

**6<sup>ème</sup> Conférence africaine sur la population**  
**Population africaine : passé, présent et futur**  
*Ouagadougou - Burkina Faso, 5-9 décembre 2011*

**Évolutions de la fécondité,  
croissance économique et développement humain en Afrique**

**Raïmi Fassassi\* et Patrice Vimard\*\***

*Version provisoire*

La fécondité en Afrique est au cœur des interrogations scientifiques. De la transition précoce et rapide d'un pays arabo-musulman comme la Tunisie au maintien d'une forte fécondité dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, les évolutions des modes de reproduction des populations africaines ont toujours fait l'objet de débats scientifiques, parfois teintés d'idéologie. Des débats qui concernent bien entendu les démographes, tout particulièrement ceux qui travaillent sur le continent africain mais également ceux qui s'intéressent aux modèles de transition démographique, mais aussi des débats qui concernent les politiques puisque les tendances de la fécondité déterminent le rythme de la croissance démographique et conditionnent, en partie, le cadre des interrelations entre population et développement. En effet, la fécondité élevée de certains pays constitue une contrainte certaine à la mise en œuvre de leurs programmes d'investissement dans les ressources humaines, en matière notamment de scolarisation et de santé, compte tenu de la croissance des effectifs concernés par ces programmes qu'elle induit. À l'inverse, la baisse de la fécondité, là où elle se produit, contribue, en diminuant le rapport de dépendance, à créer une fenêtre d'opportunité pour une accélération de la croissance économique et du progrès social dans le cadre de ce que l'on appelle un dividende démographique.

Face à la multiplicité des histoires de la fécondité sur le continent africain, il convient de mieux comprendre, dans sa diversité mais aussi dans ses lignes de cohérence, la démographie de la fécondité d'un continent qui comprend à la fois un pays dont la fécondité est en dessous du seuil de remplacement des générations, comme la Tunisie, et un pays comme le Niger qui compte plus de 7 enfants par femme et, à l'instar d'autres pays, situés dans la zone soudano-sahélienne, n'a pas encore amorcé véritablement sa transition de la fécondité. L'évolution de la fécondité n'étant qu'une des composantes de la dynamique démographique elle-même fortement reliée aux différents processus de développement socio-économique, nous situerons tout d'abord, dans cette communication, les pays africains selon leur positions dans la sphère des relations population-développement, avant de voir comment l'échelle des niveaux de fécondité confirment la typologie mise en évidence par notre analyse exploratoire de ces relations. Dans la deuxième partie du texte, nous estimerons les relations entretenues par les niveaux et les évolutions de la fécondité, mesurées dans chaque pays, avec la croissance économique, d'une part, et avec le développement humain, d'autre part. Enfin, dans la troisième partie de la communication, nous explorerons de manière plus fine les facteurs

---

\* Enseignant-chercheur à l'École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA), Côte d'Ivoire.

\*\* Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), membre du Laboratoire Population-Environnement-Développement (UMR 151 IRD-Université de Provence), France.

d'évolution de la fécondité dans les différentes parties du continent afin de mieux comprendre les mécanismes de la baisse de la fécondité et leurs spécificités régionales<sup>1</sup>.

## **1. L'état des relations entre population et développement aujourd'hui**

### **1.1. Analyse exploratoire des relations population-développement sur le continent africain**

L'orientation nouvelle des politiques internationales de développement vers la réduction de la pauvreté, dans le cadre des OMD, avec pour les pays africains une priorité affichée aux programmes consacrés au VIH/Sida, se développe alors même que les pays du continent connaissent des évolutions contrastées au plan démographique. Alors que la transition démographique est presque achevée dans la plupart des pays d'Afrique du Nord, elle est engagée dans toutes ses composantes dans certains pays d'Afrique subsaharienne, tandis que dans d'autres la baisse de la mortalité, quasi universelle dans le continent depuis les années 1950, n'est pas suivie d'une baisse de la fécondité provoquant dans les pays concernés le maintien d'une croissance rapide des effectifs de population. De même, au plan économique et social, des turbulences, d'intensité variable selon les pays, se sont propagées. Elles font suite aux ondes de chocs de la situation économique mondiale qui s'est détériorée au cours des années 1970, avec le premier choc pétrolier, et au début des années 1980. Cette période constitue, pour nombre de pays d'Afrique parmi les plus vulnérables, le début de l'accélération de la crise économique et de la pauvreté généralisée. Par exemple, en Afrique subsaharienne, après la décennie 1960, celle des années post-indépendance, marquée par quelques progrès encourageants, le PNB par tête de beaucoup de pays a peu évolué. Ainsi, il y a une trentaine d'années, le revenu moyen par tête était en Afrique subsaharienne deux fois plus élevé qu'en Asie de l'Est, et il se trouve aujourd'hui bien en dessous de la moitié avec 2 180 \$ contre 4 937 \$ en parité de pouvoir d'achat (Banque mondiale, 2009).

Pour cette analyse exploratoire des relations entre population et développement, menée à l'échelle nationale sur l'ensemble du continent africain, la classification des pays africains sera basée sur leurs principales caractéristiques en matière de population, de développement et d'environnement épidémiologique. Cette catégorisation devrait nous permettre de dessiner les grands contours de la situation économique et sociale des pays et de leur devenir dans les prochaines décennies.

Selon les différentes approches théoriques des relations entre population et développement et conformément aux diverses sensibilités idéologiques des questions de population, plusieurs causalités tissent les relations entre variables économiques, positions sociales, contextes environnementaux et sanitaires et variables démographiques. La plupart des approches s'accordent sur l'étroitesse des relations entre ces différentes sphères, même si certaines divergences demeurent sur le sens des causalités entre l'économique, le socioculturel, l'environnemental et le démographique.

Des variables relatives à ces différentes dimensions ont été retenues dans notre analyse afin de s'interroger sur les convergences et les divergences des dynamiques économiques et démographiques des pays africains en se reposant sur différentes dimensions qui caractérisent un pays sur le moyen terme. Les variables retenues sont donc pour la plupart structurelles et

---

<sup>1</sup> Cette analyse prolonge un programme de recherche « Development Policy: Questions for the Future » financé par le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et mis en œuvre par le Deutsches Institut für Entwicklungspolitik / German Development Institute (DIE). Une version anglaise de ce travail sera publiée dans un ouvrage collectif (Africa toward 2030: Challenges for Development Policy) à paraître aux éditions Palgrave Macmillan. Nous remercions vivement le Dr Erik Lundsgaarde (DIE) pour ses conseils dans la réalisation de cette étude.

pèsent ainsi sur les tendances lourdes en matière de démographie. S'il est vrai que la démographie impulse une trajectoire à l'environnement et à l'économie, d'autres facteurs, telles la gouvernance, l'efficacité de l'aide, etc., n'ont pu être introduites dans notre analyse, faute de mesures appropriées, alors qu'elles jouent également un rôle important.

Le découpage géographique de l'Afrique a souvent été la base d'un tel exercice de classification des pays africains. Ainsi, les différents rapports des Nations unies distinguent-ils les pays du continent selon un découpage spatial qui délimite plus ou moins bien des aires culturelles. Mais de tels découpages, qui gardent par ailleurs une certaine pertinence dans la mesure où l'effet de voisinage joue un rôle certain dans les différents domaines de notre analyse, ne permettent pas toujours de distinguer dans tous leurs détails les apparentements entre États qui transcendent parfois les proximités géographiques. D'un autre côté, le regroupement des États africains selon leur niveau de revenu (pays à revenu faible ou pays à revenu intermédiaire), adopté par la Banque Mondiale, donne une typologie ne tenant que peu compte des aspects démographiques et socioculturels. En effet, les pays africains se caractérisent par des économies extraverties encore trop dépendantes des ressources brutes, et de ce fait fragiles dans le contexte actuel de mondialisation. Ainsi, en l'espace de quelques années, un pays africain classé à revenu intermédiaire peut devenir un pays pauvre très endetté. De même, des découvertes importantes de ressources naturelles et leurs exploitations peuvent changer très rapidement le statut économique d'autres pays, en les faisant passer du statut de pays à faible revenu à celui de pays à revenu intermédiaire sans que les structures mêmes de l'économie et les bases démographiques ne les préparent à une telle évolution. Le cas de la Guinée équatoriale est patent en la matière, de même, à l'inverse, que ceux de certains pays de l'Afrique de l'Ouest, comme la Côte d'Ivoire, passé en quelques années du statut de pays à revenu intermédiaire à celui de pays pauvre très endetté.

Pour opérer la classification des pays selon leur situation démo-économique, un recours a d'abord été fait à l'analyse factorielle. Ainsi, l'analyse en composante principale (ACP) a été mise à contribution pour regrouper les pays. Cette procédure automatique permet de les catégoriser, sur une base mathématique, selon leurs proximités au regard des valeurs des variables retenues dans l'analyse. Cette analyse mécanique de l'ACP a été complétée, dans un second temps, par un examen des caractéristiques culturelles et géographiques des pays, dimensions importantes des dynamiques de population.

Cent quatorze variables démographiques, socioéconomiques et sanitaires ont été retenues<sup>2</sup>. Elles recouvrent les principales composantes de la fécondité, de la mortalité, de la migration, de la scolarité, de la santé et de l'activité économique, ainsi que leur évolution dans le temps. Les niveaux d'inégalité entre hommes et femmes sont pris en compte à travers la désagrégation de certaines variables selon les deux sexes.

Les traits les plus marquants de la démographie africaine en rapport avec l'économie et le développement social se retrouvent dans le premier plan factoriel dans lequel se condense près de la moitié de l'information totale contenue dans les données<sup>3</sup> (figure 1). Trois catégories de variables sont mises en exergue par ce premier plan factoriel. Sur le premier axe de plan, les variables de développement économique et social s'opposent à celles qui marquent un certain retard des pays en matière de développement durable. Les variables distinguant le plus

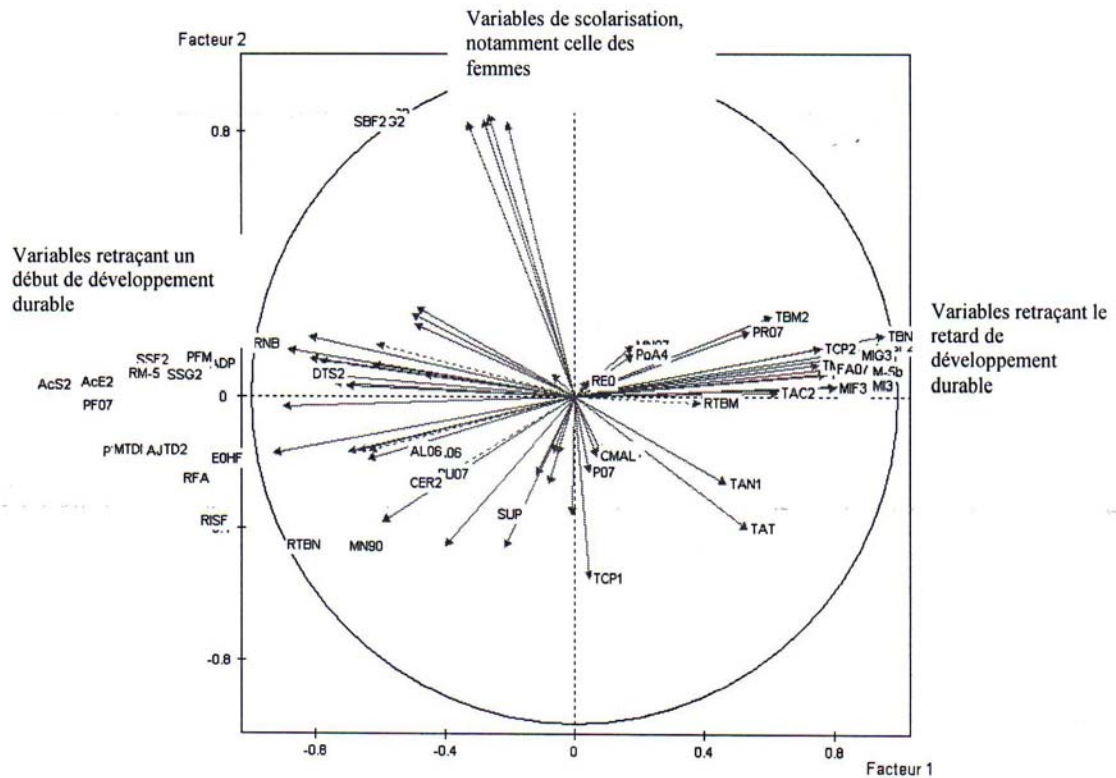
---

<sup>2</sup> Les données utilisées dans l'analyse proviennent du document de la Banque africaine de développement : Statistiques choisies sur les pays africains 2008, Vol XXVII (Banque africaine de développement, 2008).

