

**PARTIE VII**  
**LE RÔLE DES POLITIQUES**  
**DE POPULATION**



# 29. Le rôle des politiques de population dans la transition de la fécondité : l'exemple de la Thaïlande

Nicole Bella<sup>1</sup>

*La Thaïlande présente l'un des cas les plus extraordinaires de programme de planification familiale ayant réussi. Ce fait a attiré l'attention aussi bien des scientifiques que d'un certain nombre d'autres pays en développement, d'autant que la baisse de la fécondité qui en a résulté s'est produite dans des conditions économiques et sociales modérément favorables. Il convient par conséquent de souligner non seulement le rôle du développement socio-économique dans la transition de la fécondité, mais également de reconsidérer les déterminants institutionnels (les politiques de population en font partie) dans la compréhension de la transition démographique dans les pays en développement en mettant en évidence le rôle d'accélérateur joué par les politiques et les programmes de population dans l'évolution observée. Reconnaître ce fait n'est pas nier l'importance des facteurs socio-économiques et culturels dans l'évolution ou l'absence d'évolution de la fécondité, mais souligner que celle-ci se pose également en termes d'offre de contraception.*

*L'analyse du programme de population de la Thaïlande qui nous sert d'illustration ici, est faite à la lumière d'un certain nombre de facteurs qui ont contribué au succès de ce pays en matière de régulation des naissances. Comment ces derniers se sont-ils combinés pour assurer à ce programme l'efficacité et le succès qui ont été observés ? Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre dans ce chapitre.*

La Thaïlande présente l'un des cas les plus extraordinaires de transition de la fécondité dans le monde en développement. De 6,4 enfants en moyenne par femme dans les années soixante, l'indice synthétique de fécondité est passé à 2,2<sup>2</sup> au début des années quatre-vingt-dix, soit une chute de près de 66% en l'espace de trois décennies. Cette baisse de la fécondité qui a pu être qualifiée de révolutionnaire [7], a déjoué les pronostics. En effet, compte tenu des conditions socio-économiques qui prévalaient dans le pays dans les années soixante, personne n'aurait pu imaginer que la situation démographique y évoluerait aussi rapidement. Ce scepticisme se fondait sur un certain nombre d'arguments qui sont quelques-uns des facteurs avancés par la théorie de la transition démographique pour expliquer le maintien d'un niveau de fécondité élevé : le caractère agraire de la société, la valeur de l'enfant considéré comme force de travail et assurance-vieillesse, la domination de l'homme dans le couple, ainsi que le contexte politique fortement nataliste à l'époque. Malgré ces handicaps, la fécon-

1. Consultante internationale.

2. L'indice synthétique de fécondité actuel se situe probablement en-dessous de ce niveau de remplacement.

dité connaîtra pourtant une baisse spectaculaire en Thaïlande, baisse principalement imputable à la réduction des taux de fécondité parmi les couples mariés. Quatre facteurs sont communément évoqués pour expliquer cette évolution rapide de la fécondité, à laquelle ont participé presque tous les segments de la société thaïlandaise : 1) l'évolution sociale et économique fondamentale qui aurait amené les couples à considérer de plus en plus la fécondité élevée comme une charge à laquelle ils ne voulaient ni ne souhaitaient faire face ; 2) le contexte culturel thaïlandais qui aurait favorisé l'acceptation des méthodes de régulation des naissances par la population et la réduction de la taille de la famille comme moyen efficace de s'adapter aux changements socio-économiques ; 3) l'existence d'une demande latente de moyens efficaces et acceptables de contraception bien avant la baisse de la fécondité ; 4) les efforts organisés pour offrir des méthodes de contraception, en particulier à travers un programme national de planification familiale largement accessible. Sans minimiser l'importance des trois premiers facteurs d'explication de l'évolution de la fécondité, nous ne traiterons dans ce chapitre que du quatrième. La baisse de la fécondité observée en Thaïlande est assurément le fait d'une utilisation accrue des méthodes modernes et efficaces de contraception, favorisée par la mise en œuvre du programme de population. Le taux de prévalence contraceptive était ainsi de 68% à la fin des années quatre-vingt contre environ 15% au moment de l'adoption de la politique de population en 1970. Le programme de planification familiale a su à la fois répondre au désir latent de la population de contrôler les naissances, et susciter la demande de contraception là où elle n'était pas du tout manifeste. Ce programme peut par conséquent être considéré comme un cas crucial et potentiellement important en ce qui concerne ses implications politiques pour d'autres pays en développement où des hausses de taux d'utilisation de la contraception beaucoup moins spectaculaires ont suivi la mise en œuvre des programmes démographiques, et pour ce qu'il implique pour la compréhension générale des déterminants du comportement reproductif [7].

Nous nous proposons dans ce chapitre d'analyser d'une part, l'évolution de la fécondité en Thaïlande des années soixante jusqu'au début des années quatre-vingt-dix et, d'autre part, le programme de planification familiale et son rôle dans la baisse de la fécondité observée. L'analyse de ce programme est faite à la lumière d'un certain nombre de facteurs. Comment ces derniers se sont-ils combinés pour assurer au dit programme l'efficacité et le succès qui ont été observés ?

## L'évolution de la fécondité

La Thaïlande, comparée à la plupart des pays en développement, jouit d'une situation privilégiée en ce qui concerne la disponibilité des statistiques relatives aux phénomènes démographiques. En effet, pour remédier aux lacunes et aux insuffisances de l'état civil pourtant ancien<sup>3</sup> ainsi que du recensement, ce pays a réalisé toute une série d'enquêtes nationales qui embrassent pratiquement tous les aspects de l'évolution de la population, et en particulier de la fécondité. Bien que ces enquêtes diffèrent par leurs méthodes, on peut penser que leurs résultats, somme toute cohérents quant aux niveaux et tendances de la fécondité, sont suffisamment comparables pour permettre de retracer l'évolution de la fécondité en Thaïlande.

3. La Thaïlande dispose en effet d'un système d'enregistrement obligatoire des naissances et des décès depuis 1916. Il est également à rappeler que la non déclaration d'un événement à l'état civil est passible d'une amende.

## Fécondité du moment et nombre d'enfants nés vivants (ou parité moyenne)

Les données portant sur les tendances de la fécondité en Thaïlande sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1: Incides synthétiques de fécondité selon le milieu de résidence**

Enquêtes	Années	Ensemble	Rural	Urbain
Recensement de 1970	1960-1964	6,48	6,70	5,17
	1965-1969	6,19	6,55	4,15
% de changement	1960-1969	-4,5	-2,2	-20
Recensement de 1980	1970-1974	5,41	5,84	3,53
	1975-1979	3,88	4,21	2,57
% de changement	1970-1979	-28	-28	-27
SPC	1974-1976	4,90	4,98	4,49
	1985-1986	2,73	2,96	1,77
% de changement	1974-1986	-44	-41	-61
CPS3	1982-1984	3,36	3,54	2,76
TDHS	1986-1987	2,21	2,40	1,65
SPC	1989	2,41	2,63	1,63
	1991	2,17	2,44	1,37
% de changement	1960-1991	-66	-64	-73

Sources : [3], [7], [9] et [10].

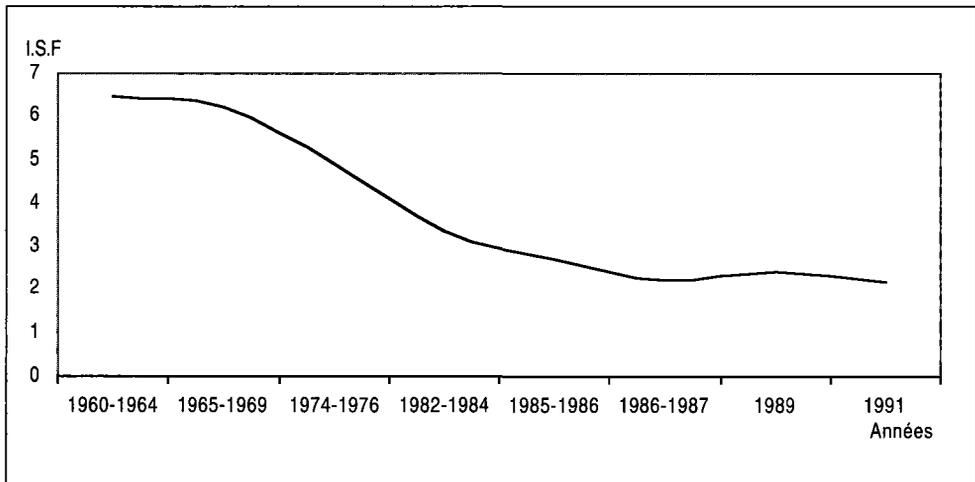
Au début des années soixante, la Thaïlande était caractérisée par un régime de forte fécondité. A en croire l'estimation faite sur la base des résultats du recensement de 1970, l'indice synthétique de fécondité y était de 6,5 enfants en moyenne par femme entre 1960 et 1964. La situation restera quasiment stable jusqu'à la fin de la décennie, où l'on observe alors une amorce de baisse de la fécondité. Celle-ci devient manifeste au début et au milieu des années soixante-dix, lesquelles connaissent une accélération brusque de la transition de la fécondité, qui se poursuit jusqu'à la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix (Fig. 1). D'après la dernière enquête sur l'évolution de la population (Survey of Population Change), le nombre moyen d'enfants par femme était de 2,17 en 1991, soit moins que le niveau requis pour que la population thaïlandaise se renouvelle (2,25 si l'on tient compte des conditions de mortalité). Cette barre fatidique aurait déjà été atteinte en 1986-87 si l'on en croit l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), qui estimait le niveau de fécondité à 2,21 enfants en moyenne par femme au cours de cette période. Cependant, cette enquête aurait quelque peu sous-estimé le niveau réel de la fécondité. En effet, l'indice fourni par l'EDS est inférieur à celui estimé par la SPC de 1989 (2,41). Or, il est peu probable que la fécondité a augmenté entre 1986 et 1989. Rappelons que l'Enquête Démographique et de Santé, comme toutes les enquêtes qui utilisent l'approche rétrospective pour collecter les données sur la vie féconde des femmes, souffre du biais lié à la remémoration des événements, biais d'autant plus important que les naissances se sont produites dans un passé éloigné, et que l'on a affaire à des femmes âgées.

La comparaison entre l'indice synthétique de fécondité de 1991 et celui observé en 1960-64 nous donne une idée de l'ampleur de la baisse de la fécondité en Thaïlande. Le nombre d'enfants par femme a chuté de deux tiers, soit quatre enfants en moins en l'espace de vingt-cinq à trente ans. Cette transition de la fécondité, véritable révolution reproductive, a été générale, puisqu'elle a concerné aussi bien le milieu urbain que les campagnes. Si ces dernières ont connu la même évolution que l'ensemble du pays, ce n'est pas le cas du milieu urbain où on observe un scénario différent. Tout d'abord, la réduction de la fécondité y est beaucoup plus considérable (plus de 70% de baisse entre 1960 et 1991). De plus, ce phénomène y a commencé plus tôt. En effet, les estimations fondées sur le recensement de 1970 indiquent une diminution déjà importante de la fécondité des femmes urbaines entre la première et la seconde moitié des années soixante. Cette baisse est due, comme nous le verrons, à un recours plus fréquent et à un accès plus aisé à la contraception.

La diminution de la fécondité observée à travers l'évolution de l'indice synthétique, apparaît également à la lumière de la parité moyenne. Assimilée à la descendance finale, le nombre moyen d'enfants nés vivants est généralement considéré comme l'indicateur le plus approprié des conditions de la fécondité car moins sujet aux effets de la conjoncture.

Les conditions de fécondité élevée qui prévalaient dans le passé sont encore visibles dans la descendance finale des femmes de 45-49 ans. Le nombre d'enfants mis au monde par ces femmes était en effet d'un peu plus de cinq en 1987. Le chiffre le plus récent est de 4,32, si l'on en croit les résultats de l'enquête sur l'évolution de la population (SPC) de 1991. Ces valeurs sont en deçà du nombre de naissances vivantes déclarées par les femmes vingt ans plus tôt. En effet, en 1970, le nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes de 45-49 ans était d'environ 6,5.

**Figure 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité, 1960-91**



La diminution de la parité moyenne confirme donc la baisse de la fécondité déjà visible à travers la somme des naissances réduites, laquelle indique les tendances futures de la fécondité non encore visibles dans les générations. La mise en parallèle des deux indicateurs vient appuyer cette observation. En effet, l'infériorité de l'in-

dice du moment (2,17 en 1991) par rapport au nombre moyen d'enfants nés vivants (4,32 à la même date), traduit la poursuite de la baisse de la fécondité en Thaïlande.

**Tableau 2 : Nombre d'enfants nés vivants selon l'âge parmi les femmes déjà mariées de 15-49 ans (âge standardisé)**

Age	1969/1970 (LS1)	1972/1973 (LS2)	1975 (SOFT)	1979 (NS)	1987 (TDHS)	1991 (SPC)
15-19	0,70	0,67	0,70	0,55	0,52	0,50
20-24	1,51	1,44	1,50	1,27	1,15	0,99
25-29	2,82	2,78	2,62	2,27	1,83	1,59
30-34	4,05	4,12	3,92	3,48	2,52	2,18
35-39	5,78	5,24	4,93	4,43	3,34	2,82
40-44	6,52	6,86	6,07	5,63	4,18	3,43
45-49	6,49	6,86	6,68	6,60	5,18	4,32

### Les préférences en matière de fécondité ou le nombre moyen d'enfants désirés

La recherche d'une explication au comportement reproductif et à son évolution ne saurait faire l'économie d'une analyse des attitudes et préférences de la population en matière de fécondité.

Le nombre idéal d'enfants, tel qu'il est exprimé par l'ensemble des femmes mariées, est en baisse depuis le milieu des années soixante-dix, quel que soit le milieu de résidence. Cependant, les femmes rurales désirent toujours davantage d'enfants que les femmes urbaines, mais les écarts s'amenuisent avec le temps. Ceci serait probablement la conséquence de la généralisation à toute la population des nouvelles idées relatives à la dimension limitée de la famille idéale, modèle rendu universel par le programme national de planification familiale.

Le nombre d'enfants désirés est longtemps resté constant, bien après la baisse de la fécondité. Ceci est surtout visible en milieu rural, où le nombre idéal d'enfants, demeuré à 3,9 depuis 1969, n'a amorcé une baisse qu'à partir de 1975. Ce n'est pas le cas en milieu urbain, où les évolutions de la fécondité et des préférences en matière de reproduction semblent être beaucoup plus parallèles. Cependant, même ici, il n'est pas certain que la phase de baisse de la demande d'enfants, exprimée par le nombre idéal, ait précédé la transition de la fécondité.

Le nombre d'enfants désirés a longtemps été inférieur à la fécondité effective<sup>4</sup>, suggérant qu'une demande de contraception existait déjà dans ce pays dans les années soixante. Cette demande latente de limitation des naissances qui n'avait à ce moment-là rien à voir avec l'aspiration à une famille de dimension réduite, mais plutôt avec le désir des couples d'ajuster leur comportement reproductif à leurs aspirations, en d'autres termes de limiter le surplus des naissances (surplus, encore

4. Si ceci reste vrai pour la parité moyenne, ce n'est plus le cas pour ce qui est de l'indice synthétique de fécondité qui est désormais inférieur à la dimension idéale de la famille.

une fois, par rapport au nombre d'enfants désirés), lequel aurait résulté de la baisse précoce de la mortalité en Thaïlande, mais également de l'absence de moyens efficaces de régulation des naissances à cette époque.

**Tableau 3 : Nombre moyen d'enfants désirés parmi les femmes mariées de 15-44 ans**

Résidence	PÉRIODES-ENQUÊTES					
	1969/70 (LS1)	1972/73 (LS2)	1975 (SOFT)	1979 (NS)	1984 (CPS3)	1987 (TSHS)
Ensemble	3,8	3,8	3,6	3,3	3,0	2,8 <sup>a</sup>
Rural	3,9	3,9	3,7	3,3	3,0	2,9 <sup>a</sup>
Urbain	3,6	3,4	3,3	3,3	2,7	2,5 <sup>a</sup>

*Note : Les résultats, à l'exception des enquêtes de 1984 et 1987, sont standardisés par âge pour toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans. La structure par âge utilisée pour la standardisation est celle fournie par le recensement de 1970. Rappelons que ce procédé a pour but de limiter les effets d'âge liés aux variations de structures par âge, et de rendre ainsi comparables entre elles les données issues d'enquêtes différentes.*

*a : Se réfère aux femmes mariées âgées de 15 à 49 ans.*

L'existence dans le passé de cette demande latente de contraception permet probablement de comprendre, entre autres, l'augmentation spectaculaire de la pratique contraceptive au lendemain de l'adoption en 1970 d'une politique démographique.

La recherche des causes de la baisse de la fécondité ou de son maintien à des niveaux élevés dans les pays en développement ne peut ignorer en effet le rôle des politiques de population, qui déterminent l'offre ou l'absence de moyens de contraception. Ainsi, malgré des contextes socio-économiques et culturels propices à la diminution de la fécondité<sup>5</sup>, les hausses importantes du taux d'utilisation de la contraception dans ces pays ne se sont pas produites sans des prises de position politiques en faveur du ralentissement de la croissance de la population et la mise en œuvre de programmes démographiques actifs.

On comprend donc qu'une place importante soit accordée dans ce chapitre, aux changements institutionnels, d'autant que ceux-ci peuvent expliquer les différences en matière d'évolution de la fécondité entre pays.

## Le programme thaïlandais de la planification familiale

Depuis mars 1970, la Thaïlande s'est officiellement dotée d'une politique nationale de population dont l'objectif explicite est la réduction du taux de croissance démographique par l'intermédiaire de la planification familiale, même s'il est reconnu que d'autres facteurs, tels que l'éducation, jouent également un rôle dans la baisse de la fécondité. Le chemin parcouru pour en arriver là a été long. En effet, il aura

5. Cette explication apparaît néanmoins *post facto*, étant donné le scepticisme qui prévalait dans les années soixante, parmi les scientifiques, quant à l'éventualité d'une baisse de la fécondité, aussi bien en Amérique latine qu'en Asie.

fallu au moins dix ans au gouvernement — la première mise en garde de la Banque Mondiale au gouvernement contre les implications du taux élevé d'accroissement naturel date de 1959 — pour adopter une position officielle non ambiguë en faveur de la planification des naissances. Cette « lenteur », signe de sagesse à certains égards, peut se justifier pour deux raisons qui se rejoignent :

- le pragmatisme tout d'abord, car, comme nous le verrons, la mise en œuvre d'un programme de planification familiale s'est faite par étape ; en combinant recherches et études pilotes, afin de tester des stratégies de fonctionnement de planification familiale, le gouvernement a voulu s'assurer de la fiabilité, de la faisabilité, mais surtout de la réceptivité d'un programme de planification familiale auprès de la population ;
- après avoir longtemps suivi une ligne politique nataliste qui l'amenait à décerner des prix spéciaux aux mères ayant eu un grand nombre d'enfants, le gouvernement s'est employé, avant l'adoption d'une politique de population malthusienne, à susciter un consensus national autour de la question du taux de croissance démographique élevé que connaissait la Thaïlande dans les années soixante, et de ses implications sur le développement économique et social [1].

Avant l'adoption de ce programme officiel, la planification familiale avait connu un début d'institutionnalisation dans les années soixante. En effet, tandis que le gouvernement laissait mûrir sa position sur les problèmes démographiques en recherchant un consensus sur l'éventualité d'une politique de maîtrise de la fécondité, plusieurs activités pré-politiques de planification familiale, inaugurées sur une faible échelle, contribuaient à développer un réseau fondamental d'institutions dans ce domaine. Ainsi, dès 1963, l'hôpital missionnaire McCormick situé à Chiang Mai, au Nord-Ouest du pays, inaugure le premier service authentique de planification familiale. Se fondant sur une directive du gouvernement de 1961 qui interdisait la publicité officielle en faveur de la planification familiale tout en la tolérant, l'hôpital McCormick entame un programme de fourniture de stérilets aux femmes qui en font la demande. En 1965, ce centre se fait réellement connaître en étant le premier à proposer un contraceptif injectable, le Depo-Provera, controversé en particulier aux Etats-Unis, et qui sera interdit en Thaïlande jusqu'en 1975. Le but est d'offrir aux femmes qui ne supportent pas le stérilet une autre méthode de contraception. L'hôpital McCormick poursuit son programme tout au long des années soixante, et l'intensifie en organisant un service mobile de planification familiale, afin d'atteindre les régions rurales les plus reculées.

La période qui précède l'adoption d'une politique de population en Thaïlande peut être globalement divisée en deux phases :

1) De 1965 à 1967, l'essentiel des activités de planification familiale est concentré à Bangkok, malgré l'ouverture çà et là de quelques cliniques en province. En outre, des programmes post-partum sont organisés dans quatre hôpitaux de la capitale (Chulalongkorn, Siriraj, Vajira, et Woennm's) dans le cadre d'un programme international financé par le Population Council. Ce programme est un élément important de la stratégie d'offre de contraception en Thaïlande (essentiellement le stérilet)<sup>6</sup>.

6. Ce projet a été conçu par le Population Council dans le but d'étudier l'adoption et l'efficacité de ce moyen contraceptif au cours de la période qui suit immédiatement l'accouchement. Cette phase se révèle un des moments les plus appropriés pour convaincre les femmes d'utiliser la contraception.

2) La seconde phase des activités de planification familiale couvre la période allant de 1968 à 1970. C'est l'étape fondamentale dans la formulation de la politique de population. Après une série de séminaires nationaux sur les problèmes démographiques, de rapports de comités gouvernementaux et de projets de recherche, le Ministère de la Santé entame un programme de planification familiale, à l'échelle nationale, qui demeure encore non officiel en ce sens qu'il ne reçoit pas le soutien politique et financier direct du gouvernement.

En 1967, le projet de recherche en santé familiale est mis sur pied. D'une durée de trois ans (1968-70), ce projet avait pour but principal d'étendre à l'ensemble du pays, et en particulier aux zones rurales, les services de planification familiale. Cette extension devait s'accompagner de la formation de l'ensemble du personnel médical et paramédical à la dynamique démographique et aux méthodes de contraception. A l'issue de cette formation, des cliniques de planification familiale devaient s'ouvrir dans tout hôpital ou centre de santé pourvu d'un médecin [11]. En 1970, la Thaïlande comptait par conséquent un peu plus de trois cents services ou centres offrant des moyens de contraception. L'intégration des services de planification familiale dans ceux du secteur sanitaire, outre le fait qu'elle répondait au souci d'améliorer la santé des mères et des enfants, s'explique pour des raisons d'économies. En effet, l'utilisation des infrastructures et du personnel de santé existant pour offrir la planification familiale, limite les coûts du programme et évite une duplication inutile des services à une époque où le soutien financier du gouvernement thaïlandais aux activités de planification familiale est inexistant, car ne les soutenant pas officiellement. Il en est autrement après l'adoption officielle de la politique nationale de population qui voit le gouvernement s'engager politiquement et financièrement dans la réduction du taux de croissance naturelle. Pour atteindre cet objectif, les autorités, sur la base des réalisations d'avant 1970, s'emploient à accroître l'offre de contraception, notamment en rendant les différentes méthodes de contraception (pilule, injectables, stérilet, stérilisation, etc.) largement accessibles dans tout le pays. Un certain nombre d'innovations et de stratégies de distribution sont utilisées à cette fin :

- a) La distribution paramédicale de la pilule. La Thaïlande est l'un des premiers pays à avoir autorisé des personnels de santé autres que les médecins à prescrire et à fournir les contraceptifs, notamment les sages-femmes auxiliaires depuis 1970. Cette décision qui avait pour but de développer le programme dans les zones où le nombre de médecins était limité mais où, en revanche, le personnel paramédical était présent, est étendue à d'autres méthodes tels que le stérilet, les injectables, voire la stérilisation, qui peuvent désormais être fournis par les infirmier(e)s et les sages-femmes auxiliaires dûment formés.
- b) La distribution à base communautaire de contraceptifs qui a permis au programme de répondre de manière plus efficace aux besoins de la population [13]. La délégation des rôles mentionnée plus haut va conduire le gouvernement à introduire la distribution communautaire des contraceptifs dans laquelle des volontaires dans les villages sont autorisés, en échange d'une commission, à distribuer pilules et préservatifs, en particulier dans les zones peu desservies par le programme national. Cette distribution communautaire est assurée par des organisations privées, dont l'Association pour le développement de la Population et de la

Communauté (PDA)<sup>7</sup>, qui a recours à des incitations pour favoriser l'adoption de la planification familiale. Le gouvernement, qui n'a jamais cautionné l'utilisation d'incitations, n'interdira pourtant pas au secteur privé ou à certaines autorités locales d'y recourir, dans la mesure où ces primes demeuraient collectives et surtout, ne revêtaient pas un caractère contraignant ou discriminatoire.

- c) Une place reconnue au secteur privé. Outre les services de santé publics qui sont la source principale de contraceptifs<sup>8</sup>, l'accès à celle-ci se fait également par l'intermédiaire du secteur privé et d'organismes non gouvernementaux (en particulier en milieu urbain) dont l'action, a priori en concurrence avec celle du gouvernement, sera pourtant encouragée et soutenue.
- d) Le développement des activités d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC). Après le milieu des années soixante-dix, la volonté du gouvernement d'accroître l'utilisation de la contraception aidant, les programmes de promotion de la planification familiale vont s'intensifier et s'étendre notamment à travers les régions rurales, en faisant principalement appel à la radio pour atteindre les couples en âge de procréer dans ces régions. En effet, s'il est vrai que les journaux ont été une source importante d'information sur la planification familiale, en particulier en milieu urbain, dans la première moitié des années soixante-dix, leur pénétration en milieu rural, où pourtant 80% de la population réside, restait minime. Aussi, la majorité des ménages ruraux possédant un poste transistor (64% en 1970, 86% dix ans plus tard), les activités d'IEC sont faites essentiellement par ce canal [1]. Les messages de planification familiale sont transmis au cours d'émissions radiophoniques (par exemple, des émissions musicales ou des émissions dramatiques nationales retransmises sur le plan local). Dans les programmes locaux, les messages en faveur de la planification familiale sont adaptés au dialecte et à la culture du lieu. Outre la radio, la télévision, le cinéma et les journaux sont utilisés, de même que tout un ensemble d'instruments de diffusion (bulletins, calendriers, affiches, tracts, brochures, etc.) pour informer la population et susciter chez elle une demande de contraception.
- e) Le soutien financier au programme de planification familiale, considéré comme la manifestation concrète de l'engagement politique des autorités dans la maîtrise de la croissance de la population. Si l'apport financier du gouvernement aux activités de planification familiale est inexistant avant 1970, période au cours de laquelle il les tolérait plutôt qu'il ne les encourageait, la situation évolue après le lancement officiel d'une politique de population en mars 1970. En effet, à partir de cette date, les autorités gouvernementales participent au financement du programme de planification familiale. Il s'agit d'un soutien direct, qui ne tient pas compte de l'assistance logistique et en infrastructure jadis fournie par le Ministère de la Santé et qui l'est toujours puisque les services de planification familiale restent intégrés à ceux du système général de santé. Cet appui financier au programme va s'accroître au fil des ans pour devenir prépondérant vers la fin des années quatre-vingt. Le montant de la contribution gouvernementale est passé en valeur absolue

7. Cette ONG, qui est au cœur de cette approche communautaire, recrutera, à titre d'exemple, entre 1974 et 1978, 12 000 distributeurs bénévoles de contraceptifs dans un réseau couvrant plus d'un tiers des villages thaïlandais.

