prévalence	24,6	5,7
	Visite à domicile	12,2	5,3
Fécondité (rural)	ISF, 1980	6,95	7,25
	ISF, 2010	4,80	6,57
	% Transition	43,3 %	13,0 %

ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)

Figure 9 : Comparaison des tendances de la fécondité en milieu rural : Ghana et Nigeria.



4.4. Zimbabwe et Zambie (milieu rural)

Le Zimbabwe et la Zambie, deux pays voisins d'Afrique australe, partagent aussi un héritage colonial anglais commun, comme Rhodésie du Sud et Rhodésie du Nord. Par contre leurs histoires postcoloniales divergent, comme leurs performances économiques et leurs programmes de planning familial. Le Zimbabwe est devenu indépendant tardivement (1980), suite à une période trouble de guerre civile larvée. Le pouvoir fut pris par un gouvernement très marqué à gauche, un parti unique (la ZANU), et un leader (Robert Mugabe) très controversé. Si la croissance économique était forte dans les années 1960, elle stoppa pendant la période de lutte pour l'indépendance et dans les années qui suivirent (1973-1998), avant de s'effondrer pendant une dizaine d'années, conséquence de politiques économiques et sociales désastreuses. La croissance n'a récupéré que depuis 2010, mais en 2013 le PIB par tête était à peine équivalent à celui de 1960. Dans une situation très différente, la Zambie est devenue indépendante en 1964, sans heurt particulier au moment de la décolonisation. Son histoire économique est marquée par une longue récession à partir de 1975 qui suivit la chute des cours du cuivre, le principal bien d'exportation, sur les marchés internationaux. La croissance ne reprit qu'à partir de l'an 2000, et reste soutenue depuis. La période de crise aiguë (1975-1995) eut de nombreuses conséquences : coupes dans les budgets sociaux, départs de médecins (surtout les expatriés), et hausse de la mortalité des enfants. [Garenne et Gakusi 2006]

Au Zimbabwe, malgré les crises politiques et économiques à répétition, le programme de planning familial a été un succès remarqué et souvent cité en exemple en Afrique. Il faut noter d'abord que la contraception moderne est disponible depuis 1953, même si elle était restreinte au début aux élites urbaines et aux expatriés. Le planning familial n'a d'ailleurs pas rencontré d'opposition marquée au Zimbabwe, même si certaines élites anticoloniales doutaient au départ de son intérêt. Le planning familial s'organise dès 1965, avec la création d'une association nationale (*Family Planning Association of Rhodesia*), et l'installation des premières cliniques spécialisées (1967). Il faut surtout remarquer que le programme s'appuie très tôt sur des équipes mobiles (1973), sur la distribution des contraceptifs modernes auprès des familles par des agents spécialisés (*Community-based distributors*), et sur des campagnes d'information dans les écoles (*Youth Advisory Services*). Le nouveau gouvernement mis en place à l'indépendance va poursuivre, unifier et développer ce travail de pionnier. L'association de planning familial est intégrée en 1985 dans les structures de l'État (*Zimbabwe National Family Planning Council*), et devient un maillon important de la politique de santé publique. Les infrastructures sont étendues, le personnel augmenté, et les ressources suffisantes, nationales et internationales, pour assurer une bonne couverture géographique. Le système continuera à fonctionner pendant les années de crise, malgré les difficultés financières du pays, malgré les départs du personnel médical, et malgré les difficultés d'approvisionnement et de gestion. [Manjanja 1993 ; Zinanga 1992]

Le cas de la Zambie présente un contraste saisissant, alors que ce pays a bénéficié d'une situation économique et politique meilleure que celle du Zimbabwe. Tout d'abord, la position du pouvoir politique à l'indépendance est résolument pro-nataliste, ainsi que celle des principaux dirigeants

religieux et traditionnels. Le gouvernement va même jusqu'à interdire la contraception moderne et la littérature qui s'y rapporte dans les premières années suivant l'indépendance. Même les associations féminines (*Women's league*) y sont opposées à l'époque. Une première association de planning familial est fondée en 1972 (*Family Planning and Welfare Association of Zambia*), mais se heurte à nouveau à une opposition frontale d'associations opposées (*Family Life Movement of Zambia*). La situation ne change qu'après la conférence de Mexico (1984), après laquelle le gouvernement change de position, adopte la résolution de Kilimanjaro, et fonde un nouvel organisme (*National Commission for Development Planning*) pour coordonner les efforts. Une politique de population est adoptée peu après en 1989 (*National Population Policy*), intégrée dans le plan de développement et à partir de là le planning familial va se répandre dans le pays. Des centres de planning sont installés dans les hôpitaux et cliniques publiques, des guides sont développés en 1992 (*Family Planning Policy Guidelines and Standards*), et un programme de sensibilisation est mis en place en 1994 (*IEC*). Ce programme sera mis à jour à plusieurs reprises (1996, 2006-2007, 2013), et intégrera la distribution à domicile par des agents spécialisés dans la période récente. Même s'il a des buts clairement affichés (familles de quatre enfants au maximum, prévalence de la contraception de 58 %) et si l'opposition des groupes hostiles diminuera avec le temps, le programme a tardé à prendre son essor, surtout en milieu rural. [Chirambo 1992; Kaunda 1989]

