

TROISIEME PARTIE

FECONDITE ET CHANGEMENTS

FAMILIAUX

Chapitre 6

BAISSE DE LA FECONDITE ET MUTATIONS FAMILIALES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Thérèse Locoh

*Institut national d'études démographiques
(INED, Paris, France)*

Remarques introductives : la question des sources statistiques de données

L'Afrique a maintenant un corpus assez important d'enquêtes par sondage, enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) puis enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS) développées pour pallier l'absence de données fiables d'état civil. Ces programmes ont été mis en œuvre en raison de l'intérêt très vif que la communauté internationale portait au suivi de l'évolution de la fécondité et de la mortalité des enfants en Afrique, afin de mieux orienter les programmes de santé et de planning familial. Néanmoins, en raison de l'incomplétude quasi-générale des systèmes d'état civil, (voir par ex. Lohle-Tart et François, 1999), l'étude des questions démographiques en Afrique rencontre des difficultés particulières. On n'a pas d'enregistrement exhaustif des naissances et moins encore des décès. Qui plus est, les populations ne connaissent pas toujours leur date de naissance et leur âge. Leurs déclarations lors d'une enquête ne sont pas toujours exactes. À part le cas particulier d'observations continues dans quelques observatoires de population, l'étude de la fécondité repose donc essentiellement sur des enquêtes par sondage et sur des estimations menées à partir des recensements. C'est essentiellement sur des comparaisons successives d'indices transversaux (indices synthétiques de fécondité, taux par groupes d'âges à différentes dates) que sont mesurées les évolutions de la fécondité. Là où elles existent ces observations successives sont précieuses pour les évaluations au niveau national, plus incertaines dès qu'on descend au niveau régional. Mais le problème le plus flagrant est celui des trop nombreux pays de cette sous-région où les situations de guerre ou de troubles persistants empêchent, parfois depuis plus de deux décennies, toute observation statistique digne de ce nom (Angola, Sud-Soudan, Liberia, République démocratique du Congo, etc.).

Si l'on est aujourd'hui en mesure de dresser un panorama global des évolutions en cours en Afrique sub-saharienne, il faut garder à l'esprit les incertitudes qui persistent dans la précision des mesures, et l'inconnue que constituent les pays où l'on ne dispose pas de données récentes et où la situation est particulièrement défavorable pour l'ensemble de la population.

UN NIVEAU DE FECONDITE ENCORE ELEVE, MAIS DES EVOLUTIONS RAPIDES EN COURS

La baisse de la fécondité se confirme : niveaux, tendances (1960-2000)

Au cours des quarante dernières années le niveau élevé de la fécondité en Afrique sub-saharienne a dominé les préoccupations des spécialistes en population, en Afrique même et plus encore dans les milieux internationaux. C'est à partir des années soixante qu'ont été menées les premières enquêtes démographiques par sondage et les enquêtes « Connaissance attitudes, pratique de la contraception » qui, dans leur très grande majorité, montraient la

Ce texte est la version française d'un article paru en anglais sous le titre "Fertility decline and family changes in Sub-Saharan Africa.", *Journal of African Population Studies*, 2003, vol. 8, 2 & 3, p. 17-48.

préférence des enquêtées pour des descendance nombreuses et leur faible propension à pratiquer des méthodes de contraception encore peu ou pas connues.

Les enquêtes mondiales de fécondité (EMF), menées dans les années soixante-dix sur une dizaine de pays en Afrique ont été un pas important car elles ont permis de mieux comprendre l'importance des conceptions et des pratiques des sociétés africaines en matière de fécondité. On a en particulier étudié les pratiques d'espacement des naissances, abstinence *post-partum* et allaitement prolongé, qui permettent aux femmes africaines d'avoir, en dehors d'une pratique contraceptive, un écart de trois ans environ entre naissances. Une fois encore, les résultats montraient tous la préférence des adultes pour les descendance nombreuses, qui se traduisait dans les faits par des niveaux de fécondité de l'ordre de six enfants par femme (ISF), niveaux stables¹ dans la quasi-totalité des pays.

Les programmes de planification familiale ont été implantés progressivement à partir de 1970 mais souvent de façon inadéquate (implantations très éparées, dans les villes seulement, avec des méthodes d'information et de persuasion peu adaptées). Le succès n'a pas été à la hauteur des espérances et moins encore des dépenses consenties. Les gouvernements, en dépit d'accords donnés du bout des lèvres, et la majorité des populations n'étaient pas favorables, dans les débuts, à l'implantation de services de planification familiale, à quelques exceptions près, tel le Ghana par exemple qui avait adopté dès 1969 une politique de population favorable à l'implantation de services de planification familiale.

Depuis les années quatre-vingt, grâce à l'influence croissante des spécialistes africains en population et, la situation économique catastrophique aidant, tous les pays ont, à des degrés divers (à l'exception du Gabon), adopté des programmes favorables à l'implantation de programmes de planification familiale et de santé de la reproduction².

Quand on compare les niveaux de fécondité des différents continents, le « destin » démographique de l'Afrique apparaît clairement. C'est le continent qui aborde le dernier la transition de la fécondité (figure 1).

Durant la période 1960-1985, la stabilité des niveaux de fécondité, voire leur augmentation (au Kenya par exemple) a entretenu un débat constant entre spécialistes. La fécondité africaine était-elle une « exception » et allait-elle se maintenir à l'inverse des autres pays en développement où à partir de 1975 on commençait à observer des baisses parfois rapides ? C'est seulement vers le milieu des années quatre-vingt que les premiers résultats d'enquête ont apporté la preuve qu'une baisse de la fécondité était en cours dans quelques pays (Botswana, Kenya et Zimbabwe) et surtout dans les villes.

Le programme EDS, en renouvelant à plusieurs reprises des enquêtes comparables, a permis d'apporter la preuve des premiers signes de baisse. À la fin des années quatre-vingt, la plupart des pays entament leur baisse de fécondité. En Côte d'Ivoire, par exemple, l'ISF est tombé de 7,4 enfants par femme en 1980-81 à 5,7 en 1994. Au Sénégal, l'ISF n'est plus que de 6,0 enfants par femme en 1992 et 5,7 en 1997 alors qu'il était de 7,1 en 1978 et 6,6 en 1986. Au Ghana, la stabilité de la période 1978-1988 autour de 6,5 enfants par femme a fait place à une baisse de près de deux enfants par femme entre 1988 et 1998. Chaque nouvelle enquête des années quatre-vingt-dix confirme cette tendance (tableau 1).

¹ Ou parfois même en légère hausse, comme au Kenya entre 1965 et 1978.

² Terme retenu à partir de 1994, à la suite des décisions de la conférence du Caire.