8. Ainsi selon la troisième enquête sur la prévalence de la contraception, 79% des utilisatrices recouraient en 1984 aux antennes gouvernementales pour la contraception, contre 21% au secteur privé. Les chiffres sont respectivement de 83 et 17% pour le milieu rural, et de 63 à 37% pour le milieu urbain.

de 476 000 dollars en 1972 à plus de 17 millions en 1990. Cette politique de subvention, de la part du gouvernement, s'est traduite par la prise d'un certain nombre de décisions, telles que celle de rendre gratuites en milieu rural les trois principales méthodes de contraception, à savoir la stérilisation, la pilule et le stérilet. Le maintien, voire le prolongement du soutien politique et financier du gouvernement au programme, se justifie par l'intérêt que représente la planification familiale pour le pays. Il s'agit également de maintenir les taux de prévalence contraceptive à un niveau élevé, en évitant de faire davantage payer les utilisatrices, et de prévenir toute perte de vitesse du programme dans la réalisation de ses objectifs. Le coût des contraceptifs est ainsi considéré comme pouvant constituer un obstacle à leur utilisation. C'est là un enseignement dont devrait tenir compte tout pays désirent mettre en œuvre un programme de maîtrise de l'accroissement naturel.

La mise en œuvre du programme de population qui propose désormais la possibilité d'accéder à la contraception, va entraîner une hausse extraordinaire de la pratique contraceptive, en particulier en milieu rural.

## L'évolution de la pratique contraceptive

On ne peut s'empêcher de voir un lien entre l'utilisation de la contraception et la mise en œuvre du programme de planification familiale. L'évolution de la pratique contraceptive est d'autant plus frappante qu'elle partait d'un niveau relativement bas à la fin des années soixante.

**Tableau 4 : Pourcentage des utilisatrices actuelles de la contraception parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans, selon le milieu de résidence**

Enquêtes	Années	Ensemble	Rural	Urbain
LS1	1969-70	14,8	10,9	32,6
LS2	1972-73	26,4	22,8	45,1
SOFT	1975	36,7	34,8	49,4
NS	1979	45,8*	43,3*	57,1
CPS2	1981	59,0	58,0	65,0
CPS3	1984	64,6	64,0	69,0
TDHS	1987	67,5	67,3	68,5

Note : \* : Se réfère aux femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : [2], [3], [5], [6] et [7].

Le pourcentage de l'ensemble des femmes mariées ayant déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête est passé d'un peu moins de 15% à environ 68% en moins de vingt ans (1969-87) soit une multiplication par 4,5. Cette hausse vertigineuse a été régulière au début de la mise en œuvre du programme, et s'est accentuée à mesure que le programme montait en puissance, traduisant ainsi le succès des différentes stratégies adoptées par le gouvernement thaïlandais pour étendre

la pratique contraceptive, notamment en milieu rural. En effet, l'augmentation de la prévalence de la contraception paraît beaucoup plus forte en milieu rural puisque seules 11% des femmes pratiquaient la contraception en 1969 tandis qu'en 1987, leur niveau d'utilisation (67%) était très proche de celui des femmes urbaines (68%).

**Tableau 5 : Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans utilisant une méthode spécifique de contraception**

Enquêtes	Années	Méthodes contraceptives							
		Pilule	DIU	Stérilisation Masculine	Stérilisation Féminine	Injection	Préservatif	Autre	Ensemble
LS1	69/70	3,8	2,2	2,1	5,5	0,4	0,0	0,7	14,8
LS2	72/73	10,6	4,7	2,8	6,8	0,9	0,1	0,5	26,4
SOFT	1975	15,2	6,5	2,2	7,5	2,1	0,5	2,8	36,7
CPS2	1981	20,2	4,2	4,2	28,7	7,1	1,9	2,7	59,0
CPS3	1984	19,8	4,9	4,4	23,5	7,6	1,8	2,6	64,6
TDHS	1987	20,0	7,2	5,5	22,4	9,2	1,2	2,0	67,5

*Note : des erreurs d'arrondis, de petites contradictions dans le codage et les utilisatrices de méthodes non spécifiées, expliquent les légères différences entre la somme des pourcentages de femmes utilisant des méthodes spécifiques et la colonne « toutes méthodes ».*

*Sources : cf. tableau 4.*

La politique ambitieuse de planification familiale se reflète dans l'évolution de certaines méthodes comme l'indique le tableau 5. Ainsi, par exemple, le fait que, de 1972 à 1984, la pilule ait été la méthode de contraception la plus utilisée est sans aucun doute lié à sa vaste disponibilité, notamment à travers les points de distribution gouvernementaux. La forte hausse du nombre de femmes en âge de procréer qui l'ont utilisée (10,6% en 1972/73, 20% en 1987) a sans aucun doute été influencée par la politique de gratuité de la pilule instaurée en 1976 en milieu rural. Le même constat peut être fait à propos de la stérilisation féminine, qui devient en 1984 le moyen contraceptif le plus utilisé par les femmes (23,5% contre 19,8% pour la pilule, 7,6% pour les injectables et 4,9% pour le stérilet), traduisant ainsi l'intérêt du programme national de planification familiale pour cette méthode [11]. L'évolution de la stérilisation féminine et masculine, moyen anticonceptionnel le plus utilisé actuellement en Thaïlande puisque environ un couple sur trois y recourt, peut aussi refléter la maturité du programme de planification familiale, dans ce sens que les couples qui ont utilisé des méthodes temporaires au début de leur vie féconde pour espacer leurs naissances, sont susceptibles d'accepter plus facilement et plus précocement les méthodes permanentes, d'autant que le nombre idéal d'enfants est désormais inférieur à trois (2,8 en 1987). En ce qui concerne les autres méthodes de contraception, notons la position tout à fait marginale occupée par le préservatif qui n'était utilisé que par 1,2% des femmes en 1987. La situation a sans aucun doute évolué depuis car pour lutter contre la progression de l'épidémie du SIDA, la Thaïlande a mis en œuvre un programme de prévention actif qui a eu pour effet une réduction du taux de séroprévalence ces dernières années.

L'augmentation de la pratique contraceptive depuis 1970 est à lier non seulement à l'existence d'une demande de services de planification familiale, mais également, au fait que ceux-ci ont été largement rendus disponibles par le programme national de planification familiale, qui a offert et continue d'offrir à grande échelle à la population une gamme étendue de méthodes contraceptives et de services adéquats. Le secteur gouvernemental est ainsi le plus gros fournisseur en contraceptifs, puisque 82% environ des utilisatrices s'y adressent pour se procurer leur moyen de contraception, quel qu'il soit [3]. Ceci est particulièrement vrai pour les méthodes cliniques telles que la stérilisation féminine (91%), et le stérilet (95%) qui nécessitent l'intervention d'un médecin et se déroulent dans les hôpitaux ou les centres de santé, mais également pour la pilule et les méthodes injectables. Le rôle du secteur privé n'est cependant pas à négliger, surtout en ce qui concerne les préservatifs (45%) et la pilule (28%) que les utilisatrices peuvent acheter dans les pharmacies ou les drugstores.

Il semble donc raisonnable de supposer que le degré élevé d'accessibilité à la contraception a été un facteur important d'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception. L'importance du programme national de planification familiale à cet égard ne repose pas seulement sur l'offre de contraception, mais également sur une prise de conscience accrue de la possibilité de planifier les naissances par l'intermédiaire de moyens efficaces et acceptables. Autrement dit, le programme a légitimé la régulation, mais également la limitation des naissances, puisque, à partir d'un certain moment (dès 1985 plus précisément), le seuil de remplacement sera considéré comme un objectif de fécondité à atteindre.

L'augmentation rapide de la connaissance de la contraception, qui coïncide avec la mise en œuvre du programme national de planification familiale (entre 1969/70 et 1972/73, la proportion des femmes connaissant au moins une méthode contraceptive était passée de 54% à 71%), a été sans nul doute facilitée par la dissémination de l'information sur la planification familiale, que ce soit à travers les activités officielles et explicites de propagande ou indirectement à travers d'autres formes de communication, dont le contact de personne à personne ou le bouche à oreille. Ainsi, la mise en œuvre du programme de planification familiale aura contribué à généraliser en Thaïlande la limitation des naissances, jusque là réservée à une minorité de femmes (urbaines et instruites). De ce point de vue, on peut parler d'un programme réussi. Et s'il est vrai que ce dernier n'a fait que précipiter (ce qui n'est pas rien) un mouvement déjà amorcé et qui se serait sans doute produit tôt ou tard, il a tout de même réalisé les principaux objectifs qu'il s'était fixés, à savoir : réduire le taux de croissance de la population qui est passé de 3,2% au début des années soixante-dix, à environ 1,3% vingt ans plus tard ; informer les femmes éligibles, particulièrement celles qui vivent en milieu rural et dans des zones reculées, sur le concept de planification familiale ; et rendre la contraception disponible à travers le pays. Un certain nombre d'éléments (et plus particulièrement leur combinaison) ont contribué à ce succès, notamment un programme aux objectifs clairs et précis, un engagement politique, une habileté des dirigeants à mobiliser l'aide internationale, un système intégré d'organisation des services de planification familiale, une offre satisfaisante de la contraception, une distribution communautaire de celle-ci, la formation du personnel médical et paramédical à la planification familiale, une coopération entre le service public et les organisations privées, un programme de recherche et d'évaluation intégré au programme démographique, etc.

L'action de ces facteurs organisationnels ou institutionnels a été facilitée, il est vrai par la grande réceptivité de la population, dont une proportion non négligeable désirait limiter ses naissances, mais ne pouvait le faire en raison d'une méconnaissance des méthodes contraceptives efficaces et acceptables. Ainsi, le programme a trouvé un terrain favorable qui a permis sa réussite. L'existence de telles caractéristiques socio-culturelles (le couple comme principal lieu de prise de décisions reproductives ; le degré d'autonomie dont jouiraient les femmes thaïlandaises dans le couple ; le bouddhisme, religion majoritaire dans le pays, qui ne contient pas de prescription en matière de comportement reproductif et prône la responsabilité individuelle dans tout acte de la vie) a pu faire dire à certains que l'expérience de la Thaïlande, en matière de politique démographique pouvait difficilement être transposée à d'autres pays en développement, tels que ceux d'Afrique. Cependant, s'il est vrai que les questions liées à la démographie et à d'autres aspects comme le développement socio-économique ou le contexte socio-culturel, sont généralement uniques, l'expérience d'un pays dans un domaine peut être bénéfique à d'autres, ne serait-ce qu'en les incitant à tenir compte de certains facteurs ou en leur évitant certaines erreurs. Ainsi, les pays africains, qui désirent maîtriser la croissance de leur population, et qui ont adopté des politiques démographiques à cet effet, pourraient judicieusement s'inspirer de certains aspects du programme thaïlandais qui se sont révélés efficaces. En effet, en dépit des caractéristiques socio-culturelles qui auraient facilité l'adoption du programme de planification familiale en Thaïlande, nombre de composantes de ce programme sont sans doute applicables ailleurs dans le monde en développement : l'introduction de programmes post-partum dans les services de maternité des cliniques ou des hôpitaux (programmes qui peuvent permettre de susciter plus facilement une demande de planification familiale ou d'y répondre), ou le recours à la minilaparotomie (procédé simplifié de stérilisation), ont été utilisés avec succès dans d'autres pays. Le recours aux personnels paramédicaux pour distribuer différents contraceptifs a été également tenté ailleurs et a souvent réussi, bien qu'à une échelle moindre. Par conséquent, certains des éléments du programme thaïlandais, ne lui sont pas propres, mais l'ensemble en a fait l'un des plus performants dans le monde en développement. En somme, l'efficacité de ce programme réside dans la manière dont il a été conçu et mis en œuvre. Cet élément peut être du plus grand intérêt pour d'autres pays en développement où l'utilisation de la contraception demeure désespérément faible malgré l'existence de politiques et programmes de population.

\*

\* \*

L'analyse des causes possibles de la transition de la fécondité dans les pays en développement doit permettre de réévaluer le rôle d'accélérateur joué par les politiques et programmes de population dans l'évolution observée. Reconnaître cette évidence n'est pas nier l'importance des facteurs socio-économiques et culturels dans la compréhension de l'évolution ou l'absence d'évolution de la fécondité, mais souligner que celle-ci se pose également en termes d'offre de contraception. Or ce dernier facteur n'est, jusqu'à présent, pas suffisamment pris en considération tant est prédominant le déterminisme économique et culturel dans l'interprétation de la transition de la fécondité. Ce déterminisme fait la part belle à l'évolution de la demande d'enfants considérée comme la condition préalable à la diminution de la fécondité.

En effet, bien que celle-ci soit considérée comme la conséquence d'un changement social plus large, peu de chercheurs accordent de l'importance aux changements d'ordre institutionnel qui, au même titre que l'évolution socio-économique et culturelle, peuvent pourtant entraîner ce changement social. Ainsi le rôle des programmes démographiques dans l'interprétation de la transition de la fécondité est encore considéré comme marginal. Ceci est d'autant plus étonnant que, dans les faits, on a constaté que tous les pays en développement ayant connu des baisses importantes de fécondité étaient dotés (comme par hasard) de programmes de population organisés et très actifs. La contribution évidente de ceux-ci à la baisse de la fécondité dans les pays en développement, et le fait qu'ils apparaissent dès lors comme un déterminant de cette dernière, au même titre que les facteurs socio-économiques et culturels, appellent par conséquent une reformulation des théories plus anciennes fondées sur la transition passée des pays développés, théories qui mettent l'accent uniquement sur la demande d'enfants. Cette réévaluation devrait se faire par l'incorporation des déterminants de l'offre de contraception dans les structures analytiques. De ce fait, on devrait tenir compte des aspects de l'offre en tant que telle, de sa nature, de ses caractéristiques, bref de la manière dont les systèmes d'organisation de la planification familiale peuvent le mieux fonctionner afin de favoriser l'augmentation de la prévalence contraceptive. Cette question apparaît fondamentale dans les pays d'Afrique sub-saharienne où les résultats médiocres obtenus par les programmes démographiques auraient à voir d'une part, avec le peu d'importance qui leur est accordée et, d'autre part, avec la manière dont ils sont mis en œuvre. Aussi pensons-nous que, sur ce plan, ces pays ont beaucoup à apprendre des expériences comme celle de la Thaïlande qui, outre leur intérêt purement politique, ont des implications pour une meilleure compréhension du comportement reproductif.

## Bibliographie

1. BENNETT A., FRISEN C., KAMNUANSILPA P., ET MCWILLIAM J., 1991, *How Thailand's family planning program reached replacement level fertility : Lessons learned*, Arlington : Population Technical Assistance Project ; Dual Associates, Inc. ; International Science Technology Institute, V-93 p. (PopTech Occasional Papers n° 4).
2. CHAMRATRITHIRONG A., 1987, Thailand's population policy, *Populi*, Vol. 14, n° 2, p. 41-44.
3. CHAYOVAN N., KAMNUANSILPA P., et KNODEL J., 1988, Thailand demographic and Health Survey 1987. Final Report.
4. KAMNUANSILPA P. et CHAMRATRITHIRONG A., 1985, *Contraceptive use and fertility in Thailand : Results from the 1984 Contraceptive Prevalence Survey*, Bangkok, NIDA and IPSR.
5. KAMNUANSILPA P., 1982, *A new decade of fertility and family planning in Thailand : 1981 Contraceptive Prevalence survey*, The National Institute of Population Administration, Professional Publishing, Bangkok, 132 p.
6. KAMNUANSILPA P., CHAMRATRITHIRONG A. et KNODEL J., 1982, *Thailand's continuing reproductive revolution : An update*, Ann Arbor, Population Studies Center, Michigan, 23 p. (The Population Studies Center of University of Michigan. Research Report n° 82-19).
7. KNODEL J., CHAMRATRITHIRONG A. et DEBAVALYA N., 1987, *Thailand's reproductive revolution. Rapid fertility decline in a third world setting*, The University of Wisconsin press, Wisconsin, 251 p.

8. KNODEL J., CHAMRATRITHIRONG A., CHAYOVAN N. ET DEBAVALYA N., 1982, *Trends, differentials, and proximate determinants*, National Academic Press, Washington, D.C., XVII-219 p. (Committee on Population and Demography-Report n° 13).
9. NATIONAL INSTITUTE OF DEVELOPMENT ADMINISTRATION, *Contraceptive Prevalence Survey (CPS3, 1984)*, Bangkok.
10. NATIONAL STATISTICAL OFFICE, *Report of the 1991 Survey of Population Change*, Bangkok.
11. ROSENFELD A., BENNETT A., VARAKAMIN S. et LAURO D., 1982, Thailand's family planning program : An Asian success story, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 8, n° 2, p. 43-51.
12. ROSENFELD A.G., HEMACHUDHA C., ASAVASENA W. et VARAKAMIN S., 1971, Family planning activities 1968 to 1970, *Studies in Family Planning*, Vol. 2, n° 9, p. 181-192.
13. VIRAVAUDYA M., 1994, Communauté, santé, développement : le modèle thaï, in *Où va la population mondiale ?* Les Éditions du Quotidien du Médecin, Paris, 256 p.



# 30. La transition démographique en Algérie : réflexions sur l'avenir

Abdellaziz Bouisri<sup>1</sup>

*L'idée maîtresse qui a prévalu jusqu'aux années quatre-vingt est que toute politique démographique est fortement liée au niveau de développement économique et social du pays et que toute politique ou action de planification familiale est vouée à l'échec si le niveau de vie des populations (urbaine et rurale) n'atteint pas un seuil minimal spécifique à chaque pays. Le slogan des années soixante était que l'Algérie pouvait nourrir 50 millions d'habitants et que la meilleure pilule était le développement.*

*A partir du second plan quinquennal (1985/89), le pays est plongé dans une récession économique. En 1983, la question démographique est analysée comme une contrainte majeure au développement économique et social. La non-réalisation des objectifs fondamentaux fixés par les pouvoirs publics se traduit par la mise en place d'un Programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD), devant conduire à une réduction et à une régulation volontariste de l'accroissement démographique dans le respect des valeurs sociales et de l'éthique religieuse. En d'autres termes, il faut replacer dans son vrai contexte l'équation population/développement en tenant compte des aspects historiques, culturels, économiques, et démographiques.*

*La transition démographique est amorcée puisque d'une part le taux de mortalité est passé de 14,9 ‰ en 1966 à 6,6 ‰ en 1995 et d'autre part, le taux de natalité a connu une chute très importante entre 1966 et 1995 passant de 50 ‰ à 25,3 ‰. L'indice synthétique de fécondité est passé quant à lui de 7,9 enfants par femme en 1970 à 4,0 en 1995. Les déterminants de la baisse de la fécondité sont pour l'essentiel l'augmentation de l'âge au premier mariage, le niveau d'instruction et l'activité de la femme.*

*Les progrès réalisés en matière de planification familiale notamment depuis la fin des années quatre-vingt, montrent que le comportement de la population algérienne dans le domaine de la procréation, malgré un contexte social difficile, va dans le sens d'une maîtrise de la fécondité. Le recours à la contraception contribue pour une part non négligeable à la baisse de la natalité et partant à l'infléchissement de la croissance démographique.*

*Malgré l'engagement politique affirmé depuis 1983 pour la réduction du croît de la population, l'activité de planification familiale déployée dans les structures publiques reste en-deçà des attentes d'un programme de masse qui sè veut énergique. Toutefois, il reste entendu que l'enjeu principal pour relever le défi démographique et favoriser un équilibre en matière de population, est le retour à la stabilité, à la croissance, à la paix sociale, où le couple choisira en toute liberté sa descendance dans un environnement accueillant.*

1. Expert démographe et statisticien économiste, secrétaire général de l'AMEP (Association pour l'étude de population) – Section Algérie.

## Le contexte social

### Priorité aux plans de développement

L'idée maîtresse qui a prévalu jusqu'aux années quatre-vingt est que toute politique démographique est fortement liée au niveau de développement économique et social du pays et que toute politique ou action de planification familiale est vouée à l'échec si le niveau de vie des populations (urbaine et rurale) n'atteint pas un seuil minimal spécifique à chaque pays. Le slogan des années soixante était que l'Algérie pouvait nourrir 50 millions d'habitants et que la meilleure pilule était le développement. A partir des années soixante, une politique de population timide a ainsi été reléguée au second plan, au profit d'une politique de développement.

Le discours politique considérait le problème démographique comme un faux problème pour l'élaboration des différents plans de développements quadriennaux (1970/73 ; 1974/77). La priorité donnée au développement économique et social, devait se traduire par un changement progressif du comportement culturel des couples, une fois l'amélioration de leurs conditions de vie assurée. Cette approche a été défendue lors de la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974.

La non-intégration des problèmes démographiques au sein des politiques de développement s'est traduite au niveau de la répartition spatiale : c'est aussi qu'en 1966, un Algérien sur trois vivait en milieu urbain ; en 1995, un Algérien sur deux est citadin.

L'impact des actions de développement est pourtant important. En effet, les différents plans de développement ont permis d'améliorer les conditions de vie au niveau de l'eau potable (disponible pour 77% des logements en 1995 avec une dotation journalière par jour et par habitant de 155 litres), de l'assainissement (65%), de l'électrification rurale (85%), du gaz de ville (28%). S'agissant des autres éléments de confort, 64% des ménages disposent de réfrigérateurs, 63% ont la télévision noir et blanc, 69% la radio et 18% une voiture.

### Une réponse au chômage et à la crise du logement

Les plans de développement s'étaient fixés à l'horizon 1980, un emploi permanent par ménage et une réduction du chômage de 33% (en 1966) à moins de 15%.

Tous les investissements durant la période de 1967/78 ont seulement permis une croissance de l'emploi de 4,4% par an (soit 100 000 créations annuelles nouvelles) en l'absence de toute politique démographique rigoureuse. Les investissements du premier plan quinquennal 1980/84 ont permis la création de 140 000 emplois nouveaux par an. Durant cette période, le problème démographique est abordé d'une manière plus volontariste et précisé dans le préambule du plan quinquennal 1980/84. La réduction active du taux de natalité est devenue une priorité pour le développement économique et social du pays [7].

A partir du second plan quinquennal (1985/89), le pays est plongé dans une récession économique due à la baisse des investissements, à la crise économique mondiale, au choc pétrolier, à la faible rentabilité du système productif, à la transition

vers un nouveau système économique diamétralement opposé au précédent et à une dette extérieure de plus en plus lourde. La création d'emplois est devenue difficile, complexe, voire impossible dans certains secteurs. Le chômage s'installe et devient une préoccupation majeure pour le pays (taux supérieur à 25% en 1992).

Pour l'année 1995, le nombre de chômeurs est évalué à 2,1 millions. Il a augmenté en moyenne de 200 000 par an depuis 1992, d'où un taux de chômage supérieur à 29%. Depuis 1992, il s'agit d'un chômage de longue durée puisque 58% des chômeurs attendent en moyenne 18 mois pour retrouver un emploi permanent, ce dernier ne représentant que 28% de l'ensemble des emplois créés.

A cela est venue se greffer une crise du logement, conséquence directe de l'accroissement démographique rapide et de l'insuffisance de l'offre de logements. Ceci a occasionné une détérioration des conditions d'habitat où le taux d'occupation par logement est passé de 5,9 en 1966 à 7,1 en 1987 et 7,2 en 1998 et ce, malgré l'effort consenti pour la reconstruction et la réhabilitation des villages détruits ou abandonnés durant la guerre, l'auto-construction dans les zones rurales, l'assainissement des agglomérations existantes, la réalisation partielle des 1000 villages socialistes, le lancement d'un programme d'habitat ambitieux à partir du 1er plan quadriennal (1970/73) et les différents plans spéciaux de développement destinés aux régions défavorisées.

## Quelle nouvelle stratégie de développement ?

Pour maintenir et améliorer ces performances, la nouvelle stratégie de développement doit assurer la cohérence d'ensemble entre la démarche retenue dans le cadre du programme national de maîtrise de la croissance démographique et les différentes politiques sociales et économiques du pays : la politique sociale, (santé, habitat, pauvreté, emploi, filet social, handicapés, inactifs, détérioration du pouvoir d'achat, etc.), la politique d'aménagement du territoire et de répartition de la population, la politique migratoire, la politique d'intégration de la femme au processus de développement, la poursuite de la lutte contre l'analphabétisme, la lutte contre le chômage (particulièrement des jeunes et des femmes), la prise en charge de la population du troisième âge, etc.

La réussite d'un développement national, local ou régional passe nécessairement par la maîtrise du facteur population. En tant que dénominateur, il influe sur l'évolution des différents ratios qui sont le reflet et les résultats des efforts consentis. Pour réduire ce dénominateur, il faut agir sur plusieurs axes, notamment la promotion de la femme qui constitue désormais une dimension incontournable du programme de maîtrise de la croissance démographique, et la réduction des inégalités entre régions et catégories sociales. En d'autres termes, il faut replacer dans son vrai contexte l'équation population/développement en tenant compte des aspects historiques, culturels, économiques, et démographiques.

La poursuite des programmes locaux ou régionaux de développement a atténué les disparités régionales et a donné la priorité au développement humain dans les régions et particulièrement dans les zones en difficulté. Ils ont favorisé particulièrement l'éducation et la formation de la femme, son accès à l'emploi, et développé les structures de santé de base et de planification familiale. Cette démarche doit être poursuivie, tout en intégrant davantage ces actions dans un plan plus décentralisé

au niveau des collectivités locales et dans une participation plus active des mouvements associatifs.

Pour la période 1996/2000, le programme d'action dans le domaine de la population s'inscrit dans le cadre de cette politique de développement durable.

## La transition démographique

### Vue d'ensemble de la situation démographique

Au lendemain de l'Indépendance (1962), après le départ massif des européens, l'Algérie ne compte que 10 millions d'habitants. Le recensement de 1966 en dénombre 12,1 millions. Et, depuis cette date, l'Algérie entre dans une phase de croissance démographique intense jusqu'en 1987, avec un taux d'accroissement naturel supérieur à 3% durant la période 1966-87 (entre les trois recensements). Mais la population algérienne devrait s'acheminer vers un taux d'accroissement naturel plus modéré, inférieur à 2% en l'an 2000.