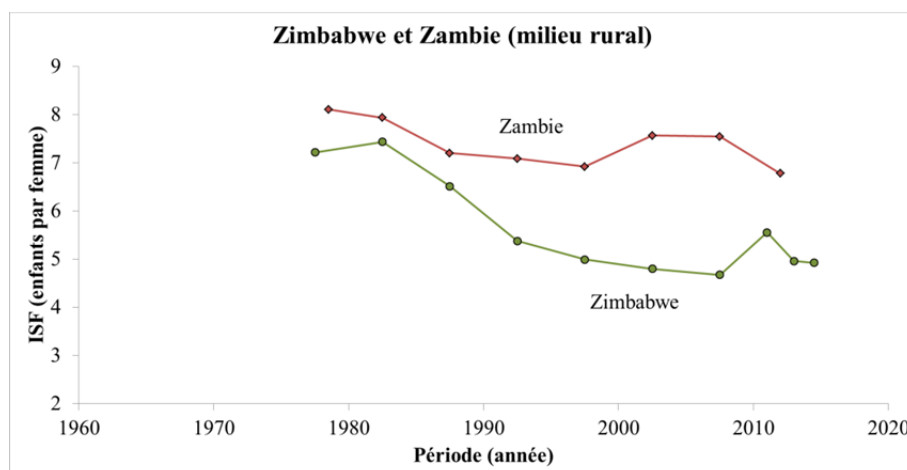
Le contraste entre les deux pays est, là encore, saisissant : en 2010, le Zimbabwe a réalisé près de la moitié de sa transition en milieu rural (45,6 %), alors que la Zambie n'a connu qu'une baisse faible (16,4 % de la transition). Le Zimbabwe a de meilleurs indicateurs en termes d'efforts du programme de planning, et de prévalence de la contraception. (Tableau 4) Si la Zambie a fait un effort remarqué pour les visites à domicile, cet effort est trop récent pour avoir eu un impact significatif. Il faut remarquer aussi que la fécondité a fluctué en Zambie, suivant en cela la crise économique et la récupération, alors que la baisse a été régulière au Zimbabwe, hormis la période récente où elle a stagné depuis 2003. La fécondité a même connu un pic conjoncturel en 2010-2011, probablement dû à une difficulté d'approvisionnement en contraceptifs hormonaux (pilule et injectable) lors des pires années de la crise économique (Figure 10).

Tableau 4 : Comparaison des indicateurs de fécondité et de planning familial : Zimbabwe et Zambie

		Zimbabwe	Zambie
Planning familial (national)	Effort index, 1982	27,3	16,4
	Effort index, 1999	59,9	44,6
Contraception (rural)	Dernière enquête	(2015)	(2014)
	Prévalence	63,2	39,0
	Visite à domicile	13,0	11,6
Fécondité (rural)	ISF, 1980	7,52	8,11
	ISF, 2010	5,01	7,11
	% Transition	45,6 %	16,4 %

ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)

Figure 10: Comparaison des tendances de la fécondité en milieu rural : Zimbabwe et Zambie.



4.5. Madagascar et Mozambique (milieu rural)

Madagascar et le Mozambique occupent une place spéciale, car ce sont deux pays situés dans l'extrême sud-est du continent, de part et d'autre du détroit du Mozambique, assez isolés géographiquement, et ayant une caractéristique commune de grande pauvreté (PIB per capita de 1390 \$ et 933 \$ respectivement en 2010). Leur histoire coloniale est différente, la grande île ayant été colonisée par la France (indépendance en 1960) alors que le Mozambique l'était par le Portugal et devint indépendant plus tardivement (1975). Les deux pays ont dû faire face à une sérieuse crise politique et économique peu après l'indépendance, (1973-1983 à Madagascar, 1975-1992 au Mozambique), même si la crise au Mozambique fut plus longue et marquée par une guerre civile. Les deux pays ont vu leur revenu par tête baisser sérieusement au cours d'une longue période (1972-2002 à Madagascar ; 1973-1995 au Mozambique), et récupèrent difficilement.

À Madagascar, le planning familial a commencé assez précocement, n'a pas fait l'objet de réticences particulières, sauf occasionnellement de l'Église catholique, et a toujours été soutenu par les gouvernements successifs, malgré les crises politiques à répétition qui ont marqué l'histoire du pays. Une association de planning familial (FISA ou *Fianakaviana Sambatra*) est en place et active dès 1967, et le programme est soutenu dès le début par l'UNFPA. Le secteur public s'implique à son tour et installe dès 1987 des centres de planning familial dans les structures sanitaires. Une Politique Nationale de Population pour le Développement Économique et Social (PNPDES) est adoptée en 1990 et à partir de cette date les progrès seront rapides. En plus des structures fixes, le pays se dote dès les années 1990 d'équipes mobiles, et autorise la distribution de contraceptifs par des agents itinérants. Le pays suivra les grandes évolutions mondiales, et mettra à jour son programme à plusieurs reprises : Politique Nationale en Santé de la Reproduction (2000), programmes de sensibilisation (2003), marketing social (*Strategic Pathway to Achieving Reproductive Health Commodity Security*), Plan d'Action de Madagascar (2006), éducation sexuelle dans les écoles secondaires, Clubs pour la Santé Reproductive des Adolescents (*peer education*),

etc. Le pays recevra au cours des années de l'aide technique et financière de nombreuses agences et de nombreux bailleurs de fond, et tout particulièrement de l'USAID. [Rakotomalala-Randrianandraisana 2009 ; Sy-Rano 1993]