<sup>3</sup> Le premier axe factoriel, l'axe principal expliquant la variabilité des données, explique 37,78 % de l'information contenue dans les données. Le deuxième axe factoriel explique quant à lui 9,70 % de cette information. Au total, ce sont 47,48 % de l'information qui sont expliqués par ce premier plan factoriel. On trouvera en annexe la liste des variables figurant sur la figure.

fortement les pays sont celles se rapportant au progrès sanitaire, à l'accès à l'eau potable, à la scolarisation dans le secondaire, à l'utilisation de la contraception, etc. : elles se retrouvent à l'Ouest de la figure<sup>4</sup>. Les variables dont les fortes valeurs impliquent un retard de développement, telles que les variables relatives à la mortalité des enfants, à la migration et au volume de la population rurale, etc., sont situées à l'Est de la figure<sup>5</sup>.

Figure 1. Représentation des variables sur le premier plan factoriel de l'ACP sur les relations démo-économiques dans les pays africains



Source : calcul des auteurs, d'après Banque africaine de développement, 2008.

L'axe 2 de ce premier plan factoriel met en exergue l'importance de l'éducation, notamment de la scolarisation des femmes, dans la différenciation des pays et les variables se rapportant globalement à la scolarisation, notamment celle des femmes, sont situées au Nord de la figure<sup>6</sup> (figure 1). L'un des moteurs principaux de l'amélioration des conditions de vie des populations démunies est en effet l'éducation des femmes qui permet l'amélioration de leur statut social et

<sup>4</sup> Les variables dont les fortes valeurs indiquent un développement plus important sont : les proportions de population de 15 à 64 ans et de femmes de 15-49 ans ; les prévalences de la contraception totale et moderne ; les pourcentages de réduction de l'indice synthétique de fécondité et du taux de natalité ; l'année du doublement de la population ; l'espérance de vie à la naissance ; les proportions d'enfants vaccinés contre la tuberculose, la diphtérie et la rougeole ; les taux de scolarisation dans le secondaire des filles et des garçons ; les proportions de population ayant accès à l'eau et aux sanitaires ; l'apport journalier en calorie ; le taux de dépendance aux importations ; l'indice de développement humain.

<sup>5</sup> Les variables dont les grandes valeurs indiquent un retard de développement sont : le taux d'accroissement naturel ; les taux brut de mortalité, de mortalités maternelle, infantile et juvénile ; le taux brut de natalité ; le taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans ; l'indice synthétique de fécondité ; le taux d'analphabétisme des adultes ; la proportion de population rurale ; le taux d'autosuffisance.

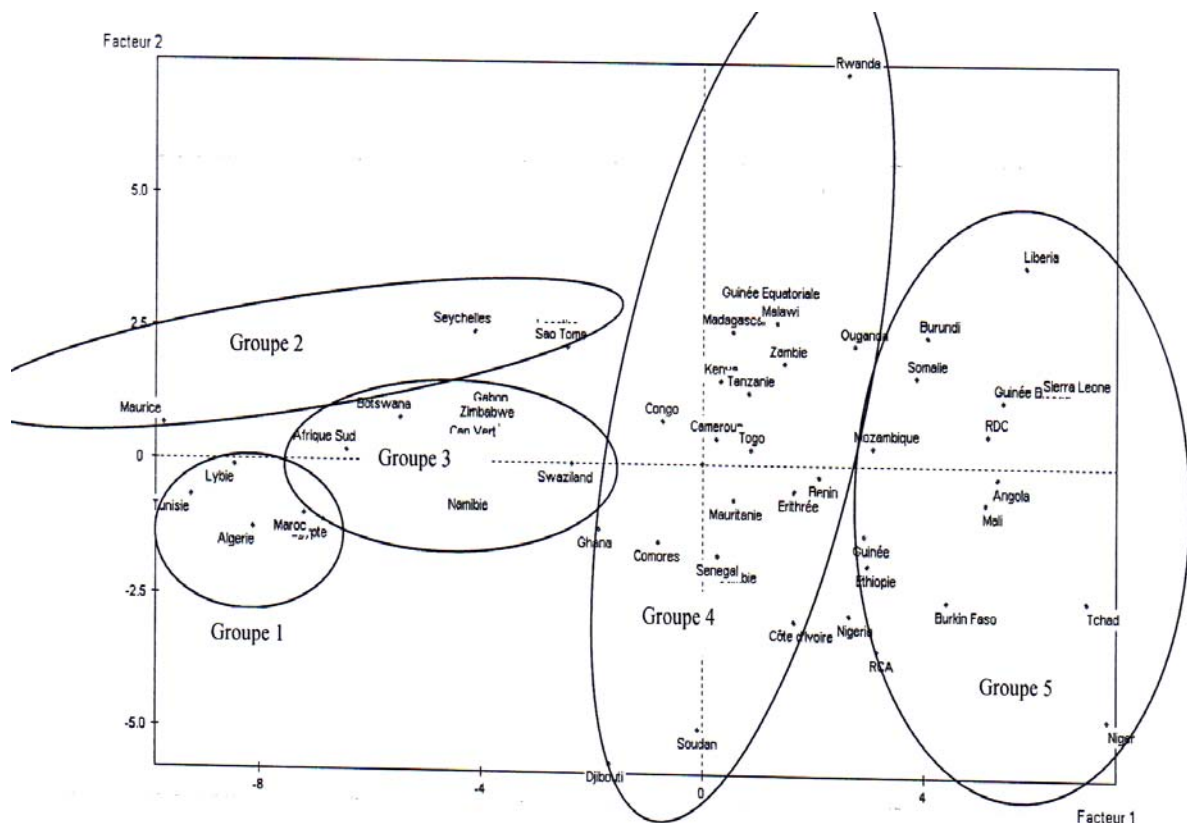
<sup>6</sup> Les variables dont les forte valeurs indiquent un niveau de scolarisation élevé sont : les taux bruts de scolarisation des filles et des garçons ; le taux brut de scolarisation total ; le taux de scolarisation dans le primaire.

économique. En Afrique, il n'existe pas toutefois une conjonction parfaite de ces différents statuts. En Afrique du Nord par exemple, la conjugaison d'un niveau d'instruction relativement élevé des femmes côtoie un statut social et juridique de la femme qui gagnerait à être amélioré, même en milieu urbain où la scolarisation de la femme est la plus forte. Ailleurs, en Afrique de l'Ouest, notamment sahélienne, la forte analphabétisation de la femme s'allie à un statut social relativement dévalorisé.

Les pays ayant les plus fortes valeurs des différentes variables entrant dans notre ACP se positionnent dans le premier plan factoriel en se situant les uns par rapport aux autres de la même manière que les variables étudiées. Ainsi, les pays africains ayant les meilleurs chiffres pour l'espérance de vie à la naissance, les réductions les plus importantes d'ISF entre les années 1990 et 2007, les meilleurs accès à l'eau potable comme aux sanitaires appropriés et qui ont le plus recours à la planification familiale (totale et moderne) se distinguent des pays ayant les plus faibles valeurs de ces indicateurs. Ces derniers pays sont également ceux pour lesquelles la mortalité maternelle, l'analphabétisme, la croissance de la population et la fécondité sont les plus élevés. Une proportion importante de population rurale est aussi l'un des traits distinctifs de ces derniers pays.

Ainsi, en privilégiant l'axe 1, exprimant, de la droite vers la gauche, l'avancée vers le développement durable, comme critère de classification, quatre grandes catégories de pays peuvent être distingués (figure 2).

Figure 2. Représentation des pays sur le premier plan factoriel de l'ACP sur les relations démo-économiques dans les pays africains



Source : calcul des auteurs, d'après Banque africaine de développement, 2008.

a) Tout d'abord, les pays de l'Afrique du Nord (Tunisie, Algérie, Maroc, Libye, Égypte), auxquels il faut adjoindre Mauricie et l'Afrique du Sud. Ces pays se distinguent comme étant les plus avancés dans le processus de transition démographique comme au plan du

développement socioéconomique. Un taux de fécondité réduit les caractérise ainsi que des indicateurs de mortalité infantile les plus faibles d'Afrique. Ce sont aussi des pays qui se différencient par leur niveau économique plus avancé et des traits culturels qui se démarquent quelque peu de ceux des autres pays de l'Afrique subsaharienne. L'Afrique du Nord a une culture arabo-musulmane, l'Afrique du Sud est une mosaïque de culture européenne, africaine et asiatique, Maurice est davantage tournée vers la culture indienne.

b) À un autre extrême, se trouvent les pays à forte fécondité et aux niveaux de développement économique et social les plus faibles d'Afrique, dont les exemples les plus représentatifs sont le Niger, le Tchad, la République démocratique du Congo, le Mali, le Burkina Faso, le Libéria, la Sierra Leone, la Somalie, etc. Il s'agit là de pays enclavés, touchés par la sécheresse, comme les pays du Sahel, ou de pays ayant connu des conflits meurtriers prolongés (Angola, Somalie) ou récurrents (Tchad). Ce sont ces pays qui ont les retards les plus importants en matière de scolarisation des femmes, de mortalités maternelle et infantile où les problèmes de croissance rapide de la population et de pauvreté se posent avec le plus d'acuité.

c) Un troisième groupe comprend des pays où la transition démographique progresse de manière significative. Il s'agit d'un groupe composite avec la plupart des pays de l'Afrique australe (Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland), certains États insulaires (Seychelles, Sao Tome-et-Principe, Comores, Cap Vert), des pays d'Afrique centrale dotés de revenus pétroliers ayant une fécondité relativement plus faible que les autres pays parce qu'ayant été anciennement confrontés à des phénomènes de stérilité (Congo, Gabon) et le Ghana et le Zimbabwe, ayant développés précocement des politiques de santé et de population. Ce sont en général des pays côtiers ou disposant de ressources naturelles relativement importantes où la transition démographique et les progrès sanitaires et économiques sont en cours même si certains de ces pays se caractérisent actuellement par des difficultés économiques majeures, le Zimbabwe par exemple.

d) un quatrième et dernier groupe comprend le plus grand nombre de pays. Ces pays, dotés d'une grande diversité, aux plans géographique, culturel et historique, se caractérisent par des progrès plus lents. On y trouve des pays ayant connu ou connaissant des graves conflits, internes ou externes, comme la Centrafrique, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Guinée, le Mozambique, l'Ouganda, tous pays figurant parmi les plus défavorisés de ce groupe. On y trouve également des pays un peu plus en avance sur la voie d'un développement durable et ayant bénéficié d'une stabilité politique relative, comme le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Togo, le Sénégal, la Tanzanie, le Kenya, etc. Tous ces pays sont cependant pauvres et assez endettés, avec des performances économiques assez modestes et des progrès substantiels qui restent à accomplir en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de baisse de la fécondité.