En outre, la population a connu durant la période coloniale et pendant la guerre de libération (1954-62) des déplacements forcés sans précédent dans l'histoire du pays, qui ont dépeuplé les campagnes et accentué les déséquilibres régionaux. L'urbanisation de la population algérienne ne dépassait guère les 33% en 1966 et se situe actuellement à 57% (1995-96) ; elle sera supérieure à 82% en 2020. En d'autres termes, un algérien sur trois vivait en milieu urbain en 1966, un sur deux est déjà citadin en 1995, quatre sur cinq seront citadins en l'an 2000 et un peu moins de neuf personnes sur dix le seront en 2020.

### La mortalité

Le niveau de mortalité générale était très important au lendemain de l'Indépendance (1962). Les décès n'ont cessé de progresser avec le temps : de 115 000 en 1963, ils ont atteint 180 000 en 1995. Cependant, le taux de mortalité global a régressé de 14,9‰ en 1966 à 6,6‰ en 1995. L'objectif est de réduire la mortalité générale à l'horizon 2000 à un seuil inférieur à 6‰.

S'agissant de la mortalité infantile, les résultats sont plus significatifs encore. La réduction de son niveau de 180‰ en 1962 à 56‰ en 1995 confirme les efforts de l'Etat dans le secteur sanitaire. Les objectifs visent à ramener ces taux à 35‰ en 2000 et à 13‰ en 2020. Cependant, son maintien et sa stabilité depuis 1995 inquiètent les services de la Santé Publique.

Enfin l'espérance de vie a la naissance est passée entre 1960 et 1996 de 47 ans à 68 ans. Elle se situait à 53,4 ans en 1970, à 57,4 ans en 1986 et à 67,4 ans en 1992. Elle a progressé de 21 ans en 36 ans. C'est apparemment le progrès le plus réjouissant et le plus constant depuis l'Indépendance. Il est le plus important constaté au niveau du Maghreb. L'objectif fixé pour 2018 est d'atteindre une espérance de vie de 75 ans.

La réduction de la mortalité générale et infantile et la progression de l'espérance de vie à la naissance sont le reflet des progrès indéniables du système sanitaire et de l'amélioration des conditions de niveau de vie de la population.

L'action sur les déterminants majeurs de la santé publique s'est faite par le développement lui-même, dans ses aspects les plus élémentaires et les plus primordiaux : l'accès à l'eau potable, la construction d'égouts et de latrines, la protection maternelle et infantile, la diffusion de la prévalence contraceptive (qui augmente l'espacement des naissances et diminue la fréquence des grossesses à risques), l'extension de la couverture vaccinale, l'accès à l'électrification rurale, le désenclavement des agglomérations secondaires, le rôle de l'instruction et de l'éducation sanitaire, etc.

Mais les succès les plus spectaculaires de sa baisse ont été surtout dus à la lutte contre certains fléaux tels que le paludisme, la tuberculose et la variole qui ont pu être maîtrisés par l'importation de mesures de santé publique relativement peu coûteuses au lendemain de la fin de la deuxième guerre mondiale. En effet, les progrès importants des antibiotiques, peu coûteux (ou gratuits) et d'un emploi facile, expliquent, avec le degré d'ouverture culturelle et le niveau corrélatif de développement, le recul important de la mortalité.

De plus en plus de maladies du type de celles des pays industrialisés commencent néanmoins à faire leur apparition, telles que les maladies cardio-vasculaires ou certaines maladies respiratoires et digestives.

## La fécondité

De 1962 à 1985, l'Algérie a connu une croissance continue et soutenue du nombre annuel absolu des naissances. Celui-ci est passé, en effet de près de 500 000 au début des années de l'Indépendance (508 000 en 1965) à près de 864 000 en 1985. A partir de cette date, l'effectif des naissances s'est réduit par paliers successifs (en moyenne 775 000 entre 1990 et 1995). Cette tendance à la baisse est plus nette à partir de 1995 (en 1996 et 1997 le niveau atteint est respectivement de 654 000 et 647 000). Le taux de natalité a connu une chute très importante entre 1966 et 1995 passant de 50‰ à 25,3‰. Il pourrait être inférieur à 20‰ en 2020.

D'un seuil de 200‰ en 1979-80, le taux global de fécondité est en nette régression et tout laisse à penser qu'il le demeurera jusqu'à l'horizon 2020 ; en 1995 il se situe à 120‰. Selon les estimations de l'Office National des Statistiques (ONS), l'indice synthétique de fécondité est passé de 7,9 enfants par femme en 1970 à 7,1 en 1979, 4,4 en 1992, 4,0 en 1995 et 3,1 en 1997. Ces chiffres sont en-deçà des objectifs que l'ONS s'était fixée pour l'an 2000 (3,3).

L'analyse des déterminants nous permet de mieux comprendre l'évolution passée et d'énoncer des éléments de politique en matière de population. Nous insisterons ici sur deux facteurs, la nuptialité et l'éducation. Plusieurs enquêtes et analyses ont montré que plus la femme est instruite, plus elle se marie tardivement et plus elle a tendance à utiliser un moyen contraceptif. Ceci est encore plus accentué si elle réside en milieu urbain. D'une façon générale, le niveau d'instruction de l'épouse, plus encore que celui de l'époux, se révèle déterminant. L'instruction et l'urbanisation agissent donc sur la fécondité dans le sens de la baisse.

En vingt cinq ans, l'âge au premier mariage des jeunes filles est passé de 18,3 ans en 1966 à 23,7 ans en 1987 et à 25,9 ans en 1992, soit un allongement de 7,6 ans. Celui des hommes est passé de 23,8 ans à 27,6 ans soit un accroissement de 3,8 ans. L'écart ira en s'accroissant jusqu'en l'an 2000 avec la scolarisation totale de la jeune fille et surtout avec la réduction de la parité fille / garçon au niveau secondaire et universitaire.

Cependant, quelles que soient les difficultés rencontrées (trouver un logement, dégradation du niveau de vie, cherté de la vie, montée du chômage), la nuptialité a connu un doublement entre 1964 (71 000 mariages) et 1989 (147 250) et un nouveau doublement entre 1970 (84 800) et 1995 (176 000).

Cette évolution se produit dans le cadre de changements globaux au sein de la société se traduisant par des transformations du rôle de la femme et des relations entre les parents et les enfants.

Le niveau d'instruction est également un déterminant important. En effet, le taux de scolarisation des filles entre 6 et 13 ans est passé durant l'année scolaire 1962-63 de 32,9% à 73% en 1990-91. Cette progression de la scolarisation des enfants, et plus particulièrement des filles, a fait qu'à partir de 1985, de plus en plus de femmes entraient instruites dans la vie féconde, et cela s'est répercuté sur leur comportement procréatif. L'Algérie a consacré depuis l'Indépendance plus du quart de son budget global (fonctionnement et équipement) à l'éducation, ce qui place ce pays à l'avant garde des pays en voie de développement luttant contre l'analphabétisme. Cet effort soutenu s'est concrétisé par la scolarisation à 90% de la tranche 6-14 ans et la quasi-totalité des enfants de 6 ans en 1996.

Durant cette période (1967-89), le taux d'accroissement annuel de la population était supérieur à 3% et l'accroissement annuel des effectifs scolarisés évoluait au rythme de 5,2%. C'est ce qui explique que le taux de scolarisation des 6-14 ans, de l'ordre de 45,9% en 1967, n'ait pu atteindre les 100% en 1995 (89%) et se situe à 95% pour les enfants de 6 ans.

Les progrès enregistrés pour le sexe féminin sont plus éloquents. En 1967, le taux de scolarisation des 6-14 ans était voisin de 34,2%, et il est passé à 94% en 1995. L'écart entre le taux de scolarisation des enfants de 6 ans des deux sexes a été réduit en 23 ans de 16 points (de 27 en 1967 à 11 en 1990).

La priorité accordée à l'éducation, en plus du droit au savoir, contient en elle-même les prémices d'une politique démographique : la scolarisation de la jeune fille entraîne un âge moyen au mariage plus tardif et le programme national de maîtrise de la croissance démographique peut s'adresser à des générations alphabétisées.

La participation de la femme à l'activité économique a également un grand impact sur la fécondité. Le travail à domicile ou familial et surtout le travail dans le secteur moderne de la femme mariée a une influence déterminante sur le niveau de la fécondité. Or le taux d'activité des femmes a été en hausse constante depuis l'Indépendance. La part des femmes dans la population active totale est passée de 6,7% en 1977 selon le 2ème recensement de la population à 9,7% en 1989 selon les résultats de l'enquête sur la main-d'œuvre et la démographie [6]. Pour la même période, le taux d'activité pour les femmes est passé de 2,6% en 1977 à 4,5% en 1989. Les âges de forte activité se situent entre 20 et 35 ans.

L'évolution familiale et l'activité féminine ont joué également un rôle dans les changements des relations et des comportements sociaux. Et ces changements de la structure sociale agissent de façon certaine sur le niveau de la fécondité. Le désir de limiter sa descendance semble assez répandu, mais reste soumis à un certain nombre de conditions. Les femmes ne veulent pas mettre au monde des enfants tout au long de leur période reproductive, mais préfèrent cesser de procréer lorsqu'elles ont atteint le nombre d'enfants qu'elles désirent, quel que soit leur âge ou la durée de leur mariage ; ce moment est celui où le nombre désiré de garçons est atteint.

## Conséquences et perspectives : jeunesse de la population

Comme pour le reste du monde en développement, la période de croissance maximale (3,3%) se situe dans les années soixante à quatre-vingt. Depuis le début des années quatre-vingt cependant, la chute de la fécondité provoque un ralentissement notable. La jeunesse de la population crée toutefois une inertie dans la baisse du taux de croissance ; le ralentissement en cours n'en est que plus frappant.

La proportion des 0-14 ans par rapport à la population totale a diminué de 9,5 points entre 1966 et 1996. Elle est passée de 48,1% à 38,6%. Ce pourcentage diminuera encore entre 2000 et 2020, passant de 35,7% à 26,3%. En d'autres termes, au lendemain de l'Indépendance, un algérien sur deux avait moins de 15 ans, alors qu'en 2020 seulement un algérien sur quatre aura moins de 15 ans.

En valeur absolue, il s'agit d'un effectif qui oscillera entre 10,6 millions d'individus en 1990 à 11,6 millions en 2020, soit l'équivalent de la population algérienne à la veille du recensement de 1966.

L'évolution des 0-19 ans est un peu différente car elle se caractérise par une stabilité des effectifs entre 2000 et 2020, estimés à 15 millions de jeunes, soit l'équivalent de la population algérienne en 1975. La proportion des 0-19 ans par rapport à la population totale passera de 50,6% en 1995 à 34,9% en 2000.

Enfin, il est utile de voir l'évolution de la tranche d'âge des 15-64 ans. Sa progression est rapide et exigera une croissance économique stable et durable. En 1990, cette population était évaluée à 13,5 millions ; elle doublera en 2015 et atteindra les 30 millions en 2020 (au rythme annuel de 4%, soit 540 000 personnes actives supplémentaires chaque année). Cette tranche d'âge représentait en 1966 à peine 45,7% de la population totale ; elle atteindra 68% en 2020, soit en valeur absolue l'équivalent de la population algérienne en l'an 2000.

## La politique de population

### Historique et contexte

Au lendemain de l'Indépendance et jusqu'en 1974, les initiatives restent timides : une opération pilote d'espacement de naissances au centre d'Alger en 1967 ; l'adoption en 1974 d'un programme national de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances à travers un suivi pré et post-natal et de vaccination (mère/enfant).

En 1983, la question démographique est analysée comme une contrainte majeure au développement économique et social. La non-réalisation des objectifs fondamentaux fixés par les pouvoirs publics se traduit par la mise en place d'un Programme National de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD), devant conduire à une réduction et une régulation volontariste de l'accroissement démographique dans le respect des valeurs sociales et de l'éthique religieuse. C'est ainsi que l'avortement est interdit, conformément à l'Islam, religion d'Etat.

Dès les années soixante-dix, la législation en matière de santé intègre la promotion de l'espacement des naissances. Le Code de la Santé de 1976 stipule en effet que la

politique nationale en matière d'espacement des naissances par la contraception est basée sur le souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'équilibre mental et social de la famille, et qu'elle vise ainsi à rendre disponible l'ensemble des moyens appropriés et agréés sur les plans médical, sanitaire et éducatif.

La loi relative à la protection et à la promotion de la santé de 1985 reconduit les dispositions sur l'espacement des naissances comme moyen de protection et de promotion de la famille et de préservation de la santé de la mère et de l'enfant. Si les risques auxquels s'expose la santé de la mère et de l'enfant à l'occasion des grossesses fréquentes et répétées sont établis, la contraception peut être autorisée.

Si l'idée est répandue que l'Islam encourage la procréation, les penseurs musulmans estiment qu'il s'agit là non d'une obligation qui limite la liberté des couples mais d'une incitation pour ceux qui disposent des moyens pour en assumer les conséquences physiques et matérielles. Le Prophète a déclaré que « le comble du malheur que peut connaître un homme est d'avoir une famille nombreuse et être dans le besoin matériel ». Si ces moyens ne sont pas réunis, les époux ont la liberté de décider de s'abstenir de procréer ou de limiter le nombre de leurs enfants. Ils sont libres d'organiser leur vie de couple et leur vie conjugale et familiale en fonction de leurs contraintes objectives et de leur choix de vie. Ceci fait partie de l'exercice de la liberté en Islam. La contraception est permise si elle est motivée par des raisons légales et légitimes. El Ghazali résume ces raisons : si un conjoint est affecté d'une maladie transmissible, si la santé de la mère est affectée par des grossesses répétées, si les conditions modestes du mari ne lui permettent pas de subvenir aux besoins d'une famille nombreuse, si la mère veut espacer ses naissances, et si la femme veut préserver sa beauté. Par ailleurs, l'Islam interdit la pratique de l'interruption volontaire de la grossesse à moins qu'elle ne « constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'elle soit pratiquée par un médecin ou chirurgien après avis donné par l'autorité administrative ».

## Objectifs

À la veille de l'an 2000, l'Algérie traverse une situation difficile. Son développement a été perturbé depuis 1990 : sa population continue à croître de plus de 550 000 personnes par an, sa mortalité infantile reste stationnaire (55‰), son chômage augmente (supérieur à 29%). Les investissements de l'État, qui correspondaient à plus de 12% du PNB avant 1988, n'en représentent plus que 7,6% en 1995. Le PNB par tête a régressé de 2 400\$ en 1984 à 1 771\$ en 1993 et à 1 377\$ en 1995.

Toutes ces contraintes incitent les pouvoirs publics à réajuster les stratégies de développement et à opter pour un plan d'action plus audacieux à l'horizon 2000 : améliorer la santé maternelle et infantile (atteindre un taux de mortalité infantile de 35‰, un taux de mortalité maternelle de 1,1‰, soit une réduction de 50% de la mortalité maternelle et infantile par rapport à 1990, et relever le niveau de l'espérance de vie à la naissance à 70 ans), atteindre les 60% de prévalence contraceptive moderne (2% d'amélioration par an dont 20% pour le DIU et 10% d'utilisation de contraceptifs injectables et l'intégration des implants hormonaux.), ramener le taux d'accroissement à 1,9% et l'indice synthétique à 3,3 enfants par femme, et améliorer la

pratique de planification familiale (qualité des services). De façon plus précise, les pouvoirs publics cherchent à :

- améliorer les conditions de vie des femmes rurales et les amener à accepter les pratiques de planification familiale en valorisant toutes les capacités du système national de santé (public et privé) pour prendre en charge les nouvelles actions de planification familiale, en mettant à la disposition des populations toute la gamme des produits contraceptifs, gratuitement ou remboursables par la sécurité sociale, et en intégrant étroitement l'activité de planification familiale et l'ensemble des actions de protection de la santé maternelle et infantile ;
- adapter les programmes aux différentes catégories de population (rural, urbain, grandes multipares, etc.) et faire participer plus activement les associations liées aux problèmes de la population, de la santé, de la femme rurale, de la recherche démographique ;
- protéger par des mesures sociales la famille et l'enfant démunis (filet social, femmes au foyer, retraites, etc.) et maintenir la gratuité des soins pour les catégories les plus atteintes par la crise<sup>2</sup>.

Pour cela, le Ministère de la santé et de la population initie un vaste programme de renforcement du cadre organisationnel et institutionnel et des actions visant à une meilleure accessibilité des services de planification familiale, une sensibilisation, une information et une éducation des différentes couches sociales (urbain et rural).

## Situation actuelle et limites

Le réseau d'infrastructures publiques délivrant les prestations de SMI/PF s'élève à près de 5 400 unités (soit une unité pour 5 000 habitants), dont environ 2 500 unités qui offrent les prestations de planification familiale. Le nombre de lits de maternité et de gynécologie obstétrique est estimé à 10 780, soit un lit pour 592 femmes en âge de reproduction ; rapporté au nombre annuel de naissances, il donne un ratio d'un lit pour 72 naissances par an, révélant ainsi une couverture sanitaire de la maternité largement suffisante (un lit pouvant être occupé 5 jours par accouchement).

A titre indicatif, pour l'année 1996, on dénombre plus de 1,9 millions de consultations liées aux activités de planification familiale, soit un ratio national moyen de 5 consultations par jour et par structure sanitaire.

Par ailleurs, le nombre de nouvelles contraceptrices est évalué à 270 000 en 1996, alors que les perspectives à l'horizon 2000 en prévoyaient en moyenne 150 000.

Le personnel dispensant des soins de santé reproductive est également important ; l'effectif des sages-femmes ou assimilées s'élève à 7 040 en 1994 soit une sage-femme pour 906 femmes en âge de procréer. La gynécologie obstétrique occupe le premier rang en termes de nombre de spécialistes : il est dénombré 913 gynécologues, soit un ratio de 14,2 pour 10 000 femmes en âge de procréer ou un gynécologue pour 7 000 femmes en âge de reproduction. A titre de comparaison, le nombre de gynécologues était estimé à 48 à la fin des années soixante-dix.

Toutefois, malgré ces moyens humains et infrastructurels quantitativement importants, les structures de santé impliquées dans la planification familiale restent peu attractives et ne prennent en charge que la moitié des contraceptrices. Malgré la

2. A l'inverse, depuis octobre 1995, certains avantages sociaux sont plafonnés à cinq enfants.

densité du réseau existant, les zones éparses, qui regroupent 30% de la population algérienne, restent faiblement desservies. Par ailleurs, il n'existe pas d'équipes mobiles pour une action de planification familiale de proximité. L'activité de planification familiale (en dehors des 361 centres de planification familiale intégrés) n'a été intégrée que partiellement au sein des 446 polycliniques, des 1100 centres de santé et certaines salles de soins parmi les 4 250 existantes (dont 536 non fonctionnelles). De plus, les maternités sont restées jusqu'à fin 1994, totalement séparée de la planification familiale.

L'activité de planification familiale repose toujours essentiellement sur les sages-femmes ou assimilées qui constituent 75,4% du personnel affecté à cette activité, les médecins représentant 6% des effectifs. Pourtant, la démographie médicale qui se traduit par un ratio d'un médecin pour 1000 habitants ne justifie plus cette situation qui conduit à une certaine dévalorisation de l'activité de SMI/PF par le personnel médical.

Le personnel affecté à l'activité de SMI/PF est le plus souvent chargé de plusieurs activités (accueil, information, vaccinations, suivi de la femme enceinte, planification familiale) : la planification familiale devient par là-même une activité menée à temps partiel. Il reste généralement « peu offensif » : les prestations de planification familiale sont fournies « à la demande ». C'est ainsi que parmi la clientèle, moins de la moitié des femmes (49,5%) ont déclaré avoir été sensibilisées par le personnel à la contraception à l'occasion d'autres visites (suivi de l'enfant ou suivi de la grossesse).

Les clientes viennent généralement à la structure par habitude et commodité personnelle ; la proximité du centre intervient dans 48% des cas. Les clientes ne fréquentent l'unité suite à un « recrutement » par le personnel que dans 1% des cas. Les structures ne disposent ainsi généralement pas de système de recrutement de nouvelles clientes ni de système de « récupération des perdues de vue ».

L'activité de planification familiale n'a donc pas le dynamisme nécessaire à un programme incitatif et volontariste. La faible prévalence du DIU dans les structures publiques en est un indice : en effet même si 68% des personnels sont formés à la pose de DIU (contre 33% en 1988), et malgré la disponibilité du produit, la prévalence du DIU reste faible (16%). Pourtant, la sage-femme intervient dans 48% des cas dans le choix de la méthode, mais la prescription du DIU, plus contraignante, est délaissée au profit de la contraception orale.

Toutefois, les prestations fournies sont de bonne qualité. En effet, la clientèle se déclare généralement satisfaite des prestations fournies dans 88% des cas. L'attente est faible (moins de 30 minutes dans 67% des cas). Un examen préalable à la prescription de la contraception est réalisé dans 97% des cas : la clientèle est fidèle à la structure, 53% des clientes fréquentant depuis plus de trois ans la même unité.

Ainsi, le recours à la contraception semble davantage lié à des changements dans les attitudes et comportements sociaux en matière de procréation qu'à une réelle offensive du programme national. La disponibilité des structures, la gratuité des prestations ont sûrement contribué à renforcer l'adhésion de la population. Parmi les clientes des unités de SMI/PF, près de 90% se déclarent prêtes à utiliser la contraception dans le futur.

Le renforcement de la pratique contraceptive d'ici la fin de la décennie pour atteindre l'objectif fixé par le programme national, va donc nécessiter une plus grande implication des structures publiques dans l'activité de planification familiale.

## La connaissance et la pratique de la contraception

Nous nous sommes appuyés sur différentes enquêtes menées entre 1970 et 1995 : l'Enquête Nationale Démographique en 1970 organisée par l'Association Algérienne pour la recherche Démographique, Economique et Sociale (ARDEES), l'enquête Main d'œuvre et Démographique (MOD) en 1984, l'Enquête Nationale Algérienne sur la Fécondité (ENAF) en 1986, l'Enquête Nationale de Santé (ENS) en 1990, mais surtout l'enquête PAPCHILD en 1992, l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (EASME) en 1992, et l'enquête nationale sur les objectifs à mi-décennie (MDG) en 1995.

La prévalence contraceptive était estimée à 54%, en 1995. Elle était de 51% en 1992, 41% en 1990, 36% en 1986, 25% en 1984 et à peine 8% en 1970. Sa progression fut donc constante. La contraception concerne 57,5% des femmes en âge de procréer en milieu urbain et 44,1% en milieu rural. Soixante-quinze pour cent des femmes mariées en âge de procréer ont pratiqué la contraception au moins une fois (pilule : 70,3%, DIU : 18,5%, ou spermicides : 2%).

### Connaissance

Le niveau de connaissance des femmes non célibataires concernant la pratique de la contraception est de 99% en milieu urbain et 95% en milieu rural.

Les méthodes traditionnelles sont connues par plus de 85% des femmes, dont 80% pour la méthode de l'allaitement. Les méthodes modernes sont plus connues, puisque respectivement 98% et 92% des femmes urbaines et rurales sont informées des pratiques contraceptives, y compris le stérilet ( 86%).

Les femmes mariées connaissant les pratiques contraceptives, mais refusant de les utiliser, le font pour des motifs dominés en 1992 selon l'enquête EASME par l'infécondité du couple et la ménopause (23,7%). Les effets secondaires ne sont évoqués que par 14,6% des femmes. L'opposition du mari (11%) ainsi que l'interdit religieux (6,9%) restent négligeables.

La région des Hauts Plateaux enregistre le taux le plus bas de connaissance des pratiques contraceptives (70%) devant le Sahel et le Sud (77% et 76% ). La connaissance des méthodes modernes est meilleure au Sahel (70%) que dans les Hauts Plateaux (61%) ou au Sud (59%).

### Utilisation actuelle

La première utilisation d'un moyen de contraception varie selon la descendance atteinte, l'âge et le milieu géographique. Elle est faible avant l'arrivée du premier enfant ( 3% ) ; elle atteint son maximum après le premier enfant (29%) ; et elle se stabilise entre le deuxième et le cinquième enfant.

En 1992, 49% des femmes mariées ne pratiquent aucune contraception. Parmi celles qui utilisent un moyen de contraception, 81% souhaitent espacer leurs naissances contre 18% qui voudraient limiter ou arrêter leur descendance.

### Par milieu

Le milieu urbain, d'une manière générale, est plus propice à l'acceptation de la pratique contraceptive que le milieu rural.

Cinquante deux pour cent des femmes mariées dans le rural dont la descendante atteinte est de cinq enfants, ne pratiquaient en 1992 aucune contraception et leur nombre est relativement important en milieu urbain (37,5%). Une enquête récente révèle que : 48,3% des femmes utilisent une contraception; en zone rurale, ce taux est de 42%.

Cependant, la prévalence contraceptive ne diffère pas significativement selon le milieu. Elle se situe à 57,2% en 1995 dans le milieu urbain, et à 56,6% en zone rurale. En 1992, la prévalence en milieu urbain était la même qu'en 1995, mais en milieu rural, la prévalence n'était que de 44,1%. Elle a donc connu une nette progression en trois ans. Tout porte à croire que ces dernières années, l'amélioration de la prévalence contraceptive n'a concerné que le milieu rural qui a ainsi rejoint le niveau du milieu urbain (Tab. 1).

**Tableau 1 : Évolution de la contraception entre l'enquête PAPCHILD (1992) et MDG Algérie (1995) selon le milieu**

	EASME		MDG	
	Urbain (%)	Rural (%)	Urbain (%)	Rural (%)
Pilule	43,0	34,4	40,4	47,8
DIU	3,5	1,2	6,2	1,6
Toutes méthodes	57,5	44,1	57,2	56,6

### Par région

La prévalence contraceptive diminue du nord au sud : elle passe de 63% à Oran à 48,2% au sud du pays. La région de l'Est a un taux de prévalence de 57%. Elle a rattrapé son retard de 1986 où le niveau atteint était de l'ordre de 27%. La région du Centre enregistrait un taux de prévalence de 56%.

### Par âge

Parmi les 25-34 ans, 54% utilisent un moyen de contraception. Ce pourcentage ne dépasse pas 50% pour les femmes mariées en milieu rural, et atteint 60% en milieu urbain.

L'intention de non-contraception dans les 12 mois à venir est de 74% pour les 15-19 ans, de 64% pour les 25-29 ans et de 91% pour les 45-49 ans. Les femmes jeunes et les plus âgées sont donc celles qui ont les intentions de non-contraception les plus élevées.

Les 15-24 ans sont celles dont l'utilisation de contraceptifs (pilule ou autres) est la plus faible (56%), alors que les 25-34 ans et les 35-49 ans ont une utilisation de contraceptifs élevée (79%).