Il en va tout autrement au Mozambique. Dès le départ, le gouvernement du FRELIMO, d'obédience marxiste, est hostile au contrôle des naissances, et n'inclut pas le planning familial dans sa politique de santé maternelle et infantile définie peu après l'indépendance (1980). De nombreuses réticences existent aussi au sein de la population. Un premier programme est annoncé en 1978, et les premiers essais sont faits sous l'égide de l'UNFPA dans les années 1980, mais ils restent timides et ne touchent qu'une petite fraction de la population, d'autant plus qu'une partie importante du pays est en guerre civile et que la santé publique ne fonctionne plus dans les zones rurales du centre du pays. Après les accords de paix de 1992, un nouvel élan sera donné en 1999 lors de la définition d'une Politique de Population pour le Mozambique et de l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), mais sera gêné par une forte épidémie de VIH/sida, qui captera une grande partie des ressources de la santé publique. De nouveaux programmes seront mis en place à partir de 2010, dans le cadre d'une nouvelle politique de planning familial, qui fait appel aux visites à domiciles (*Agente Polivalente Elementar*) et aux campagnes auprès des populations par des volontaires (*activistas*). Mais jusque-là, la planification familiale est restée le parent pauvre de la santé publique au Mozambique, et en conséquence la prévalence de la contraception moderne n'a pratiquement pas augmenté entre 1997 et 2011, et semble même avoir baissé entre 2003 et 2011.

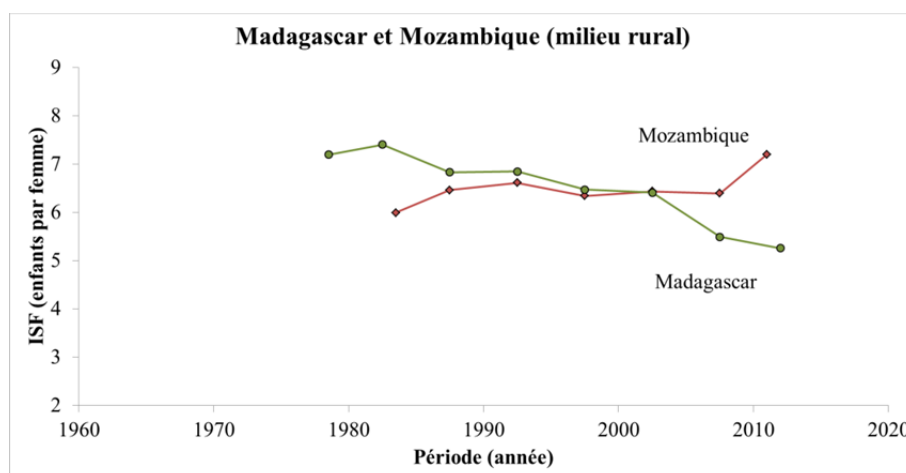
Le contraste entre les deux pays est donc très net (Tableau 5, Figure 11). Madagascar a réalisé près de la moitié de sa transition en milieu rural (46,7 %), alors qu'au Mozambique la fécondité est restée à un niveau naturel, sans baisse notable. Les efforts fournis par Madagascar sont bien plus importants, et la prévalence de la contraception près de quatre fois plus élevée. Si les visites à domicile se sont développées au Mozambique, ce n'est que récemment dans les cadres des nouveaux programmes, ce qui est très différent de la situation du Madagascar où les visites à domicile sont pratiquées depuis près de 25 ans.

Tableau 5: Comparaison des indicateurs de fécondité et de planning familial: Madagascar et Mozambique

		Madagascar	Mozambique
Planning familial (national)	Effort index, 1982	8,6	16,4
	Effort index, 1999	64,0	39,2
Contraception (rural)	Dernière enquête	(2009)	(2011)
	Prévalence	28,0	7,2
	Visite à domicile	7,5	8,1
Fécondité (rural)	ISF, 1980	7,55	6,76
	ISF, 2010	4,96	6,76
	% Transition	46,7 %	0,0 %

ISF : Indicateur Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)

Figure 11: Comparaison des tendances de la fécondité en milieu rural: Madagascar et Mozambique