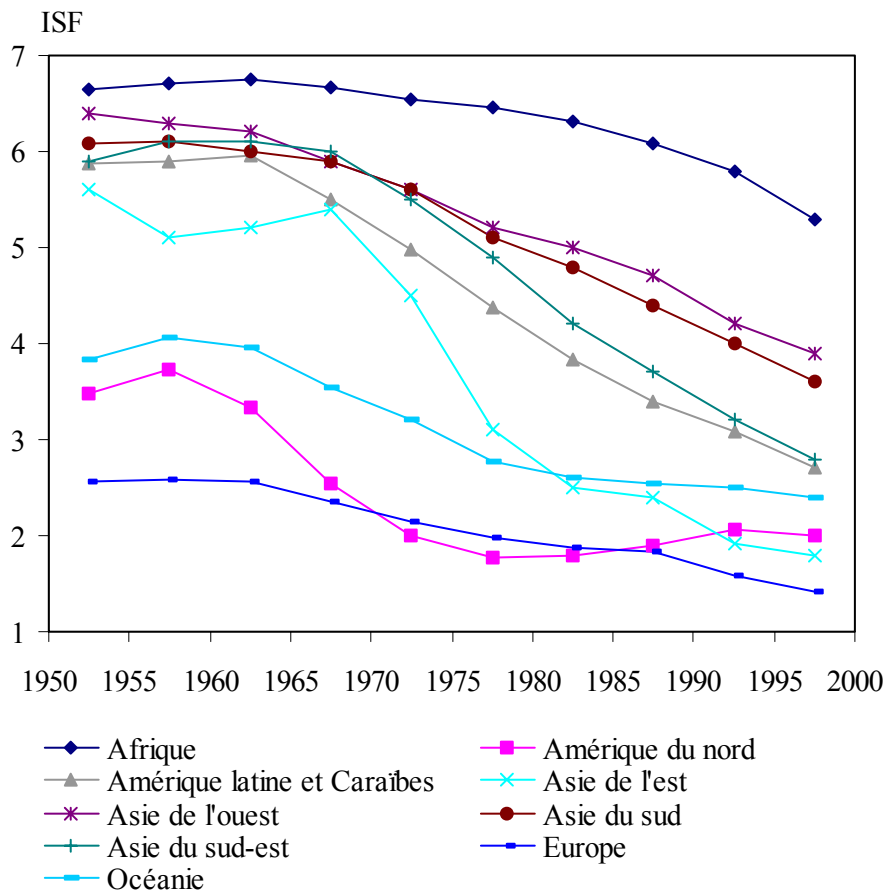


Figure 1
Évolution de la fécondité (ISF) dans les grandes régions du monde (1950-2000).
 Source : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

Structure par âge de la fécondité

Traditionnellement les Africaines se marient jeunes et restent exposées au risque de concevoir jusqu'à la fin de leur vie féconde, en raison des normes matrimoniales qui favorisent cette exposition. Par contre au cours de leur vie féconde, elles ont des périodes de non exposition liées aux pratiques de l'abstinence *post-partum* et de l'allaitement prolongé.

Dans les milieux où les comportements n'ont pas encore été modifiés, une femme commence en général sa vie féconde avant ou aux alentours de 20 ans, donnera naissance à un enfant, à peu près à intervalle de trois ans, et cessera assez tardivement d'en avoir. Dix pour cent environ des enfants naissent après le 40^e anniversaire de leur mère. La structure par âge de la fécondité en Afrique a donc longtemps été marquée par une prédominance de facteurs d'espacement sur les facteurs de limitation volontaire. Il existe bien une maîtrise de la fécondité par le désir d'intervalles assez longs entre naissances, mais pas de désir de

limitation de la taille des familles³. Cela se traduit par des taux de fécondité par âge conformes au schéma de la fécondité dite « naturelle » mais, à la différence de nombreux pays en développement, cette structure de la fécondité se maintient dans les débuts de la période de baisse. Cela signifie que les Africaines commencent à limiter leur descendance en recourant aux méthodes qu'elles connaissent pour allonger l'intervalle entre naissances plus qu'en adoptant des comportements de limitation de la taille des familles. Les courbes de fécondité du Kenya, par exemple, en sont une illustration. Les niveaux des taux baissent à chaque âge sans coupure brutale « d'arrêt » avant la fin de la période féconde, comme c'est le cas, par exemple, en Amérique latine.

Tableau 1
Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans les pays d'Afrique sub-saharienne disposant d'au moins deux enquêtes

Pays	EMF (1977-83)		EDS (1986-89)		EDS (1990-1994)		EDS (1995-99)	
	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF	Année	ISF
Afrique de l'Ouest et centrale								
Ghana	1979-80	6,5	1988	6,4	1993	5,5	1998	4,5
Cameroun	1978	6,3	-	-	1991	5,8	1998	5,2
Nigeria	1981-82	5,9	-	-	1990	6,0	1999	5,2
Côte d'Ivoire	1980-81	7,4	-	-	1994	5,7	1998	5,2
Togo	-	-	1988	6,4	-	-	1998	5,4
Guinée	-	-	-	-	1992	5,7	1999	5,5
Sénégal	1978	7,1	1986	6,6	1992-93	6,0	1997	5,7
Bénin	1981-82	7,1	-	-	-	-	1996	6,3
Mali	-	-	1987	6,9	-	-	1995-96	6,7
Burkina Faso	-	-	-	-	1993	6,9	1998/99	6,8
Niger	-	-	-	-	1992	7,4	1998	7,5
Afrique de l'Est								
Zimbabwe	-	-	1988-89	5,3	1994	4,3	-	-
Kenya	1977-78	7,9	1989	6,7	1993	5,4	1998	4,7
Tanzanie	-	-	-	-	1991-92	6,5	1996	5,8
Zambie	-	-	-	-	1992	6,5	1996	6,1
Rwanda	1983	8,5	-	-	1992	6,2	-	-
Ouganda	-	-	1988-89	7,4	-	-	1995	6,9
L'ISF est calculé sur les cinq années précédant l'enquête. Sources : Enquêtes mondiales de fécondité (EMF-WFS) et Enquêtes démographiques et de santé (EDS-DHS)								

³ La situation est en train de changer en milieu urbain où apparaissent des familles de deux ou trois enfants.

Le Sénégal offre un modèle de comportement légèrement différent où les taux de fécondité après 35 ans restent stables alors que l'on enregistre dans les générations successives une tendance à la baisse des taux, due essentiellement au retard de l'entrée en union ou de l'âge à la première maternité (figure 2).

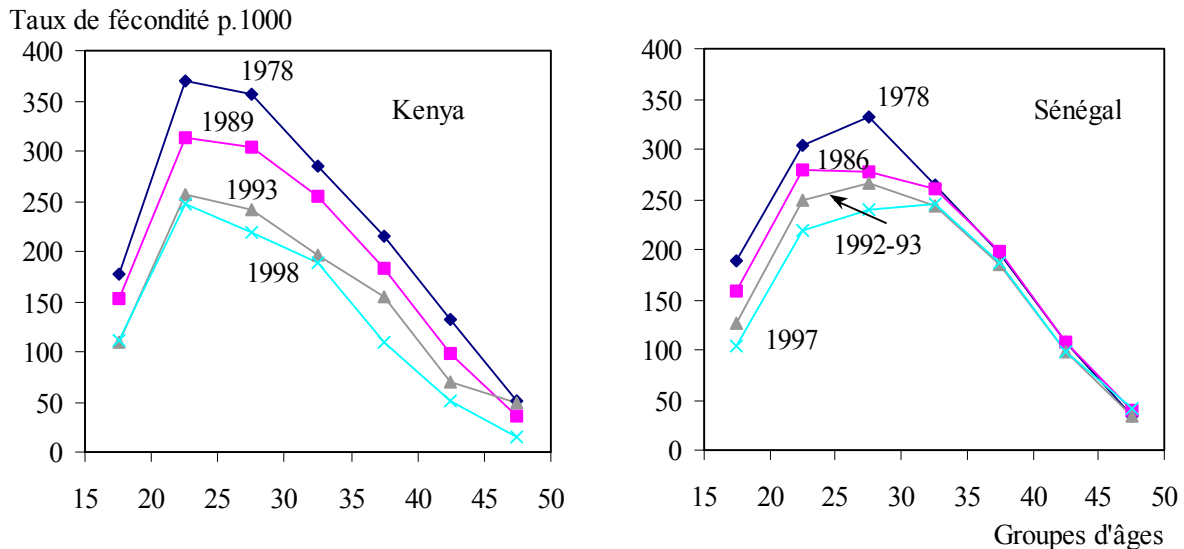


Figure 2
Taux de fécondité par groupes d'âges au Kenya (1978-1998) et au Sénégal (1978-1997).
Sources: EMF-WFS et EDS-DHS

Des différences croissantes entre villes et campagnes

Toutes les grandes villes africaines sont maintenant le théâtre d'une baisse de la fécondité. C'est dans les villes que les services de contraception sont les plus accessibles et que les autres facteurs du développement, accès des enfants à la santé, adultes éduqués, femmes plus autonomes, circulation plus aisée des informations, sont réunis à des degrés divers. Tous les résultats récents sont concordants pour les milieux urbains. Partout la tendance à la baisse s'affirme ou, à tout le moins, s'amorce (figure 3).