## **1.2. Une typologie des pays au regard des relations population-développement intégrant les proximités géographiques et culturelles**

Cependant, si ce découpage, réalisé sur la base de l'ACP, permet de mieux entrevoir les grands traits des relations entre démographie et économie sur le continent, l'importance des facteurs géographiques et culturelles dans les dynamiques économiques et démographiques doit nous inciter à affiner ce regroupement en introduisant les proximités en la matière. Cela conduit à distinguer en définitive cinq groupes de pays (voir leur représentation sur la figure 2).

- Groupe 1, comprenant les pays de l'Afrique du Nord : le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Égypte qui, de par leur proximité géographique et culturelle et leur profil démographique et économique relativement comparable méritent de figurer ensemble. La croissance démographique, inférieure à 2 % par an, est globalement maîtrisée dans ces pays ou en voie de l'être, cette maîtrise reposant sur une forte réduction, à partir des années 1960,

de la fécondité qui ne dépasse pas 2,9 enfants par femme. Les pays Afrique du Nord sont ainsi les premiers à bénéficier d'un dividende démographique. La réduction de la croissance démographique facilite en effet en retour, grâce à la baisse du taux de dépendance, les progrès en matière de développement humain, avec un accès croissant aux infrastructures sociales (eau, santé, scolarité), des niveaux de santé de la population meilleurs et une sous-nutrition moins répandue que dans les pays des groupes suivants et contribue indirectement à accélérer les progrès économique avec une augmentation des investissements productifs.

- Groupe 2, composé des petits pays insulaires d'Afrique, engagés plus (pour Maurice et les Seychelles) ou moins (pour Sao Tomé-et-Principe et le Cap Vert) nettement dans la transition démographique et dont les caractéristiques principales ne se retrouvent pas dans les autres pays du continent. Leurs proximités économique et démographique et leur orientation commune vers le commerce extérieur et les activités touristiques incitent à les regrouper dans la perspective d'un devenir économique et démographique similaire à long terme, même s'ils se situent encore à des niveaux de développement distincts qui pourraient le demeurer durant les années à venir.
- Groupe 3, regroupant les pays de l'Afrique australe très avancés dans la transition démographique dont certains sont particulièrement affectés par le VIH/Sida : Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie et Swaziland, auquel on peut adjoindre le Zimbabwe, même s'il est classé en Afrique de l'Est par certains organismes des Nations unies. Ces pays d'Afrique australe se caractérisent pour la plupart par des progrès substantiels en matière de santé et de planification familiale jusqu'à la décennie 1990 puis par une remise en cause de ces progrès par la progression du VIH/Sida<sup>7</sup>. Celle-ci annule, en partie et de manière temporaire si l'on en se remet aux dernières perspectives des Nations unies, les progrès enregistrés jusque là. Cette situation place la maîtrise du VIH/Sida comme le point crucial du devenir de cette partie du continent, qui risque des bouleversements dramatiques si la pandémie n'était pas endiguée. On peut également souligner la forte polarisation économique de cette partie du continent autour de l'Afrique du Sud, géant économique à l'échelle de l'Afrique subsaharienne.
- Groupe 4, formé de l'ensemble des pays africains dont le processus de transition démographique semble irréversible, bien que les baisses de la mortalité et de la fécondité y soient plus ou moins timides et susceptibles de phase de stabilisation. Ces pays peuvent connaître des difficultés économiques, souvent liés à des épisodes de conflits politiques, mais bénéficient d'atouts réels avec une ouverture sur l'océan ou des ressources naturelles et minières relativement importantes. Ce groupe comprend essentiellement deux ensembles géographiques : a) la plupart des pays d'Afrique de l'Est, souvent les plus avancés dans leur transition démographique et l'amélioration du développement humain (Kenya, Tanzanie, Zambie, etc.) ; b) la majeure partie des pays côtiers d'Afrique de l'Ouest et centrale, depuis la Mauritanie jusqu'au Congo (Sénégal, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria, Cameroun, etc.) ;
- Groupe 5, dont font partie les pays africains les plus en retard dans le domaine de la transition démographique comme au plan du développement économique et humain. D'une part, se trouvent les pays enclavés, qui appartiennent principalement à la zone sahélienne (Burkina Faso, Niger, Mali, Tchad) auxquels on peut adjoindre la République Centrafricaine. D'un autre côté, on rencontre dans ce dernier groupe les pays en crise durable tels l'Angola, le Burundi, la Guinée Bissau, le Liberia, la RDC, la Sierra Leone et la Somalie.

---

<sup>7</sup> Pour ces pays, les prévalences du VIH/Sida sont les suivantes pour les adultes de 15 à 49 ans en 2009 : Afrique du Sud 17,8 % ; Botswana 24,8 % ; Lesotho 23,6 % ; Namibie 13,1 % ; Swaziland 25,9 % et Zimbabwe 14,3 % (Onusida, 2010).

### 1.3. Niveau et évolution de la fécondité selon le groupe de pays

Après avoir dégager une typologie des pays africains au regard des principales variables exprimant la relation population-développement, nous pouvons situer le niveau et l'évolution de la fécondité dans les différents groupes de pays mis en évidence par notre analyse exploratoire.

La typologie que nous avons dégagée se révèle particulièrement pertinente au regard des variations des niveaux de la fécondité et de leurs évolutions (tableau 1). Les niveaux de la fécondité, mesurés en 2005, sont fortement différenciés selon les groupes avec une augmentation de la fécondité du groupe 1 (2,6 enfants par femme) au groupe 5 (6,2 enfants par femme), soit un écart de plus de 3,5 enfants. Il en est de même de l'intensité de la baisse de la fécondité, estimée entre 1975 et 2005, qui varie de 61 %, pour le groupe 1, à 11 %, pour le groupe 5. D'une manière générale, on observe une césure profonde entre, d'un côté, les groupes 1 (Afrique du Nord), 2 (pays insulaires) et 3 (Afrique australe) qui ont une fécondité comprise entre 2,6 et 3,6 enfants par femme et une baisse de la fécondité de 40 % et plus, et, de l'autre, les groupes 4 (Afrique de l'Est et Afrique de l'Ouest côtière) et 5 (pays enclavés et pays en crise) avec une fécondité égale ou supérieure à 5 enfants par femme et une baisse de la fécondité inférieure à 27 %.

Tableau 1. Niveau de la fécondité en 2005 et baisse de la fécondité durant la période 1975-2005 selon le groupe de pays

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
ISF en 2005	2,6	3,2	3,6	5,0	6,2
Baisse de l'ISF entre 1975 et 2005	61 %	40 %	47 %	27 %	11 %

Source : calcul des auteurs, d'après Banque africaine de développement, 2008.

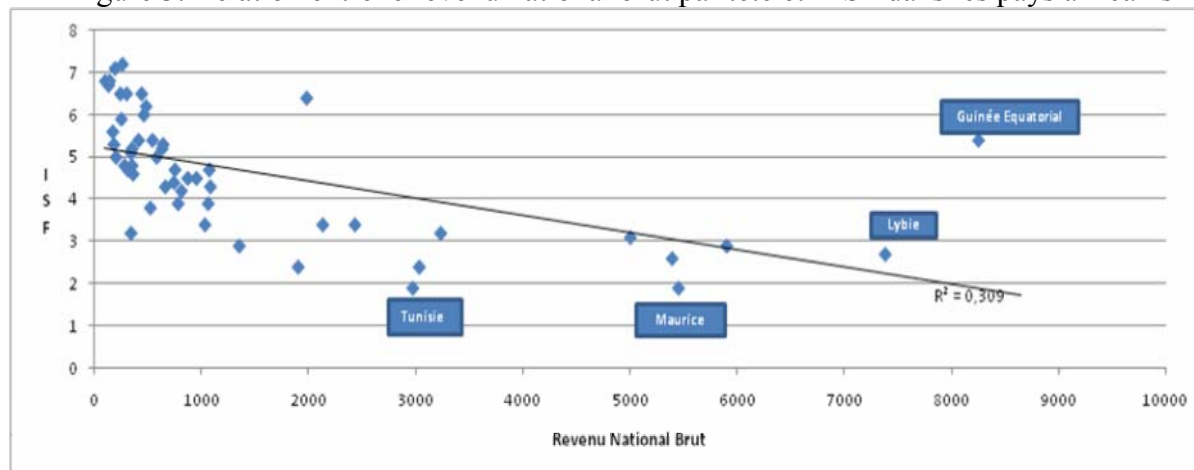
## 2. Les relations entre croissance économique, développement humain et baisse de la fécondité

### 2. 1. Le contexte culturel et institutionnel des relations entre croissance économique et fécondité

Les pays africains sont caractérisés en général par la conjonction d'une forte fécondité et d'un revenu faible. Ainsi, dans la représentation des niveaux conjoints de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et du revenu national brut par habitant, la plupart des pays se concentrent au nord-ouest du graphique (figure 3). D'une manière générale, il existe une relation inverse entre le revenu par tête et l'ISF. Cette relation se retrouve également en Afrique bien que la corrélation linéaire entre ces deux variables soit relativement faible ( $R^2=0,31$ ). Plusieurs explications peuvent être données à ce phénomène, des explications qui relèvent le plus souvent de la primauté en Afrique des facteurs culturels et sociaux sur les données économiques dans la détermination de l'intensité de la fécondité.



Figure 3. Relation entre le revenu national brut par tête et l'ISF dans les pays africains



Source : calcul des auteurs, d'après Banque africaine de développement, 2008.

Dans les pays à fécondité élevée d'Afrique, les économies sont essentiellement tirées par des situations de rente, relativement indépendantes des mouvements naturels de la population et des structures démographiques. Le désir d'enfant est généralement important et se situe au cœur même de l'organisation sociale. En effet, la mentalité de forte fécondité observée dans les pays africains tire son essence de l'organisation sociale dans laquelle l'enfant tient une place privilégiée. Initialement destinée à assurer la reproduction sociale, la forte fécondité a été au cœur des stratégies développées par les sociétés à l'effet d'assurer la survie des multiples groupes ethniques rivaux disséminés à travers le continent et soumis à de fortes mortalités. L'enfant a ainsi été toujours perçu comme une richesse. Dans des contextes de pauvreté où les coûts d'opportunité de l'élevage et des soins apportés à l'enfant sont faibles, la venue d'un enfant supplémentaire est perçue comme un gain économique et social. Il assure d'abord la valorisation du statut de la mère et peut servir, même jeune, à des activités productives, dans le cadre de sa socialisation ou pour contribuer à la survie économique du ménage. L'enfant assure également d'autres fonctions telles que la prise en charge des parents dans leurs vieux jours, une fonction vitale dans un contexte où peu d'individus sont assurés ou bénéficient de prestations sociales à la retraite (Cleland et Wilson, 1987 ; Caldwell, 2005). Dans les sociétés les plus traditionalistes, qui pratiquent le culte des ancêtres, les vivants, représentant une petite partie d'une lignée, ont la responsabilité d'assurer l'avenir de la famille en adoptant un comportement procréateur approprié (Talbot, 1927, cité par Caldwell, 1993).