4.6. Corrélats socio-économiques

Le Tableau 6 montre les corrélats socio-économiques, revenu par tête et niveau d'instruction des femmes, associés aux cas (pays en progrès) et aux témoins (pays en retard). Les deux groupes ont des niveaux de revenus équivalents en 1980 comme en 2010, avec un petit avantage pour les cas en 1980 et pour les témoins en 2010, ce qui fait, ironiquement, que les pays témoins (en retard pour le planning) ont connu une croissance économique supérieure aux pays cas (en progrès pour le planning) entre 1980 et 2010. Pour les niveaux d'instruction des femmes adultes, les pays cas ont un petit avantage en 1975, qu'ils ont gardé au cours des années, ayant même une augmentation légèrement supérieure aux pays témoins, mais les différences restent faibles eu-égard aux grandes différences de baisse de la fécondité mises en évidence ci-dessus. On ne peut donc pas les attribuer aux différences socio-économiques.

Tableau 6 : Comparaison des revenus et des niveaux d'instruction entre pays cas et témoins.

	Indicateur	Cas (5 pays en progrès)	Témoins (5 pays en retard)	Différence relative
Revenu par tête (PIB)	PIB, 1980	1985 \$	1723 \$	1,15
	PIB, 2010	1941 \$	2303 \$	0,84
	Taux de croissance	-0,1 %	+1,0 %	
Niveau d'instruction	AYS, 1975	2,20	1,28	1,71
	AYS, 2005	5,19	3,58	1,45
	Changement	+2,99	+2,29	

Note : Données nationales. PIB par tête en dollars de 2011 ; Niveau d'instruction en nombre moyen d'années scolarisées (AYS), femmes de 15-49 ans, milieu rural.

5. Conclusions

On observe donc, en Afrique subsaharienne, une grande diversité de situations quant aux politiques de population, aux programmes de planning familial et à la maîtrise de la fécondité, qui fait écho à la diversité des situations idéologiques, politiques, économiques, et sociales, et même à une certaine diversité des situations épidémiologiques : certains pays partent de plus hauts niveaux de fécondité que d'autres, et ont donc plus de problèmes à résoudre qui prendront plus de temps.

Les études de cas présentées ici donnent des indications pour définir les conditions du succès de la planification familiale et de la maîtrise de la fécondité :

1) Au plan politique : la volonté politique et l'engagement de l'État pour établir, faire fonctionner et développer les programmes de planning familial sont la première condition du succès. Si l'État ne soutient pas le programme au niveau national, ou s'il met des obstacles au fonctionnement des associations privées, le programme n'a aucune chance de succès. Cette volonté politique est d'abord idéologique : il faut que le gouvernement soit convaincu du bien-fondé du planning familial (au moins en tant que droit aux choix en matière de reproduction), et d'une politique néo-malthusienne, et qu'il ait le charisme nécessaire pour faire passer le message auprès des différents acteurs de la santé publique et de l'action sociale. Dans le cas où le gouvernement est encore pro-nataliste, quelque-soit sa motivation, il est peu enclin à développer les efforts en matière de planning familial. Cependant, ces attitudes ont changé au cours du temps, et en 2010 très peu de gouvernements africains affirment encore des positions pro-natalistes, alors qu'ils étaient en majorité en 1960. Une autre condition au bon fonctionnement des programmes est la stabilité politique et économique, et la continuité dans la politique de population lors des inéluctables changements de régime politique. Lorsque le pays est en période de trouble politique, de guerre civile ou de récession économique sévère, les progrès du planning familial peuvent être stoppés, voire inversés. Cependant, il faut remarquer que certains pays (comme le Zimbabwe ou

Madagascar) ont réussi à traverser les périodes de troubles politiques et de récession économique en continuant à faire fonctionner le programme de planning, notamment grâce au soutien continu de l'aide internationale.

2) Au plan social : dans certains pays, les premiers programmes ont fait l'objet de fortes réticences, voire d'oppositions frontales de divers groupes sociaux, religieux, traditionnels, ou familiaux. Dans d'autres pays, au contraire, la transition d'un régime traditionnel (sans limitation des naissances) à un régime moderne (avec contraception), s'est fait sans heurt, et avec l'assentiment de tous les acteurs sociaux. Ces dynamiques sont complexes, et souvent spécifiques à chaque pays. Ainsi, dans certains cas, les religieux musulmans ou catholiques se sont opposés au planning familial, alors que dans d'autres pays ils laissaient évoluer les choses sans intervenir. Il faut remarquer au niveau mondial qu'aucune religion n'a été un obstacle insurmontable au développement du planning familial et du contrôle des naissances, et que certains pays musulmans (Iran, Bangladesh, Indonésie, Tunisie) comme certains pays catholiques (pays d'Amérique latine, Philippines) sont considérés comme des modèles de transition rapide. Dans certains pays, des rumeurs concernant les effets secondaires de certains contraceptifs ont gêné leur diffusion. Là encore, il s'agit de groupes d'activistes qui se développent pour des raisons diverses dans certains pays, mais pas dans d'autres. Le plus souvent, les campagnes d'information arrivent à circonscrire ces problèmes, mais cela peut prendre du temps. Cependant, certaines formes de contraception, bien admises dans d'autres pays, posent problème dans de nombreux pays africains, en particulier les stérilisations et les avortements provoqués. Ces oppositions, légitimes sur le plan éthique, ne devraient pas être un frein au contrôle des naissances si des alternatives existent, c'est-à-dire si l'offre de contraceptifs est abondante, diversifiée et adaptée aux besoins des couples. Enfin, certaines dispositions légales ont fait problème dans certains pays, notamment la loi de 1920 interdisant la promotion de la contraception qui était en vigueur dans les pays de colonisation française au moment des indépendances. Cette loi a été révoquée dans la plupart des pays, mais cela a pris du temps dans certains cas.