## Méthode

En 1992, 51% des femmes mariées utilisent une méthode contraceptive. Quarante trois pour cent recourent à des méthodes modernes, dont 39% à la pilule et seulement 2,5% au stérilet. L'usage des méthodes traditionnelles a lentement régressé, passant de 13% en 1986 à 8% en 1992. L'allaitement maternel reste la méthode traditionnelle la plus répandue.

L'utilisation de la pilule est passée de 39% en 1992 à 43% en 1995. Cette augmentation a été réalisée surtout en milieu rural (34% en 1992 et 48% en 1995). L'utilisation de la pilule est la plus répandue (76%), quels que soient le milieu géographique (urbain : 75%, rural : 78%) et le niveau d'éducation (analphabète : 77%, primaire : 76%). Les autres méthodes sont peu utilisées (l'allaitement prolongé : 8%, le stérilet : 5%, la méthode du retrait : 3,4%, la méthode du calendrier : 3%, le condom : 0,9%, et le reste concerne les gelées, la stérilisation, les injections et autres).

Le port du DIU a presque doublé, passant de 2,4% en 1992 à 4,1% en 1995. Cette augmentation a été surtout observée en milieu urbain (3,5% en 1992 et 6,2% en 1995). Il demeure stationnaire en zone rurale (1,2% en 1992 et 1,6% en 1995).

## Parité

Le taux de prévalence est plus faible lorsque dans la descendance, il n'y a pas de garçons (29%) et il est le plus élevé lorsque la descendance comprend une fille et trois garçons (68,5%). En effet, lorsque le nombre désiré d'enfants par les femmes mariées âgées entre 35 et 49 ans correspond à la combinaison 3 garçons et 1 fille, on observe le taux le plus élevé (90%) des femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants. La combinaison 2 garçons, 2 filles, semble être la structure idéale de la taille de la famille pour les femmes âgées de moins de 25 ans.

Le désir après quatre enfants d'avoir un garçon est encore fort lorsqu'il n'y a que des filles (71%) ou lorsque le nombre de filles est supérieur à celui des garçons (59,2%). Ce désir est plus visible à la parité trois où plus de 85% désirent toujours avoir le sexe manquant et il est de 100% à la parité cinq.

## Instruction

Le taux d'utilisation de moyens contraceptifs augmente avec le niveau d'instruction. Les femmes instruites de 35-49 ans sont plus contraceptantes (72%) que les femmes analphabètes de 15 à 24 ans (44,6%).

## Désir d'enfant

Les femmes urbaines et rurales sont en moyenne plus sensibles à la pratique contraceptive respectivement après deux et trois enfants.

En 1992, 46% des femmes de 25 à 29 ans ont pratiqué la contraception dès l'arrivée de leur premier enfant, alors que les femmes mariées âgées de 45 à 49 ans étaient moins nombreuses à le faire après leur premier enfant (8%) et seulement 17% après le deuxième.

Soixante-neuf pour cent des femmes qui ont une descendance réduite d'un enfant sont favorables et ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive. Celles qui

ont déjà assuré leur descendance de cinq enfants et plus et qui sont intéressées à le faire représentent 67%.

La répartition est la suivante : 25% des femmes ayant déjà eu deux enfants ne veulent plus avoir d'autres enfants; 41,5% pour celles ayant déjà trois enfants; 64,6% pour celles ayant quatre enfants et 79,1% pour celles ayant cinq enfants et plus.

Par ailleurs, chez les femmes récemment mariées, ayant un régime de fécondité dit traditionnel ou ayant déjà utilisé un moyen de contraception, 57% recourent à une méthode contraceptive après la première naissance, 35% après la deuxième naissance et seulement 8% après la quatrième naissance. Pour les femmes ayant déjà utilisé un contraceptif, la première utilisation après le premier enfant n'est que de 35%.

## Pratique future

Les effectifs féminins des tranches d'âge entre 15 et 49 ans vont augmenter entre 1995 et l'horizon 2020 de 5,3 millions à 9,25 millions de femmes en âge de procréer. Parmi elles, 50% seront encore indécises quant à l'utilisation d'une méthode contraceptive (54% en milieu rural et 44% en milieu urbain). Les femmes mariées non contraceptantes actuellement, désireuses d'utiliser la contraception dans les 12 mois à venir sont peu nombreuses (20,7%); plus des deux tiers (72,3%) ne désirent pas et seulement 7% des femmes sont hésitantes.

**Tableau 2 : Intentions d'utilisation de la contraception dans l'année (MDG Algérie 1995)**

Intentions	Effectifs	Fréquence (%)
Non désireuses	795	72,3
Désireuses	225	20,7
Hésitantes	77	7,0

Parmi les non-utilisatrices, 9% pensent se décider avant une année, près de 32% retardent cette utilisation après 12 mois de mariage et 9% sont encore indécises avec une prédominance en milieu urbain (11%) par rapport au milieu rural (7%).

\*

\* \*

Les progrès réalisés en matière de planification familiale notamment depuis la fin des années quatre-vingt, montrent que le comportement de la population algérienne dans le domaine de la procréation, malgré un contexte social difficile, va dans le sens d'une maîtrise de la fécondité. Le recours à la contraception contribue pour une part non négligeable à la baisse de la natalité et partant à l'infléchissement de la croissance démographique.

Malgré l'engagement politique affirmé depuis 1983 pour la réduction du croît de la population, l'activité de planification familiale déployée dans les structures publiques reste en-deçà des attentes d'un programme de masse qui se veut énergique. L'offre de la contraception continue à répondre à la demande exprimée, sans

avoir l'attitude incitative qu'aurait exigé une politique active dans le domaine. Ainsi, la population a été dans le domaine de la planification familiale « plus vite » que les politiques.

Des gains rapides pourront de ce fait être obtenus en matière de réduction de la fécondité et d'augmentation de la planification familiale, si un programme plus efficace et mieux adapté aux besoins de la population est mis en œuvre.

Les infrastructures de santé publique devraient disposer d'un encadrement suffisamment polyvalent, afin de répondre aux nouvelles demandes, prendre en considération les souhaits de chaque femme en tenant compte de sa catégorie socio-professionnelle et de son niveau culturel, et lui proposer ainsi la méthode contraceptive la mieux adaptée. On ne peut pas avoir en effet une stratégie ou une politique démographique homogène pour l'ensemble du territoire et une application « standard » pour la totalité des femmes.

La contraception ne doit plus être étudiée d'une manière isolée, mais doit être intégrée dans l'activité de la santé de la reproduction et de la planification familiale.

D'ores et déjà, l'option de redynamiser l'activité de planification familiale dans les structures publiques est retenue. Le programme à moyen terme fixe notamment pour objectifs :

- l'intégration de la planification familiale dans tous les soins de santé maternelle dans une approche globale de la santé reproductive; cette activité intègre également la prévention et le traitement de la stérilité;
- l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs agréés et notamment des méthodes de longue durée;
- le renforcement de la formation du personnel et l'implication du personnel médical dans l'activité de planification familiale;
- l'amélioration de la qualité des prestations fournies, notamment par une action normative et informative;
- la relance des activités d'information, d'éducation et de sensibilisation en matière de planification familiale, notamment dans les structures sanitaires.

Toutefois, il reste entendu que l'enjeu principal pour relever le défi démographique et favoriser un équilibre en matière de population, est le retour à la stabilité, à la croissance, à la paix sociale, où le couple choisira en toute liberté sa descendance dans un environnement accueillant.

## Bibliographie

1. ASSOCIATION ALGÉRIENNE POUR LA RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE ÉCONOMIQUE (AARDES), 1970, *Enquête démographique nationale*.
2. BEL KACEM L. *et al.*, 1994, PAPCHILD-EASME (Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant) 1992, ONS, FNUAP, Ligue arabe, Le Caire, 402 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1995, *Enquête nationale sur les objectifs à mi-décennie (MDG)*, Alger.
4. MOKADEM A. et BOUISSRI A., 1998, *Objectifs démographiques et Stratégies contraceptives*, FNUAP-CENEAP.
5. OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS), 1984, *Enquête main d'œuvre et démographie (MOD)*.
6. OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS), 1991, *Enquête main d'œuvre 1989*, Alger, 255 p.
7. OMRANE A., 1994, *L'organisation familiale dans le patrimoine musulman*, Édition du Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de Population (FNUAP).

# 31. Transitions démographiques contrastées : Argentine, Brésil et Chili

Philippe Hamelin<sup>1</sup>

*Qui aurait pu prévoir, il y a vingt ans, que le Brésil atteindrait juste le seuil de la reproduction ? En 1970, l'hypothèse moyenne des projections de population des Nations Unies prévoyait que la population de l'Amérique latine passerait de 284 à 614 millions en l'an 2000. Le CELADE avançait en 1997 pour l'an 2000 le chiffre de 518 millions d'habitants. Une baisse de la fécondité plus rapide que celle retenue par les Nations Unies en 1970 explique cette différence de 20%.*

*Si la baisse de la fécondité a concerné l'ensemble des pays d'Amérique latine, elle s'est produite selon des processus différents. En moins de quarante ans le classement de l'Argentine, du Brésil et du Chili selon leur indice de fécondité, a été totalement inversé.*

*La transition démographique dans ces trois pays a globalement respecté le modèle classique. Mais le rythme et surtout les niveaux de fécondité et de mortalité atteints en fin de transition sont très différents.*

*Quand on examine les déterminants proches ou lointains de la fécondité, il est difficile de mettre en évidence des relations cohérentes qui pourraient expliquer les différences de niveaux observés entre ces trois pays.*

*Nous pouvions nous contenter de l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 quand celui-ci était un objectif à long terme et que les femmes d'Amérique latine avaient en moyenne plus de 6 enfants. Mais au moment où le plus grand pays du continent atteint ce seuil, l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 enfants par femme n'est plus crédible.*

*L'hétérogénéité des niveaux finaux de fécondité et de mortalité et la rapidité des transitions rendent nécessaire des études approfondies sur les modalités de la fin de la transition.*

*Au-delà des problèmes posés par la fin des transitions dans les pays du Sud, c'est la démographie post-transitionnelle qui est à inventer.*

En 1970, l'hypothèse moyenne des projections de population des Nations Unies prévoyait que la population de l'Amérique latine passerait de 284 à 614 millions en l'an 2000. A cette époque, on craignait « une explosion démographique ». Beaucoup pensaient que de nombreux pays rencontreraient de graves problèmes pour nourrir et éduquer la population et lui fournir du travail. On redoutait aussi que la migration de millions de familles rurales vers les villes provoque l'émergence de mégalo-poles cauchemardesques et difficiles à gérer. Cependant la bombe « P » [10] n'a pas explosé. Le CELADE en 1997 estimait à 518 millions le nombre d'habitants de l'Amérique latine en l'an 2000. C'est principalement une baisse de la fécondité plus rapide que celle retenue par les Nations Unies en 1970 qui explique cette différence de 20% entre la population projetée il y a trente ans et la réalité d'aujourd'hui.

1. IRD/AGRIMED.

La transition démographique en Argentine, au Brésil et au Chili a globalement respecté le modèle classique. Mais le rythme et surtout les niveaux de fécondité et de mortalité atteints en fin de transition sont très différents. Nous pouvions nous contenter de l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2.1 quand celui-ci était un objectif à long terme et que les femmes d'Amérique latine avaient en moyenne plus de 6 enfants. Mais au moment où le plus grand pays du continent atteint ce seuil, l'hypothèse d'une stabilisation de l'ISF à 2,1 enfants par femme n'est plus crédible.

A partir de l'exemple de ces trois pays, on peut montrer que l'hétérogénéité des niveaux finaux de fécondité et de mortalité et la rapidité de ces transitions rendent nécessaire des études approfondies sur cette période. Au-delà des problèmes posés par la fin des transitions dans les pays du Sud c'est la démographie post-transitionnelle qui est à inventer.

## Évolution de la fécondité entre 1960 et 2000

La baisse de la mortalité a précédé la baisse de la fécondité [25]. Pour le Brésil et le Chili<sup>2</sup>, la mortalité commence à baisser fortement à partir des années trente et c'est seulement trente ans plus tard que la fécondité entame son déclin après une hausse entre 1940 et 1960. La transition de la fécondité ne se déclenche pas par une réduction de la nuptialité : au contraire, l'âge à la première union diminue et le pourcentage de femmes en union augmente. « L'usage du contrôle de la nuptialité comme mécanisme de régulation démographique n'a jamais été, dans le contexte latino-américain, un modèle socialement acceptable » [25]. C'est principalement l'emploi des méthodes contraceptives modernes qui a permis aux couples d'exprimer leur volonté de réduire leur descendance.

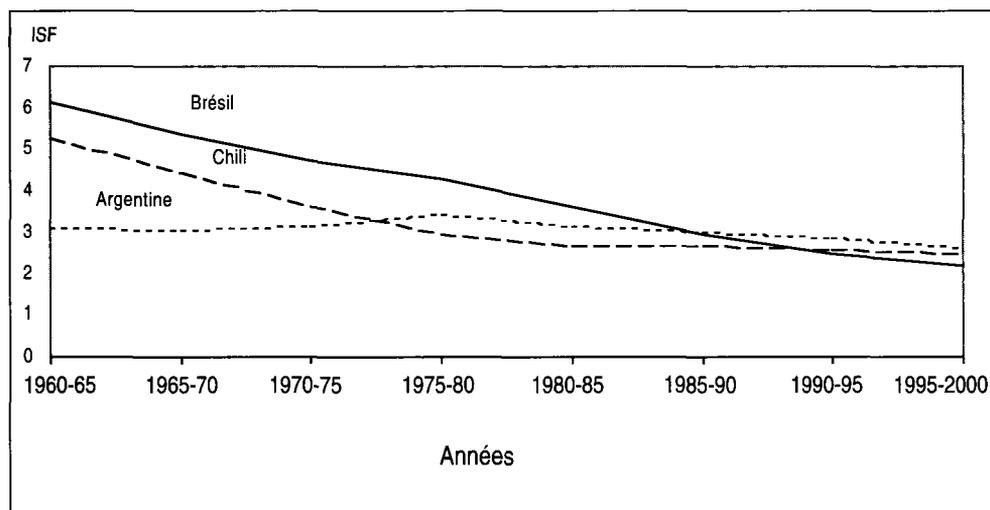
L'étude de l'évolution de la fécondité entre 1960 et 2000 en Argentine, au Brésil et au Chili montre qu'en moins de quarante ans, le classement selon l'indice de fécondité des trois pays a été inversé (Fig. 1). L'Argentine qui avait déjà quasiment achevé sa transition, avait deux fois moins d'enfants que le Brésil au début des années soixante ; elle a aujourd'hui un indice plus élevé que le Brésil, qui atteint le seuil de la reproduction. Le Chili, plus proche du Brésil au début des années soixante, a connu une baisse rapide de la fécondité jusqu'en 1980, qui semble se stabiliser ensuite au-dessus du seuil de reproduction.

Si de manière très globale ces trois pays respectent le schéma classique de la transition démographique, les modalités et les niveaux des facteurs restent très variés. L'Argentine qui était déjà à la fin de la phase de la transition de sa fécondité en 1960, est toujours quasiment au même niveau quarante ans plus tard. Il y a deux manières d'interpréter ce résultat : soit l'Argentine a achevé la deuxième phase de la transition avec une stabilisation de la fécondité à un niveau élevé ; soit la fin de sa transition démographique est très lente. Au Brésil, durant la même période le nombre d'enfants par femme a été divisé par 3. La baisse a été forte et régulière et aucun signe, aujourd'hui, ne permet d'affirmer que cette tendance à la baisse s'arrêtera quand le chiffre mythique de 2,1 sera atteint. Au contraire, des effets de structure (arrivée de la première génération de femmes moins nombreuses que la précédente

2. L'Argentine est exclue de cette partie de l'analyse puisqu'en 1960 on considérait déjà qu'elle était à la fin de sa période de transition.

à l'âge de la reproduction) liés à des changements dans le calendrier de la reproduction<sup>3</sup> pourraient faire baisser le taux de fécondité au Brésil bien en dessous du seuil de remplacement durant la prochaine décennie. Le Chili après avoir connu une baisse très rapide en début de période semble depuis le milieu des années quatre-vingt voir sa fécondité stabilisée. Suivra-t-il le modèle argentin ou, après une pause, la baisse de la fécondité reprendra-t-elle ?

**Figure 1 : Évolution de l'ISF entre 1960 et 2000**



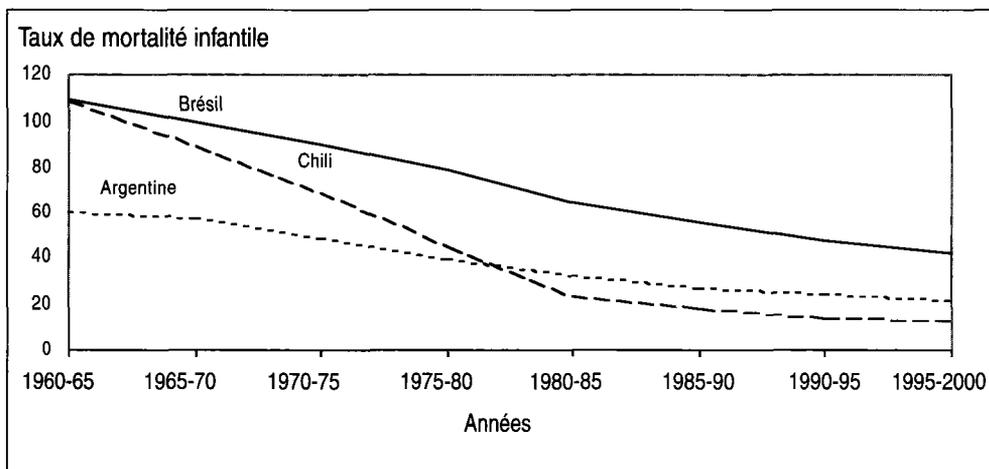
## Évolution de la mortalité entre 1960 et 2000

Les taux bruts de mortalité ont baissé dans les trois pays entre 1960-1965 et 1995-2000 [6] : faiblement en Argentine (de 8,8‰ à 7,9‰), de manière plus prononcée au Brésil et au Chili (respectivement de 12,5‰ à 6,8‰ et de 12,1‰ à 5,6‰). Les structures des populations influencent fortement les taux bruts de mortalité ; il est donc plus intéressant pour cette étude de considérer l'évolution des taux de mortalité infantile.

La mortalité infantile baisse dans les trois pays mais à des rythmes différents (Fig. 2). Selon son taux de mortalité infantile actuel (50‰), le Brésil se classe parmi les derniers pays d'Amérique latine, juste derrière Haïti et la Bolivie, alors que son niveau de fécondité le classe dans les premiers derrière Cuba.

A l'inverse, le Chili, avec un taux très bas (12‰) obtenu grâce à une politique de santé materno-infantile conduite par l'État depuis les années soixante, semble voir sa mortalité infantile stabilisée.

3. Après une baisse de l'âge moyen à la première naissance, qui a accompagné la baisse de la fécondité, on observe une hausse de cet âge moyen par le passage d'une contraception d'arrêt à une planification de la descendance.

**Figure 2 : Évolution du taux de mortalité infantile entre 1960 et 2000**

Quand on compare l'évolution de la fécondité et de la mortalité infantile pour ces trois pays globalement, les événements semblent liés ; mais au niveau du détail et de la comparaison entre pays il est impossible d'établir des corrélations ou des relations de causalité. L'évolution de la mortalité infantile paraît beaucoup plus liée aux politiques (volontaristes ou non) et, dans une moindre mesure, à l'évolution générale du niveau de vie (Tab. 1).

## Quelques facteurs explicatifs

*La contraception* : environ un tiers des femmes entre 15 et 45 ans utilisent une méthode contraceptive moderne dans les trois pays. La distinction vient des méthodes employées : alors que la contraception d'arrêt (stérilisation) domine au Brésil, ce sont respectivement la pilule et le stérilet qui dominent en Argentine et au Chili [9 et 14]. On peut penser que la stérilisation, surtout quand elle intervient dès que la parité 2 ou 3 est atteinte et pour des femmes de moins de 30 ans, a une influence sur la fécondité. Mais cette seule variable semble insuffisante pour expliquer les différences entre les trois pays. Il sera sans doute nécessaire de réaliser des études comparatives fines pour savoir si l'utilisation de schémas contraceptifs différents durant le cycle fertile des femmes a une influence sur la constitution de la descendance finale.

*La maternité des adolescentes* est encore un sérieux problème de santé publique dans les trois pays. Au Brésil, au début de la baisse de la fécondité (1965-1980), celle des femmes de moins de 20 ans a augmenté [12] pour diminuer ensuite mais à un rythme plus lent que la fécondité générale. En Argentine, la situation est semblable : le taux de fécondité des femmes de moins de 20 ans est passé de 61‰ en 1960 à 81‰ en 1980 pour revenir à 70‰ en 1991. Mais du fait de la baisse de la fécondité générale, le pourcentage de naissances de mères adolescentes a continué de croître, passant de 10% en 1960 à 15% en 1991. Une naissance sur sept en Argentine provient

d'une mère adolescente [19]. On peut s'attendre à une réduction importante de la fécondité des adolescentes pour au moins trois raisons : l'usage des préservatifs dans le cadre de la prévention du SIDA, les campagnes sur les risques pour la santé materno-infantile des grossesses précoces et surtout l'allongement de la durée des études dans les cycles secondaire et universitaire des jeunes femmes.

**Tableau 1 : Évolution du niveau de vie, de la fécondité et de la mortalité infantile entre 1960 et 2000**

	Argentine			Brésil			Chili		
	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile
1960-65	3740	3,09	59,65	1081	6,15	109,15	1561	5,28	108,89
1965-70	4287	3,05	57,3	1163	5,38	99,85	1666	4,44	89,07
1970-75	4914	3,15	48,17	1479	4,72	90,19	1893	3,63	68,47
1975-80	5186	3,44	39,00	2120	4,31	78,46	1580	2,95	45,08
1980-85	5397	3,15	32,13	2903	3,63	64,21	2030	2,66	23,67
1985-90	4657	3,00	27,07	2728	2,96	54,85	1858	2,65	18,32
1990-95	4346	2,83	24,25	2715	2,44	47,02	2319	2,54	14,01
1995-2000	5287	2,62	21,75	2871	2,18	42,05	3021	2,44	12,74

\* Le PIB par habitant est le PIB du début de période exprimé en dollars constants de 1990 (par exemple le PIB argentin est de 3740 US\$ de 1990 en 1960).

*Le développement économique* : quand on compare globalement la variation de la fécondité et l'évolution du PIB sur la période 1960 - 1995, le modèle de la transition semble se vérifier. Plus le PIB par habitant croît, plus la baisse de la fécondité est importante (Tab. 2). Mais si l'on change la période de référence (1980-95), on peut conclure exactement le contraire pour l'Argentine et surtout le Brésil (il suffit de bien choisir la période de référence pour vérifier l'hypothèse que l'on veut). Quand on étudie les variations quinquennales (Tab. 1), on voit bien qu'il n'existe pas de corrélation entre la variation du PIB et celle de la fécondité.

Le Chili traversait une crise économique durant la période où la fécondité a fortement baissé (1970-1980) ; tandis qu'elle semble s'être stabilisée lors de la période de forte croissance actuelle. Au Brésil la fécondité a commencé à baisser durant le miracle économique des années soixante-dix et cette baisse s'est accentuée durant la récession des années quatre-vingt. Dans le court et moyen terme il n'y a pas de liaison entre croissance économique et baisse de la fécondité. A long terme certainement, mais peut-on être certain du sens de la relation de causalité ?

*Les politiques* : seul le Chili mène une politique de limitation des naissances depuis 1965. Pour des questions religieuses, elle est non explicite. Basée sur la santé materno-infantile, elle explique très bien l'excellent résultat en terme de mortalité infantile mais très imparfaitement l'évolution de la baisse de la fécondité. L'offre de méthodes contraceptives modernes (principalement le DIU) pour espacer les nais-

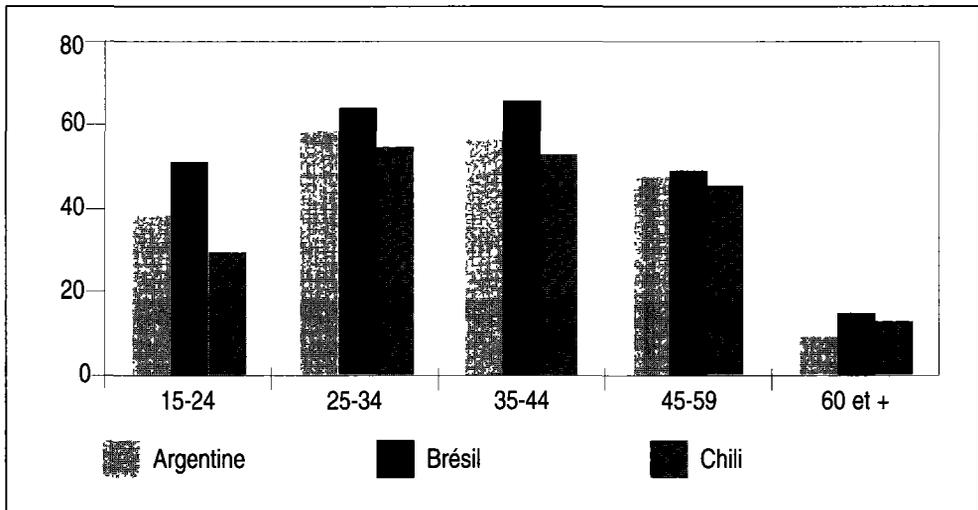
sances (Programme paternité responsable) à travers le système de santé dès 1965, en répondant à une attente, a facilité, voire amplifié, la baisse de la fécondité. Le gouvernement militaire en supprimant le programme paternité responsable et en exigeant l'autorisation du mari pour la stérilisation de la femme [14] n'a pas eu, à priori, d'influence sur l'évolution de la fécondité. En Argentine, l'attribution d'allocations familiales et l'élimination des politiques qui font la promotion du contrôle de la natalité par le gouvernement militaire en 1977 [17] n'ont eu aucune influence sur l'indice de fécondité. Au contraire, la fécondité en légère augmentation depuis le milieu des années soixante recommence à baisser dès le début des années quatre-vingt. Au Brésil, aucune politique de population n'a été mise en place. Le retour à la démocratie a seulement permis en 1986 de supprimer la loi qui interdisait au système de santé publique de pratiquer des stérilisations. Mais comme dans la pratique la loi n'était pas appliquée, cela n'a rien changé. Les politiques de population n'ont un rôle que lorsqu'il existe une demande sous-jacente. S'il existe une demande forte, il n'est pas forcément nécessaire de mettre en place une politique, ce qu'illustre clairement le cas brésilien.