À ces considérations sociales se sont greffées longtemps les opinions erronées des décideurs politiques pour qui les faibles densités de leurs pays autorisaient une dynamique, même forte, de leurs populations<sup>8</sup>. Aussi, les efforts des instances internationales pour la maîtrise de la croissance démographique ne reçoivent-ils encore aujourd'hui qu'un écho souvent mitigé, même si en apparence un engouement se porte aujourd'hui sur la planification familiale dans la quasi-totalité des pays d'Afrique.

<sup>8</sup> Ainsi par exemple, en décembre 1982, dans son allocution de clôture au séminaire sur "Population et développement en Côte d'Ivoire" le ministre de la Santé ivoirien déclarait<sup>8</sup> : « Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes que vous êtes, que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelques huit millions d'habitants [...] est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit en effet de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait en 1980 une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000 km<sup>2</sup>. Quant au Japon sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km<sup>2</sup>. Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît pas encore la menace d'explosion démographique." (Fraternité Matin, 21 décembre 1982). À cette époque, la Côte d'Ivoire, avait une densité de 25 habitants par km<sup>2</sup>.

Ainsi, certains pays africains n'ont pas facilité l'introduction des structures de planification familiale avant de s'y plier sous l'insistance des institutions d'aide au développement (Anoh, 2010). En 1976, à l'issue de l'enquête initiée par la Division Population des Nations unies sur les perceptions des États et leurs attitudes face à la planification familiale, un seul pays africain, l'Ouganda, parmi les 33 pays africains interrogés à l'époque, souhaitait réduire le rythme de croissance de sa population (United Nations, 2007)<sup>9</sup>. Tous les autres pays en étaient satisfaits et le Gabon souhaitait même augmenter le rythme de croissance. En 1999 cependant, la même enquête révèle un revirement total des attitudes puisque la plupart des pays se sont convertis à des thèses néomalthusiennes soutenues par les institutions d'aide au développement. On peut cependant douter de l'engagement réel de certains pays puisque, au-delà des discours officiels et des politiques de population, subsistent des pratiques pronatalistes largement tolérées dans les pays. Les lois sur l'avortement sont restées par exemple très restrictives dans la plupart des États. Le soutien effectif à la planification est assez faible dans les budgets nationaux, laissant aux institutions internationales et aux ONGs partenaires le soin de financer les activités relatives à la planification familiale. Cependant, à la base, les populations, mues par les contraintes sociales ou économiques, adhèrent progressivement à l'idée de la planification des naissances mais à des rythmes très variés, même si dans certains pays, ceux du groupe 4 notamment, le nombre d'enfants désirés surpasse encore le niveau de l'indice synthétique de fécondité. Il en est ainsi au Niger, l'un des pays les plus pauvres d'Afrique, au Mali et en RCA (United Nations, 2009).

Des pays tels que le Ghana en Afrique de l'Ouest et surtout la Tunisie en Afrique du Nord font cependant exceptions. La politique tunisienne de population, développée dans un contexte socioculturel a priori défavorable, s'est axée sur la revalorisation du statut de la femme avec un soutien substantiel de l'état, ainsi que nous le développerons plus loin. Des progrès importants ont également été enregistrés au Ghana où, après une politique de population précoce mais infructueuse à ses débuts, la réorientation des stratégies désormais axées sur le statut de la femme, commence à porter ses fruits. En effet, les modifications structurelles telles que l'instruction de la femme, son insertion progressive dans le monde moderne du travail, les législations du travail qui imposent un traitement équitable et qui pénalisent le travail des enfants, sont autant d'instruments qui ont fait leur preuve notamment au Ghana (ENSEA et AFD, 2009). La scolarisation obligatoire des enfants en âge de scolarisation est susceptible de les éloigner des travaux en bas âge, aussi bien domestiques qu'en dehors de la sphère familiale. A contrario, la pratique du confiage des enfants et le recours à moindre frais aux services de domestiques sont de nature à favoriser la déscolarisation précoce des petites filles (employées dans ce genre d'activités). Ils favorisent aussi la conjugaison du travail féminin dans la sphère moderne d'activité et la possibilité pour la femme d'avoir un nombre élevé d'enfants. L'ensemble de ces phénomènes, ici succinctement présentés mais que nous développerons dans la troisième partie, contribuent à ce découplage des effets de la croissance économique sur l'évolution de la fécondité.

## **2.2. Les relations entre développement humain et fécondité**

Une analyse des relations entre l'indice de développement humain (IDH), calculé par le PNUD, et la fécondité effectuée sur soixante-neuf pays en développement de 1960 à 1970 révélait une corrélation globalement négative entre ces deux indicateurs, un niveau élevé d'IDH étant associé à une faible fécondité et inversement. Cependant, cette relation n'était pas

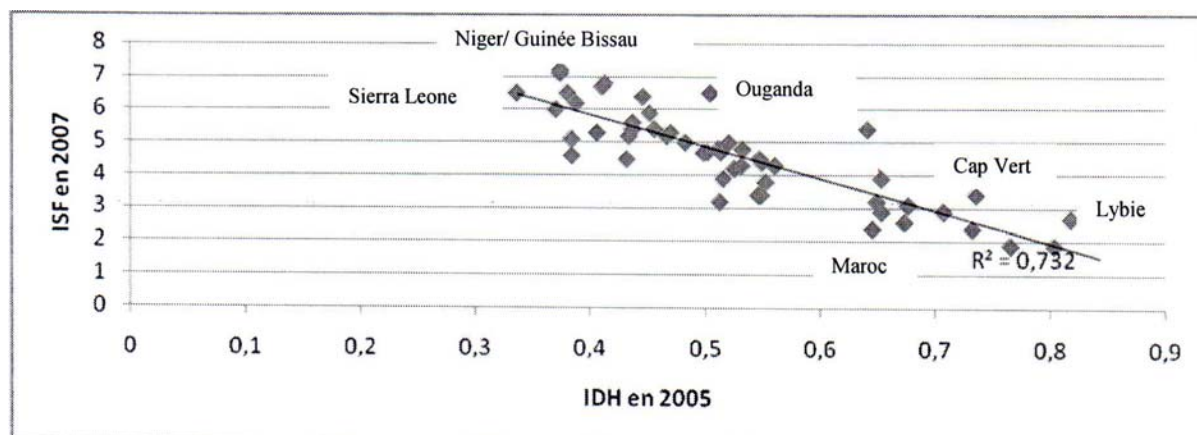
---

<sup>9</sup> Les pays concernés étaient les suivants : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, RDC, Guinée Équatoriale, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Côte d'Ivoire, Ouganda, Gabon, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie, Zambie et Mozambique (United Nations, 2007)

linéaire. La fécondité semblait largement indépendante des progrès socio-économiques pour les pays les plus démunis, dont l'IDH était inférieur à 0,4, alors qu'elle pouvait varier fortement entre des pays se situant à un même niveau d'IDH. Par exemple, pour des pays pauvres dotés d'un IDH de 0,4, la fécondité exprimée était comprise entre 4,5 et 8 enfants par femme. En conséquence, le niveau de développement humain ne semblait fournir qu'une explication partielle des écarts de fécondité entre les pays (Bongaarts et Watkins, 1996).

En Afrique, plus que le revenu par habitant, qui exprime le niveau de la croissance économique, l'IDH se révèle être lié très négativement aujourd'hui au niveau de la fécondité. Le niveau de corrélation, mesuré par le coefficient de détermination ( $R^2$ ), s'élève à 0,732 sur l'ensemble du continent africain (figure 4). L'IDH est fortement corrélé aux principales variables décrivant le niveau de vie réel des populations et leurs accès effectifs à diverses infrastructures essentielles constitutifs du contexte dans lequel s'opèrent les choix reproductifs. Ainsi, pour les pays africains, le niveau de corrélation de cet indicateur de développement humain est particulièrement élevé avec le taux brut de scolarisation féminine (le coefficient de corrélation de Pearson s'élève à 0,84) comme avec la prévalence contraceptive moderne (coefficient de 0,64), deux facteurs qui exercent un rôle important dans la baisse de la fécondité. Par rapport à ces évolutions conjuguées de l'IDH et de la fécondité, les pays qui se distinguent tout particulièrement sont ceux du groupe 4 dotés d'un faible niveau de l'IDH et qui compte les ISF parmi les plus élevés. Ces pays s'opposent aux pays insulaires et à ceux de l'Afrique du Nord (Groupe 1 et 2), caractérisés par des niveaux relativement élevés d'IDH et de faibles fécondités. Les pays des groupes 3 et 5 se trouvent à des positions intermédiaires.

Figure 4. Relation entre l'ISF (2007) et l'IDH (2005) pour les pays africains

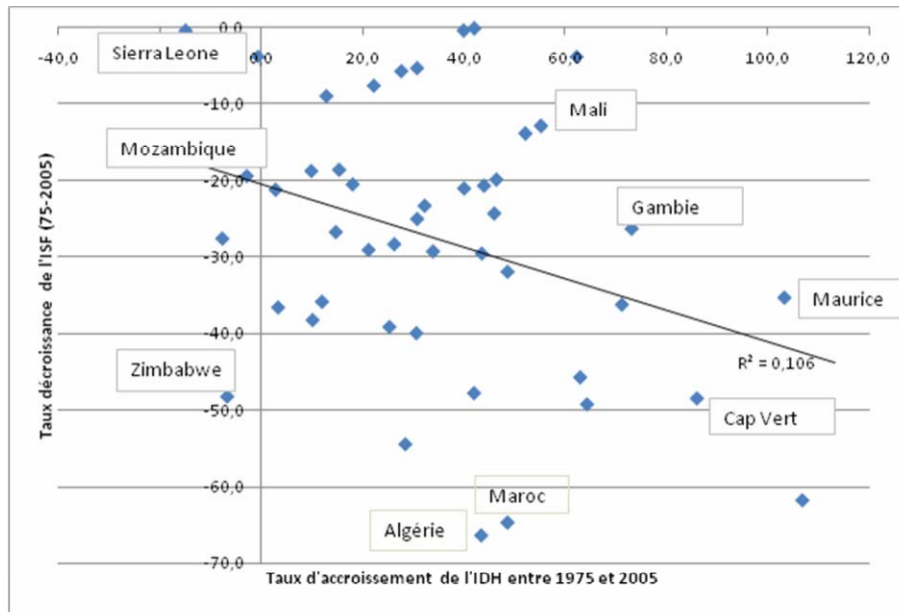


Source : calcul des auteurs d'après les données de la Banque africaine de développement (2008).