Par contre en milieu rural il y a une grande diversité des situations. Au Niger l'indice synthétique de fécondité (ISF) a augmenté entre 1992 (7,1) et 1997 (7,6), au Sénégal rural il est resté inchangé (6,7) alors qu'il a diminué au Kenya (passage de 5,8 à 5,2 enfants entre 1993 et 1998) et au Zimbabwe (passage de 4,9 à 4,6 entre 1994 et 1999), pays plus avancés dans la transition.

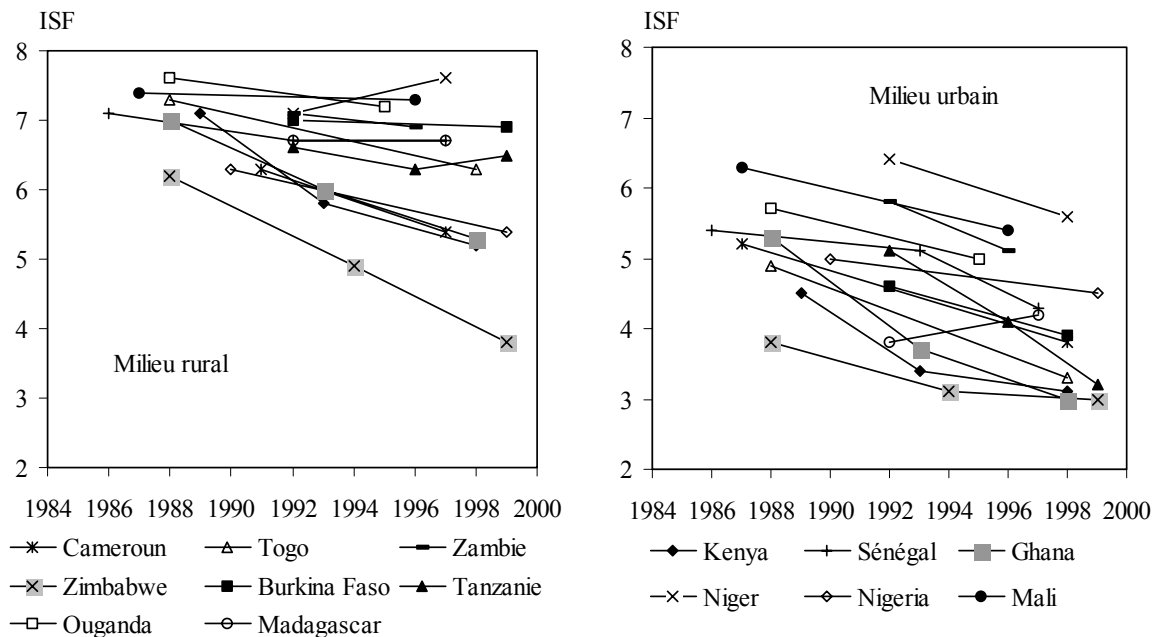


Figure 3
Indice synthétique de fécondité de 14 pays d'Afrique sub-saharienne,
selon le milieu de résidence, 1987-1999
 Sources : EDS-DHS

Description par grandes régions

On a actuellement un panorama très contrasté avec des pays où manifestement la transition de la fécondité est bien engagée et d'autres où elle est encore à ses tout débuts et n'est sensible qu'en ville. Néanmoins, il est probable que les facteurs qui rendaient possible et souhaitable la forte fécondité ne sont plus réunis dans la plupart des sociétés et que les années à venir verront les évolutions actuelles se poursuivre (figure 4). C'est ce qu'anticipent les perspectives des Nations unies (United Nations, 2000).

Les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe sont dans l'ensemble plus avancés dans leur transition que les pays d'Afrique de l'Ouest surtout ceux du Sahel. Mais ce n'est pas le cas de la Tanzanie qui a des niveaux comparables à ceux de l'Afrique de l'Ouest. À l'inverse, le Ghana est en train de se distinguer de l'Afrique de l'Ouest par une baisse rapide de la fécondité alors que, dans les années difficiles qu'il a traversées, de 1971 à 1983, elle était restée stable, en dépit de l'adoption d'une politique de maîtrise de la fécondité et de l'implantation de programmes de planning familial.

L'Afrique centrale (Gabon, Cameroun, République centrafricaine, Tchad) a souffert, dans certaines de ses régions, d'une infécondité pathologique qui a durablement marqué les sociétés et entraîné des fécondités inférieures à celles des autres régions. On a parlé de « ceinture de l'infécondité » (Frank, 1983). Des campagnes de soins des maladies sexuellement transmissibles permettent de réduire ces zones d'infécondité. L'amélioration de

tels soins est l'une des causes d'une augmentation temporaire de la fécondité, au Cameroun par exemple mais aussi en Tanzanie (Larsen, 1995, 1997).

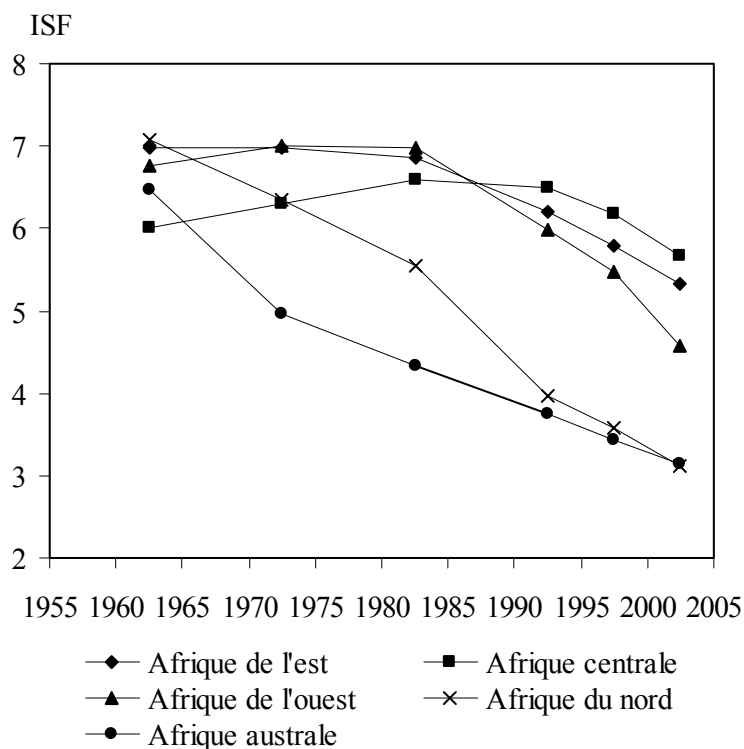


Figure 4

Indice synthétique de fécondité (ISF) par sous région d'Afrique de 1960 à 2005.

Sources : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

Quelle que soit sa prévalence effective, l'infécondité reste une menace dans ces sociétés où l'on est un adulte accompli seulement lorsqu'on a donné naissance à des descendants. C'est une des causes majeures des ruptures d'union et parfois de la polygynie. Car ce sont toujours les femmes qui sont considérées comme responsables d'une éventuelle infécondité du couple. Il y aurait beaucoup à faire en ce domaine pour dispenser une information exacte et traiter les hommes comme les femmes si nécessaire.

LES FACTEURS DE L'EVOLUTION DE LA FECONDITE

De la forte valorisation des descendance nombreuses à l'adoption de nouveaux comportements de fécondité

Les raisons des préférences pour les descendance nombreuses

Les sociétés africaines qui ont une longue mémoire d'un passé émaillé de catastrophes démographiques (traite des esclaves, travaux forcés, guerres coloniales, épidémies

rémanentes...) ont, pour la plupart, valorisé tout ce qui préservait la capacité des femmes à concevoir.