**Tableau 2 : Variation en taux annuel de l'ISF et du PIB entre 1960-95 et 1980-95**

	ISF 1960-95	PIB 1960-95	ISF 1980-95	PIB 1980-95
Argentine	-0,40	1,00	-1,00	-0,13
Brésil	-1,45	2,83	-2,27	-0,07
Chili	-1,24	1,91	-0,51	2,69

Sources : [5] et [7].

**Figure 3 : Pourcentage de femmes actives par groupe d'âge en 1995**



Source : [7].

Le rôle et la place des femmes dans la société semblent être des variables importantes pour la transition de la fécondité. C'est au Brésil que les femmes participent le plus

à l'activité économique pour tous les groupes d'âges. Elles occupent également des postes plus élevés : 10% des Brésiliennes qui travaillent sont cadres supérieurs contre moins de 6% pour les Argentines et les Chiliennes.

Le monde du travail ne reflète encore qu'imparfaitement ce que nous observons à l'université où pour 100 étudiants, nous avons 51 femmes en Argentine, 54 au Brésil et seulement 45 au Chili. La place et le rôle de la femme dans la société sont des variables importantes qui permettent d'expliquer, au moins en partie, les différences de fécondité que nous observons entre pays quand l'indice atteint un niveau bas.

## La fin de la transition

### L'art difficile des projections

Le tableau 3 montre toute la difficulté de trouver des fonctions d'ajustement à ces séries de données qui permettraient de construire un nouveau modèle de projection plus pertinent que ceux utilisés actuellement. La théorie de la transition démographique nous informe seulement du passage d'un régime de forte fécondité et de forte mortalité à un régime de basse fécondité et de basse mortalité, la baisse de la fécondité survenant après la baisse de la mortalité. La théorie ne permet de déterminer ni le rythme et le mode de la transition, ni d'évaluer le niveau de stabilisation de la fécondité et de la mortalité.

**Tableau 3 : Taux de variation annuel de l'ISF, du PIB par habitant et de la mortalité infantile entre 1960 et 1995\***

	Argentine			Brésil			Chili		
	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile	PIB*	ISF	Mortalité infantile
1960-65	14,6	-1,3	-3,9	7,6	-12,5	-8,5	6,7	-15,9	-18,2
1965-70	14,6	3,3	-15,9	27,2	-12,3	-9,7	13,6	-18,2	-23,1
1970-75	5,5	9,2	-19,0	43,3	-8,7	-13,0	-16,5	-18,7	-34,2
1975-80	4,1	-8,4	-17,6	36,9	-15,8	-18,2	28,5	-9,8	-47,5
1980-85	-13,7	-4,8	-15,7	-6,0	-18,5	-14,6	-8,5	-0,4	-22,6
1985-90	-6,7	-5,7	-10,4	-0,5	-17,6	-14,3	24,8	-4,2	-23,5
1990-95	21,7	-7,4	-10,3	5,7	-10,7	-10,6	30,3	-3,9	-9,1

Notes : \* La période de référence est valide pour la variation du PIB ; pour celle de l'ISF et de la mortalité infantile, elle est décalée de +2,5 ans. Sources : [5] et [7].

Les projections des Nations Unies en 1988 [20 et 21] estimaient la population du Brésil en l'an 2000 à 179,5 millions (hypothèse moyenne) ou à 172,8 millions (hypothèse basse). En 1997, le CELADE estimait que la population du Brésil serait de 169,6 millions, soit inférieure de près de 3 millions par rapport à l'hypothèse basse et de

plus de 10 millions par rapport à l'hypothèse moyenne. Ceci démontre que, même, à court terme, les projections ne sont pas fiables. L'écart provient d'une surestimation de l'ISF. Les Nations Unies connaissaient en 1988 les résultats des enquêtes DHS 1986 [8] et de l'IBGE 1984 [12] qui indiquaient une chute de la fécondité depuis 1980. Les Nations Unies en 1988 ont pris en compte les résultats des deux enquêtes, mais elles ont alors introduit un point d'inflexion à la courbe de la baisse de la fécondité, pour que le Brésil n'atteigne le seuil de la reproduction que vers 2025. Beaucoup pensaient que cette chute était conjoncturelle, à cause de la crise économique de 1982 et il était difficile d'admettre qu'un pays sans politique de population puisse atteindre le seuil de remplacement avant de "bons élèves" tels que le Mexique ou l'Indonésie.

## Hétérogénéité des processus de transition

En Amérique latine, la transition démographique se termine. Elle aura été très rapide, et rien dans l'histoire du peuplement du continent ne nous permet d'affirmer que l'évolution future de la population se fera sans variations brutales. Avec ou sans politique de population, les pays d'Amérique du Sud ont entamé ou presque terminé la deuxième phase de la transition. On constate que le Brésil a connu une transition rapide sans politique de population ; toutefois rien ne permet d'affirmer que le Chili et le Mexique ne connaîtraient pas une croissance trop forte aujourd'hui, s'ils n'avaient pas appliqué une politique de population. Chaque pays est un cas particulier, il n'y a pas d'homogénéité des niveaux de mortalité en fin de transition en Amérique latine comme le constate M. Livi-Bacci pour l'Europe [16]. M. Villa, lui, constate « que les changements démographiques ont suivi différents rythmes selon les pays, mais que l'hétérogénéité à l'intérieur de chaque pays est encore plus importante » [24]. Ces différences montrent qu'il n'existe pas de recette générale pour l'étude de la fin de la transition. Il semble donc important que chaque pays puisse, par des observations directes (enquêtes, recensements, etc.), suivre l'évolution des principaux indicateurs, plutôt que de recourir à un modèle de projection aux résultats aléatoires.

## La rapidité du processus de transition

« L'amplitude de la baisse de la fécondité en Amérique latine, en si peu de temps, est surprenante quand on la compare avec celle de l'Europe » [4]. Le déclin rapide de la fécondité ne provoque pas seulement une baisse du taux de croissance de la population, il a aussi des conséquences sur la structure par âge de la population. Au Brésil, entre 1980 et 1991, la croissance annuelle de la population a été de 1,9%, mais cette croissance a été inégale selon les générations. La population âgée de 65 ans et plus a cru en moyenne annuelle à 3,3%, celle de moins de 15 ans a eu une croissance nulle [3]. La conséquence est une augmentation rapide de la proportion de personnes âgées. Au Brésil durant les trente prochaines années la proportion de personnes de 65 ans et plus passera de moins de 5% actuellement à 12% ou 14% en 2030 [3]. En Europe, généralement, un vieillissement de cette amplitude s'est produit en plus d'un siècle !

En Amérique latine, la rapidité de la seconde phase de la transition, l'hétérogénéité des niveaux atteints selon les pays et à l'intérieur des pays et l'impossibilité de faire

des prévisions fiables, même à court terme, doit encourager l'étude par les démographes de la fin de la transition. Il apparaît important d'étudier, dès aujourd'hui, l'évolution de la fécondité en fin de transition pour des sociétés où l'allongement de la vie et la réduction des effectifs des générations les plus jeunes rendront très délicate la gestion des solidarités inter-générationnelles. Une connaissance plus fine du processus en Amérique latine devrait permettre aussi de mieux comprendre ce qui commence maintenant en Afrique.

## La post-transition

Le modèle de la transition démographique a été un paradigme puissant qui a permis aux démographes d'alerter les nations sur les risques d'une croissance de population trop rapide. L'alerte a permis que le sud du continent américain ne soit pas confronté à des problèmes dramatiques. Mais aujourd'hui, une majorité de pays d'Amérique du Sud terminent ou ont terminé leur transition. Nous entrons donc dans une autre phase de l'histoire des populations. Nous ne pouvons plus ni étudier, ni prévoir l'évolution du peuplement à partir d'un modèle qui ne correspond plus à la réalité actuelle. Il est nécessaire d'inventer de nouveaux paradigmes qui permettent de comprendre la fécondité pour des populations en régime de basse mortalité et de basse fécondité. Pour pouvoir entreprendre l'étude de la démographie post-transitionnelle, il sera nécessaire de franchir deux obstacles : abandonner l'hypothèse d'une stabilisation automatique de la fécondité au seuil de reproduction et vaincre la contrainte idéologique qui tend à faire de la croissance de la population la cause de tous les maux qui affectent la planète.

### L'hypothèse gratuite

L'hypothèse d'une stabilisation de la fécondité au seuil de remplacement paraissait une hypothèse raisonnable quand les femmes avaient en moyenne plus de 6 enfants. Aujourd'hui, quand nous nous tournons vers le futur, projeter la population avec un indice synthétique de fécondité de 1,5 ou de 2,5 est fondamentalement différent. Il semble aussi que plus les pays ont connu une transition de la fécondité rapide<sup>4</sup>, plus l'indice de fécondité tombe bas. J. Bourgeois Pichat a bien montré l'arbitraire et les risques de ce qu'il appelle *l'hypothèse gratuite des Nations Unies* [2]. La projection moyenne à long terme des Nations Unies 1992 [11] prévoyait qu'après la stabilisation de la fécondité au seuil de remplacement vers 2050, la population mondiale continuerait de croître et atteindrait 11,54 milliards en 2150. Si la fécondité se stabilisait à 2,17 enfants par femme, la population en croissance continue atteindrait 20,77 milliards en 2150. A l'inverse, une stabilisation de la fécondité à 1,7 enfants par femme provoquerait une diminution de la population dès le milieu du prochain siècle et la population serait seulement de 5,63 milliards en 2150. Les Nations Unies en 1998 ont révisé leur modèle de projection à long terme qui compte maintenant sept hypothèses. En 2150, l'estimation de la population mondiale varie entre 26,9 milliards pour l'hypothèse haute (soit un ISF qui se stabiliserait entre 2,5 et 2,6 après

4. Faute d'exemple dans le tiers-monde, nous pouvons citer l'Europe de l'Est qui est dans une phase de croissance négative de sa population, mais aussi le cas de l'Italie et de l'Espagne qui, suite à une baisse accentuée de leur fécondité, ont des taux d'accroissement naturel négatif ou nul et qui devraient perdre entre trois et quatre millions d'habitants durant les 25 prochaines années [20, 21 et 22].

2050), et 3,55 milliards pour l'hypothèse basse (soit un ISF qui se stabiliserait en 2050 entre 1,35 et 1,6 selon les grandes régions) [22]. De faibles variations de l'indice de fécondité ont une incidence sur le long terme, les hypothèses moyenne basse et moyenne haute (stabilisation de l'ISF respectivement à 1,9 et à 2,3 en 2050) donnent respectivement 6,4 et 18,29 milliards en 2150. Les fortes variations enregistrées actuellement doivent nous inciter à une grande prudence, même sur le court terme (voir ci-dessus l'exemple des projections de 1988 pour le Brésil). Il apparaît nécessaire d'entreprendre des études pour mieux comprendre l'évolution de la fécondité quand celle-ci atteint un niveau bas.

## La contrainte idéologique

Si lors de la conférence de Bucarest en 1974, la maîtrise de la croissance démographique était apparue comme une condition du développement du tiers-monde, la crise écologique en a fait la responsable de tous les maux : « Je vois à l'échelle de quelques siècles une catastrophe liée à l'explosion démographique si la tendance actuelle ne se modifie pas. Pour moi tous les autres problèmes sont la conséquence du phénomène démographique » [1] ; ou encore : « Plus nombreux les hommes, plus grave les pollutions » [18]. L'unique objectif des politiques de population devient dans ce contexte la maîtrise de la croissance. La recherche sur la fécondité post transitionnelle et ses conséquences s'en trouve inhibée. Il semble paradoxal que la peur de l'explosion démographique soit si forte au moment où l'homme a acquis les moyens de la maîtrise de sa reproduction pour la première fois dans l'histoire de l'humanité. C'est ce paradoxe que nous devons contourner. Il ne faut pas oublier que les variations de l'intensité de la reproduction humaine n'affectent pas seulement la masse de la population mais aussi sa structure, donc indirectement l'ensemble de son organisation sociale. Et ce sont les variations brutales, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, qui sont très déstabilisatrices pour l'édifice social. L'arrêt brutal d'une croissance rapide peut être aussi néfaste que la poursuite de cette croissance. Mais ces mouvements brusques sont d'essence différente car si la croissance a une autorégulation malthusienne (ajustement de la population aux ressources), la décroissance conduit à l'extinction de l'espèce. J. Bourgeois Pichat [2] a démontré qu'avec une fécondité stabilisée à 1,3 enfants par femme, le dernier homme disparaîtrait de la planète en moins de 400 ans.

La fécondité restera un facteur important : associée aux migrations<sup>5</sup>, elle déterminera en grande partie l'évolution du peuplement. La croissance de la population a déjà modifié la distribution spatiale de la population sur la terre, mais celle-ci connaîtra encore de profonds bouleversements dans le futur. Dans un monde qui devient majoritairement urbain, l'évolution de la fécondité nous aidera à mieux comprendre les nouvelles relations qui se construisent entre les populations et le milieu naturel.

Les études de la fécondité dans le futur ne devront plus être motivées par la baisse et les conditions de la baisse de la fécondité. Elles devront s'intéresser aux impacts de son évolution sur les solidarités inter-générationnelles, sur les rapports entre groupes sociaux et sur la géopolitique. Nous devons prendre aussi en compte de nouvelles variables décrivant le rôle et la place des femmes dans l'organisation sociale, les parcours contraceptifs, les avancées de la procréation assistée.

5. L'hypothèse des Nations Unies [20, 21 et 22] d'un arrêt des migrations après 2025 est surprenante, dans un monde globalisé où les réseaux de communications rapides sont en expansion.

\*

\* \*

« Notre planète a connu une croissance de sa population humaine comme elle n'en a jamais connu et n'en connaîtra sans doute jamais plus » [23]. En regard de l'histoire de l'humanité, ce grand bouleversement s'est produit en peu de temps. Il est compréhensible que cette « explosion démographique » ait suscité des craintes. Mais quand quatre continents sur cinq terminent ou ont terminé le processus de transition et que l'Afrique est entrée dans la phase de transition de la fécondité, nous devons anticiper le futur.

Comme le dit D. Kirk, « ce qui arrivera après la transition est le plus passionnant problème de la démographie moderne, pour lequel la théorie de la transition fournit quelques pistes mais peu de réponses car elle est liée à une époque particulière de l'histoire » [15]. Obnubilée par la course poursuite entre mortalité et fécondité, la démographie a un peu négligé les phénomènes émergents comme l'urbanisation ou les nouvelles formes de mobilité qui peu à peu transforment l'organisation territoriale du peuplement. L'allongement de la durée de la vie, les modifications de la structure par âge de la population, l'accès au marché du travail des femmes bouleverseront des piliers de l'organisation sociale comme les structures familiales. La transition de la fécondité est à peine entamée en Afrique, mais nous devons déjà penser la démographie post-transitionnelle.

## Bibliographie

1. ATLAN H., 1992, Interview ; *Libération* le 12/12/1992.
2. BOURGEOIS-PICHAT, 1988, Du XX<sup>e</sup> siècle au XXI<sup>e</sup> : l'Europe et sa population après l'an 2000; *Population*, Vol. 43, n° 1, INED, Paris
3. CARVALHO J.A.M., 1996, La transicao demográfica, in Mpas, Cepal, Abep, *A transicao demográfica e a reforma da previdencia social*, Brasilia, p. 68-78.
4. CARVALHO J.A.M., 1997, The demographics of poverty and welfare in Latin America : Challenges and opportunities, in Tokman E., O'Donell G., Eds., *Poverty and inequality in Latina America : issues and new challenges*, New York, p. 36-48.
5. CELADE, 1997a, América Latina población por años calendario y edades simples, periodo 1995 - 2005, *Boletín demográfico año XXX*, n° 59, Santiago 124 p.
6. CELADE, 1997b, América Latina población por años calendario y edades simples, periodo 1995 - 2005, *Boletín demográfico año XXX*, n° 60, Santiago, 124 p.
7. Cepal, 1997, *Anuario estadístico de América Latina y Caribe*, Santiago, 764 p.
8. DHS, 1986, Pesquisa nacional sobre saude materno-infantil e planejamento familiar, ed. Macro International Inc., BENFAM, PNSMIPF, Brasil, 128 p.
9. DHS, 1991, Pesquisa sobre saude familiar no Nordeste, ed. Macro International Inc., BENFAM, PNSMIPF, Brasil, 128 p.
10. EHRlich p, 1968, *The population bomb*, Ballantine, New York, 223 p.
11. GENDREAU F., 1996, *Passé présent et futur de la population mondiale*, in *Population et environnement dans les pays du sud*, Karthala-CEPED, Paris, p. 27-49.
12. IBGE, 1988, Perfil estatístico de crianças et mães no Brasil ; *a situação da fecundidade ; determinantes gerais e características da transição recente*, Rio de Janeiro, 64 p.
13. IBGE, 1992, *Anticoncepção 1986*, Rio de Janeiro, 64 p.

14. JILEX X., 1995, Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile, in Valdes T., Bustos M., Eds., *Sexualidad y reproducción*, Consaps Flasco, Santiago, p. 129-136.
15. KIRK D., 1996, Demographic transition theory, *Population studies*, Vol. 50, n° 3, p. 361-387.
16. LIVI-BACCI M., 1994, Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina, in Abep, Celade, Iussp, Prolab, Somede, *La transición en América Latina y el Caribe*, Vol. 1, Mexico, p. 13-28.
17. NOUICK S., 1996, Políticas de población en Argentina, análisis comparativo entre el régimen militar (1976-83) y la democracia (1986-96), in Waltes C., Coord., *Dinámica demográfica y cambio social*, México, p. 313-326.
18. PECKER J.C., 1992 ; Pourquoi j'ai signé l'appel [d'Heidelberg], in *Libération* du 12/06/1992.
19. PORTALIDES E.A., 1995, *La maternidad precoz, la fecundidad adolescente en la Argentina*, Unicef, Argentina, 48 p.
20. UNITED NATIONS, 1988a, *World demographic estimates and projections 1950 - 2025*, New York, 386 p.
21. UNITED NATIONS, 1988b, *Global estimates and projection of population by sex and age the 1988 revision*, New York, 383 p.
22. UNITED NATIONS, 1998c, *World population projections to 2150*, New York, 45 p.
23. VALLIN J., 1988, *La population mondiale*, collection repère, La découverte, Paris, 125 p.
24. Villa m., 1997, Políticas de población una reflexión desde el ámbito, in *Población y Desarrollo*, FNUAP et FCE, Paraguay, p. 24-33.
25. Zavala de Cosío M.E., 1992, La transición demográfica en América Latina y en Europa, in Nota de población, CELADE, Año XXV, n° 36, p. 11-33.

## 32. Environnement institutionnel et transition de la fécondité au Cameroun

Simon David Yana<sup>1</sup>

*L'analyse des tendances de la fécondité au Cameroun à partir des données disponibles (Enquête Nationale sur la Fécondité, 1978; Enquête Démographique et de Santé, 1991 et 1998) montre qu'elle a connu une baisse au cours de la décennie écoulée. En effet, la somme des naissances réduites est passée, au niveau national, de 6,5 enfants par femme en 1978 à 5,8 en 1991 puis 5,2 en 1998.*

*Bien qu'une évaluation des effets des déterminants proches sur le niveau de la fécondité en 1991 ait montré que le rôle inhibiteur de la contraception est marginal, cette variable pourrait avoir une influence plus grande sur l'évolution future de la fécondité dans le pays, si la transition actuellement engagée devait se poursuivre.*

*Or parmi les quatre principaux facteurs ayant influencé le déclenchement de la transition de la fécondité dans les pays d'Afrique sub-saharienne actuellement les plus avancés dans ce domaine, figurent l'accroissement des niveaux de pratique contraceptive et la vigueur des programmes nationaux de planification familiale, facteurs qui relèvent du contexte institutionnel ou sont directement influencés par ce dernier.*

*La position du gouvernement camerounais par rapport à la planification familiale a longtemps été faite de prudence et de discrétion. Depuis 1980 cependant, différentes mesures légales, des programmes et des campagnes relatifs à la procréation, sont venus enrichir l'environnement institutionnel. Ces efforts des autorités gouvernementales ne donnent cependant pas de résultats significatifs, car les objectifs de la politique nationale en matière de population ne sont pas clairement exprimés. En outre, l'action n'est pas coordonnée et les moyens nécessaires à son suivi ne sont pas toujours disponibles. Des actions mieux coordonnées et des ressources accrues en matériel et en personnel sont donc nécessaires pour une meilleure efficacité de la politique nationale de population en matière de planification familiale, car les populations sont relativement informées de son existence, mais pas suffisamment pour y recourir massivement.*

Certaines théories de la fécondité, en particulier celles qui sont basées sur la théorie de la consommation, sont réductionnistes. Elles ignorent en effet d'importants déterminants du choix du consommateur, ce qui détermine ses contraintes et ses opportunités, à savoir la structuration de l'environnement décisionnel auquel font face les acteurs. Or celle-ci dépend des institutions et des modèles culturels qui sous-tendent l'action des individus, notamment dans le domaine de la fécondité. Un changement des institutions encadrant le comportement procréateur peut entraîner une modification de ce dernier. En fait, puisqu'un individu ne vit pas simultanément toutes les dimensions de l'environnement institutionnel, mais plutôt un

1. IFORD.

domaine après l'autre, on assiste à une segmentation du cadre institutionnel et du processus de décision, avec l'établissement d'un ordre de priorité entre les différents facteurs, lequel peut varier suivant les moments [6 et 14].

C'est l'expérience de la mise en place de ces dispositions légales, sociales ou économiques que nous suivrons au Cameroun, afin de voir dans quelle mesure les changements observés au cours de la dernière décennie dans le domaine de la fécondité peuvent être interprétés comme une résultante partielle ou indirecte des actions gouvernementales. Après une revue des actions entreprises, cette analyse se terminera par quelques hypothèses. L'évaluation de l'impact réel de ces actions pourra faire l'objet de travaux ultérieurs, surtout avec la publication des données de la dernière enquête démographique et de santé réalisée dans le pays en 1998. Nous commencerons par une synthèse de l'évolution de la fécondité et de ses déterminants proches au Cameroun, avant d'examiner les actions entreprises par les autorités depuis l'Indépendance du pays.

## L'évolution de la fécondité au Cameroun : une baisse progressive

### Le niveau de la fécondité

Après une hausse dans les années soixante-dix, due à la baisse de l'infécondité dans le pays, la fécondité est en baisse au Cameroun depuis le début de la décennie quatre-vingt. Cette évolution est d'ailleurs confirmée par les résultats de la dernière enquête démographique et de santé, qui montre que l'indice synthétique de fécondité (ISF) se situe au Cameroun à 5,2 enfants par femme en 1998, contre 5,8 en 1991 et 6,5 en 1978 [4]. Le processus de transition de la fécondité est donc bien engagé au Cameroun, même si son niveau est encore élevé.

Cette baisse de la fécondité est plus importante en milieu urbain (3,9 enfants par femme en 1998) et en particulier dans les deux plus grandes villes, Yaoundé et Douala (3,1 enfants par femme contre 4,5 dans les autres villes et 5,8 en milieu rural). L'effet de l'urbanisation sur la fécondité se fait donc surtout sentir dans les deux capitales économique et politique du pays, ce qui confirme la spécificité de ces deux localités. Il faut même souligner que les deux grandes villes du Cameroun jouent un rôle pionnier en ce qui concerne la baisse de la fécondité, puisque c'est l'ampleur du changement qu'on y constate qui influence les indicateurs calculés au niveau national. En effet, l'ISF est passé de 4,4 enfants par femme dans les grandes villes, 5,6 dans les villes secondaires et 6,3 en milieu rural en 1991 à respectivement 3,1, 4,5 et 5,8 enfants par femme en 1998. Cette évolution particulière de l'ISF dans les grandes villes amène à s'interroger sur les déterminants des comportements procréateurs dans le pays. Sans nous y appesantir dans la suite du texte, nous pourrions y revenir dans les interrogations sur la relation entre les changements institutionnels et la transition de la fécondité dans le pays.

### Le changement dans les déterminants proches

Nous retiendrons parmi les déterminants proches de la fécondité, la stérilité, l'allaitement, l'aménorrhée, l'abstinence post-partum et les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception.

La stérilité est en baisse depuis le début des années soixante-dix : 12% des femmes n'avaient pas connu de naissance vivante à la fin de leur vie féconde en 1978, contre 6,5% en 1991 et 5,5% en 1998. La durée moyenne de l'allaitement est de 18,2 mois en 1998, contre 18,6 en 1991, et 19,3 en 1978. L'aménorrhée post-partum a elle aussi peu changé, avec une durée médiane de 10,7 mois en 1998, 10,4 en 1991, contre 10 en 1978. L'abstinence post-partum s'est, elle aussi, presque maintenue avec une durée médiane égale à 11,9 mois en 1998, 13,3 en 1991 contre 12,9 en 1978 [1 et 4]<sup>2</sup>.

La connaissance et la pratique de la contraception ont par ailleurs beaucoup progressé dans le pays depuis 1978. Pour l'ensemble des méthodes contraceptives, on est passé, pour l'ensemble des femmes, de 36% de connaissance en 1978 à 73% en 1991 puis à 81% en 1998. La pratique à un moment quelconque de la vie concernait 10,5% des femmes en 1978, 42% en 1991, et 49% en 1998. Les chiffres sont plus faibles lorsque l'on considère les seules méthodes contraceptives modernes : 29% de connaissance en 1978, contre 66% en 1991 et 80% en 1998 et 2,6% de pratique en 1978, 16% en 1991 et 30% en 1998. Les progrès sont donc importants et rapides, surtout en ce qui concerne la pratique contraceptive. La prévalence contraceptive, qui concerne l'utilisation d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête, concerne 8% des femmes en 1998, contre 4% en 1991 et 3,1% en 1978 [1, 2, 4 et 13].

L'augmentation du niveau de la pratique de la contraception moderne, apparaît comme le facteur ayant le plus évolué entre 1978 et 1998. Elle semble avoir largement compensé la chute de la stérilité sur cette période. Vu l'activité observée dans le pays dans le domaine de la population depuis deux décennies, on peut se demander dans quelle mesure le changement constaté dans la fécondité et ses déterminants proches peut être rattaché aux efforts des autorités gouvernementales dans ce domaine.

Vu la situation particulière des grandes villes et leur effet d'entraînement sur les indicateurs calculés au niveau national, on peut notamment se demander si, au-delà des effets propres de l'urbanisation (caractérisée par une extraversion culturelle, une plus grande circulation des informations, une population plus instruite que dans le reste du pays, etc.), elles n'ont pas profité, plus que les autres localités, d'un environnement institutionnel ayant favorisé l'acquisition de nouveaux comportements des femmes et des couples en matière de fécondité.

Il est utile tout d'abord de faire un bref rappel des aménagements institutionnels intervenus dans le pays et visant à influencer les comportements procréateurs des individus et des couples.