3) Au plan organisationnel : l'organisation du programme de planning est importante, et certains programmes ont été mal conçus, mal mis en place, ou mal suivis. Les programmes qui ont le mieux marché sont ceux qui ont visé l'ensemble de la population, à travers des postes fixes et des équipes mobiles, des centres publics et des centres privés, qui ont assuré un approvisionnement continu en contraceptifs, qui ont assuré la gratuité des produits, et qui ont garanti une diversité de l'offre de contraception. Aux questions techniques de gestion s'ajoutent la question de la relation avec la population, très importante tant au niveau des postes de santé que des équipes mobiles (*client centered approach*). Surtout dans la phase d'extension du programme il est important que l'accueil des nouveaux clients soit soigné, que l'information donnée soit simple et précise, que les droits des femmes soient respectés, en particulier la confidentialité. C'est surtout le cas pour les adolescentes, pour lesquelles les efforts ont été insuffisants, même dans des pays avancés comme l'Afrique du Sud. De plus, il paraît important que le programme soit stimulé régulièrement par de nouvelles actions multiformes. Les programmes qui ont le mieux marché ont subi des mises à jour régulières,

approximativement tous les dix ans, avec des campagnes de sensibilisation, d'éducation sanitaire, d'éducation sexuelle dans les écoles, la distribution de nouveaux produits, etc. Enfin, un élément important pour avoir un fort impact démographique consiste à couvrir l'ensemble de la population, y compris les femmes qui ne viennent pas spontanément en consultation médicale. À ce titre, les programmes qui semblent avoir eu le plus fort impact sont ceux qui ont inclus des visites à domicile, d'une part les visites de motivation (information, sensibilisation), et d'autre part la distribution à domicile de contraceptifs. [Philipps et al. 1999] Dans certains nouveaux programmes, la distribution de contraceptif injectables se fait par des visites à domicile par du personnel formé à cette technique. [Stanback et al. 2007]

4) Financement : le financement des programmes de planning familial a rarement posé de problèmes au cours des 50 dernières années. En effet, d'abondantes ressources internationales ont été disponibles et distribuées généreusement à tous les pays qui en faisaient la demande. Ces sources proviennent des organismes internationaux (FNUAP, Banque mondiale, UNICEF, Union européenne, etc.), des aides bilatérales (États-Unis, Pays européens, Japon, etc.), des fédérations internationales (IPPF, etc.), des fondations privées (Ford, Rockefeller, Gates, etc.), et de nombreux acteurs intermédiaires. Ces aides internationales ont permis d'assurer non seulement la gratuité des contraceptifs mais encore ont permis de financer une partie importante du fonctionnement des programmes sur le terrain.

5) Réceptivité de la population : la transition de fécondité est essentiellement un changement de paradigme pour les familles, d'une situation dite de 'fécondité naturelle' vers une situation de contrôle de la descendance à un faible niveau, la norme ultime étant de deux enfants par couple. Ce changement social radical se fait graduellement, en moyenne sur deux générations, c'est-à-dire sur des périodes de 60 ans, parfois plus rapide (comme en Afrique du Sud ou à l'Île Maurice), parfois plus lente. La réceptivité de la population évolue donc au cours du temps, partant d'une attitude négative pour aller vers une attitude positive. Cette transformation peut se faire à différents niveaux de développement. Elle va toujours plus vite en milieu urbain, où les changements sont plus rapides du fait du développement économique et du changement social (niveaux de revenu, structures de production et de consommation, niveaux d'instruction, information, mass media, modèles familiaux, etc.), mais elle peut aussi se réaliser en milieu rural, même dans les sociétés restées assez traditionnelles. Les exemples présentés ci-dessus l'illustrent bien pour l'Afrique, comme cela a été abondamment démontré pour l'Asie et l'Amérique latine quelques décennies auparavant. Les arguments ethnographiques souvent présentés en opposition au planning familial et en faveur d'un nombre maximal d'enfants (comme la place de l'enfant dans les sociétés traditionnelles, la contribution des enfants à la production familiale, l'assurance pour les vieux jours, etc.) ne résistent pas à une analyse dynamique des situations. Dès que les couples comprennent leur intérêt à avoir moins d'enfants, ils adoptent rapidement ces nouveaux comportements, même dans les sociétés traditionnelles.