Au-delà de la mise en évidence de la forte relation actuelle entre ces deux indicateurs, la dynamique de l'IDH mérite d'être confrontée à celle de la fécondité afin de mieux apprécier les relations entre le développement humain et le processus de la transition démographique dans les pays africains. D'une manière générale, les corrélations sont assez faibles entre le taux d'accroissement du développement humain et celui de décroissance de la fécondité entre 1975 et 2005 ( $R^2=0,106$ ). Cependant, les relations entre les deux tendances sont plus fortes pour certains groupes de pays. Les pays du groupe 2 de classification proposée ci-dessus, comprenant les petits pays insulaires du continent, ont une progression en phase avec la relation attendue d'une conjonction forte entre l'amélioration du niveau de développement humain et la baisse de la fécondité ( $R^2=0,469$ ). Il en est de même pour les pays de l'Afrique du Nord, avec une relation très forte pour les quatre pays du Maghreb ( $R^2=0,861$ ), ce qui confirme la forte homogénéité de leur dynamique démo-économique. Cependant pour ces pays, la baisse de la fécondité semble plus intense que les progrès du développement humain, sans doute parce

qu'elle s'appuie sur d'autres facteurs de nature institutionnelle liés à l'essor des programmes de planification familiale. Les situations les plus volatiles se retrouvent dans les groupes 4 et 5 qui constitue la majorité des pays étudiés. Parmi ceux-ci, les pays les plus en retard au plan de la baisse de la fécondité sont aussi ceux où en général les progrès de l'IDH sont les plus faibles (Sierra Leone, Mozambique, etc.). Pour certains de ces pays, les progrès sensibles de l'IDH ne permettent pas d'impulser une baisse de la fécondité, sans doute parce qu'un niveau suffisant de développement humain n'est pas encore atteint (il en est ainsi du Mali). La situation des pays du groupe 3 est plus ambiguë à l'image du Zimbabwe qui allie une baisse importante de fécondité à une détérioration de la situation socio-économique durant la période d'observation (figure 5).

Figure 5. Évolution conjuguée entre 1975 et 2005 de l'IDH et de l'ISF dans les pays africains



Source : d'après les données de la Banque africaine de développement (2008) et de United Nations (2009).

### 3. Entre croissance économique, développement humain, politique de population et crise sociale : l'évolution de la fécondité en Afrique

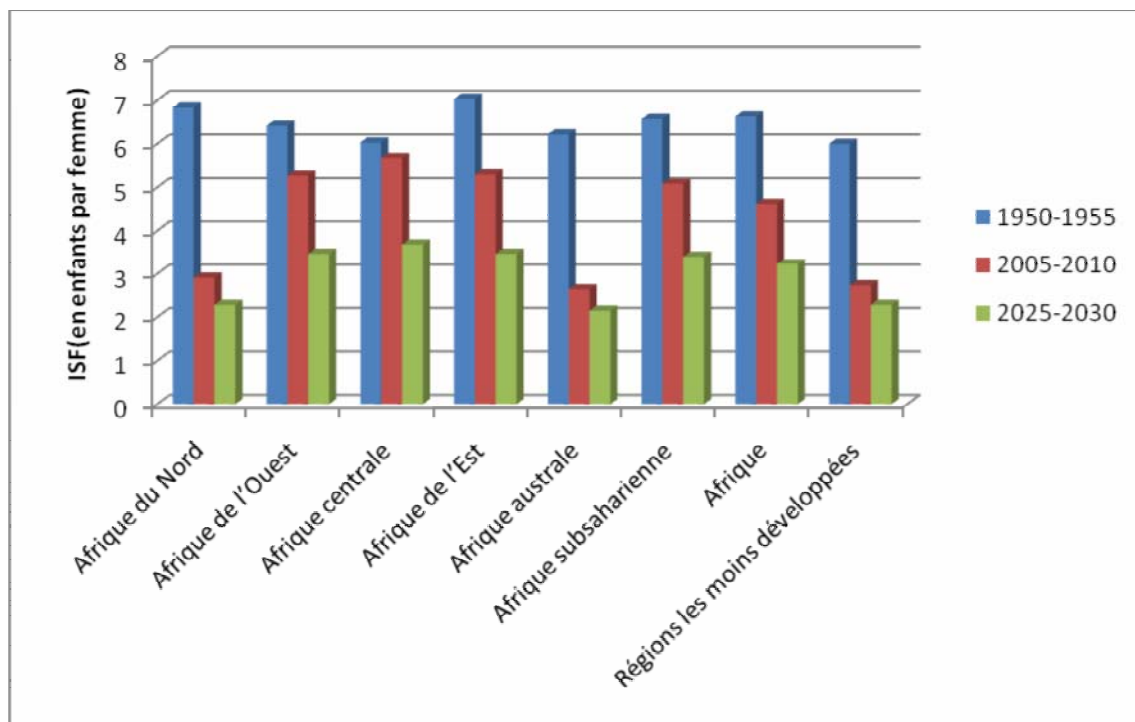
#### 3.1. Les évolutions distinctes de la fécondité selon les différentes régions africaines

La fécondité des populations d'Afrique a toujours été supérieure à celle des autres régions en développement et c'est durant la dernière décennie, 2000-2010, que la différence semble être la plus forte (figure 6). Si l'écart entre la moyenne de la fécondité en Afrique et celle de l'ensemble des régions en développement était de 0,63 enfant en 1950-55 elle s'élève à 1,92 enfant en 2005-2010 et il est prévu, selon l'hypothèse moyenne des Nations unies, qu'elle diminuera dans les années à venir pour atteindre 0,95 enfant en 2025-2030. Mais la tendance globale de la fécondité en Afrique masque de profonds écarts entre les différentes régions du continent.

La situation était pourtant comparable entre les régions africaines au milieu du siècle dernier avec une fécondité comprise entre 6 et 7 enfants par femme, la fécondité la plus faible concernant l'Afrique centrale, dont certaines populations étaient touchées par une relative infécondité, et la plus élevée se trouvait en Afrique de l'Est (figure 6). À partir de cette situation relativement homogène, les évolutions ont divergé avec une transition plus précoce, amorcée dès les années 1960, en Afrique australe et dans certains pays d'Afrique du Nord par

rapport aux autres régions africaines (Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest et Afrique centrale). Ainsi, durant les années récentes (2005-2010), l'écart de fécondité entre les régions les moins fécondes et celles les plus fécondes est compris entre 2 et 3 enfants par femme. Un écart qui devrait tendre à diminuer dans les prochaines décennies : il pourrait ainsi être compris entre 1 et 2 enfants dès les années 2025-2030, toujours selon l'hypothèse moyenne des Nations unies.

Figure 6. Indice synthétique de fécondité selon la région en Afrique et la période



Source : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, Friday, April 29, 2011; 4:49:49 AM.

### 3.2. Les particularités de la baisse de la fécondité en Afrique du Nord avec la Tunisie comme modèle

Depuis les années 1960, les pays d'Afrique du Nord ont tous connu une forte mais inégale réduction de leur fécondité selon des temporalités distinctes. À partir de fortes fécondités, de 6 à 8 enfants par femme, la transition de la fécondité a été amorcée à des moments différents, plus précocement en Égypte et en Tunisie, plus tardivement en Algérie et en Libye, en fonction de l'antériorité de la politique de population et de la nature du développement socio-économique. Le processus de diminution est, lui aussi, distinct : il est par exemple plus linéaire en Tunisie, et davantage sujet à des phases de reprise ou de stabilisation en Égypte (Tabutin et Schoumaker, 2005). Aujourd'hui l'ISF est inférieur à 3 enfants par femme dans les 5 pays de la région : il atteint 2,9 enfants par femme en Égypte, 2,7 enfants par femme en Libye, 2,4 enfants par femme en Algérie et au Maroc et 1,9 enfant par femme en Tunisie<sup>10</sup> (United Nations, 2009). Si la hausse de l'âge au premier mariage et l'augmentation de la pratique contraceptive moderne sont partout des mécanismes majeurs du déclin de la fécondité, les déterminants socio-économiques et institutionnels sont beaucoup plus variés et leurs actions plus inégales en

<sup>10</sup> Les quatre pays du Maghreb figurent parmi les quinze pays du monde ayant bénéficié de la plus forte baisse de leur fécondité entre les années 1975-1980 et 2000-2005 : les diminutions durant cette période vont de 4,79 enfants par femme pour l'Algérie à 3,52 pour le Maroc, en passant par 4,66 pour la Libye et 3,83 pour la Tunisie (United Nations 2009, 66).

fonction des époques et des pays. À cet égard, la Tunisie mérite une place particulière dans notre analyse comme le pays africain ayant le plus rapidement effectué sa transition de la fécondité, ceci grâce à une politique qui n'était pas seulement une politique fondée sur le développement de la planification familiale à l'échelle nationale mais qui était également une politique en faveur de l'émancipation juridique, sociale et économique des femmes<sup>11</sup>. La Tunisie a ainsi développé, dès les années 1960, une politique de population globale incluant des mesures pour renforcer le statut des femmes dans la famille et la société, promouvoir l'alphabétisation et encourager les familles de taille réduite (Gastineau et Sandron 2004 ; Brown 2007). En favorisant notamment l'éducation et la participation des femmes à l'activité salariée, cette politique a entraîné, avec le recul de l'âge légal des femmes au mariage, une augmentation de l'âge au premier mariage, qui a été un facteur initial et décisif de la baisse de la fécondité et de la maîtrise de la croissance démographique. Elle a également suscité dans la population et notamment chez les femmes, de plus en plus instruites et actives, une volonté de diminuer le nombre des naissances, facilitant ainsi l'adhésion à la contraception moderne.

Cependant, malgré les progrès de la contraception, il faut remarquer que la régulation de la fécondité dans les dernières phases de la transition que connaît la Tunisie, n'est pas uniquement basée sur les différentes méthodes contraceptives mais sur une diversité de modes de contrôle. Outre la contraception, cette diversité repose bien entendu sur le recul de l'âge au mariage, qui a été le mode initial de régulation permettant aux populations tunisiennes d'entamer la baisse de leur fécondité. Mais elle repose également sur le recours à l'avortement, qui contribue à éviter environ 20 % des naissances évitées par les méthodes contraceptives et dont l'effet inhibiteur est supérieur à celui de la pilule, la deuxième méthode de contraception derrière le stérilet. Et cette diversité repose enfin sur l'allaitement prolongé, méthode traditionnelle de régulation qui perdure en étant le facteur principal de l'aménorrhée post-partum, alors que l'abstinence est inférieure à 2 mois (Gastineau, 2010). Cette situation, qui prévaut en Tunisie, se retrouve également en Algérie et au Maroc même si dans ces pays l'avortement, illégal, joue, d'après le peu que l'on sait sur sa pratique, un rôle moindre (Bakass, 2003 ; Yaakoubd et Vimard, 2010).

Remarquons que, plus de 50 ans après sa mise en œuvre en Tunisie, cette volonté politique d'émancipation des femmes fait encore défaut en Algérie et qu'elle n'a été qu'esquissée au Maroc par la révision du Code du statut personnel, la *Moudawana*, en février 2004. Malgré ce décalage en matière de droit de la famille, l'Algérie et le Maroc se sont cependant engagés dans la voie de la réduction de leur fécondité grâce, d'une part, au développement des services de planification familiale et, d'autre part, à une transformation des valeurs liées aux progrès de l'éducation féminine et à l'influence de l'immigration familiale en Europe, les transformations sociales précédant ici l'évolution juridique (Courbage 2002 ; Yaakoubd et Vimard 2010).