## **Facteurs institutionnels et changements dans les comportements procréateurs**

Nous verrons ici d'une part le changement des positions officielles du gouvernement, et d'autre part la concrétisation de ces options par la prise de mesures légales et par la création d'institutions spécialisées dans le pays, que ce soit par les autorités publiques ou par le secteur privé (ONG, églises). Ce rappel du contexte politico-

---

2. Les indicateurs utilisés par les rédacteurs des rapports des deux enquêtes sont différents, mais leurs valeurs sont souvent en pratique très proches. À noter qu'à cause de l'importance des omissions de naissances aux âges élevés, les indicateurs ont souvent été calculés à l'enquête de 1978 pour les groupes d'âges situés entre 15 et 40 ou 44 ans.

idéologique est utile avant la formulation des hypothèses sur l'influence de l'environnement institutionnel sur la fécondité et ses déterminants proches.

## L'évolution des positions du gouvernement

La position du gouvernement a évolué d'un pronatalisme affirmé de 1961 à 1976, à une politique de parenté responsable dès 1980. En effet, dans le premier plan quinquennal de développement économique, social et culturel (1961-66), le problème de la surpopulation est nié, au profit d'un déséquilibre de la population active et de son sous-emploi. Dans le troisième plan de développement (1971-76), le gouvernement affirme même sa croyance dans les effets positifs d'une croissance rapide de la population pour le développement socio-économique du pays [5].

Pendant cette période, différentes mesures sociales natalistes sont adoptées (allocations de naissance et supplément familial mensuel de traitement pour les salariés, indemnité aux femmes salariées en congé de maternité, remboursement des frais de consultation prénatale et de maternité, etc.) ; l'avortement est réprimé par le code pénal (articles 337 et 340) ; la publicité sur les contraceptifs et leur vente sont interdites (loi n° 68/LF/8 du 11 juin 1968 réglementant la profession de pharmacien) [13]. Il faut cependant reconnaître que la politique du gouvernement camerounais n'était alors que modérément nataliste, car la portée des actions entreprises était limitée et les déclarations des autorités modérées [5].

À partir de 1980, la position du gouvernement change et il entreprend d'attirer l'attention de la population sur les conséquences néfastes d'une croissance démographique rapide et non contrôlée. Le tournant dans les positions officielles est marqué par un discours du Président de la République Ahmadou Ahidjo au congrès du parti au pouvoir à Bafoussam, dans lequel il s'inquiète des conséquences négatives de la croissance démographique du pays sur différents secteurs socio-économiques. Il préconise alors que des mesures soient prises et des actions initiées en vue de sensibiliser et d'éduquer les masses à une meilleure maîtrise de la procréation. Il annonce aussi la création d'une Commission Nationale de la Population. Cette option en faveur d'une maîtrise de la procréation est réaffirmée quelques années plus tard par le Président Paul Biya qui parle, lors de la présentation du VI<sup>e</sup> plan quinquennal de développement, de la nécessité de « tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une parenté consciente et responsable » [5 : 193].

A partir de 1980, les autorités camerounaises semblent vouloir passer à une phase plus volontariste et moins incantatoire dans le domaine de la population. Sans nous étendre sur les causes de ce changement de position, voyons un peu le chemin parcouru depuis cette date, au plan institutionnel.

## L'action des autorités dans le domaine de la fécondité

Parmi les activités menées par les autorités dans le domaine de la fécondité, nous pouvons distinguer, d'une part les dispositions légales, et d'autre part les programmes de diffusion, de sensibilisation à la planification familiale et de création de structures dans ce domaine.

### *Dispositions légales*

Au niveau légal, les actions sont timides et les avancées sont lentes, en raison de la lourdeur du processus de révision des lois. Les aménagements observés çà et là témoignent cependant d'une certaine volonté politique dans ce domaine. Le décret-loi n°80/10 du 4 juillet 1980 sur l'exercice de la profession de pharmacien ne comporte plus les dispositions de l'ancienne loi n° 68/LF/8 du 11 juin 1968, qui interdisait la publicité et la vente des produits contraceptifs. C'est un signe majeur de la libéralisation dans laquelle les autorités se sont engagées dans le domaine de la planification familiale. Les femmes mariées ont aussi la possibilité, depuis le début des années quatre-vingt, de recourir aux services de planification familiale sans devoir obtenir l'approbation préalable de leur mari.

Dans le secteur public, signalons aussi la création, en février 1984, d'un Ministère de la condition féminine (qui fut jusqu'au début des années quatre-vingt-dix chargé aussi des affaires sociales).

C'est dans cette période d'ouverture des autorités au contrôle des naissances qu'on observe différentes initiatives privées au début des années quatre-vingt. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- la tenue de plusieurs réunions : un séminaire-atelier de sensibilisation sur les méthodes naturelles de planification familiale en décembre 1984, avec le soutien de l'église catholique, un séminaire des chefs de village du Mfoundi sur la planification familiale en 1985, une session de formation d'instructeurs sur la méthode ovulaire (ou « Billings ») en 1985 [5].
- la création de plusieurs ONG dont les activités sont centrées sur la planification familiale : la « Fondation Asseng du Cameroun » qui « entend militer pour la planification familiale au Cameroun », Femmes, Enfants et Développement au Cameroun (FEDAC) en 1985, l'Association Camerounaise pour le Bien-être Familial (CAMNAFAW, affiliée à l'IPPF) créée en 1987, Femmes, Santé, Développement (FESADE) en 1993, Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) en 1995, l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS) en 1996 [5 et 12].

Ces organisations n'ont cependant pas toujours les moyens de réaliser de grandes actions. Ainsi, seules celles qui disposent d'un réseau de correspondants à l'étranger ou dont les promoteurs jouissent d'une forte audience personnelle parviennent à récolter les ressources nécessaires à la réalisation de leurs activités auprès des populations (ACMS, CAMNAFAW, SFPS, FESADE principalement).

Les actions sont plus abondantes et plus remarquables dans le domaine de la création d'institutions publiques et dans la mise en place de projets autour de la procréation.

### *Adoption de la politique nationale de planification familiale*

Différentes actions ont été entreprises pour la création de structures vouées à soutenir la promotion de la planification familiale, aussi bien pour changer les attitudes des populations à son égard que pour mettre des services à leur disposition.

La première grande initiative dans ce domaine a été la création, en 1984 d'une unité de planification de la population (UPP) avec le soutien financier du Fonds des

Nations-Unies pour la Population (FNUAP). Ses objectifs étaient la définition des grandes orientations d'une politique nationale de population et l'intégration des variables démographiques dans le VI<sup>e</sup> plan de développement du pays [9].

Une année plus tard a été créée une commission nationale de la population (décret n° 85/275 du 1<sup>er</sup> mars 1985), ayant pour mission d'assister le gouvernement dans la définition, l'orientation et l'harmonisation de sa politique en matière de population, et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre. Celle-ci a tenu en 1985 sa première session (et unique à ce jour) au cours de laquelle elle a adopté 137 résolutions définissant les actions prioritaires à mener dans le domaine de la population par les départements spécialisés de l'État [7]. Il faut signaler ici que les résolutions 60 et 105 à 113 concernent directement ou indirectement la fécondité, les résolutions 106 et 107 contenant l'essentiel des actions à mener<sup>3</sup> [5].

Les activités de l'UPP ont abouti à l'adoption en 1992 d'une politique nationale de population. Parmi ses 35 objectifs spécifiques figurent la promotion de la parenté responsable, la facilitation de l'accès aux services de planification familiale, le soutien à l'implantation desdits services et l'éducation à la vie familiale [8].

Il faudrait aussi noter que la politique nationale de mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP) adoptée en 1993 suppose l'intégration des soins maternels et infantiles et de la planification familiale (SMI/PF) dans les soins de santé primaires à tous les niveaux d'intervention (central, intermédiaire et périphérique) dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires [10].

Les actions entreprises par les pouvoirs publics peuvent être passées en revue suivant les objectifs inscrits dans la politique nationale de population dans le domaine spécifique de la fécondité.

### *Promotion de la parenté responsable dans toutes les couches de la population*

La déclaration de la politique nationale de population envisageait de promouvoir la parenté responsable à travers une stratégie d'éducation en quatre volets : vie familiale, vie sexuelle, maîtrise de la procréation, et vie communautaire. Les principales activités ou projets mis en œuvre par les pouvoirs publics avec l'aide de bailleurs de fonds extérieurs, principalement les Nations-Unies, sont les suivants [3 et 10] :

- Le projet « éducation des populations à la parenté responsable et amélioration des conditions de vie familiale et communautaire » a été réalisé par le Ministère des affaires sociales et de la condition féminine de 1985 à 1992, avec le soutien financier et technique du Bureau International du Travail (BIT). De ce projet est issue une stratégie nationale, avec tout d'abord une application dans des foyers expérimentaux, puis dans l'ensemble du pays. La « recherche sur la famille camerounaise » a aussi été réalisée dans le cadre de ce projet.
- Depuis 1988, le Ministère du travail et de la prévoyance sociale (MTPS) a lancé le projet « éducation à la vie familiale des travailleurs organisés » qui, depuis 1992, a étendu ses activités à tous les travailleurs de la fonction publique et aux

3. « Résolution 106 : Informer et éduquer la population sur les bienfaits de la parenté responsable et lui fournir les moyens nécessaires pour faire ses choix. Résolution 107 : Créer dans chaque chef-lieu de province un centre d'information et de conseil sur la procréation. Il s'agira d'informer les individus et les couples sur la manière d'espacer les naissances, de protéger la mère et l'enfant, de permettre aux individus et aux couples de choisir en toute connaissance de cause la taille de leur famille, et de lutter contre la stérilité » [7 : 32].

- PME. La presse officielle s'est fait récemment l'écho de l'ouverture au grand public de la clinique de planification familiale créée dans le cadre de ce projet.
- Le Ministère de la jeunesse et des sports a lancé en 1994 un projet d'éducation à la vie familiale destiné aux jeunes des deux sexes, dans le cadre du programme Scout.
  - Le Ministère de l'éducation nationale a exécuté de 1992 à 1994 un projet sur l'introduction de l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires, dont les résultats ont été adoptés lors des états généraux de l'éducation nationale en 1995.
  - Pour l'information et l'éducation de la population aux bienfaits de la parenté responsable et la mise à sa disposition des moyens nécessaires pour faire ses choix, le programme « Information, Éducation et Communication » a été conçu conjointement par le Ministère des affaires sociales et de la condition féminine et le Ministère de l'information et de la culture, afin d'organiser efficacement la mobilisation sociale préalable à toute action d'éducation des masses.
  - La formation et la promotion des femmes ont été spécifiquement au centre de deux projets réalisés avec le soutien du FNUAP : le premier à partir de 1988 (« femmes et développement : formation des femmes par le réseau des « maisons de la femme ») et le second depuis 1994 (« femmes, population et développement : promotion des femmes par l'éducation en matière de population »).

## Extension de l'accès aux services de planification familiale

Tous les projets ci-dessus mentionnés ont une composante d'information, éducation et communication sur la planification familiale. Il est important de rappeler que la planification familiale est au centre de la politique nationale en matière de soins de santé primaires. L'offre de services de planification familiale a bénéficié de plusieurs initiatives depuis 1989, avec le soutien de différents bailleurs de fonds bilatéraux (coopération allemande (GTZ), USAID) ou multilatéraux (FNUAP, OMS, Banque mondiale).

Des centres de planification familiale ont été créés au sein des services de protection maternelle et infantile dans toutes les structures hospitalières du pays, qu'elles soient publiques ou privées. On estime à 200 le nombre des centres offrant des services de planification familiale intégrés à la santé maternelle et infantile, auxquels il faut ajouter une douzaine d'infirmes d'entreprise offrant les mêmes prestations [10].

Le FNUAP a apporté son assistance à travers la mise en œuvre des projets de « renforcement de l'offre de services de planification familiale à travers les structures de PMI », de 1989 à 1991, et de 1992 à 1996, à travers le projet de « renforcement du programme national de SMI/PF à travers les soins de santé primaires ».

Différentes ONG sont aussi actives sur le terrain, dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale, par des campagnes de sensibilisation et d'information, ou des séances de conseils aux populations. L'association camerounaise de bien-être familial (CAMNAFAW) dispose même depuis quelques années d'une clinique de planification familiale.

On le voit donc, les actions visant directement ou indirectement à influencer la fécondité des femmes camerounaises par la promotion de la planification familiale

sont nombreuses, et sont menées aussi bien par les autorités gouvernementales que par le secteur privé. La mise en œuvre de ces actions comporte cependant plusieurs limites : absence de stratégie globale et dispersion entre différents départements ministériels sectoriels ; limitation de la sphère d'influence à certaines régions du pays seulement<sup>4</sup> ; manque de personnel qualifié en offre de services de planification familiale<sup>5</sup> ; inadéquation des équipements des formations sanitaires ; faibles ressources de certains hôpitaux pourtant contraints par les nouvelles dispositions légales à l'autogestion ; faible intégration des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale ; absence de coordination des ONG œuvrant dans le domaine de la population.

Il est cependant difficile de dire dans quelle mesure l'évolution observée dans les comportements en matière de fécondité et dans les déterminants proches, notamment la contraception, peut être attribuée aux changements institutionnels que nous venons d'évoquer.

## Quels liens entre les changements institutionnels et l'évolution observée en matière de fécondité ?

La connaissance et la pratique de la contraception ont certes progressé au cours des vingt dernières années, mais il est difficile de rattacher l'évolution de la fécondité au niveau encore faible de la pratique contraceptive parmi les femmes camerounaises [2]. On peut cependant constater que les différentes sources d'approvisionnement en produits contraceptifs se sont progressivement diversifiées.

Comme indicateur de l'impact des campagnes d'information, éducation et communication sur la planification familiale, on peut noter qu'en 1991, près de la moitié des femmes interrogées (48,4%) connaissaient une source d'approvisionnement en méthodes contraceptives. Ce chiffre n'a pas beaucoup changé, puisqu'il est estimé à 45% en 1998 [1 et 4]. Par contre, l'analyse des sources d'approvisionnement montre qu'il y a eu une certaine évolution depuis 1991.

En effet, alors que près des deux-tiers des femmes s'approvisionnaient auprès du secteur médical privé en 1991, elles ne sont plus que 40% à le faire en 1998. Le recours aux formations sanitaires publiques a peu varié entre 1991 (30,5%) et 1998 (32%), alors que les femmes se passent plus volontiers entre elles les produits contraceptifs ou les acquièrent dans leur environnement immédiat (4% en 1991 et 28% en 1998) [1 et 4]. Cette augmentation de l'approvisionnement en contraceptifs dans le secteur privé non médical montre que les actions de propagande en faveur de la planification familiale ont permis une certaine banalisation de cette pratique, ce qui en a facilité l'évocation dans les milieux populaires, et la distribution auprès du grand public.

4. On estimait en 1998 que seuls 15 centres de planification familiale publics (5 à Yaoundé, 4 à Douala et 6 dans le reste du pays) offraient des services de planification familiale sur une base systématique et officielle. Dans le secteur hospitalier privé, on comptait seulement 2 cliniques de planification familiale à Yaoundé et 2 autres dans des hôpitaux presbytériens en province. Les autres formations sanitaires offraient surtout des conseils et des services individuels, souvent informels [3].

5. En 1990, on estimait à moins de 100 l'effectif des personnels médicaux qui avaient reçu une formation en planification familiale, sur un total de 12000 dans le secteur public [3].

En 1991, seuls les « amis et parents » étaient cités comme source d'approvisionnement en contraceptifs modernes hors du secteur médical, mais en 1998, ces types de sources s'étaient diversifiées. Ainsi, 13,1% des femmes affirmaient avoir obtenu un moyen contraceptif dans un commerce populaire, 14,8% auprès de parents ou d'amis et 0,8% dans le commerce informel [4].

On peut donc penser que les efforts consacrés par les différents acteurs institutionnels dans le domaine de la contraception commencent à porter leurs fruits, même si l'effet sur la fécondité est encore inégalement ressenti dans l'ensemble du pays.

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer le peu d'efficacité des programmes nationaux en matière de planification familiale : l'ambiguïté du discours officiel, qui présente la politique nationale de population en des termes qui la ramènent à une politique de développement ; la faiblesse de l'information en matière de population<sup>6</sup> ; le manque de personnel qualifié dans l'offre de services de planification familiale ; la valorisation encore forte de la procréation parmi les populations ; la rareté des ONG actives dans ce domaine (on en dénombre à peine 5 qui le sont effectivement) [3]. Ces limites peuvent cependant être considérées comme des maladies de jeunesse. Le programme national en matière de population a été adopté il y a seulement une douzaine d'années ; or on connaît l'inertie des comportements humains. Peut-être faut-il alors intégrer le temps dans les évaluations même si l'on ne dispose pas de repère ou de seuil pour apprécier avec certitude le délai de l'efficacité d'une politique de population.

\*

\* \*

L'environnement institutionnel peut occasionner ou accélérer le changement des comportements procréateurs des individus, mais cet effet n'est ni automatique, ni certain. Il dépend de la réceptivité des individus qui, en dernière instance sont les acteurs de l'évolution démographique, surtout pour un phénomène comme la fécondité où l'intentionnalité tient une grande place.

Favorisée par un engagement politique des autorités et par les dispositions institutionnelles qui l'ont accompagné et concrétisé, l'extension de la pratique de la contraception moderne est le principal déterminant de la transition de la fécondité dans les pays d'Afrique sub-saharienne. En effet, que ce soit au Zimbabwe, au Kenya, au Botswana ou en Afrique du Sud, les gouvernements ont toléré depuis les années soixante la diffusion dans leurs pays des méthodes modernes de planification familiale, et ils s'y sont engagés politiquement dès les années soixante-dix [11]. Il est vrai que la disponibilité de moyens contraceptifs et la publicité en faveur de la contraception n'est pas à elle seule suffisante pour déclencher un processus de baisse de la fécondité, car celle-ci est le résultat d'un changement sociétal qui intègre à la fois les dimensions économique, sociale et culturelle des populations. C'est cette réalité qui amène certains États à ne pas concevoir de politique de population avec des objectifs strictement démographiques, mais à faire plutôt de ces derniers une composante de la politique sociale.

6. Mis à part le programme « d'éducation pour la vie et l'amour » conçu par le service catholique de la santé à destination des écoles primaires et des collèges catholiques, l'éducation à la population est quasiment absente du réseau scolaire public [3].

Pour le Cameroun, nous avons vu l'évolution, d'une part, des positions et actions prudentes, mais résolues des autorités gouvernementales et d'autre part celle des comportements des femmes et des couples en matière de fécondité. Ces derniers réagissent avec un certain délai aux impulsions données par les autorités car la réceptivité aux programmes et institutions favorables à la planification familiale est déterminée par les modèles culturels traditionnels qui, il faut le préciser, sont encore largement orientés vers une association forte entre la sexualité et la procréation, et vers une forte valorisation de la fécondité. Cependant les comportements en matière de planification familiale, domaine prioritaire d'action des autorités gouvernementales et des organisations privées, n'ont pas encore connu des changements tels qu'ils puissent influencer de façon notable le niveau de la fécondité dans l'ensemble du pays.

La baisse du niveau de la fécondité générale observée au cours des vingt dernières années apparaît ainsi largement influencée par la tendance des comportements des populations urbaines. C'est en effet dans les villes, et surtout les deux plus grandes, que la fécondité a le plus décliné, et c'est aussi dans ces villes que les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception sont les plus élevés<sup>7</sup>. Cette situation s'explique largement par le fait que les campagnes nationales d'IEC sur la planification familiale ont surtout touché le milieu urbain, notamment lorsqu'elles s'appuyaient sur les média audiovisuels. Il convient aussi de rappeler que c'est dans ces villes que les services de planification familiale sont le plus fournis, leur extension au reste du pays se faisant de façon timide mais progressive.

Néanmoins, la crise économique et le désengagement de l'Etat du secteur social font ressentir de plus en plus fortement aux parents le poids de la procréation, notamment dans le contexte d'ouverture de la société vers l'extérieur, vers la civilisation des loisirs et le libéralisme économique, dont les valeurs individualistes mettent à mal la solidarité entre les membres des groupes de parenté. L'effet des aménagements institutionnels sur la transition de la fécondité dépend donc aussi d'autres changements dans l'environnement social et économique des couples. Sauf action autoritaire, son apparition dans les indicateurs quantitatifs de la fécondité et de ses déterminants proches prendra un certain temps, ainsi que l'a montré l'expérience des pays africains actuellement en transition avancée. Ici, c'est bien du changement d'un modèle sociétal qu'il est question. Les réorientations actuellement en cours dans les programmes en matière de population, avec la mise à disposition de moyens matériels accrus, permettent néanmoins d'espérer d'autres évolutions dans le domaine des comportements en matière de fécondité dans les années à venir.

7. En 1991, 96% des femmes interrogées dans les grandes villes (Yaoundé et Douala) connaissaient une méthode contraceptive moderne, contre 63% dans le reste du pays. En 1998, ces chiffres sont de 99% et 77% respectivement. En outre, 12% des femmes des grandes villes utilisaient la contraception au moment de l'enquête en 1991; elles étaient 14% en 1998, contre 4% et 7% respectivement aux deux dates pour l'ensemble du pays [1, 4].

## Bibliographie

1. BALEPA M., FOTSO M. et BARRERE B., 1992, Enquête démographique et de santé au Cameroun 1991, Yaoundé, DEMO87/MACRO, 287 p.
2. BELLA N., 1995, La fécondité au Cameroun : niveaux et tendances, *Population*, Vol. 50, n° 1, INED, Paris, p. 35-60.
3. BELLA N., 1998, *Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande*, Les Cahiers de l'IFORD, n° 17, Yaoundé, 156 p.
4. FOTSO M., NDONOU R., LIBITE P.R., TSAFACK M., WAKOU R., GHAPOUTSA A., KAMGA S., KEMGO P., KWEKEM FANKAM M., KAMDOUN A., BARRERE B., 1999, Enquête démographique et de Santé, Cameroun 1998, Calverton, Maryland, USA, BUCREP/MACRO INTL INC., 328 p.
5. GUBRY P., 1988, Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un antinatalisme modéré ?, in GUBREY P. et SALA-DIAKANDA M., Les politiques de population en Afrique sub-saharienne, *Les dossiers du CEPED*, n° 2, CEPED, Paris, p. 23-50.
6. MCNICOLL G., 1980, Institutional Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review*, Vol. 6, n° 3, p. 441-462.
7. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (MINPAT), 1985, *Commission Nationale de la Population*. Première session, Yaoundé.
8. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DIRECTION DE LA PLANIFICATION/UNITÉ DE PLANIFICATION DE LA POPULATION (MINPAT/DP/UPP), 1993, *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, 62 p.
9. MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DIRECTION DE LA PLANIFICATION/UNITÉ DE PLANIFICATION DE LA POPULATION (MINPAT/DP/UPP), 1991, *Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des résolutions de la première session de la commission nationale de population*, Yaoundé, 96 p.
10. NOUTHE DJUGBANG J. et MBU ENOW R., 1997, *Santé de la reproduction, Planification familiale, Santé sexuelle. Bilan et orientations stratégiques (Cameroun)*, Rapport rédigé dans le cadre de l'analyse des programmes et élaboration des stratégies (APES), Draft, 64 p.
11. OOSTHUIZEN K., 1997, Similarities and differences between the fertility decline in Europe and the emerging fertility decline in Sub-Saharan Africa, in IUSSP, *Congrès international de la population, Beijing 1997*, Vol. 3, Liège, p. 1063-1090.
12. PNUD, 1997, *Annuaire des Organisations Non Gouvernementales (ONGs) du Cameroun*, Yaoundé, 165 p. + annexes.
13. RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN, 1993, *Rapport national à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, 5-13/09/1994, Le Caire, 38 p.
14. VAN DE KAA D.J., 1996, Anchored narratives : The Story and Findings of Half a Century of Research into the Determinants of Fertility, *Population Studies*, Vol. 50, n° 3, p. 389-432.



# 33. Politique de développement économique, politique migratoire et changement de la fécondité en milieu rural forestier ivoirien

Richmond Tiemoko<sup>1</sup>

*Dès les premières années d'indépendance, les autorités ivoiriennes, à la faveur de la théorie de la modernisation en vigueur, ont mis en œuvre plusieurs plans de développement socio-économique. Ces plans de développement qui visaient la modernisation des structures, l'amélioration des conditions de vie et l'industrialisation, reposaient sur le développement agricole et sur une politique migratoire et nataliste clairement exprimée.*

*Le développement agricole, fruit de cette volonté politique, s'est traduit par l'intensification et l'extension de l'agriculture à la faveur des prix élevés des années soixante-dix. Quant à la forte migration interne et internationale, elle a sans nul doute modifié énormément les relations de production tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des unités domestiques. La grande crise économique des années quatre-vingt et le revirement de la politique migratoire des années quatre-vingt-dix, ont plus encore contribué à renforcer les changements déjà en cours et ceci par la diminution tant du stock de migrants que du flux migratoire en direction du milieu rural. Ce n'est que dans les années quatre-vingt-dix, qu'on assiste à un revirement clair des politiques ivoiriennes de population.*

*En dépit des politiques de forte croissance de la population, la Côte d'Ivoire est entrée dans la transition de la fécondité. Et cette baisse de la fécondité ne concerne plus seulement le milieu urbain, mais aussi les zones rurales. En effet, des études plus récentes, plus restreintes en nombre certes, mais plus détaillées, évoquent des signes de baisse de la fécondité en milieu rural forestier.*

*Ce chapitre analyse les causes profondes de ces changements de comportements et d'attitude en matière de reproduction. Notre hypothèse est que les politiques de développement sont les principaux facteurs de la transition amorcée de la fécondité. Pour la vérifier, nous retenons trois phénomènes qui ont influencé les politiques et les crises : le problème foncier, les modifications des relations de productions au sein de la famille et donc les changements familiaux, et enfin les changements culturels.*

1. Doctorant, Institute of Social Studies, La Haye (Pays-Bas).

Après de nombreuses années de haute fécondité (plus de 7 enfants par femme), la Côte d'Ivoire a entamé sa transition. En effet selon les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1994 [4], l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 7,2 en 1980-81 à 5,7 en 1994. Ce changement concerne tant le milieu urbain que le milieu rural, avec tout de même une ampleur plus faible en milieu rural. Avoisinant près de 8 enfants par femme en 1980-81, l'ISF en milieu rural est tombé à 6,5 en 1994. Concernant le milieu rural forestier, plusieurs études locales (et souvent plus détaillées) ont été réalisées (notamment les travaux de P. Vimard, N. Koffi et A. Kouamé pour citer quelques-uns des auteurs); elles confirment bien des changements en cours au niveau des comportements reproducteurs. Les idéaux en matière de reproduction notamment sont de plus en plus orientés vers une fécondité relativement faible. Nos investigations menées en 1997 dans 16 villages des dix régions de la Côte d'Ivoire confirment bien que les stratégies reproductives sont en mutation.