6) Corrélat socio-économiques : contrairement à ce qui est souvent claironné dans la presse et dans les cercles internationaux, les faibles niveaux de développement économique, de revenu, de

richesse, et de niveau d'instruction ne sont pas des obstacles définitifs à la diffusion du contrôle des naissances. Certains programmes fonctionnent très bien et ont un impact notable même dans des pays pauvres, et où les femmes ont un faible niveau d'instruction et d'autonomie. Ceci a été bien montré auparavant en Asie, au Moyen Orient, en Afrique du Nord, et en Amérique latine, et semble être aussi le cas en Afrique subsaharienne, comme l'illustrent certains pays présentés dans cette étude (Ethiopie, Madagascar, Rwanda).

Cette étude a fait peu de place aux différentes situations épidémiologiques. En particulier, l'épidémie de VIH/sida a plusieurs interactions possibles avec la contraception et la fécondité. D'une part, le virus lui-même induit une baisse de la fécondité par un effet biologique. D'autre part, la lutte contre le sida a induit une augmentation de l'utilisation du préservatif dans de nombreux pays. Dans les études de cas présentées ci-dessus il semble que ces interactions n'aient pas eu d'impact sur la transition de la fécondité : dans trois cas (Rwanda/Burundi, Kenya/Ouganda, Ghana/Nigeria) la situation épidémiologique du VIH est comparable dans les pays cas et les pays témoins ; dans le cas de la comparaison entre Madagascar et le Mozambique, la situation est plutôt l'inverse de celle que l'on aurait pu attendre, car le VIH est rare à Madagascar mais important au Mozambique. Même dans le cas de la comparaison entre le Zimbabwe et la Zambie, on trouve un peu moins d'utilisation du préservatif en Zimbabwe (3,2% de femmes) qu'en Zambie (4,2% de femmes) alors que le premier pays est un peu plus touché par le VIH que le second (prévalence de 15,2% et 13,3% réciproquement). L'impact des situations épidémiologiques semblent donc négligeable par rapport au fonctionnement des programmes de planning familial.

Enfin, la pression démographique en général, et la compétition pour la terre en milieu rural en particulier, ont pu jouer un rôle dans l'adoption plus ou moins rapide du contrôle des naissances. C'est probablement le cas au Kenya, au Rwanda et à Madagascar où la pression est forte, mais probablement pas le cas au Ghana ou au Zimbabwe où elle est modérée. De plus le contraste du Rwanda et du Burundi montre que la pression démographique n'est pas déterminante en elle-même, alors que les politiques de population et les programmes de planning familial expliquent bien les différences entre les deux pays.

Les perspectives démographiques pour l'Afrique subsaharienne ne sont donc pas aussi sombres qu'elles sont souvent présentées. Certes, il est vraisemblable que la population va augmenter considérablement dans la plupart des pays à l'horizon 2100, créant des situations intenable de surpopulation dans bon nombre de cas. Mais l'analyse présentée ci-dessus montre que cette évolution peut être modulée, si les efforts de planning familial se poursuivent, si les pays en retard sont ciblés, si les ressources financières sont mobilisées, si tous les acteurs participent activement, tout particulièrement les structures étatiques et les ONG, et si les programmes de planning sont bien organisés et bien gérés et touchent l'ensemble des populations. La ligne tracée par le sommet de Londres de 2012 semble donc être la bonne, et il ne reste plus qu'à la suivre avec diligence. Si l'objectif déclaré de l'accès universel à la contraception à l'horizon 2020 est atteint, la baisse de la fécondité pourrait être plus rapide que celle prévue actuellement par les Nations-Unies pour les pays africains.

Références

- Aloo-Obunga C. (2003). Country Analysis of Family Planning and HIV/AIDS: Kenya. USAID, Policy Project, The Futures Group, Washington, D.C., USA.
- Avdeev A, Blum A, Troitskaja I. (1994). Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991. *Population*; 49(4-5):903-933.
- Blum A. (1994). *Naître, vivre et mourir en URSS (1917-1991)*. Paris, France: Plon; 273 p.
- Bongaarts J. (2006). The causes of stalling fertility transitions. *Studies in Family Planning* 37(1): 1-16.
- Bongaarts J, Cleland J, Townsend JW, Bertrand JT, Das Gupta M. (2012). Family Planning Programs for the 21st Century: rationale and design. New York : The Population Council, 94 p.
- Bongaarts J. (2016). Slow down population growth [comment]. *Nature*; 530(7591)
- Bucagu M; Kagubare JM; Basinga P; Ngabo F; Timmons BK; Lee AC. (2012). Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000-2010: a systematic review. *Reproductive Health Matters*; 20(39):50-61.
- Caldwell J, Caldwell P. (1993). The South African fertility decline. *Population and Development Review*; 19:225-62.
- Caldwell JC, Ware H. (1977). The Evolution of Family Planning in an African City: Ibadan, Nigeria. *Population Studies*; 31(3): 487-507.
- Caldwell JC, Sai FT. (2007). Family planning in Ghana. In: WC Robinson and JA Ross (Editors). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. The World Bank, Washington, D.C., USA: 379-392.
- Chesnais J.C. (1986). *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques. Étude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. (Cahier de l'INED, No 113), Paris, PUF, 582 p.
- Chirambo K. (1992). Men targeted for family planning in Zambia. *Network Research Triangle Park N.C.*; 13(1):16-7.
- Coale AJ, Watkins SC (eds). (1986). *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press, 484 p.
- Ezeh AC, Mberu BU, Emina JO. (2009). Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B.*; 364:2291-3007
- Garenne M, Tollman SM, Kathleen K. (2000). Marital and premarital fertility in a rural area of South Africa: a challenge to existing population policy. *Studies in Family Planning*; 31(1):47-54.
- Garenne M, Joseph V. (2002). The timing of the fertility transition in sub-Saharan Africa. *World Development*, 30(10): 1835-1843.
- Garenne M, Gakusi E. (2006) Vulnerability and resilience: determinants of under-five mortality changes in Zambia, *World Development*; 34(10): 1765-1787.