Dans les premières années des programmes de planification familiale, on a cru qu'il suffirait de mettre à la disposition des populations des moyens de contraception pour qu'elles les adoptent. On s'est aperçu, au fur et à mesure de l'implantation des programmes, que cela ne suffisait pas et qu'un grand nombre de familles voulaient avoir effectivement beaucoup d'enfants (Lesthaeghe, 1989a). Si la fécondité baisse actuellement dans les villes africaines et, à un moindre degré, dans certaines zones rurales, les familles qui ont un comportement favorable aux nombreuses descendance sont encore la majorité. Quatre arguments principaux ont été invoqués :

a) La forte mortalité infantile et juvénile rendait précaire la survie des lignages et les arguments favorables à la forte fécondité visaient à combler ces lourds déficits. La mortalité de l'enfance a durant les quarante dernières années fortement baissé et la « nécessité » des descendance nombreuses est moins ressentie dans les familles contemporaines. Néanmoins les normes anciennes sont encore très valorisées dans les régions qui sont les moins exposées aux changements.

b) La plupart des économies africaines rurales connaissent encore des modes de production fondés sur le travail des hommes et des femmes, sans outils performants, ni intrants chimiques. Les groupes familiaux les plus nombreux étaient donc les plus à même de cultiver des surfaces importantes et la solidarité exigée de tous les membres d'une famille instaure une certaine répartition des tâches pour la satisfaction des besoins du plus grand nombre. Aujourd'hui encore, dans les activités informelles des villes comme pour le travail des champs, la main-d'œuvre familiale est la principale source de création de richesse pour un chef d'exploitation ou de petite entreprise. Quand on vit de l'agriculture en Afrique, avoir de nombreux enfants n'a pas cessé d'être un avantage. Car au même titre que la terre, l'accès à la force de travail est restreint pour les femmes. Leur progéniture constitue, à ce titre, une ressource essentielle. La valeur productive de l'enfant pour les femmes reste essentielle (Adjamagbo, 2000). Qui plus est, il n'est pas rare que l'accès précaire à la terre qui est concédé à l'épouse par la famille du mari soit conditionné par sa fécondité (Frank et Mc Nicoll, 1987).

c) Les sociétés africaines sont, à quelques exceptions près, fortement patriarcales. Dans les familles, la solidarité des membres a pour socle un ensemble de normes qui donnent le pouvoir aux anciens sur les jeunes. Les flux de richesses produites vont des jeunes vers les anciens alors que les flux inverses sont de faible ampleur, compte tenu du faible coût d'entretien et de formation des enfants en milieu traditionnel. De ce fait les adultes ont un intérêt objectif à avoir de nombreuses descendance. C'est la théorie du « *Wealth Flow* » largement développée par Caldwell (1976).

d) Dans ce même système patriarcal, les rapports entre hommes et femmes sont distants et fortement asymétriques. Les hommes ont le pouvoir, sur le plan de la production comme de la reproduction. Maris et épouses ont des stratégies séparées, et les solidarités familiales sont fortes avec la famille d'origine de chacun mais relativement faibles au sein du couple, tendance renforcée, évidemment, par la polygynie (Fapohunda et Todaro, 1988). Ces éléments se répercutent sur le nombre d'enfants désirés : ainsi au Niger, les maris souhaitent en moyenne avoir 13 enfants alors que leurs femmes en veulent 9 ; et respectivement 11 et 7 au Cameroun, 10 et 6 au Sénégal (Andro, 2000).

L'émergence de nouveaux comportements et idéaux familiaux : baisse de la mortalité des enfants, progrès de l'instruction, urbanisation progressive

Le Kenya qui battait des records avec en moyenne 8 enfants par femme en 1978 en est maintenant à une moyenne de 5,1 enfants par femme mais de 3,3 seulement en milieu urbain. Au Togo, la moyenne en 1998 était toujours élevée (6,3 enfants par femme) mais dans la capitale, Lomé, l'indice synthétique de fécondité (ISF) était de 2,9 enfants par femme. Abidjan semble suivre le même chemin : 6,4 enfants par femme en 1981, 4,1 en 1994. Au Sénégal, plus modestement, on est passé de 7,1 à 5,9 enfants par femme entre 1978 et 1997, mais dans les villes c'est un passage de 6,5 à 5 enfants par femme qui s'est produit.

En Afrique comme dans les autres pays, ce sont les facteurs de « développement » qui jouent un rôle de fond sur l'évolution des comportements : baisse de la mortalité des enfants tout d'abord (Barbieri, 1994) mais parallèlement l'instruction, surtout celle des femmes, (United Nations, 1995) et l'urbanisation, qui a des effets déterminants en termes d'échanges sociaux, de multiplication des opportunités d'emploi, d'autonomie croissante des individus par rapport à leur environnement familial. Le niveau de scolarisation des femmes, comme dans les autres continents, est un déterminant décisif de la baisse de la fécondité (tableau 2).

Tableau 2
**Indice synthétique de fécondité (ISF, nombre d'enfants par femme)
selon le niveau d'éducation des mères (1990-1999)**

Pays	Illettrées	Niveau primaire	Niveau secondaire
Afrique de l'Ouest et centrale			
Togo, 1998	6,5	4,8	2,7
Nigeria, 1990	6,5	5,1	4,3
Niger, 1998	7,8	6,7	-
Burkina, 1993	7,2	6,1	3,1
Mali, 1995/96	7,1	6,5	4,1
Côte d'Ivoire, 1994	6,2	5,3	3,8
Sénégal, 1997	6,3	5,2	3,1
Tchad, 1996/97	6,7	6,5	-
Afrique de l'Est			
Tanzanie, 1999	6,5	5,1	4,8
Ouganda, 1995	7,0	7,1	5,1
Zambie, 1999	6,8	6,7	4,5
Zimbabwe, 1999	5,2	4,5	3,4
Sources : EDS-DHS			

Urbanisation et scolarisation sont évidemment des facteurs multi-signifiants car ils résument un ensemble de facteurs favorables aux changements de comportements. Ils sont d'ailleurs en général fortement corrélés. Les adultes les plus éduqués se trouvent dans les villes. Mais, prises séparément, il est bien démontré que l'instruction et l'urbanisation ont un rôle spécifique sur l'évolution de la fécondité. L'une comme l'autre conditionnent un meilleur accès aux services de santé, de contraception, de plus fortes aspirations à l'éducation des

enfants, une plus grande proximité des sources d'informations et en ce qui concerne les rapports de couples, une plus grande marge de négociation des femmes pour adopter des comportements nouveaux.

Inspirées par les travaux menés en Europe sur les débuts de l'introduction de la limitation des naissances, les hypothèses d'une diffusion des idéaux nouveaux par les médias et les échanges entre groupes ont eu une première heure de gloire au début de la période d'Indépendance où l'on pensait que les sociétés africaines allaient « s'occidentaliser », les familles devenir conjugales et nucléaires, et la contraception être adoptée comme un élément de la modernité. Les années 1970-80 ont montré que les sociétés africaines, si elles faisaient des emprunts à l'Occident, avaient aussi des modèles de comportement spécifiques. Les théories de la diffusion ont trouvé un regain d'actualité sous une forme plus opérationnelle avec des travaux sur l'effet des infrastructures de communication et les médias ainsi que sur l'influence des communications interpersonnelles, au sein des associations et groupes d'appartenance, en matière d'évolution des idéaux familiaux (voir notamment Watkins, 2000).

Les effets de la crise économique et de l'extension de la grande pauvreté

Prenant le contre-pied de la théorie optimiste de la transition démographique qui postulait que la « modernisation » sous différentes formes (éducation, urbanisation, diminution de la mortalité, voire nucléarisation des ménages) serait le moteur de la diminution de la fécondité, les années « noires » que traverse l'Afrique et l'expérience de l'Amérique latine, une décennie auparavant, ont mis en avant une autre hypothèse, celle de la « transition induite par la crise » (Lesthaeghe, 1989b). Plusieurs auteurs ont alors anticipé que la crise économique de l'Afrique allait entraîner des comportements de limitation des naissances. C'est ce que l'on observe actuellement dans certains milieux urbains qui avaient connu auparavant un développement important de l'éducation et des infrastructures sanitaires. Les adultes y ont à la fois des aspirations plus élevées à l'éducation de leurs enfants et des moyens de plus en plus réduits pour réaliser ces aspirations.