Ces recherches se sont penchées sur les déterminants et les facteurs de la fécondité en milieu rural ivoirien. Elles ne se sont pas par contre intéressées au rôle de l'État ou du politique dans ces changements, sans doute à cause de la politique nataliste alors en vigueur. Et pourtant, ces changements dans les comportements reproducteurs, sont aussi à mettre au compte des politiques de développement mises en place. Comme l'ont souligné tout récemment T. Locoh et J. Vallin [16 : 3], « en réalité, programme de planification familiale ou non, les pays où la baisse de la fécondité a commencé le plus tôt et le plus nettement sont aussi ceux qui ont très tôt mis en place des programmes soutenus de développement économique et social ». L'importance des politiques de développement socio-économique dans les politiques de population est aussi soulignée par A. Jain [8 et 9]. Nous nous proposons donc de mettre en lumière le rôle des politiques de développement dans les changements de la fécondité en milieu rural forestier. L'action du politique sur la reproduction passe par la modification du cadre matériel, légal, institutionnel et culturel de la procréation. C'est cette modification des conditions de reproduction que nous analysons ici. Le choix du milieu rural forestier tient au fait que les politiques de développement étaient basées sur l'exploitation de la forêt.

Avant d'analyser comment ces politiques et ces actions ont influencé les stratégies reproductives, nous présenterons les grandes lignes des politiques de développement et des politiques migratoires.

## Les grandes orientations politiques

### Les politiques de développement agricole

Très tôt après son accession à l'Indépendance, la Côte d'Ivoire opte pour le capitalisme libéral. La politique générale de développement économique, social et culturel est basée sur la « croissance sans laquelle il n'y a pas de développement » [19]. Prolongeant quelque peu la lancée coloniale et bénéficiant des impacts de la colonisation, les autorités post-coloniales basent les stratégies de développement sur l'agriculture. A ce propos, le plan 1976-80 souligne que « le moteur de la croissance économique a été et restera l'agriculture dite paysanne qui intéresse le monde rural dans son ensemble » [18: 259].

Le développement rural en général et le développement agricole en particulier constituent alors la base de la croissance. En ce qui concerne l'agriculture, son déve-

loppement défini « comme processus de promotion et mutation des structures » [18 : 258] se traduit, entre autre, par l'intensification et l'extension des cultures d'exportation, la garantie des prix payés aux paysans et la création des sociétés d'État pour le développement agricole. La croissance du PIB au cours des deux premières décennies post-coloniales (8% par an) et surtout la progression des superficies cultivées et l'accroissement des volumes des produits agricoles (la production du cacao par exemple passe de 140 000 tonnes en 1965 à 1 100 000 tonnes en 1996/97) témoignent d'une certaine réussite de ces politiques.

La fin de la décennie soixante-dix et les années quatre-vingt sont la période de la grande crise économique, mais les mesures touchant le milieu rural se poursuivent. Pendant cette période, les prix aux producteurs chutent et l'État encourage la diversification des produits agricoles pour faire face à la chute des prix du café et du cacao. Ces politiques de diversification connaissent des succès tant au niveau national [1] qu'au niveau des ménages ruraux [2]. L'État adopte aussi des programmes d'ajustement structurel dans le cadre du redressement de l'économie, qui ont des implications majeures dans le monde rural [17]. Malgré les difficultés des années de crise, la production agricole connaît une progression moyenne de plus de 4% par an durant la période 1980-90 [6]. Selon R.M. Hecht [7], la réussite du développement agricole en Côte d'Ivoire tient à la politique des prix, aux bonus accordés aux paysans et à la garantie de la terre, selon le dicton « la terre appartient à celui qui la met en valeur ».

Le développement rural, quant à lui, vise l'amélioration du cadre de vie et des conditions de vie en milieu rural, la poursuite de l'effort d'électrification rurale et la multiplication des centres de santé et des écoles. Les résultats de ces politiques et programmes en milieu rural sont quantitativement importants (en particulier au niveau des infrastructures) malgré les disparités régionales souvent énormes [21] : ces politiques ont un effet plus favorable dans les zones forestières que dans les régions de savane.

Les analystes et planificateurs reconnaissent que le développement agricole susmentionné est plutôt le fruit d'une extensification des cultures d'exportation qu'une réelle amélioration des conditions de production. En particulier, la modernisation et la mécanisation agricoles, surtout en zone forestière, restent toujours des objectifs à atteindre. C'est dire que l'essentiel de la production agricole a utilisé (et utilise encore) la force humaine, d'où la forte demande en main-d'œuvre.

## La politique migratoire

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, la Côte d'Ivoire a une politique de population visant la forte croissance de la population. En effet, à l'aube de l'Indépendance, les autorités ivoiriennes ont trouvé que pour le programme de croissance envisagé, la Côte d'Ivoire était sous-peuplée et manquait de cadres. Il fallait alors résoudre ce problème et surtout maintenir le flux migratoire initié avant l'Indépendance. Ainsi le pays opta pour une politique migratoire de « porte ouverte » et signa même deux accords avec la France et le Burkina Faso (alors Haute-Volta) pour procurer de la main-d'œuvre à l'économie ivoirienne [13]. Mais dans la réalité, ces accords n'ont fourni qu'une infime fraction de la main-d'œuvre puisque peu de migrants passaient par les structures officielles mises en place. De plus, le Ghana était aussi une destination concurrentielle. Pour attirer de la main d'œuvre,

il fallait des actions à effets indirects comme le développement socio-économique, le développement du marché et des infrastructures et la monétarisation de l'économie; toutes choses initiées avant l'Indépendance et renforcées après 1960, qui aboutirent en fin de compte à un développement (régional) déséquilibré. Comme résultat de ces actions, la Côte d'Ivoire est devenue dans les années soixante-dix la destination principale ou quasi-exclusive des Burkinabé [3] et une destination importante pour d'autres Ouest-Africains. L'État n'est certainement pas l'acteur de ces stratégies d'attraction. Les paysans aussi y ont joué un rôle important, surtout pendant la période post-coloniale. Ainsi, alors que les planteurs européens avaient plus de travailleurs migrants pendant la période de la migration forcée, l'abolition de cette dernière a rendu les paysans ivoiriens plus prospères que les planteurs européens : ils attiraient plus les travailleurs migrants que les Européens parce qu'ils les intégraient dans leur relation domestique de production [3 : 75]. A l'intérieur des villages, certains paysans offraient plus de facilités ou d'avantages en plus du paiement du travail pour s'attirer le nombre souhaité de travailleurs<sup>2</sup>.

Les actions relatives à la migration sont allées plus loin encore. En effet, en plus de l'attraction des migrants, il fallait s'assurer de la permanence de cette force de travail. Déjà avant l'Indépendance, les autorités administratives pensaient résoudre ce problème en créant les villages de colonisation et en offrant gracieusement des semences aux travailleurs migrants pour leur installation. Cela n'avait apparemment pas résolu le problème de la mobilité de la main-d'œuvre puisqu'en 1965 sur le million de personnes d'origine étrangère vivant en Côte d'Ivoire, près d'un tiers était en séjour temporaire. Les planificateurs de 1975 estimaient même le nombre des temporaires à l'horizon 1980 à plus d'un demi-million (670 000 exactement) et y voyaient une source de problèmes. Ainsi, reconnaissaient-ils que « son [la population en séjour temporaire] importance risque[rait] de poser des problèmes sociaux et politiques, tant en Côte d'Ivoire que dans les pays fournisseurs de main-d'œuvre. Il serait par la suite important d'envisager les mesures à prendre pour fixer sur place les immigrants » [18 : 80].

La résultante de ces politiques fut bien un accroissement du nombre de migrants et une intensification du flux migratoire, particulièrement en milieu rural forestier. Ainsi, alors que la population rurale en région de savane diminuait, celle de la forêt connaissait un accroissement de plus de 50% en quinze ans. Dans certaines zones rurales comme le Sud-ouest ou le Sud-est, les autochtones étaient même en minorité. Dans le département d'Aboisso par exemple, les autochtones ne représentent que 45% de la population rurale contre 40% d'étrangers et 15% d'autres ivoiriens [11].

Compte tenu de l'importance croissante de la population étrangère et de son poids dans l'économie, les autorités ivoiriennes ont néanmoins révisé leur politique migratoire à partir des années quatre-vingt et surtout au cours de la décennie quatre-vingt-dix. Ce revirement et (surtout) la grande crise économique des années quatre-vingt en liaison avec la sécheresse de 1983-84 ont ralenti, voire même inversé le courant migratoire en direction du monde rural forestier.

En somme, en terme d'immigration internationale, même si le processus avait commencé pendant la période coloniale, c'est surtout aux politiques de développement et aux politiques migratoires de la Côte d'Ivoire indépendante qu'il faut attribuer la

2. Nous parlons des stratégies d'attraction de main-d'œuvre et pas du traitement de celle-ci pendant la durée du contrat. La condition de vie des travailleurs migrants n'est pas l'objet de cet article. On sait simplement que la main-d'œuvre était bon marché.

forte présence de main-d'œuvre étrangère. J.N. Grégory avait déjà tiré cette conclusion en 1974 en ce qui concerne la migration des Burkinabé. Il écrivait : « La Côte d'Ivoire avait finalement réussi à attirer la main-d'œuvre Burkinabé nécessaire seulement quand le travail et la migration forcés – deux politiques conçues pour fournir à la côte un grand nombre de travailleurs migrants – furent abolis » [3 : 76].

Comment ces différentes politiques ont-elles influencé et affectent-elles encore les stratégies reproductives en milieu rural forestier ?

## Développement rural et dynamique reproductive

Dans le débat général sur le développement rural et la reproduction, l'éducation et la modernisation de l'agriculture ont été mentionnées comme moteurs de la baisse de la fécondité à travers la baisse de la demande de la main-d'œuvre enfantine. Dans le cas ivoirien, la modernisation agricole est à l'état embryonnaire et la pression démographique sur la terre est relativement faible. Les facteurs de la baisse entamée de la fécondité restent essentiellement la pression foncière, les modifications des rapports de production et les changements culturels.

### L'extension des cultures de rente et la pression foncière

Au début de son Indépendance, la moitié sud de la Côte d'Ivoire était pratiquement couverte par la forêt. Mais il y a eu une telle régression de la couverture végétale ces trois dernières décennies qu'il ne resterait plus qu'environ 2 à 3 millions d'hectares. Certains observateurs pensent même qu'aujourd'hui la forêt ivoirienne est tout simplement un mythe. Cette destruction de la forêt est liée aux activités agricoles et forestières, mais aussi à l'usage non agricole des terres (urbanisation, habitat, transport, loisir). Au niveau des activités agricoles, les cultures d'exportation occupent plus de deux-tiers des exploitations alors que ce sont des cultures pérennes.

Le résultat d'une telle progression des surfaces cultivées est qu'aujourd'hui, il manque de plus en plus de terre cultivable et le peu de terre disponible est rarement accessible à tous. Ainsi dans les villages enquêtés, les paysans et surtout les jeunes évoquent le manque de terre. Dans le cas d'un village de Biankouma (Tab. 1), 59,4% des chefs de ménages reconnaissent n'avoir plus assez de terre disponible. Et ceux qui en ont assez les mettent en location. Cette pratique n'est pas spécifique de cette localité puisque nos analyses de données de l'enquête permanente auprès des ménages (1986-88) ont montré une émergence de la location des terres [12]. Ainsi 26% des ménages avaient loué la terre qu'ils cultivaient tandis que 3% l'avaient achetée (Tab.2).

Il a souvent été avancé que la pression foncière a été et pourrait être le régulateur de la fécondité à travers le mécanisme du mariage. Dans le cas ivoirien, du moins pour les zones enquêtées, l'incertitude sur l'avenir conduit souvent à deux types de comportements au niveau des jeunes. Certains se marient assez tôt pour avoir accès et exploiter le peu de terre disponible. Pour d'autres, il s'agit avant de se marier de s'assurer d'un minimum de plantation ou de constituer un capital pour d'autres activités. Dans l'ensemble, il y a une tendance vers une fécondité à la baisse, en tout cas inférieure à la parité des parents. Ces mêmes constats (attitudes et comportements favorables à la faible fécondité) ont été faits dans les études antérieures [11 et 23].

**Tableau 1 : Quelques données sur le village de Biankouma dans la région de l'ouest en 1997 (396 ménages)**

Condition de production		Statistiques	
Proportion (en %)	De ménages affirmant avoir assez de terre	40,6	
	De ménages ayant utilisé la main-d'œuvre payante	45,4	
	De ménages locataires de terre	76,7	
Superficie des champs (ha)	Culture vivrière Culture de rente	Médiane	Moyenne
		2,0 5,0	2,6 7,4
Durée moyenne de mise en jachère (en années)	Dans les années soixante	10	
	Actuellement	4	
	Pour la terre cultivée en 1997	5	

Source : Enquête production, 1997.

**Tableau 2 : Condition de production agricole au milieu des années quatre-vingt**

Condition de production	Pourcentage des ménages concernés
Semence améliorée	21,5
Fertilisant	13,3
Insecticide	21,8
Emploi de main-d'œuvre payante l'année écoulée	37,7
Achat de terre cultivée	3
Location de terre cultivée	26

Source : d'après [12].

## La modification des rapports de production et les changements familiaux

Les nombreux travaux des Caldwell et des auteurs des approches institutionnelles ont montré (souvent de façon indirecte) la relation entre la production et la reproduction. La démonstration la plus explicite de cette interrelation aura été apportée par les approches marxistes et néomarxistes qui affirment que la fécondité doit être placée dans le cadre général de la reproduction sociale. Dès lors, la reproduction et la production deviennent des éléments liés d'un même système et les changements au niveau de la production affectent les stratégies reproductives. Considérant donc cette relation production-reproduction, nous pouvons dire que c'est par les rapports de production et les institutions de reproduction sociale que les politiques ivoiriennes ont le plus influencé la reproduction. Ce sont dans ces domaines qu'il y a eu en effet les plus grandes modifications (quantitatives et qualitatives).

A travers les politiques de développement des cultures de rente, les autorités poussaient et reliaient les ruraux dans le système économique international et surtout dans le système capitaliste. Les conséquences de cette intégration (partielle) et de la monétarisation progressive sont bien connues. Avant l'intensification des cultures pérennes, les terres appartenaient aux groupes sociaux et chaque membre se sentait plus ou moins propriétaire de la terre collective. En dehors des cas isolés d'esclavage, les relations sociales de production étaient des relations familiales. Mais avec la présence des migrants apparaissent de nouveaux types de rapports de production. Les migrants travaillaient généralement sous trois formes : comme métayer, travailleur journalier ou contractuel pour une charge de travail fixe. Des relations de production sans lien de parenté ou d'alliance apparaissent. C'est ainsi que s'établissent des relations patron-employé, propriétaire de plantation-exploitant/métayer et que se forme une catégorie de population sans terre. L'utilisation de la main-d'œuvre étrangère permettait aussi de libérer quelque peu la force de travail des enfants et donc leur éducation. L'existence de la main-d'œuvre relativement bon marché permettait alors aux ménages ayant les moyens de se passer de la main-d'œuvre familiale et aux célibataires et aux ménages sans enfants de contribuer à la production agricole. Une telle situation a dû réduire (au niveau théorique) la demande d'enfants pour le travail. Cette situation a permis la scolarisation d'un nombre important d'enfants et a encouragé l'exode rural.

La migration et le métayage ont contribué à la reconfiguration de la différenciation socio-économique. Les migrants métayers reçoivent un tiers ou la moitié de la valeur de la production selon les régions et les cultures. Ainsi le métayer souvent seul, ou du moins avec un ménage réduit, a une situation financière plus aisée que les membres de la famille de l'employeur. Cette richesse relative des métayers et contractuels, ainsi que la raréfaction des migrants en période de crise et le chômage urbain ont conduit de plus en plus de jeunes villageois vers le travail rémunéré. Dans de nombreux villages, les nationaux et plus encore les villageois eux-mêmes sont plus nombreux dans le salariat agricole. Et comme la richesse financière est devenue un des éléments de stratification sociale, ces salariés agricoles perturbent la hiérarchie sociale et familiale.

La famille, comme institution sociale et lieu de la reproduction sociale, est également touchée par les changements en cours. Les autorités ivoiriennes ont voulu depuis longtemps réduire le rôle de la famille (étendue) tant dans la production que dans la reproduction. Ainsi le code civil de 1964 réduisait au minimum le rôle de la famille et même des parents dans le mariage. Comme le souligne J.M. Toungara [20], le président Houphouët-Boigny qui avait opté pour le capitalisme, espérait que la compétition entre les familles nucléaires contribuerait à l'accroissement de la productivité. Par la loi sur le mariage, il a voulu la participation complète de tous les adultes au processus de développement. L'institution de la monogamie visait à renforcer l'unité conjugale et, par conséquent la famille étendue patriarcale ne serait alors plus responsable de la gestion de la main-d'œuvre ni de la productivité d'un large groupe [20 : 56]. Cette analyse de la loi du 7 octobre 1964 semble exacte puisqu'en 1982, les planificateurs pointaient du doigt l'emprise des vieux chefs de lignage et des patriarches sur la gestion des terres comme l'un des problèmes majeurs du développement agricole. Néanmoins, ces politiques ont eu un impact sur la famille, sa structure, son organisation de la production ainsi que l'ont montré C. Faussey-Domalain et P. Vimard [5]. Que ce soit à Gan (à l'Ouest), à Bogoua-Bahouan (au Centre-ouest), à Blahou (Sud-ouest) ou à Yahou (Sud-est), la tendance est à la production au sein de l'unité conjugale, voire même une individualisation de la production. Si dans la pre-

mière phase de ce processus, le chef de l'unité domestique retirait sa femme et sa famille de l'organisation communale de production pour les faire travailler dans sa propre plantation [23 : 196], ce sont désormais les membres de cette unité qui se défont du contrôle du chef d'unité pour travailler à leur propre compte. Dans la commune de Biankouma, il n'y avait qu'une dizaine de métayers étrangers pour les 2 000 habitants que comptait cette localité. Ceci s'explique par le fait que désormais, ce sont les villageois qui font le contrat agricole. Et plus encore, il y a une rémunération des contributions aux activités agricoles au sein des familles : de nombreux enfants travaillent comme métayers ou contractuels dans les plantations des membres de la famille. Les femmes ont aussi ré-inventé leur « café » dans la production vivrière<sup>3</sup>. C'est dire que les relations propriétaire-exploitant ou employeur-employé s'infiltrent et s'établissent dans l'unité domestique. Cette infiltration ne manquera pas de perturber la famille et même les individus dans la mesure où elle s'accompagne de l'infiltration des perpétuels conflits propriétaire-ouvrier, famille-affaire [24]. La participation au développement dépasse les activités agricoles puisqu'il y a une floraison d'activités non agricoles dans les villages. La monétarisation progressive de l'économie, voire même des relations sociales, a modifié les paramètres de la mobilité sociale des individus. Ainsi puisque le chef de l'unité n'a plus le contrôle total des ressources dans son unité, il lui est de plus en plus difficile de jouer les rôles qui lui sont dévolus. Par exemple chez les Dan de Biankouma, il est du devoir du chef de famille d'organiser le premier mariage de son fils, ce dernier pouvant plus tard épouser une autre femme ou « sa propre femme » (comme certains le disent) par amour et surtout pour montrer sa réussite socio-économique. Ceci pourrait expliquer la prévalence relativement forte de la polygamie. Aujourd'hui, ce rôle est de moins en moins assumé et le chef a plutôt un avis consultatif. C'est ce que souhaitait le législateur ivoirien.

## Les changements culturels induits par les politiques

La culture est un déterminant de la fécondité qui agit sur le long terme. Dans ce chapitre nous utilisons la définition de la culture proposée par O. Kreager. Pour lui, la culture est l'application des critères de vrai ou faux, d'approbation ou de désapprobation. La culture est donc le sens que les gens donnent et qu'ils font de leur environnement matériel [10 : 44]. La culture ainsi définie a une dimension de normalisation dynamique et donc historique. Les politiques ivoiriennes vont donc agir non seulement sur les critères du bon et du mauvais mais aussi sur les conditions matérielles d'application de ces critères. Nous avons déjà souligné la loi sur le mariage qui établissait la monogamie, supprimait la dot et ordonnait le système d'héritage. Aussi les discours depuis les années soixante et jusqu'à aujourd'hui ne cessent de souligner la nécessité de la modernisation de la société (même si ce concept a rarement été clairement défini).

L'élément majeur du changement culturel aura été sans doute la politique éducative, ceci à plusieurs niveaux. L'éducation permettait aux enfants scolarisés non seulement d'apprendre (des choses souvent nouvelles) sans passer par les aînés de la famille, mais surtout grâce à la langue française inconnue par de nombreux

3. Le terme « Café » dans le contexte ivoirien, n'est pas simplement le nom d'une plante mais aussi et surtout un concept qui désigne la source de revenu. En milieu rural, il traduit dans une certaine mesure les relations entre les sexes. Vu le grand pouvoir de décision des hommes chef de ménage sur le revenu issu de la vente café/cacao, l'instabilité de ce revenu et les problèmes liés à sa redistribution, de plus en plus de femmes cultivent des produits vivriers mais pour vendre. Dans un des villages de notre étude, le riz chinois cultivé par les femmes et destiné à la vente est désigné par « *le café des femmes* » ou « *le complet pagne des femmes* ».

parents, d'avoir leur monde et leur langue à eux. Le contenu du programme a aussi modifié les critères d'acceptation et de rejet. Toujours dans le domaine de l'éducation, deux autres politiques retiennent notre attention : l'expérience de l'enseignement télévisuel et la politique de la construction de la nation à travers l'éducation. L'enseignement télévisuel a contribué à équiper presque tous les villages pourvus d'une école primaire de postes de télévision. Ainsi les villageois avaient accès aux autres programmes télévisés, en dehors des heures de classe. Or la majeure partie des programmes étaient importés d'Europe ou des États-Unis. M. Land [14], indique que les programmes américains à la télévision ivoirienne (tenue par l'État) étaient directement liés au programme de modernisation culturelle du président Houphouët-Boigny. Et la télévision servait à consolider l'unité nationale et le consensus politique. Ces programmes faisant souvent une large place à la famille, au sexe et à la violence ont eu des impacts sur le vécu et les normes des villageois.

Quant à la politique de construction de la nation, son principe était simple : la Côte d'Ivoire est un pays avec plus de 60 ethnies. Ces ethnies se connaissaient peu, avaient des préjugés les unes vis-à-vis des autres et surtout, certaines d'entre elles avaient mené des guerres tribales dans un passé récent. Il fallait donc les amener à s'accepter et à cohabiter pacifiquement. Pour ce faire, de nombreux élèves (la majorité en fait) devant passer du primaire au secondaire étaient orientés dans d'autres régions que la leur. Dès lors, très tôt, c'est-à-dire entre 11 et 15 ans, l'enfant était amené à vivre en dehors du cadre familial et même à mener une vie d'adulte. Si cette situation a occasionné la sexualité et la fécondité de ces enfants, elle a aussi permis aux élèves d'apprendre et de pratiquer les méthodes contraceptives et abortives. Ce n'est pas étonnant qu'après 13 ans d'absence, R. Launay [15] retrouve dans un quartier de Korhogo ce qu'il appelle une « épidémie de nyamogoden » ou épidémie d'enfants illégitimes, qui a conduit à un assouplissement de l'interdiction de la sexualité et de la fécondité hors mariage. C'est dire que les individus, en tant qu'acteurs, tentent de se conformer aux normes culturelles mais aussi peuvent modifier les critères de normalité pour accommoder leurs comportements. Ces modifications culturelles, surtout avec le retour au village des déscolarisés et aussi des vacanciers pourraient expliquer la présence de condoms dans les boutiques des nombreux villages visités.

La fécondité des adolescentes peut entraîner une réduction de la fécondité dans certaines zones comme le département de Biankouma. En effet, dans cette zone, il est socialement inapproprié (voire interdit) pour une femme de continuer à procréer quand sa fille a déjà un enfant (surtout hors mariage, qu'elle doit élever). Sa reproduction est donc plutôt contrôlée par celle de sa fille. Ainsi certaines femmes ayant la trentaine, se trouvent obligées d'arrêter leur vie féconde.

\*

\* \*

Après une longue période de forte fécondité (et souvent en hausse) en milieu rural, on assiste de plus en plus à des changements en matière de reproduction. Les enquêtes récentes que nous avons menées confirment bien l'apparition d'attitudes favorables à une faible fécondité. Ces attitudes se concrétisent même puisque la baisse de la fécondité a commencé. Ces changements sont attribuables aux changements socio-économiques et culturels en cours, mais aussi aux politiques post-coloniales.

Ce chapitre a montré le rôle du politique dans les changements reproductifs en cours dans le milieu rural ivoirien. Bien que la politique de population ait été fortement nataliste jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, les politiques de développement économique, social et culturel sont à la base des transitions de la reproduction. Il est même possible que la politique pro-nataliste ait contribué à la faiblesse de la baisse de la fécondité en renforçant les obstacles existants. Néanmoins, les politiques de développement ont contribué à la mise en place de quelques-unes des conditions d'une implémentation efficace de la planification familiale. Enfin, cette étude conduit à deux implications majeures au niveau politique : 1) la fécondité doit être considérée dans le cadre général de la reproduction sociale et donc les politiques menées dans d'autres domaines peuvent (et c'est très souvent le cas) avoir des effets contraires à court et long terme au niveau démographique; 2) les politiques et programmes de population devraient pour plus d'efficacité s'appuyer sur des politiques de développement plus ambitieuses et réalistes.