### **3.3. La spécificité de l'Afrique subsaharienne dans le panorama des transitions de la fécondité à l'échelle mondiale**

En observant la situation actuelle, on constate une opposition forte entre l'Afrique du Nord, où la transition de la fécondité est achevée ou en passe de l'être avec un indice synthétique de fécondité compris selon les pays entre 1,9 et 2,9 enfants par femme, et l'Afrique subsaharienne. Dans cette partie du continent, les populations demeurent, et de loin, celles dont la fécondité est aujourd'hui la plus élevée au monde. Proche de 7 enfants par femme en moyenne, des années 1950 aux années 1970, la fécondité a commencé à décliner lors de la décennie 1980 pour

---

<sup>11</sup> Le code du Statut Personnel, promulgué dès le 13 août 1956, quelques semaines après l'indépendance, en a été la première expression et le symbole le plus marquant de cette volonté de promotion de l'émancipation féminine, en supprimant la répudiation unilatérale et interdisant la polygamie (Safir, 2000 : 249).

atteindre 6,1 enfants par femme en 1990-1995 et 5,1 enfants par femme en 2005-2010. Commencée plus tard que dans les autres régions, la diminution de la fécondité se poursuit à des rythmes très variables selon les pays. À partir d'un niveau prétransitionnel élevé et relativement homogène de 6 à 8 enfants par femme dans les années 1960, exception faite de quelques pays d'Afrique centrale touchés par la stérilité (le Gabon par exemple), le déclin fut rapide en Afrique australe, dans certains pays insulaires et au Zimbabwe. Il a été plus lent dans une vingtaine d'autres pays, avec une baisse de un à moins de deux enfants par femme entre 1980-1985 et 2000-2005. La transition de la fécondité reste en outre très timide ou n'est pas encore amorcée dans une quinzaine de pays, pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Par ailleurs, la diminution de la fécondité se révèle très inégale selon les catégories de population, beaucoup plus lente dans les populations rurales et celles faiblement instruites (Tabutin et Schoumaker, 2004).

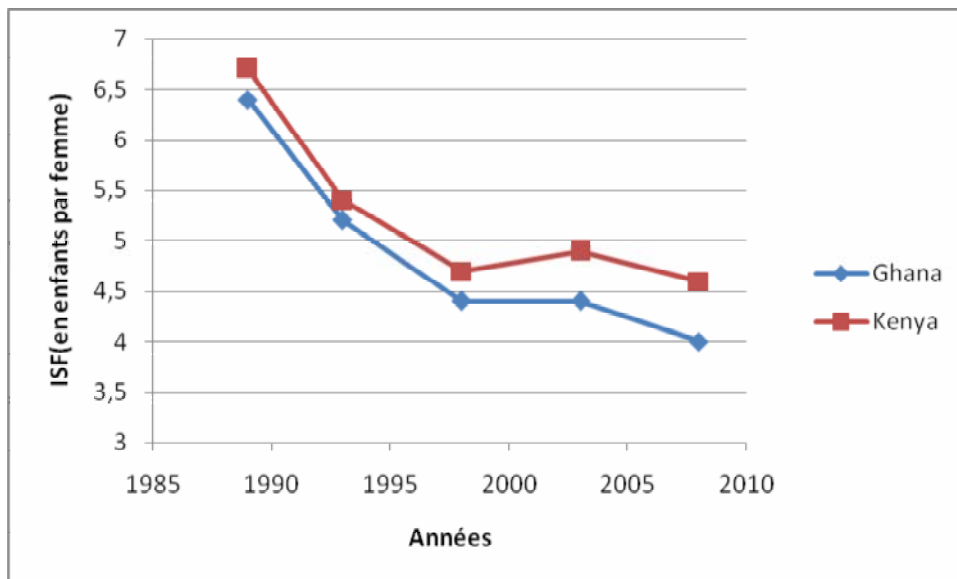
La baisse de la fécondité est donc tardive, lente et inégale en Afrique subsaharienne, à l'image même des progrès de la contraception qui sont aussi très divers. En effet, selon les données disponibles les plus récentes, l'utilisation de la contraception totale (allaitement non compris) varie de 3 à 6 % dans quatre pays (Tchad, Niger, Angola, Érythrée) à plus de 50 % dans trois pays (Zimbabwe, Afrique du Sud, Maurice). Quant à la contraception moderne, elle varie de 2 à 5 % dans six pays (à nouveau Tchad, Niger, Angola, Érythrée, mais aussi Mauritanie, République démocratique du Congo) à plus de 50 % dans deux pays (Zimbabwe, Afrique du Sud). Ces différences sont le résultat d'évolutions diverses, mais globalement très lentes, de la pratique contraceptive. L'exemple des pays d'Asie et d'Amérique latine montre que la maîtrise de la fécondité peut être atteinte en une cinquantaine d'années, lorsque la pratique de la contraception progresse d'environ 1,5 point de pourcentage par an jusqu'à concerner en gros 70 % des femmes en union. Les données disponibles pour l'Afrique subsaharienne indiquent que l'utilisation des méthodes modernes sur des périodes au moins égales à 10 ans ne progresse de 1,5 point ou plus par an que dans quatre pays : le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi. Pour les 14 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale pour lesquels on dispose de données sur une longue période, la progression de l'utilisation de la contraception moderne a été au plus de 0,6 point de pourcentage par an au Ghana (entre 1976 et 2003) et de 0,5 point au Cameroun (1978-2004). Dans les autres pays, elle a été inférieure à 0,5 point par an, ce qui signifie que si ce rythme devait se maintenir, leur transition de la fécondité pourrait mettre une centaine d'années au moins à s'achever. Sans doute la croissance de l'utilisation de la contraception est-elle également très faible dans la plupart des pays pour lesquels on ne dispose pas de données d'évolution. Au total, la faiblesse de l'utilisation de la contraception et de sa progression ne concerne pas seulement des pays enclavés et très démunis, de la zone sahélienne par exemple, ou des pays anciennement ou actuellement touchés par des conflits internes ou externes, mais aussi des pays emblématiques du continent (Cameroun, Nigeria, Sénégal, etc.), où la pratique contraceptive ne décolle pas réellement (Vimard et Fassassi, 2010).

On est donc encore loin, en Afrique subsaharienne, de la révolution contraceptive que les autres régions en développement ont connue. Par ailleurs, l'utilisation de la contraception apparaît très variable non seulement d'un pays à l'autre mais aussi, dans un même pays, selon la région et le groupe social. Cette variabilité constitue une source additionnelle d'inégalités entre populations, puisque certains groupes ont, jusqu'à un certain point, la capacité de maîtriser leur reproduction démographique, alors que d'autres ne l'ont pas. La baisse de la fécondité repose de plus en plus aujourd'hui sur l'articulation de différentes pratiques : la contraception moderne, les pratiques anciennes d'espacement des naissances (abstinence post-partum et allongement de l'allaitement, agissant par l'entremise de l'aménorrhée post-partum), le recul de l'âge au premier mariage et, de plus en plus fréquents en ville, les avortements

provoqués. On a ainsi estimé qu'en début de transition de la fécondité, l'avortement pouvait avoir, pour certaines populations urbaines, un effet réducteur de la fécondité aussi important que les méthodes contraceptives (Fassassi et Vimard, 2002 ; Guillaume, 2003). Cette situation est révélatrice des difficultés d'accès aux services de contraception pour de nombreuses populations qui se heurtent à des obstacles non seulement culturels, mais aussi économiques et institutionnels ou même à l'absence de services. Le recours à l'avortement, pratiqué souvent de manière clandestine, fait courir aux femmes des risques sanitaires importants qui peuvent porter atteinte à leur fécondité future et à leur vie. Les décès maternels sont en effet, pour une grande part, consécutifs à des avortements effectués dans de mauvaises conditions (Guillaume, 2000).

On remarque en outre que le mouvement de baisse de la fécondité, dans les pays où la transition est engagée, est plus incertain qu'on ne l'imaginait, il y a une dizaine d'années. On a, en effet, observé un arrêt de la diminution de la fécondité et de la progression de l'utilisation de la contraception dans deux pays subsahariens, le Ghana et le Kenya, pourtant exemplaires par la précocité de leurs politiques de population, élaborées dans les années 1960, et par la relative rapidité de la baisse de leur fécondité, une fois celle-ci amorcée. Cette stabilisation de la fécondité en cours de transition, et loin de son achèvement tranche avec les parcours suivis lors des transitions des pays industrialisés et de beaucoup de pays du Sud, et démontre qu'il n'y a pas de baisse inéluctable et ininterrompue de la fécondité. L'interruption observée paraît liée à un système commun de déterminants proches : stabilisation de la taille souhaitée de la famille, de la demande et de la pratique de la contraception. Elle semble également dépendre d'un réseau de déterminants plus lointains, parmi lesquels la stagnation ou la récession en matière de développement socio-économique, de scolarisation et de mortalité des enfants (Bongaarts, 2006). La situation actuelle ne permet cependant pas de préjuger des évolutions à moyen et long termes, les stagnations observées étant relativement récentes. Ainsi, la stabilisation semble plus durable au Kenya, où l'ISF n'a pas pratiquement pas diminué durant la décennie 1999-2008 (de 4,7 à 4,6 enfants par femme), qu'au Ghana où, après une stabilisation de 1998 à 2003 (4,4 enfants par femme), on observe une certaine reprise de la baisse (avec un ISF de 4 enfants par femme enregistré en 2008), une reprise qui demande à être confirmée (figure 7).

Figure 7. Évolution de l'ISF au Ghana et au Kenya



Source : Enquêtes DHS/EDS. <http://www.measuredhs.com/countries>



### **3.4. Développement, pauvreté et fécondité**

Dans le domaine de la fécondité, les synthèses successives, réalisées notamment depuis 1995, confirment, à un niveau général, la relative extension de la baisse de la fécondité dans les différents pays et les fortes différenciations selon les régions, les milieux d'habitat et les groupes socio-économiques. Elles éclairent également la problématique de la relation pauvreté–demande d'enfants–fécondité, décisive pour comprendre les facteurs d'évolution (Tabutin, 2007 ; Vimard et Fassassi, 2007). Au niveau mondial et à l'échelle macro, ce sont les pays les plus avancés en matière de développement économique, éducatif ou sanitaire, les mieux placés sur l'échelle du développement humain et les moins enclavés qui ont connu, des années 1960 aux années 1990, les reculs les plus précoces et rapides de leur fécondité. La transition de la fécondité en Afrique du Nord participe de ce schéma classique d'une transition dite « de modernisation ». L'exemple de la Tunisie, pays précurseur en la matière, montre cependant l'importance des facteurs institutionnels, avec l'intégration précoce d'une politique de population dans la politique de développement, dans la baisse de la fécondité. Il montre également, à travers les schémas régionaux de la baisse, que la relation entre le développement socioéconomique et la baisse de la fécondité est moins nette à l'échelle régionale qu'au niveau national, avec des cas d'un certain malthusianisme de pauvreté, en Kroumirie, et d'une résistance à la diminution de la fécondité dans des zones riches et bien dotés en infrastructures, comme celles du Sud tunisien (Sandron et Gastineau, 2002a, 2002b ; Gastineau, 2007).