- Garenne M. (2008). Fertility changes in sub-Saharan Africa. *DHS Comparative Report, No 18*. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. 128 p
- Garenne M. (2009). Situations of fertility stall in sub-Saharan Africa. *African Population Studies*; 23:173-188.
- Garenne M. (2011). Testing for fertility stalls in DHS surveys. *Population Health Metrics*, 9:59.
- Garenne M. (2012). Education and fertility in sub-Saharan Africa: a longitudinal perspective. *DHS Analytical Studies No 33*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Garenne M. (2014). Trends in Marriage and Contraception in sub-Saharan Africa: A longitudinal perspective on factors of fertility decline. *DHS Analytical Studies No 42*. Rockville, Maryland, USA: ICF International.
- Garenne M. (2016). La pression de la population dans les pays sahéliers francophones : Analyse des estimations et projections de population 1950-2100. *Ferdi Working Papers No 168*.
- Hakizimana, A. (2000). La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi: Contraintes issues de la contradiction entre communication et culture dans un contexte de développement du planning familial. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada.
- Heisel DF. (2007). Family Planning in Kenya in the 1960s and 1970s. In: WC Robinson and JA Ross (Editors). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. The World Bank, Washington, D.C., USA: 393-418.
- Kaufman C. (1998). Contraceptive use in South Africa under apartheid. *Demography*; 35:421-34.
- Kaunda KD. (1989). Zambian population policy and the Integrated Family Planning Project. *Integration*; (22):32-5.
- Leclerc P, Dubois-Colas N, Garenne M. (2008). Hormonal contraception and HIV prevalence in four African countries. *Contraception*; 77(5):371-376.
- Lindström DP, Woubalem Z. (2003). The demographic components of fertility decline in Addis Ababa, Ethiopia: A decomposition analysis. *Genus*; 54 (3-4): 147-158.
- Lucas D. (1992). Fertility and family planning in Southern and Central Africa. *Studies in Family Planning*; 23:145-58.
- Maddison A. (2010). L'économie mondiale: statistiques historiques: 1-2008 AD. *Études du Centre de Développement de l'OCDE*, Paris.
- Manjanja S. (1993). Zimbabwe: a family planning profile. *Malawi Medical Journal*; 9(1):37.
- Monjok E, Smesny A, Ekabua JE, Essien EJ. (2010). Contraceptive practices in Nigeria: Literature review and recommendation for future policy decisions. *Open Access Journal of Contraception*; 1: 9-22.

- Muhoza DN, Rutayisire PC, Umubyeyi A. (2016). Measuring the success of family planning initiatives in Rwanda: a multivariate decomposition analysis. *Journal of Population Research*; 33(4):361-377.
- Mukasa A. (2009). A Literature Review of the Current Status of Family planning in Uganda. USAID, Health Communication Partnership, Kampala, Uganda.
- Odimegwu CO. (1999). Family planning attitudes and use in Nigeria: a factor analysis. *International Family Planning Perspectives*; 25(2):86-91.
- Oliver R. (2000). Contraceptive use in Ghana: the role of service availability, quality and price. *LSMS working paper* No 111. World Bank, Washington DC.
- Phillips JF, Greene WL, Jackson EF. (1999). Lessons from Community-based Distribution of Family Planning in Africa. Population Council, Policy Research Division Working Papers No 121.
- Preston-Whyte E, Zondi M, Mavlunda G, Gumede H. (1990). Teenage pregnancy, whose problem ? Realities and prospects for action in Kwazulu-Natal. *South African Medical Journal*; 77(3):11-20.
- Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T, Coplan P, Aiemsukawat C, Ungchusak K. (1992). Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*; 20: 328–31.
- Rakotomalala-Randrianandraisana, Laurence (2009). *Le planning familial à Madagascar*. Mémoire de Magistère. Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique, Centre National de Télé-Enseignement de Madagascar, Département Droit Privé.
- Robinson WC, Ross JA (Editors). (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. The World Bank, Washington, D.C.
- Ross J, Smith E. (2010). The family planning effort index: 1999, 2004, and 2009. USAID, Washington, DC. Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Roudi-Fahimi F. (2005). L'Islam et la planification familiale. Population Reference Bureau. Rapport de politique générale sur le MOAN. Washington, DC. 8 p.
- Russell S. (2008). Modernisation de la législation sur la santé reproductive en Afrique de l'Ouest. Population Reference Bureau. Washington, DC. 3 p.
- Rutstein SO. (2002). Fertility Levels, Trends, and Differentials 1995-1999. *DHS Comparative Reports* No. 3. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sala-Diakanda M. (1991). De l'émergence des politiques de population en Afrique. *Politiques Africaines*, (Karthala, Paris); 44 : 37-49.
- Seltzer JR. (2002). *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Rand Corporation, Santa-Monica, CA.
- Sharan M, Saifuddin A, May J, Soucat A. (2011). Family planning trends in Sub-Saharan Africa: progress, prospects, and lessons learned. In: Chuhan-Pole P, Angwafo M, (eds), *'Yes Africa Can': Success stories from a dynamic continent*. Washington D.C., The World Bank, YAC Report, chapter 25: 445-463.