## Bibliographie

1. ALPINE R.W.L. et PICKETT J., 1993, *Agriculture, Liberalisation and Economic Growth in Ghana and Côte d'Ivoire : 1960-90*, OECD, Paris, 139 p.
2. APPLETON S. et COLLIER P., 1990, *Agriculture and the Economy : Consequences of Negative External Shocks in Ghana and The Côte d'Ivoire : 1979-87*. WEP Research Working Papers, ILO, Geneva, 102 p.
3. CORDELL D.D., GREGORY J.W. et PICHÉ V., 1996, *Hoe and Wage : a Social History of a Circular Migration System in West Africa*. Westview Press, Boulder, Colorado/Oxford, 384 p.
4. CÔTE D'IVOIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1994, Calverton USA, Macro International, 294 p.
5. FAUSSEY-DOMALAIN C. et VIMARD P., 1991, *Agriculture de rente et démographie dans le Sud-Est Ivoirien : une économie villageoise assistée en milieu forestier peri-urbain*, *Revue Tiers Monde*, t. XXXII, n° 125, Janvier-Mars 1991, p. 94-114.
6. FRATERNITÉ-MATIN, Special AGRI'97, Décembre 1997, Abidjan, 66 p.
7. HECHT R.M., 1983, *The Ivory Coast Economic « Miracle » : What Benefits for Peasant Farmers ?*, *Journal of Modern African Studies*, Vol. 21, n° 1, p. 25-53.
8. JAIN A., 1998a, *Population Policies that Matter*, in JAIN A., Ed., *Do Population Policies Matter ? Fertility and Policies in Egypt, India, Kenya and Mexico*, Population Council, New York, p. 1-18
9. JAIN A., 1998b, *The Future of Population Policies*, in JAIN A., Ed., *Do Population Policies Matter ? Fertility and Policies in Egypt, India, Kenya and Mexico*, Population Council, New York, p. 193-201.
10. KERTZER D., 1995, *Political-Economic and Cultural Explanations of Demographic Behavior*, in GREENHALGH S., Ed., *Situating Fertility : Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 29-52
11. KOFFI N., KOUYE M.P. et SIKA G.L., 1994, *La Planification Familiale dans le Département d'Aboisso (Sud-Est de la Côte d'Ivoire)*, Rapport d'enquête, ENSEA Abidjan, 137 p + Annexe.
12. KOUAME A., SCHELEKENS J., EELLEN F., TIEMOKO R., BOSCH A. et BANGA W.M., 1995, *Rural Development and Fertility Change in Côte d'Ivoire*, NIRP Project Report, IFORD, Yaoundé, 240 p multigr.

13. KOUAME A., 1988, De la pénurie à la sous-utilisation de la main-d'œuvre : Un essai sur la problématique des ressources humaines en Côte d'Ivoire, *Ph. D. dissertation*, Département de Démographie, Université de Montréal, 220 p. Multigr.
14. LAND M., 1992, Ivorian Television, Willing Vector of Cultural Imperialism, *Howard-Journal of Communications*, Vol. 4, n° 1-2, p. 10-27.
15. LAUNAY R., 1995, The power of Names : Illegitimacy in a Muslim Community in Côte d'Ivoire, in GREENHALGH S., Ed., *Situating Fertility : Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 108-129.
16. LOCOH T. et VALLIN J., 1998, Afrique noire : la baisse de la fécondité, in *Population et Société*, n° 338, septembre 1998, INED, Paris, 4 p.
17. PALMER I., 1991, Gender and Population in the adjustment of African Economies : Planning for Change, *Women, Work and Development*, n° 199, ILO, Geneva, 187 p.
18. RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1977, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-80. Volume II*, Document Annexe. Ministère du Plan, Abidjan, 448 p.
19. RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1981, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1981-85, Tome II, Planification sectorielle, Volume I*. Ministère du Plan et de l'Industrie, Abidjan, 580 p.
20. TOUNGARA J.M., 1997, Changing the Meaning of Marriage : Women and Family Law in Côte d'Ivoire, in MIKELL G., Ed., *African Feminism : The Politics of Survival in Sub-Saharan Africa*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, p. 53-76.
21. TOURE M., OUATTARA S. et ANNAN-YAO E., 1993, Dynamique de la population et stratégies de développement en Côte d'Ivoire, in TOURE M. et FADAYOMI T.O., Eds., *Migrations et Urbanisation au Sud du Sahara : Quelques impacts sur les politiques de population et de développement*, Karthala, Paris, p. 1-47.
22. VIMARD P., 1993, Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest, *Revue Tiers monde*, t. XXXIV, n° 133, p. 90-115.
23. VIMARD P., GUILLAUME A. et QUESNEL A., 1994, Singular Fertility Patterns in Rural Africa. Socio-economic Differentiations and Transformations of Fertility Models in West Africa, in LOCOH T. and HERTRICH V., Eds., *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, p. 193-220.
24. WARD N. and LOWE P., 1994, Shifting Values in Agriculture : the Farm Family and Pollution Regulation, in *Journal of Rural Studies*, Vol. 10, n° 2, p. 173-184.



# SYNTHÈSE



# Synthèse

*Daniel M. Sala-Diakanda<sup>1</sup>*

Les chapitres de cet ouvrage résultant des travaux des *Troisièmes Journées Scientifiques du Réseau Démographie* organisées à Rabat du 9 au 12 décembre 1998 portent sur des sujets aussi variés que les tendances contrastées de l'évolution démographique dans le Sud, le phénomène de transition démographique dans un contexte de paupérisation croissante des ménages, mais aussi en relation avec l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, la pandémie du VIH/Sida, l'évolution des comportements matrimoniaux et en matière de sexualité (y compris chez les adolescents), le statut et le rôle de la femme, les pesanteurs socioculturelles et religieuses, l'implication plus ou moins ouverte du législateur dans les questions de population, etc.

La présente synthèse, qui ne peut donc prétendre rendre compte de la complexité et de la richesse de cet ouvrage, s'articule essentiellement autour du questionnement ci-après : quelles sont les principales préoccupations à la base des études présentées lors des différentes séances ? quels sont les principaux résultats de ces études et quels sont les problèmes ou interrogations que ces résultats soulèvent ?

## Principales préoccupations à la base des études présentées

Parmi les préoccupations à la base des différents chapitres, les suivantes constituent sans nul doute les principales pistes de réflexion retenues par les auteurs :

1. Essai de mise en évidence et/ou d'explication du phénomène de la transition démographique dans des contextes socioculturels, religieux, environnementaux et économiques variés, avec une référence particulière au phénomène persistant de pauvreté et de crise devenu courant dans les pays du Sud.
2. Examiner les interrelations entre le statut de la femme, notamment son statut dans le ménage et dans un contexte familial plus large – qu'elle soit épouse ou non – et le niveau de fécondité, l'utilisation des services de planification familiale et de santé de la reproduction, et la mortalité dans l'enfance.
3. Comprendre en quoi l'absence d'autonomie des femmes, notamment face à leurs conjoints et/ou aux autres membres de la famille élargie, influence leurs attitudes à l'égard des pratiques de régulation et d'espacement des naissances.
4. Évaluer la pertinence, le rôle et l'efficacité des politiques et mesures gouvernementales directes et indirectes – notamment mais non exclusivement de type institutionnel – mises en œuvre pour infléchir les comportements individuels et collectifs en matière de reproduction humaine.

---

1. FNUAP, N'Djaména (Tchad).

5. S'interroger sur l'importance des phénomènes tels que la stérilité ou l'infécondité et le confiage des enfants et leur influence respective sur le changement des comportements en matière de reproduction.
6. Compte tenu notamment des niveaux très élevés de la pandémie du VIH/Sida observés surtout en Afrique subsaharienne et de la dissociation de plus en plus grande, dans toutes les sociétés, entre activité sexuelle, mariage et procréation, apporter un nouvel éclairage sur ces profonds changements comportementaux et leurs conséquences prévisibles.
7. Mettre en évidence les relations entre la détérioration des conditions de vie des populations, les difficultés d'insertion sociale des jeunes particulièrement, notamment en milieu urbain, et la baisse observée des niveaux de fécondité.

## Principaux résultats observés

Signalons d'emblée que cet ouvrage confirme clairement que le concept « *d'exception africaine* » en matière de transition démographique n'est plus soutenable même en ce qui concerne le milieu rural. On observe en effet de façon nette dans la plupart des pays du Sud et, fait nouveau, en Afrique au Sud du Sahara, des signes susceptibles d'induire une réduction substantielle et durable de la fécondité, comme notamment une pratique contraceptive en augmentation sensible, une scolarisation accrue des filles liée à un net changement de perception en la matière au sein des groupes familiaux, une modification sensible des relations entre conjoints dans les unions, une évolution marquée des modèles de nuptialité et un changement progressif en matière de sexualité. La diversité des facteurs et leur ampleur différente selon les milieux entraînent tout naturellement une diversité dans le processus de transition démographique aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays, voire selon le milieu de résidence ou les catégories sociales au sein d'un même groupe culturel.

L'ouvrage met aussi en évidence l'importance des adolescents dans le processus de transition démographique dans un contexte de recul quasi généralisé du mariage et de crise économique, tout en confirmant au passage le fait que le niveau d'instruction, la position sociale de la femme et son interaction plus ou moins importante avec le monde extérieur sont des facteurs fondamentaux à la base des changements importants observés dans les populations du Sud, notamment en termes de baisse de la mortalité infantile, de la réussite scolaire des enfants et d'un recours de plus en plus prononcé à la contraception moderne. Par ailleurs, au-delà des variables individuelles relatives aux caractéristiques socio-économiques de la femme et son statut dans le ménage, les variables décrivant le statut du mari et la discussion au sein du couple influencent également très significativement l'attitude des femmes à l'égard de la procréation.

Si la fécondité semble partout montrer des signes évident d'affaissement, tout relatif bien naturellement, les facteurs considérés comme cruciaux dans cette évolution, qui a lieu dans des contextes variés rappelons-le et donc selon des modèles complètement différents, ne sont pas partout les mêmes, au point que des expressions aussi variées que « transition de crise », « malthusianisme de la pauvreté » ou encore « malthusianisme de l'appauvrissement » sont abondamment utilisées pour caractériser les changements démographiques observés dans certains pays ou

groupes sociaux spécifiques aussi bien en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'en Afrique.

Les auteurs semblent cependant s'accorder sur le fait qu'un peu partout, la transition démographique est fortement liée à une plus grande précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels, une nette augmentation de la sexualité des adolescents et un recul de l'entrée en union, avec tout ce que cela implique notamment en termes de grossesses non désirées, d'avortements provoqués, de densification du réseau des partenaires sexuels et de diffusion concomitante des maladies sexuellement transmissibles et de la pandémie du VIH/Sida dont on soupçonne à peine les conséquences à plus long terme sur l'évolution globale des sociétés, surtout celles les plus fortement touchées.

La crise multiforme que traversent la plupart des pays du Sud a aussi suscité des études sur le phénomène de *confiage* des enfants. Si ce phénomène traditionnel, désormais de plus en plus dénaturé par les dures conditions économiques que connaissent les ménages, apparaît comme une démarche collective plutôt qu'individuelle, ses causes et motivations profondes sont encore largement méconnues, de même d'ailleurs que son influence possible sur les changements en matière de procréation aussi bien chez les parents que chez les enfants qui auront vécu ce phénomène.

Enfin, il apparaît clairement que si les lois, politiques et programmes relatifs aux questions de population sont indispensables, notamment en ce qu'ils peuvent créer un contexte propice à la mise en œuvre des actions susceptibles de favoriser le déclenchement et/ou l'accélération du processus de transition démographique, il convient de garder présent à l'esprit le fait que ces lois, politiques et programmes, aussi volontaristes soient-ils, peuvent être d'une efficacité douteuse lorsqu'ils ne sont pas la traduction du mouvement de fond en cours dans la société concernée. En définitive, on reconnaît généralement que les mécanismes en jeu dans le processus de transition démographique ainsi que les interactions complexes entre facteurs en présence sont encore largement méconnus.

## Principaux problèmes soulevés

Quels sont dès lors les principaux problèmes que soulèvent ces différentes constatations ? Eu égard à l'extrême jeunesse de la grande majorité des pays du Sud, la préoccupation fondamentale devrait être celle de trouver les voies et moyens susceptibles d'induire les changements nécessaires dans les domaines politiques, socio-culturels et économiques afin de permettre une meilleure intégration des jeunes dans la société. Il s'agit donc, pour ces pays, de tirer le meilleur parti possible de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le *bonus démographique*.

Pour ce faire, il est entre autres choses absolument indispensable d'entreprendre des études approfondies sur les mécanismes de diffusion des changements comportementaux dans toutes les catégories sociales et à tous les niveaux, particulièrement en matière de structures familiales, de nuptialité et de sexualité, et sur les conséquences sociales, sanitaires et économiques de ces changements, notamment chez les adolescents. Ceci afin d'en tirer les implications en matière de politiques et programmes intégrés de population et développement, dans le respect absolu des spécificités locales; pour autant que ces spécificités participent – ou sont susceptibles de participer – à l'amélioration progressive des conditions de vie des populations.

Pour peu qu'on veuille innover, ce nouvel effort de recherche passe par la nécessité de concevoir de nouveaux outils d'observation et d'analyse pour une meilleure intelligence des changements en cours dans les sociétés étudiées. Ceci permettrait du reste de dépasser l'approche de la fécondité à partir des données individuelles habituellement collectées dans les enquêtes classiques dont on connaît aujourd'hui les limites face aux défis de l'évolution en cours.

Dans ce cadre, plusieurs pistes de recherche pourraient être explorées. La réflexion méthodologique pourrait par exemple porter sur :

1. La conceptualisation et la construction, notamment à partir des résultats des études qualitatives, des indicateurs utilisables dans des recherches quantitatives sur la pauvreté des ménages et les comportements procréateurs des individus — aussi bien en villes que dans les campagnes — et qui permettent de mieux rendre compte non seulement de la position respective des hommes et des femmes au sein des ménages à un moment donné, mais aussi de leurs trajectoires statutaires; et,
2. La mise en correspondance des mobilités professionnelles et des parcours résidentiels des individus et leurs histoires génésiques et familiales.

Enfin, sur le plan des politiques et programmes de population et développement, il apparaît clairement que les aspirations profondes des populations concernées devraient partout constituer le fondement même de leur élaboration et mise en œuvre. Dans ce cadre, il faut souligner la nécessité de garantir aux populations aussi bien urbaines que rurales qui en font la demande, y compris les adolescents, une meilleure accessibilité aux services sociaux essentiels de qualité notamment l'éducation et la santé pour améliorer les possibilités d'insertion d'une frange majoritaire de la population dans les circuits locaux de production économique. Par ailleurs, dans un contexte caractérisé par la généralisation de la pauvreté, la précocité et l'intensification de la sexualité des adolescents, ainsi que par le recul de la nuptialité, ces services devraient aussi comprendre des programmes ciblés d'éducation à la vie familiale ainsi que les informations, conseils et services de santé reproductive et de planification familiale de qualité et accessibles pour, notamment, éviter le recours à l'avortement comme moyen de réduction de la fécondité. Là où le phénomène de stérilité existe, il devrait être pris en compte dans le protocole des structures de soins ayant en charge la protection de la santé de la reproduction. Enfin, la déstructuration des ménages et familles, du fait notamment de la modernisation progressive de la société, devrait constituer un sujet de préoccupation aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les communautés concernées pour que se reconstituent ou s'établissent des nouveaux filets de sécurité sociale et, donc, de solidarité intergénérationnelle.

# **ANNEXE**

## **LES TROISIÈMES JOURNÉES SCIENTIFIQUES DU RÉSEAU DÉMOGRAPHIE DE L'AUF :**

**« LES TRANSITIONS  
DÉMOGRAPHIQUES  
DES PAYS DU SUD »**

**(Rabat, 9-12 décembre 1998)**



# Annexe

## Les troisièmes journées scientifiques du réseau démographie de l'AUF : « Les transitions démographiques des pays du Sud » (Rabat, 9-12 décembre 1998)

### A. Organisation et déroulement des journées

Les Troisièmes Journées scientifiques du réseau démographie de l'AUF se sont tenues à Rabat (Maroc). Parmi les diverses propositions de thèmes pour ces Journées, celui des transitions démographiques avait finalement été retenu par le Comité de réseau en mai 1997. En effet, l'Action de Recherche Concertée (ARC) de l'AUF sur les transitions démographiques devant s'achever en 1999, les Journées permettaient de valoriser les travaux des 8 équipes engagées dans cette recherche en présentant leurs résultats et leurs synthèses. D'autres chercheurs pouvaient également présenter leurs propres travaux afin d'enrichir le débat.

L'INSEA, centre participant à l'ARC, s'est alors imposé comme institution co-organisatrice avec son Département de Démographie et son programme « Population et développement durable » appuyé par le FNUAP.

L'organisation de ces Journées a été placée sous la responsabilité d'un Comité d'organisation composé des personnalités suivantes :

Aziz AJBILOU, enseignant-chercheur à l'INSEA ;  
Abdelaziz EL GHAZALI, directeur de l'INSEA, directeur de l'agence d'exécution du Programme de formation en population et développement durable ;  
Abdeslam FAZOUANE, enseignant-chercheur, chef du Département de démographie et sciences humaines de l'INSEA ;  
Francis GENDREAU, chercheur à l'IRD ;  
Hubert GÉRARD, doyen de la Faculté des sciences Sociales, Université Catholique de Louvain ;  
Abdellatif LFARAKH, chercheur au Centre d'études et de recherches démographiques (CERED) ;

---

1. CEPED (Paris), CERPOD (Bamako), IFORD (Yaoundé), IDP (Paris), INSEAU (Rabat), IRD (Marseille), URD (Lomé) et Université de Montréal.

Denis NZITA KIKHELA, professeur à l'Université de Kinshasa ;  
 Victor PICHÉ, professeur à l'Université de Montréal ;  
 Mohammed YOUSSEFI, responsable de la coopération à l'INSEA.

La première réunion de ce Comité s'est tenue à Rabat les 11 et 12 septembre 1997 pour lancer officiellement les Journées. La première circulaire d'annonce des Journées et d'appel à communication a été élaborée lors de cette réunion et diffusée à son issue.

Le Comité d'organisation a tenu sa deuxième session à Paris les 14 et 15 avril 1998. 136 projets de communication avaient été reçus, et après discussion du Comité, 36 furent retenues et le programme provisoire des Journées a été élaboré.

Les Journées ont rassemblé durant quatre jours 157 participants ; 31 pays étaient représentés par leur lieu de résidence et/ou leur nationalité : 7 pays du Nord (Belgique, Canada, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Italie, Pays-Bas) et 24 pays du Sud (Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Chili, Congo (Rep. Dem.), Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Gabon, Jordanie, Liban, Madagascar, Mali, Maroc, Mexique, Niger, Rwanda, Sénégal, Togo, Tunisie, Viet Nam).

En plus des sessions normales des Journées, trois tables rondes se sont tenues :

- la première sur la démographie marocaine pour permettre aux participants de se familiariser avec le pays hôte des journées ;
- la seconde avec les équipes de l'ARC sur l'éclairage qu'apportent leurs résultats aux décideurs pour l'action ;
- la troisième sur la coopération sud-sud en démographie, afin d'avancer dans la réflexion collective sur cet important sujet.

Le financement de ces Journées a été assuré par l'Agence Universitaire de la Francophonie, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), la Communauté Française de Belgique et l'INSEA. L'ensemble de ces contributions a permis la prise en charge de 42 participants sur place.

## B. Programme

Mercredi 9 décembre

*Matinée*

**Séance d'ouverture**

**Séance 1, Approche générale I**

Président : LUTUTALA Mumpasi.

COURBAGE Youssef, Entraves culturelles à la transition de la mortalité des enfants en Turquie ?

COSIO-ZAVALA Maria Eugenia, Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique Latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté.

KOUAOUCI Ali, Politiques de population : pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ?

VIMARD Patrice, FASSASSI Raïmi, Vers un double modèle de transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne ?

## Après-midi

### Séance 2 : Approche générale II

Président : SALA-DIAKANDA Daniel.

DANG THU, La transition démographique au Viêt-nam et ses déterminants.

PICHÉ Victor, VIGNIKIN Kokou, GUEYE Mouhamadou, KONATE Mamadou, MARCOUX Richard, Migration et transition démographique en Afrique.

AGAR LORENZO et FERRER Marcela, Transitions démographiques en Amérique latine : situation actuelle et tendances.

HAMELIN Philippe, Transitions démographiques contrastées : Argentine, Brésil et Chili.

### Séance 3 : La baisse de la mortalité, amorce de la transition

Président : LERY Alain.

ANGELI Aurora, SALVINI Silvana, Planification familiale et santé infantile au Maroc : les relations avec la condition féminine et les caractéristiques du milieu social.

FAZOUANE Abdesselam, Pauvreté et mortalité des enfants en milieu urbain marocain.

LEBEGUE Julie, La baisse de la mortalité des enfants dans un contexte de paupérisation des ménages : risques économiques et comportements acquis dans un quartier spontané de Bamako (Mali).

## Jeudi 10 décembre

### Matinée

#### Séance 4 : Les déterminants de la baisse de la fécondité I

Président : KOUAOUCI Ali.

LADIER-FOULADI Marie, La transition de la fécondité en Iran islamique.

SCHOUMAKER Bruno, Changements récents de fécondité, contexte local et modèles multi-niveaux : une analyse exploratoire des changements de fécondité au Maroc rural.

YANA Simon David, Environnement institutionnel et transition de la fécondité au Cameroun.

AJBILOU Aziz, Pauvreté et fécondité au Maroc

#### Séance 5 : Les déterminants de la baisse de la fécondité II

Président : KOFFI N'Guessan.

COURY Diane, RAZAFINDRATSIMA Nicolas, Baisse de la fécondité et demande d'éducation dans l'agglomération d'Antananarivo.

MARCOUX Richard, PICHÉ Victor, Mobilité sociale et fécondité à Bamako.

VIGNIKIN Kokou, Arbitrage entre qualité et quantité d'enfants et baisse de fécondité en milieu rural : le cas des femmes de la Vallée du Mono.

## Après-midi

### Séance 6 : Statut de la femme et approche genre

Président : SAISI Salama.

ADJAMAGBO Agnès, Les attitudes et comportements en matière de fécondité en milieu agricole ouest-africain, une étude en termes de relations de genre.

DABIRE Bonayi, Transition démographique et migrations. Le confiage des enfants : alternative à une transition de crise ?

TICHIT Christine, Fécondité et statut des femmes dans le ménage au Cameroun.

### **Table ronde : La démographie marocaine**

Président : NOUIJAI Ahmed (CERED).

Participants : AJBILOU Aziz (ADEMA), BENCHEIKH Abderrahim (Direction de la Statistique), FAZOUANE Abdesselam (INSEA), LFARAKH Abdellatif (CERED)

## **Vendredi 11 décembre**

### *Matinée*

#### **Séance 7 : Les évolutions dans la nuptialité et la fécondité des adolescents**

Président : AKOTO Eliwo.

AMADOU Sanni Mouftaou, Evolution des comportements matrimoniaux et fécondité au Bénin.

DELAUNAY Valérie, Sexualité et fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural Sénégalais.

FERRY Benoît, L'activité sexuelle entre puberté et procréation au cœur des transitions au sud.

NGONDO a PITSHANDENGE Séraphin, Amitiés, sexualité et avortement en milieux scolaires. Un possible schéma de transition vers la baisse de la fécondité. Le cas de la ville de Kikwit (RDC).

#### **Table ronde : L'action de recherche concertée « les transitions démographiques »**

Président : MONTENAY Yves (Université Paris IV).

Participants : AKAM Evina (IFORD), GUEYE Mouhamadou (CERPOD), MARCOUX Richard (Université Laval), PILON Marc (CEPED), VIGNIKIN Kokou (URD), VIMARD Patrice (ORSTOM).

### *Après-midi*

#### **Séance 8 : Le rôle des politiques de population**

Président : COSIO Maria.

BELLA Nicole, Le rôle des politiques de population dans la transition de la fécondité dans les pays en développement : l'exemple de la Thaïlande.

NZITA Kikhela Denis, Politique de population et transition démographique dans les pays à forte stérilité.

TIEMOKO Richmond, Politique de développement économique, politique migratoire et changement de la fécondité en milieu rural ivoirien.

#### **Table ronde : La coopération sud-sud**

Président : MAZOUZ Mohamed (Programme global du FNUAP).

Participants : AKOTO Eliwo (IFORD), BAHRI Ahmed (ex-CEA), KOFFI N'Guessan (ENSEA), LUTUTALA Mumpasi (UEPA) et SALA-DIAKANDA Daniel (CEA).

---

Samedi 12 décembre

*Matinée*

**Séance 9 : Planification familiale et contraception I**

Président : NZITA Kikhela Denis.

AKOTO Eliwo, KAMDEM Hélène, Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique.

BAKKALI Taoufik, Les préférences de fécondité comme préalables à l'utilisation de la contraception : analyse comparative régionale au Maroc.

BAYA Banza, Impact de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs sur les comportements en matière de planification familiale en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazega.

**Séance 10 : Planification familiale et contraception II**

Président : BAHRI Ahmed.

DEMBELE Bernard, Les couples et l'espace des naissances au Burkina Faso.

EL YOUBI Ali, Niveau, structure et raisons d'évolution de la contraception et de la fécondité au Maroc.

EVINA Akam, NGOY Kishimba, L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espace à la limitation des naissances ?

**Séance de clôture**

Président : MAHFOUD Mohamed.

SALA-DIAKANDA, Daniel, Synthèse.

**Après-midi libre**

**Communications spontanées**

BENKHELLIL Rachida, MOKADDEM Ahmed, BOUISRI Abdellaziz, La transition démographique en Algérie et réflexions sur l'avenir ?

CARVALHO (de) Elisabete, La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil.

**IMPRIMERIE OFFSET SERVICE**  
28500 Vernouillet





Le schéma de la transition démographique s'est imposé progressivement pour décrire l'évolution de la plupart des populations du monde. Cela n'est toutefois possible qu'en restant à un niveau élevé de généralité car dans la réalité, on observe de grandes variations dans les conditions pré-transitionnelles, dans le décalage entre l'amorce de la baisse de la mortalité et celle de la baisse de la natalité, dans le rythme de chacune de ces baisses, dans les changements de la nuptialité, etc. De plus, la transition, censée se produire dans un contexte de progrès économique et social (la « modernisation »), apparaît et se poursuit aujourd'hui dans des situations de crise, au point que l'on parle parfois de transition de crise ou de transition de pauvreté. Enfin, la transition connaît parfois des hoquets liés à ces crises, notamment des retours en arrière dans la baisse de la mortalité.

Les chemins de la transition sont donc multiples et variés. Cette diversité demande à être étudiée en mettant en relation les évolutions démographique et socio-économique et en expliquant les dynamiques à l'œuvre. Tel est l'objet de cet ouvrage qui entend contribuer à la réflexion collective et au débat sur ces questions, importantes non seulement d'un point de vue théorique, mais par rapport aux politiques de population et de développement mises en œuvre dans les différents pays. Il a été réalisé à partir des Troisièmes Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF), qui se sont tenues à Rabat (Maroc) du 9 au 12 décembre 1998.

Les sept parties de l'ouvrage abordent différentes facettes de la transition : approche générale ; la baisse de la mortalité, amorce de la transition ; le contexte de la transition de la fécondité ; nuptialité et fécondité des adolescents ; planification familiale et contraception ; statut de la femme et autres déterminants ; le rôle des politiques de population.

Les recherches qui sont présentées dans cet ouvrage montrent bien que les transitions démographiques s'inscrivent dans les dynamiques complexes des sociétés. Il n'y a donc pas UNE transition démographique obéissant à un déterminisme s'imposant à toutes les sociétés, ni une théorie unique pour décrire et expliquer leurs évolutions.

250 FF

60 FF – UREF/Prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti

ISBN 2 84371 115 0



9 782843 711152