L'Afrique subsaharienne, a également plutôt suivi ce modèle classique de transition de la fécondité (Cohen, 1998 ; Tabutin, 1997), mais seuls trois pays (Maurice, la Réunion et l'Afrique du Sud) y ont connu des transitions précoces et relativement rapides de leur fécondité. À une échelle régionale plus fine, l'analyse spatiale confirme globalement l'importance, en Afrique subsaharienne comme ailleurs, des facteurs relatifs au développement socio-économique dans les baisses de fécondité. Parmi les diverses variables « explicatives » des différences de fécondité entre les régions, c'est le développement sanitaire qui arrive largement en tête, suivi par le développement économique à égalité avec le développement éducatif, puis par l'urbanisation (Tabutin et Schoumaker, 2001). À l'échelle individuelle, celui des familles et des individus, la plupart sinon toutes les études concluent au rôle primordial du milieu d'habitat et de l'instruction des mères, voire de leurs conjoints, ainsi que du niveau de vie des ménages sur la fécondité et sur l'utilisation de la contraception (Schoumaker, 2004 ; Vimard *et al.*, 2007).

Jusqu'aux années 1980, les diminutions de fécondité observées dans certains groupes et milieux étaient essentiellement induites par l'éducation, l'urbanisation et les progrès du niveau de vie. La pauvreté demeurait et demeure encore, à l'inverse, un facteur de forte fécondité, les populations les plus pauvres étant celles qui expriment la plus forte demande d'enfants et qui possèdent le moins les moyens d'accéder à l'information et aux méthodes efficaces de contraception pour réguler leur procréation (Tabutin et Schoumaker, 2004). Si ces populations déshéritées souhaitent avoir et ont de nombreux enfants, c'est pour essayer d'échapper à la pauvreté, pour améliorer au moins leur situation du moment, atténuer leurs vulnérabilités et sécuriser leur avenir. Dans des contextes, nationaux ou locaux, de crise et d'insécurité économique permanente, avoir de nombreux enfants constitue pour les ménages un comportement rationnel et présente plus d'avantages que d'inconvénients dans une stratégie de survie familiale. Pour les groupes sociaux les plus pauvres et les plus démunis en termes de capital humain et social, l'enfant est en effet une source de revenus immédiats, une assurance pour la vieillesse, un élément de diversification des activités et de minimisation des risques financiers et économiques. Il est en outre un signe de prestige ou de réussite sociale et le garant de la pérennité du groupe social. Avoir un enfant est relativement peu coûteux et, tant que la

mortalité infantile reste élevée, la demande correspond à un besoin d'assurance et de remplacement.

Cependant, la décennie 1980, qui correspond globalement à la première phase de baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, est marquée, pour la plupart des pays africains au sud du Sahara, par une récession économique qui va d'une simple stagnation à des crises plus ou moins sévères. Le début de la transition de la fécondité intervient ainsi dans une période de baisse de revenu des ménages, d'augmentation des coûts d'éducation des enfants et, pour certains pays, de réduction des budgets publics de fonctionnement et d'investissement, concernant particulièrement les services scolaires et de santé (Lesthaeghe et Jolly, 1994). Dans cette période de récession, la baisse de la fécondité est, le plus souvent, la plus nette dans les couches socioprofessionnelles les plus élevées, comme le montrent des analyses agrégées au niveau national ou des approches plus fines (Vimard, 1996).

À cet égard, cette première phase de baisse de la fécondité correspond davantage à une transition de crise concernant les couches moyennes et aisées qu'à un réel malthusianisme des plus démunis. Ceci est confirmé par le rôle des variables liées à la modernisation comme facteurs d'une faible fécondité (résidence urbaine, instruction secondaire, activité dans le secteur formel, absence de décès infantile). Dans cette période de difficultés économiques, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement des cadres sociaux traditionnels, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution démographique où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens, en provoquant tout particulièrement une hausse des coûts, effectif et d'opportunité, des enfants. La crise suscite en effet une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements démographiques individuels ne correspondent plus aux nouveaux cadres économiques et sociaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement ou à s'accélérer, au delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme l'évolution du Kenya et du Ghana du milieu des années 1980 à celui des années 1990 le montre (Brass et Jolly, 1993 ; Mboup, 2000).

Sur le plan social, la fécondité diminue en Afrique subsaharienne à un moment où les liens intergénérationnels, et les flux de ressources qu'ils sous-tendent, se maintiennent, et ceci aussi bien au Kenya (Dow *et al.*, 1994) qu'en Côte d'Ivoire (Adjamagbo, 1998), et que la famille nucléaire ne devient pas la forme familiale dominante (Vimard, 1997). En ce sens le début de la transition de la fécondité n'est pas la conséquence ou la manifestation concomitante d'une nucléarisation qui n'est pas la règle. Elle résulte davantage d'une modification plurielle et d'une individualisation des projets familiaux, sous la pression des contraintes sociales et économiques.

Les expériences de différents pays africains, comme la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Kenya montrent que des éléments sensiblement comparables – progrès de l'urbanisation et des activités marchandes, autonomie des couples et des individus, diffusion de normes occidentales de comportements, coût croissant des enfants – se traduisent dans ces trois pays, comme dans d'autres, par une baisse de la fécondité. Mais ce processus s'effectue selon des configurations et des rythmes sensiblement différents, en référence à des contextes nationaux où l'investissement en capital humain diffère et où les politiques de population et les programmes de planification familiale n'ont ni la même antériorité ni la même efficacité. Le fait que la transition de la fécondité ait pu s'engager si fortement dans les décennies 1980 et 1990 en Côte

d'Ivoire en l'absence, d'une part, de programmes de planification familiale et, d'autre part, d'éducation de masse, montre la puissance du mouvement de baisse duquel seuls quelques pays, enclavés ou désorganisés, demeurent encore à l'écart (Vimard *et al.*, 2007).

On ne peut, bien entendu, préjuger de ce qu'il adviendra dans les décennies à venir. Toutefois, le VIH/Sida, la persistance des conflits et l'urbanisation sans industrialisation qui caractérisent tout ou partie de la région, pourraient contribuer à modifier les schémas antérieurs d'évolution de la fécondité. Dans les villes d'Afrique par exemple, il n'est pas exclu qu'apparaisse peu à peu un « malthusianisme de pauvreté », un processus selon lequel les classes sociales les plus marginalisées se mettent à contrôler leur descendance sous la contrainte des difficultés et du coût de la vie (logement, éducation, santé notamment). Sur ce plan, il est également nécessaire de tenir compte d'une individualisation des comportements économiques, sociaux et familiaux, et d'une remise en cause progressive des croyances traditionnelles qui favorisent une fécondité élevée. Cette individualisation des comportements peut s'accompagner d'un délitement des solidarités familiales, surtout lorsque celles-ci doivent tenter d'amortir des crises économiques et sociales récurrentes. Délitement aujourd'hui perceptible dans les villes africaines, avec le phénomène croissant des enfants des rues. Cependant, il n'est pas certain qu'une transition de la fécondité des pauvres puisse se réaliser en Afrique subsaharienne en l'absence de méthodes de contraception efficaces, accessibles et acceptables culturellement et socialement, c'est-à-dire tenant compte des relations de genre. À cet égard, la mise en œuvre des programmes de planification familiale dans les différents pays de la région sera décisive. Mis en place tardivement, ces programmes ont en outre rarement bénéficié du soutien durable des autorités gouvernementales et politiques, et les efforts en la matière se sont fréquemment révélés très irréguliers, au gré de l'appui ponctuel des ONG, des agences d'aide bilatérales et des bailleurs de fonds. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la disponibilité des moyens de contraception et que la prévalence contraceptive soient loin d'être encore aujourd'hui en Afrique subsaharienne ce qu'elles sont sur les autres continents ; c'est tout particulièrement le cas de l'Afrique francophone, qui souffre toujours d'un déficit flagrant en la matière, alors que son niveau est comparable à celui des autres régions en développement, en matière de politiques, de services ou d'évaluation des activités (Ross et Stover, 2001).

## **Conclusion**

Dans cette communication, nous avons tout d'abord dégagé une typologie en 5 groupes des différents pays africains, en fonction de leurs positions relatives aux principales variables exprimant les dynamiques démographiques, économiques et épidémiologiques. Cette typologie, pertinente au regard des niveaux et de l'évolution de la fécondité, met en évidence les particularités des pays de l'Afrique du Nord et australe et des petits pays insulaires. Ces pays sont dotés d'une moindre fécondité, d'une transition plus rapide et d'une meilleure situation au regard des indicateurs de la croissance économique et du développement socioéconomique, si on les compare aux autres pays africains, qui, quelle que soit leur grande diversité, se caractérisent par une fécondité plus élevée, une transition plus lente et des indicateurs de développement et de croissance économique moins favorables.

Dans la deuxième partie du texte, estimant les relations entretenues par la fécondité avec la croissance économique et le développement humain, nous avons montré la faible corrélation des niveaux de la croissance économique et ceux de la fécondité, faible corrélation qui correspond à un certain découplage des effets de la croissance économique sur l'évolution de la fécondité, davantage prédisposée à subir l'effet de facteurs sociaux et culturels. À cet égard nous avons pu montrer que si la relation entre le niveau de la fécondité et l'indice de développement humain était plutôt faible à l'échelle de l'ensemble de l'Afrique, elle était forte voire très forte dans les groupes

de pays les plus favorisés en terme de développement humain et de baisse de la fécondité, à savoir les pays de l'Afrique du Nord et australe et les petits pays insulaires déjà cités. Cette association entre un développement humain élevé et une faible fécondité, alors que cette dernière ne semble pas être liée à l'indicateur de la production économique, montre que c'est davantage les progrès sociaux et la réduction de la pauvreté qui sont de nature à susciter une diminution de la fécondité que la croissance économique elle-même. À travers cela, on peut constater que la transition de la fécondité, dans les pays africains où elle est le plus sensible, participe de ce que l'on a appelé le modèle du développement équitable. Modèle de transition démographique qui insiste sur la structure du développement économique et la distribution des richesses entre les différentes couches de la population (Repetto, 1978). Ce modèle, qui explique bien par exemple l'évolution de la fécondité en Hongrie entre 1870 et 1910 (Cook et Repetto, 1982), montre que la redistribution des richesses peut être l'instrument susceptible de faire chuter le taux de fécondité. Ceci doit nous conduire à mettre l'accent en Afrique sur la pertinence d'une politique de distribution équilibrée des revenus, biens et savoirs et *a contrario* sur l'impact négatif que peuvent avoir de fortes inégalités socio-économiques sur une baisse généralisée de la fécondité.

À partir de la mise en relation de ces premiers éléments, nous avons exploré de manière plus fine, dans la troisième partie de la communication, les facteurs d'évolution de la fécondité dans les différentes parties du continent afin de mieux comprendre les spécificités régionales des mécanismes de la baisse de la fécondité. En effet, à partir d'une situation relativement commune, au début des années 1960, avec une forte fécondité comprise entre 6 et 7 enfants par femme, les modèles de reproduction des populations africaines ont commencé à diverger, d'une part, sous l'emprise des transformations inégales des modes de production et des idéaux culturels et, d'autre part, du début de mise en œuvre de politique de population dans certains pays. Dans ce cadre, nous avons mis en évidence la précocité des transitions de la fécondité dans les pays d'Afrique du Nord, sans oublier cependant la relative diversité de leur calendrier et de leur facteurs, en mettant en exergue le modèle de la transition en Tunisie comme exemple de politique de population réussie car fondée sur l'émancipation des femmes dans les domaines de la vie économique, sociale et familiale.