Là où elle se produit, la baisse de la fécondité est due à la convergence de facteurs de « développement » et de situations objectives de crise et de paupérisation qui accélèrent la prise de conscience de l'intérêt de descendance moins nombreuses. Le nombre idéal d'enfants est, en moyenne, en baisse dans la plupart des pays, mais reste, par exemple, partout égal ou supérieur à quatre enfants, parmi les femmes de 30-34 ans (tableau 3).

Les déterminants proches des niveaux de fécondité

Les analyses de Davis et Blake (1956), reprises et modélisées par Bongaarts (1978), ont montré que ces influences « fondamentales », qui viennent d'être examinées, agissent par l'intermédiaire de leur action sur des variables « proches » qui, elles, déterminent directement le niveau de la fécondité : pratiques matrimoniales, espacement entre les naissances, pratique de la contraception et avortement.

Les pratiques matrimoniales

Les pratiques matrimoniales habituelles en Afrique, qui conduisent à une entrée relativement précoce des femmes en union, sont un des déterminants principaux du niveau élevé de la fécondité (tableau 4).

Tableau 3
**Nombre idéal d'enfants (moyenne) parmi les femmes âgées de 30-34 ans,
selon les deux séries d'enquêtes EDS-DHS de 1986-1994 et 1995-1999**

Pays	1986-1994		1995-1999	
	Année	Nombre idéal	Année	Nombre idéal
Afrique de l'Ouest et centrale				
Ghana	1988	5,5	1998	4,5
Guinée	1992	6,3	1999	5,9
Mali	1987	7,2	1995/96	6,8
Niger	1992	8,7	1998	8,7
Nigeria	1990	6,5	1999	6,4
Sénégal	1992/93	6,9	1997	5,4
Togo	1988	5,7	1998	4,8
Cameroun	1991	7,5	1998	6,2
Afrique de l'Est				
Kenya	1993	4,0	1998	3,9
Ouganda	1988/89	6,8	1995	5,9
Tanzanie	1991/92	6,4	1999	5,5
Zimbabwe	1988	5,4	1999	4,2
Sources : EDS-DHS				

D'après les enquêtes les plus récentes, une femme sur deux en Guinée, au Niger et au Mali, donne naissance à un enfant avant son 18^e anniversaire. C'est le cas d'une femme sur trois au Burkina Faso, au Cameroun, à Madagascar, en Ouganda et en Zambie, d'une femme sur quatre au Sénégal, au Togo, au Kenya et en Tanzanie et d'une femme sur cinq au Ghana et au Zimbabwe. La proportion des femmes qui ont été mères avant 18 ans a été stable ou a légèrement augmenté dans cinq des 15 pays pour lesquels on a au moins deux enquêtes depuis 1987 (Burkina Faso, Guinée, Mali, Madagascar et Zambie). Elle a par contre notablement diminué au Niger, au Nigeria, au Sénégal, au Togo et au Zimbabwe.

En Afrique sub-saharienne le retard de l'entrée en union va souvent de pair avec une augmentation des conceptions ou des naissances prénuptiales (voir par exemple au Togo, Thiriart, 1998). Néanmoins, dans les villes, le retard de l'entrée en union est un des déterminants importants de la baisse de la fécondité. Au Sénégal, par exemple, les baisses de fécondité récentes sont essentiellement dues à la diminution de la fécondité dans les premiers groupes d'âges, signe d'un changement dans les pratiques matrimoniales (Pison *et al.*, 1995).

La précocité de l'entrée en union des femmes n'est pas le seul facteur qui influence la fécondité. La polygynie, la fréquence des remariages après séparation, jouent un rôle en favorisant l'exposition des femmes au risque de concevoir. On a aussi évoqué le fait que la polygynie entretient une situation de concurrence entre les épouses qui les incite à avoir des descendance nombreuses.

Tableau 4
**Proportion (%) de femmes mariées ou mères avant 18 ans
 (parmi les femmes de 20-24 ans)**

Pays	Année de l'enquête	Mariées avant 18 ans		Mères avant 18 ans	
		avant 1994	après 1994	avant 1994	après 1994
Afrique de l'Ouest et centrale					
Burkina Faso	1992/93 et 1998/99	62	62	31	33
Ghana	1988 et 1998	41	35	23	20
Guinée	1992 et 1999	67	64	49	50
Mali	1987 et 1995/96	79	70	46	46
Niger	1992 et 1998	83	77	53	46
Nigeria	1990 et 1999	52	40	35	28
Sénégal	1992/93 et 1997	48	36	34	26
Togo	1988 et 1998	43	30	30	23
Cameroun	1991 et 1998	58	43	46	33
Afrique de l'Est					
Kenya	1989 et 1998	28	25	28	23
Madagascar	1992 et 1997	37	40	31	32
Ouganda	1988/89 et 1995	53	54	42	39
Tanzanie	1991/92 et 1999	37	39	28	26
Zambie	1992 et 1996	43	44	34	35
Zimbabwe	1988/89 et 1999	33	29	35	20
Sources : EDS-DHS, 1986-1999					

L'intervalle entre naissances : abstinence post-partum et allaitement

Les pratiques d'abstinence *post-partum* et plus encore l'allaitement prolongé entraînent une période d'infécondabilité après l'accouchement d'une durée variable qui peut aller jusqu'à 2 ans environ. Ces pratiques, fortement valorisées par les croyances et la pression sociale, sont le facteur principal de la maîtrise de la fécondité africaine.

L'abstinence *post-partum* n'est pas pratiquée dans toutes les sociétés. Là où elle l'est, elle peut durer de 6 mois à 2 ans (Benefo, 1995). Elle est en général liée à la croyance que l'interdit doit s'appliquer tant que la femme allaite. Cette pratique a tendance à diminuer dans les générations les plus jeunes et les milieux citadins. Les hommes invoquent souvent son existence pour justifier le recours à la polygynie.

L'allaitement de longue durée est encore de règle pour la plupart des mères. De plus, il y a peu de suppléments alimentaires pour l'enfant dans les premiers mois de sa vie et les mères allaitent à la demande, jour et nuit. Tout cela favorise une inhibition de l'ovulation d'assez longue durée. C'est la raison essentielle pour laquelle les intervalles entre naissances sont de l'ordre de trois ans dans les sociétés africaines.

Tous les programmes de santé de la reproduction s'intéressent maintenant directement à encourager l'allaitement de longue durée, en raison de ses effets à la fois bénéfiques sur la santé des enfants et favorables à une réduction de la fécondité par le prolongement de

l'intervalle entre naissances. En Afrique, se pose le douloureux problème des femmes séropositives. En raison du risque de transmission mère-enfant par l'allaitement il faudrait leur déconseiller l'allaitement, mais ne pas allaiter est un risque majeur pour l'enfant si des aliments de substitution ne sont pas disponibles. C'est également un risque social pour la mère qui, en refusant d'allaiter, se « désigne » comme porteuse du sida (Desgrées du Loû, 2000).

L'abandon des pratiques d'abstinence et d'allaitement, lorsqu'elles ne sont pas remplacées par une pratique efficace de la contraception, conduit à des intervalles entre naissances plus rapprochés et par conséquent à une augmentation de la fécondité. C'est ce que l'on a observé dans certains groupes sociaux urbanisés mais peu scolarisés au Nigeria (Page et Lesthaeghe, 1981). C'est une des explications de l'augmentation transitoire de la fécondité dans les pays en début de transition (au Kenya, par exemple entre 1970 et 1985).