- Singh, JS. (1998). *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights, and Women Empowerment*. London, Taylor & Francis.
- Stanback J, Mbonye AK, Bekiita M. (2007). Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial. *WHO Bulletin*; 85(10):768-773.
- Sy-Rano J. (1993). The impact of strengthening clinic services and community education programs on family planning acceptance in rural Madagascar. In: Operations research family planning database project summaries. Population Council, New York, NY.
- Thierry AF. (2013). Burundi : quand la sécurité alimentaire se heurte à l'élan démographique. Alim'Agri. <http://agriculture.gouv.fr/burundi-quand-la-securite-alimentaire-se-heurte-lelan-demographique>
- United Nations, Population Division (UNPD). (2015). *World Population Prospects, the 2015 Revision*. New York, NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sales: ST/ESA/SER.A/377.
- Van de Walle E, Knodel J. (1980). Europe's fertility transition: New evidence and lessons for today's developing world. *Population Bulletin*; 34(6): 3-44.
- Westoff, CF, Cross AR. (2006). *The stall in the fertility transition in Kenya*. DHS Analytical Studies 9. Calverton MD: ORC Macro.
- Wyon JB, Gordon JE. (1971). *The Khanna Study: Population Problems in the Rural Punjab*. Harvard University Press, Boston, MA.
- Zinanga AF. (1992). Development of the Zimbabwe family planning program. Policy Research working papers, WPS 1053. Population, health, and nutrition. Washington, DC: The World Bank.

Annexe

Tableau A1 : Pourcentage de réalisation de la transition de la fécondité en 2010, selon le pays (d'après les enquêtes démographiques).

Pays	Urbain	Rural
Afrique du Sud	~ 100 %	~ 100 %
Angola	53,2 %	0,0 %
Bénin	41,6 %	34,6 %
Botswana	93,9 %	75,7 %
Burkina	65,5 %	20,6 %
Burundi	28,4 %	5,6 %
Cameroun	52,7 %	4,2 %
Centrafrique	36,9 %	9,8 %
Comores	53,7 %	45,0 %
Congo-Brazza (RC)	18,6 %	0,0 %
Congo-Kinshasa (RDC)	28,0 %	0,0 %
Côte d'Ivoire	68,3 %	27,6 %
Ethiopie	87,6 %	31,9 %
Gabon	60,4 %	14,6 %
Ghana	72,8 %	43,9 %
Guinée	59,6 %	18,5 %
Kenya	88,6 %	58,8 %
Lesotho	95,7 %	54,9 %
Liberia	58,7 %	10,0 %
Madagascar	76,5 %	46,7 %
Malawi	63,4 %	29,2 %
Mali	38,9 %	26,2 %
Mozambique	39,9 %	0,0 %
Namibie	74,7 %	48,8 %
Niger	42,8 %	9,2 %
Nigeria	40,0 %	13,0 %
Ouganda	60,5 %	18,9 %
Rwanda	73,1 %	56,1 %
Sao-Tome & Principe	65,9 %	50,5 %
Sénégal	64,3 %	31,2 %
Sierra Leone	52,8 %	15,9 %
Swaziland	84,2 %	64,9 %
Tanzanie	69,5 %	19,7 %
Tchad	24,4 %	6,2 %
Togo	67,3 %	36,0 %
Zambie	61,6 %	16,4 %
Zimbabwe	75,3 %	45,6 %

Note : pourcentage calculé comme : $1 - (ISF_{2010} - 2)/(ISF_{max} - 2)$

“Sur quoi la fondera-t-il l'économie du monde qu'il veut gouverner? Sera-ce sur le caprice de chaque particulier? Quelle confusion! Sera-ce sur la justice? Il l'ignore.”

Pascal



Créée en 2003, la **Fondation pour les études et recherches sur le développement international** vise à favoriser la compréhension du développement économique international et des politiques qui l'influencent.

Contact

www.ferdi.fr

contact@ferdi.fr

+33 (0)4 73 17 75 30