En contrepoint, nous avons voulu cerner les spécificités de l'évolution de la fécondité en Afrique subsaharienne, si particulière dans le paysage des transitions régionales de la fécondité à l'échelle mondiale. Dans ce paysage des transitions sub-sahariennes, l'Afrique australe et quelques petits pays insulaires font exception par une baisse de la fécondité plus précoce et plus rapide en relation des références culturelles distinctes et des progrès socio-économiques plus rapides, en partie liés à une ouverture vers l'extérieur plus affirmée. Pour les autres pays au sud du Sahara, soit la grande majorité de la région, les baisses de la fécondité sont tardives, lentes et inégales. Elles se réfèrent tout autant aux fondements culturels de la forte fécondité qu'à la rationalité économique d'avoir de nombreux enfants pour des populations pauvres et dénuées de système d'assurance pour leurs vieux jours. À ces phénomènes structurels s'ajoutent des données de nature plus institutionnelle liées à la faiblesse des politiques de population et des programmes de planification familiale dans de nombreux pays africains, surtout lorsqu'ils appartiennent à la sphère francophone : une faiblesse qui ne favorise pas l'augmentation de la prévalence contraceptive, souvent très lente aux échelles nationales, qui serait pourtant nécessaire pour favoriser la baisse de la fécondité. À cet égard, il faut remarquer qu'en Afrique subsaharienne, où la planification familiale est peu développée, comme en Afrique du Nord, où les méthodes contraceptive sont d'un accès plus facile et plus ancien, la régulation de la fécondité repose sur une multiplicité de modes de contrôle, dont l'équilibre varie selon les pays ; des modes de contrôle qui comprennent les méthodes traditionnelles (abstinence post-partum, en Afrique subsaharienne seulement, et allaitement), recul de l'âge au mariage, contraception et avortement.

Notre analyse montre l'extrême diversité de la fécondité et de son évolution en Afrique. Si la forte fécondité et le retard de la transition sont des conclusions qui ressortent de toutes les données accumulées et de l'ensemble des histoires démographiques nationales, il n'en demeure pas moins que différentes populations du continent se caractérisent par des transitions presque achevées, voire achevée si l'on s'en tient à la Tunisie. Ceci concerne aussi bien l'Afrique du Nord que l'Afrique subsaharienne dans sa partie australe. La forte fécondité n'est donc pas une prédestination pour les pays africains mais simplement la résultante de phénomènes structurels, de nature essentiellement culturelle, socio-économique et institutionnelle. Ces phénomènes se transforment plus ou moins rapidement et intensément selon les régions et les pays, sous le poids des évolutions internes relatives à la transformation des modes de production des biens matériels et de reproduction sociale comme à l'évolution idéologique des politiques et des prescripteurs d'opinion. Ils évoluent également sous le poids des échanges avec l'extérieur, aujourd'hui accélérés et exacerbés par la mondialisation. Les évolutions mises en évidence dans ce texte sont donc amenées à se poursuivre dans les années à venir, selon des modalités et des temporalités sous-régionales et nationales que les recherches futures devront préciser.

### **Références bibliographiques**

- Adjamagbo A., 1998, Changements socio-économiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest africain : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X Nanterre, janvier 1998, 272 p. + annexes.
- Anoh A., 2010, Offre et demande de planification familiale en Afrique subsaharienne, in Fassassi R., Vignikin K. et Vimard V. (dir.), *La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle*, Louvain-la Neuve, Academia-Bruylant, p. 39-70.
- Bakass F., 2003, *Fécondité et santé reproductive au Maroc. Approche offre-demande de la dynamique de la pratique contraceptive*, Louvain-la Neuve, Academia-Bruylant, 351 p.
- Banque africaine de développement, 2008, *Statistiques choisies sur les pays africains 2008*, Vol. XXVII, Division des statistiques économiques et sociales, Département de la statistique, Tunis, Banque africaine de développement, 300 p.
- Banque mondiale, 2008, *World Development Report 2009: Reshaping Economic Geography*, Washington D.C., Banque mondiale, 368 p.
- Bongaarts J. et Watkins S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, pp. 639-682.
- Brass W. et Jolly C. L. (éd.), 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
- Brown, G., 2007, « Tunisia: The Debut of Family Planning », in Robinson W. et Ross J. (éd.), *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Policies and Programs*, Washington, D.C., The World Bank, p. 59-69.
- Caldwell J., 1993, « Les tendances démographiques et leurs causes, le cas de l'Afrique est-il différent ? », in Chasteland J.C., Véron J. et Barbieri M. (dir.), *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, Congrès et colloque n° 13, Paris, INED-PUF, p. 21-45.
- Caldwell J., 2005, « On Net Intergenerational Wealth Flows: An Update », *Population and Development Review* 31 (4), p. 721-740.
- Cleland J. et Wilson C., 1987, « Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View », *Population Studies* 41 (1), p. 5-30.
- Cohen B., 1998, « The Emerging Fertility Transition in Sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 26, n° 8, p. 1431-1461.

- Cook S.L. et Repetto R., 1982, « The relevance of the developing countries to demographic transition theory : further lessons from the hungarian experience », *Population Studies*, vol. 36, n° 1, mars 1982 : 105-128.
- Courbage Y. 2002, *Sur les pas de l'Europe du Sud : La fécondité au Maghreb*, Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, United Nations, Population Division, New York, March 2002, 15 p.
- Dow T. E., Archer L., Khasiani S. et Kekovole J., 1994, « Wealth Flow and Fertility Decline in Rural Kenya, 1981-92 », *Population and Development Review*, vol. 20, n° 2, pp. 343-364.
- ENSEA et AFD, 2009, *La fécondité en Afrique de l'Ouest : quels leviers pour une maîtrise durable de la croissance démographique ?*, Abidjan, ENSEA, avril 2009, 92 p. multigraphié.
- Fassassi R. et Vimard P., 2002, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, ENSEA-FNUAP-IRD, p. 189-213.
- Gastineau B. et Sandron F., 2004, « Famille et développement économique et social en Tunisie. Une politique de planification familiale intégrée », in Gautier A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Paris, CEPED-LPED-CERPOS, p. 165-194.
- Gastineau B., 2007, « Fécondité oasisienne et stratégie familiale en Tunisie », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 535-564.
- Gastineau, B., 2010, « Les modes de contrôle de la fécondité en Tunisie », in Fassassi R., Vignikin K et Vimard P. (dir.), *La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 187-220.
- Guillaume A., 2000, *L'Avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique*, CEPED, coll. « La chronique du Ceped » n° 37, avril-juin.
- Lesthaeghe R. et Jolly C., 1994, « The Start of the Sub-Saharan Fertility Transitions : Some Answers and Many Questions », in CAMPELL K. L. et WOOD J. W., *Human Reproductive Ecology - Interactions of Environment, Fertility and Behaviour*, Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 709, New York, pp. 379-395.
- Mboup G, 2000, « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, Paris, L'Harmattan, p. 133-170.
- Onusida, 2010, *Rapport mondial : Rapport Onusida sur l'épidémie mondiale de sida 2010*, Genève, Onusida, 2010, 359 p.
- Repetto R., 1978, « The interaction of fertility in the size distribution of income View », *The Journal of Development Studies*, vol. 14, juillet 1978.
- Ross J. et Stover J., 2001, « The Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 3, September, p. 119-129.
- Safir T., 2000, « Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb », in Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, Paris, L'Harmattan, p. 243-261.
- Sandron F. et Gastineau B., 2002(a), *La transition de la fécondité en Tunisie*, Collection Populations, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Sandron F. et Gastineau B 2002(b), *Fécondité et pauvreté en Kroumirie (Tunisie)*, Paris, L'Harmattan, 175 p.
- Schoumaker B., 2004, « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques et analyses empiriques », *African Population Studies*, Supplement A to vol. 19, p. 13-45.
- Tabutin D., 1997, « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements... et incertitudes », in UIESP (dir.), *Actes du Congrès international de la population, Beijing*, vol. 1, p. 219-246.

- Tabutin D. et Schoumaker B., 2004, « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- Tabutin D. et Schoumaker B. 2005, « La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, 5-6, p. 609-724.
- Tabutin D., 2007, « Les relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud et en Afrique subsaharienne. Bilan et explications », in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 253-288.
- Talbot P.A., 1927, *Some Nigerian Fertility Cults*, Londres, Oxford University Press.
- United Nations, 2007, *World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlights*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 94 p.
- United Nations, 2009, *World Population Prospects. The 2008 Revision. Highlights*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 89 p.
- Vimard P., 1996, « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in Coussy J. et Vallin J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, Les Études du CEPED n° 13, Paris, CEPED, pp. 293-318.
- Vimard P., 1997, « Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne », *Autrepart* (2), pp. 143-159.
- Vimard P. et Fassassi R., 2007, « La demande d'enfants en Afrique subsaharienne », in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 197-251.
- Vimard P., Fassassi R. et Talnan E., 2007, « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 173-214.
- Vimard P. et Fassassi R., 2010, L'évolution de la contraception en Afrique, in Fassassi R., Vignikin K et Vimard P. (dir.), *La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle*, Louvain-la Neuve GRIPPS-LPED-Academia-Bruylant, p. 71-101.
- Yaakoubd A.-I. et Vimard P., 2010, « La régulation de la fécondité au Maroc : évolution et différenciation sociale des comportements », in Fassassi R., Vignikin K et Vimard P. (dir.), *La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle*, Louvain-la Neuve Academia-Bruylant, p. 221-252.

## Annexe

### Liste des variables sur la figure 1

Abré- viation	Libellé	Abré- viation	Libellé
AcE2	% de population ayant accès à l'eau (2004-2006)	RFA	% de réduction du taux de fécondité des 15-19 ans (1997-2007)
AcS2	% de population avec accès aux sanitaires (2004-2006)	RISF	% de réduction de l'ISF (1997-2007)
AJC2	apport journalier de calorie/habitants (2003)	RM-5	% de réduction de la mortalité des moins de 5ans (1992-2007)
DTS2	Dépense de santé en % du PIB (2003-2005)	RNB	Revenu national brut par habitant (2006, en \$US)
E0HF	Espérance de vie à la naissance (2007)	RTBN	% de réduction du taux brut de natalité (1997-2007)
M-5b	Mortalité des moins de 5ans en 2007	SBF2	Taux brut de scolarisation des filles (2005-2007)
MIF3	Taux de mortalité infantile (2007, féminin)	SSF2	Taux brut de scolarisation dans le secondaire (2005-2007, féminin)
MIG3	Taux de mortalité infantile (2007, masculin)	SSG2	Taux brut de scolarisation dans le secondaire (2005 et 2007, masculin)
MN90	Migration nette en 1990	TAN1	Taux d'accroissement naturel (1996-2007)
MTD1	Variation moyenne du taux de dépendance des importations (2001-2005)	TAT	Taux d'analphabétisation des adultes en % (2007)
PF07	% de population féminine (2007)	TBM2	Taux brut de mortalité (2007)
PFM	Prévalence contraception moderne (2003-2007)	TBN2	Taux brut de natalité (2007)
PR07	% de population rurale (2007)	TCP2	Taux de croissance de la population (1996-2007)