La pratique de la contraception

Alors que partout ailleurs la pratique de la contraception est largement répandue, en Afrique sub-saharienne on en est encore aux débuts de la diffusion des méthodes modernes de contraception. L'espacement entre naissances par l'allaitement et éventuellement l'abstinence *post-partum* est encore le premier facteur de maîtrise de la fécondité (tableau 5 et figure 5).

Seules les femmes du Zimbabwe et du Kenya ont, en 2000, une pratique actuelle de la contraception moderne supérieure à 20 %. Au Ghana, en Tanzanie et en Zambie, le taux de pratique dépasse 10 %, ailleurs il est plus faible.

Tableau 5
**Femmes en union, utilisant actuellement la contraception moderne (%)
en Afrique sub-saharienne, selon les trois séries d'enquêtes EDS-DHS**

Pays	DHS-I 1986-90	DHS-II 1991-94	DHS-III 1995-99
Kenya	14,7	20,7	23,6
Tanzanie	-	5,9	11,7
Ouganda	2,7	7,4	-
Zambie	-	7,0	11,2
Zimbabwe	27,2	31,1	-
Ghana	3,7	9,3	10,7
Mali	1,2	-	5,0
Sénégal	2,7	4,5	7,0
Togo	3,4	-	7,9
Burkina-Faso	-	4,0	5,8
Cameroun	-	4,2	8,0

Si on observe seulement les femmes en union de 30-34 ans, qui ont déjà largement constitué leur descendance, on constate que la pratique est largement répandue dans trois pays, le Kenya (36 % en 1998) le Zimbabwe (44 % en 1999) et le Botswana (33 % en 1988). Partout ailleurs, même dans ce groupe d'âges, la pratique de la contraception moderne

dépasse rarement les 10 %. Il y a une progression rapide dans certains pays comme le Ghana (passé de 5 % en 1988 à 14 % en 1998).

Les programmes de planification familiale qui ont été mis en place n'ont pas eu l'efficacité attendue ni la rapidité de diffusion escomptée, pour des raisons diverses selon les sociétés, bien que les réponses aux enquêtes accréditent l'idée d'un « besoin non satisfait de planification familiale » (Westoff et Bankole, 1995 ; Casterline et Sinding, 2000).

Les principales difficultés à surmonter sont nombreuses. Il faut d'abord compter avec les réticences de la clientèle potentielle à l'idée de la limitation des naissances et parfois avec l'opposition des maris. L'insuffisance des infrastructures mises à la disposition du public est patente. Très souvent les centres de Planification familiale sont implantés seulement dans les villes et les candidats éloignés des centres ne peuvent pas accéder aux services dans des conditions acceptables (coût du transport, temps perdu, etc.). La mauvaise qualité des services offerts est également un obstacle majeur. La relation distante entre client et prestataire, les informations insuffisantes et mal comprises, les files d'attente trop longues, le non-respect de l'intimité, les ruptures de stock, etc. sont autant de freins à l'adoption des services de contraception (Bruce, 1990 ; Adeokun, 1994). Enfin dans de nombreux centres, on ne reçoit pas les jeunes filles non mariées.

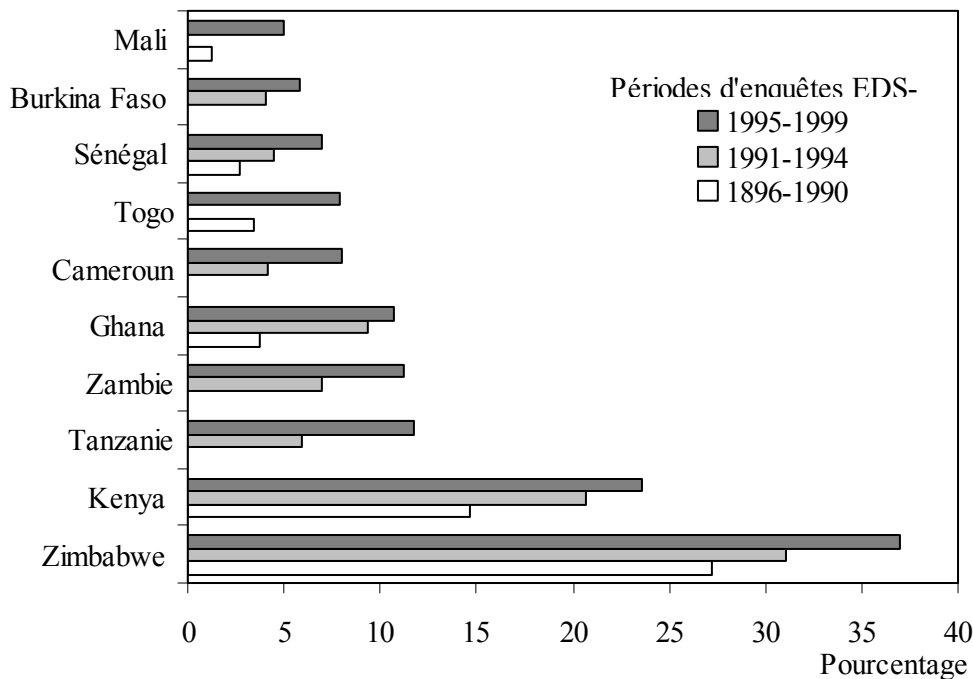


Figure 5
Femmes en union utilisant actuellement la contraception moderne (%).
 Sources : EDS-DHS

Les méthodes à adopter pour mieux distribuer les contraceptifs font l'objet d'expériences très variées. Selon les pays on privilégie la mise à disposition par les services de santé classiques de protection maternelle et infantile (PMI) ou par des canaux spécifiques (associations de planification familiale, notamment soutenues par l'*International planned parenthood federation*, IPPF), chacun ayant ses avantages et ses inconvénients (Stewart *et al.*, 1999). Avec l'épidémie de sida et l'impérieuse nécessité de faire connaître les préservatifs, les services de distribution à base communautaire (*Community based distribution*, CBD), qui existaient déjà en petit nombre pour les contraceptifs, ont été multipliés. Des agents formés pour ce faire passent dans les villages, voire dans chaque maison et procurent des informations et des contraceptifs. Il s'agit le plus souvent des condoms mais aussi dans certains pays qui l'autorisent, des pilules contraceptives (Katz *et al.*, 1998). La distribution des contraceptifs n'est donc plus seulement assurée dans les centres spécialisés. Néanmoins, pour être efficaces, ces distributions demandent un très important personnel et des moyens de transport conséquents, deux conditions très rarement réunies.

L'avortement

Dernier des facteurs « proches » de la fécondité, l'avortement est depuis quelques années une donnée incontournable des pratiques africaines de limitation des naissances, surtout dans les villes. À Abidjan une enquête récente auprès de femmes enceintes révélait que 47 % d'entre elles avaient eu recours, une fois au moins, à l'avortement. Quand on sait qu'il s'agit presque toujours d'avortements clandestins effectués dans de mauvaises conditions (Desgrées du Loû *et al.*, 1999), on mesure le problème de santé publique que constitue une telle pratique. Au Kenya par exemple, une enquête réalisée en milieu hospitalier a montré que 60 % des admissions en gynécologie étaient directement liées à des complications des suites d'un avortement. C'est aussi la preuve que, désormais, il y a en Afrique un désir grandissant de contrôler la fécondité, sans que les moyens de contraception soient suffisamment connus ou accessibles.

La cause principale des avortements reste le manque criant d'informations et de moyens contraceptifs surtout chez les plus vulnérables des femmes, les jeunes illettrées et les femmes en situation de grande pauvreté, acculées à cette solution par leur situation de détresse. Le rôle des hommes doit aussi être pris en compte. Ils interviennent dans le processus qui conduit à la décision d'avorter et dans le type d'avortement réalisé.

Les politiques de population et la maîtrise de la fécondité : un long parcours encore inachevé

De Bucarest (1974) au Caire (1994) en passant par Arusha (1984) et Dakar (1992)

Les politiques de population se sont implantées assez lentement en Afrique subsaharienne. Elles ont été dans leurs débuts fort critiquées dans de nombreux pays qui n'étaient pas favorables à leur axe majeur, celui de l'introduction des méthodes de contraception (Locoh et Makdessi, 1996).

Les initiatives d'adoption d'une politique de population ont été pour la plupart inspirées par des débats lors de conférences internationales de population. Entre la conférence mondiale de Bucarest (1974) où les délégations africaines avaient été les championnes du slogan « *La meilleure pilule c'est le développement* » et celle du Caire (1994), où les gouvernements africains se sont entendus pour adopter un objectif de réduction de la fécondité, beaucoup a été fait. En 1984, à Arusha, la déclaration de Kilimandjaro (CEA, 1984) avait scellé le premier consensus des états africains sur l'implantation de services de planification des naissances, mais c'est à Dakar en 1992 que des objectifs de réduction de la fécondité ont été pour la première fois collectivement adoptés.

Les organismes internationaux, notamment l'UNFPA, ont soutenu de nombreux programmes pour la mise en place de politiques nationales de population (appelés désormais programmes de « plaidoyer »), avec des succès mitigés dans les années soixante à quatre-vingt. Ces programmes ne faisaient pas l'unanimité dans les milieux politiques, en raison de la préférence culturellement dominante pour la forte fécondité. La situation est maintenant bien différente. L'ampleur des dysfonctionnements des économies africaines a incité la plupart des gouvernements à adopter, parmi d'autres programmes proposés par les instances internationales, des objectifs de réduction de la fécondité et des programmes de création ou de renforcement des centres de planning familial.

« La comparaison de deux enquêtes périodiques des Nations unies sur les opinions des gouvernements concernant les tendances démographiques (United Nations, 1979, 1992), met en évidence une évolution des positions vers une plus grande prise de conscience des problèmes liés à la fécondité élevée et l'adoption de positions interventionnistes. Les programmes de planification familiale soutenus par des gouvernements dans le but de diminuer les niveaux de fécondité sont passés de neuf en 1976 à vingt deux en 1990 (United Nations, 1992). De 1976 à 1990, treize pays sont passés d'une attitude non-interventionniste à une attitude interventionniste pour faire baisser la fécondité » (Locoh et Makdessi, 1996, p. 9).

L'adoption de déclarations définissant une politique de population n'est qu'un premier pas. Il faut ensuite que des mesures et des règlements soient mises en œuvre, que des infrastructures soient mises en place dans toutes les régions du pays, ce qui suppose des États organisés avec des moyens de gérer le pays, conditions qui sont rarement réunies. Jusqu'à maintenant, c'est donc à l'évolution des aspirations des familles que l'on doit l'amorce de la baisse de la fécondité beaucoup plus qu'aux politiques de population. Lorsqu'elles ont joué un rôle il a été d'accompagnement plus que d'impulsion.

De la planification familiale à la santé de la reproduction

Depuis la conférence du Caire, les programmes sont réorientés vers une approche plus globale. On a mis l'accent sur la santé de la reproduction et non plus seulement sur la contraception. Cela suppose que les programmes mis en place (a) reconnaissent le droit de tous les individus à une sexualité sans risque et à une vie sexuelle épanouie, (b) qu'ils prennent en compte la santé génésique des femmes tout au long de leur vie (lutte contre les mutilations génitales féminines, menarche, ménopause, prévention des cancers du sein et de l'utérus) et non seulement au cours de leurs années fécondes (c) que l'accès à la contraception des très jeunes filles, mariées ou non, ainsi que de leurs partenaires soit possible, ce que ne permettaient pas certains programmes antérieurs en Afrique.

Les programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le sida doivent faire partie intégrante des programmes de planification des naissances. Pour indispensable qu'elle soit, cette intégration ne va pas sans difficultés. Car l'utilisation du condom, qu'il faut absolument répandre pour la prévention du sida, est aussi une des méthodes de contraception mise à disposition dans les centres de planification familiale. Les réticences à recourir à ce moyen, dans le cadre d'une contraception, peuvent être accrues du fait que son utilisation devient, dans des populations peu ou mal informées, un « marqueur » du sida.

Cette nouvelle conception de la « santé de la reproduction » impose également que les hommes soient associés aux programmes de maîtrise de la fécondité, notamment par des programmes de sensibilisation qui leur soient destinés (Dodoo et Nii-Amoo, 1998). Encore faut-il que la position qu'ils y occupent, en tant qu'époux ou techniciens, permette l'instauration de rapports de coopération avec les femmes et non pas, une fois de plus, des rapports de domination.

« Si les femmes n'ont pas leur mot à dire et ne disposent pas d'autorité en matière de gestion de leur fécondité, les actions consistant simplement à mettre à leur disposition des méthodes contraceptives ne suffisent pas à améliorer les conditions de la santé de la reproduction. Les objections et les attitudes négatives des hommes à l'égard de la planification familiale peuvent empêcher leurs femmes d'agir même si ces dernières aspirent à modifier leurs comportements » (Andro, 2000).

Ces objectifs mettent en jeu la structure des relations entre les sexes en modifiant les processus reproductifs. Une nouvelle répartition des statuts et des rôles de chaque sexe doit être renégociée.

Nouvelles menaces, nouveaux défis à relever par les programmes et les projets

Les difficultés des programmes de planification familiale tiennent essentiellement aux contraintes économiques et politiques auxquelles sont confrontés les gouvernements africains. Les programmes d'ajustement structurel, qui ont mis en avant des conditionnalités d'adoption d'objectifs de limitation des naissances, ont aussi fortement réduit les moyens de tous ordres (personnels, équipements, médicaments et contraceptifs) des services chargés d'assurer la diffusion des programmes de santé de la reproduction et de la contraception. L'écroulement des structures de santé a des effets directs sur les services de planification familiale. Le risque, dans certains pays, de déscolarisation ou de non-scolarisation, faute de moyens, est aussi une menace pour l'avenir de la pratique de la planification familiale. Ces carences expliquent l'augmentation rapide des avortements clandestins ou semi-clandestins avec leur cortège de risques pour les femmes, y compris pour leur fécondité ultérieure. Les programmes doivent répondre à la demande ainsi exprimée de façon indirecte d'une meilleure information sur les méthodes de contraception disponibles.

L'extension de l'épidémie de sida a des effets paradoxaux sur les programmes de planification familiale (Awusabo-Asare *et al.*, 1997). D'une part, l'utilisation croissante du condom, pour des raisons de prophylaxie, peut avoir un effet contraceptif mais risque aussi de stigmatiser les services qui le recommandent et leurs clients. Par ailleurs le condom est rarement utilisé de façon systématique et justement pas avec les épouses légitimes, comme l'ont montré de nombreuses enquêtes.

Un autre paradoxe est celui que les premiers signes de baisse de la fécondité font courir aux programmes de planification familiale. Cette évolution risque de conduire à un relâchement des aides extérieures aux programmes, au motif que le « problème » de la « trop » forte fécondité va se résorber. Il ne faut pas se leurrer. Les populations commencent à avoir un vrai désir de limiter la taille de leur famille, c'est donc maintenant qu'il faut donner de nouveaux moyens aux organismes de PF, aux services verticaux de santé comme aux associations non gouvernementales qui délivrent de la contraception. Les financements ne doivent pas se relâcher, ni pour la prestation de services de contraception ni pour la diffusion de formations, dans les écoles, les universités, les filières professionnelles.

CONTRAINTES ET INNOVATIONS, QUELLES PERSPECTIVES POUR LES FAMILLES AFRICAINES AU XXI^e SIECLE ?

Rien ne sera plus comme avant...

La situation de l'Afrique impose, dans l'urgence, d'observer et d'analyser les changements rapides que vivent les sociétés, et partant les familles. Tout va très vite. Le changement démographique d'abord : la transition, inaugurée avec une baisse notable de la mortalité, n'est qu'au tout début de la baisse de la fécondité, en relation avec les prémices d'un certain développement. Les populations s'accroissent à un rythme beaucoup plus rapide qu'auparavant, imposant aux familles des réadaptations pour faire face à l'arrivée des jeunes.

Dans le même temps le processus d'urbanisation lui-même s'accélère, les néo-citadins doivent inventer de nouveaux modes de vie dans des villes sans longue tradition urbaine. La scolarisation, en hausse constante depuis les indépendances, « livre » de nouvelles générations d'adultes alphabétisés, mieux armés que leurs parents mais aussi porteurs d'aspirations et d'exigences nouvelles pour eux-mêmes et leurs enfants.

La production, elle aussi, se diversifie progressivement entraînant une mutation des rapports entre producteurs, de nouveaux modes de d'organisation et de rétribution du travail. N'oublions pas non plus les tout récents essais de démocratie, trop tôt étouffés dans bien des cas, mais qui laissent leur marque dans les esprits et les opinions...

Les gains en espérance de vie ont été importants mais ils sont remis en cause par les dévastations de l'épidémie de sida

La baisse de la mortalité des enfants est un facteur important de l'évolution des idéaux de fécondité. On le voit déjà dans les milieux éduqués des villes où les parents ont commencé à « réajuster » leurs descendance à la baisse. L'un des déterminants de cette baisse est leur perception plus ou moins implicite que les risques de décès de leurs enfants ont diminué. Pourtant dans certains pays très touchés par l'épidémie de sida, les gains du demi-siècle précédent sont remis en cause (United Nations, 1998), compromettant ainsi les nouveaux équilibres qui se mettaient en place dans les familles.

Les décisions matrimoniales comme les rapports au sein des couples sont évidemment fortement marqués par cette menace du sida (Pisani, 1998). Les hommes cherchent à épouser

des jeunes filles de plus en plus jeunes, espérant ainsi échapper à la contamination. Ils contaminent ainsi, s'ils sont séropositifs, les générations les plus jeunes.

Les comportements reproductifs sont eux aussi profondément affectés par l'épidémie. L'usage du préservatif joue peut-être un rôle, encore qu'il ne soit pas utilisé de façon systématique, ce qui compromet son efficacité, tant comme contraceptif que dans la lutte contre l'épidémie. Mais les rapports entre hommes et femmes, individuellement et collectivement, sont durablement affectés par l'existence de cette menace. Va-t-on vers plus de solidarité conjugale ? Plus de méfiance et de stratégies séparées ? Un partage ou non de la révélation de la séropositivité ? Des recherches qualitatives approfondies doivent être conduites dans chaque milieu pour répondre à ces questions (voir par exemple l'enquête de Judith Hassoun à Abidjan, 1997).

Des pratiques matrimoniales en pleine mutation

Les résultats les plus récents montrent à l'évidence un début de recul de l'entrée en union, surtout pour les femmes. L'âge moyen au premier mariage des Kenyanes est passé de 18,3 ans en 1962 à 21,7 ans en 1998. Au Togo l'évolution est comparable : il est passé de 18 ans à 21,3 ans de 1988 à 1998, soit un brusque changement en dix années. Les pays du Sahel qui restent des pays à nuptialité précoce ont eux aussi connu un certain recul de la primonuptialité féminine.

Plus les jeunes sont « indépendants » et en contact avec des modèles divers, par l'école, le travail, par l'hétérogénéité culturelle du milieu de résidence, en ville par exemple, plus ils auront tendance à vouloir participer aux décisions qui les concernent, au premier rang desquelles le mariage. La scolarisation, surtout celle des filles, retarde l'âge à l'entrée en union. D'après les travaux comparatifs réalisés par Lesthaeghe *et al.* (1989) sur 170 groupes ethniques d'Afrique sub-saharienne, la scolarisation des filles est la variable qui pèse le plus dans les différences d'âge au mariage entre populations, bien plus que toute autre variable socio-économique ou culturelle (mode de production, organisation lignagère, système d'héritage, stratification socio-politique). Au Kenya (d'après l'enquête DHS de 1993), dès 17 ans la moitié des filles non scolarisées sont mariées, alors qu'il faut attendre 21,5 ans pour que la moitié des femmes ayant atteint le secondaire soient concernées (Hertrich et Locoh, 1999).

Si dans les villes le recul de l'âge au mariage est flagrant, on commence aussi à l'observer dans certains milieux ruraux (Bledsoe et Cohen 1993).

Par ailleurs, les difficultés croissantes d'accès à l'emploi retardent aussi l'accès des jeunes hommes au mariage, puisqu'ils ne peuvent plus accumuler la compensation matrimoniale ou installer leur propre ménage. De ce fait leur entrée en union a tendance à être différée et les écarts d'âge entre époux diminuent peu, contrairement à l'effet que l'on attendait de la tendance des jeunes à contracter des unions moins dépendantes de décisions de leurs familles respectives.

Jusqu'à présent le célibat définitif est resté très rare en Afrique sub-saharienne. Ce qui est déjà assez répandu, ce sont les unions informelles, qui donnent lieu à des séparations fréquentes et à la constitution de ménages fémino-centrés. En effet, avec la crise des économies africaines, les unions consensuelles, de statut précaire, sont plus nombreuses qu'auparavant, soit parce qu'elles engagent moins les partenaires décidés chacun à garder

leur autonomie, soit parce que les processus matrimoniaux classiques, et spécialement la compensation matrimoniale, sont trop coûteux.

De leur côté, les ruptures par séparation ou divorce sont probablement en augmentation, à la fois en raison de la crise économique et de l'augmentation de l'autonomie des femmes, car ce sont elles en général qui prennent l'initiative des ruptures. Les séparations induites par les migrations et la plus grande fragilité des unions « informelles » sont aussi des causes d'accroissement des ruptures. Avec la baisse tendancielle de la mortalité, les ruptures par veuvage pourraient diminuer... mais l'épidémie de sida est maintenant une cause majeure de décès prématurés, avec laquelle il faut compter.

Dans les années soixante, une vue encore très européocentrique des évolutions des familles africaines laissait prévoir un fléchissement de la polygynie et l'adoption de la famille nucléaire. Quarante ans après, on mesure à quel point les choses sont allées différemment. La polygynie a résisté jusqu'à présent aux remises en question des institutions (préceptes des religions chrétiennes, droit moderne). Jusqu'ici, à s'en tenir aux statistiques, la pratique polygynique se porte assez bien. Elle revêt parfois de nouvelles formes, notamment dans les villes (deuxième bureau, union polygynique sans corésidence, etc.) (Clignet, 1987 ; Locoh, 1994 ; Wa Karanja, 1987, 1994).

C'est peut-être la crise économique conjuguée à d'autres facteurs (scolarisation, urbanisation, diminution de la population vivant de l'agriculture...) qui explique les premiers signes de diminution de cette pratique dans quelques pays (Antoine et Pilon, 1998). Dans huit pays, on peut comparer les enquêtes EDS-DHS des années 1987-1993 à celles des années plus récentes. Les proportions d'hommes en situation de polygynie ont diminué partout et celles des femmes dans six des huit pays (au Burkina Faso et au Niger ces proportions ont augmenté) (tableau 6 et figure 6).

Tableau 6
Proportion d'hommes et de femmes qui sont en union polygame.
(EDS-DHS 1991-1999)

Pays	Année de l'enquête	% en union polygame			
		Femmes		Hommes	
		avant 1994	après 1994	avant 1994	après 1994
Burkina-Faso	1992/93 et 1998/99	51	55	35	32
Cameroun	1991 et 1998	38	33	26	18
Ghana	1988 et 1998	28	23	15	12
Guinée	1992 et 1999	50	54	30	33
Kenya	1993 et 1998	19	16	12	10
Niger	1992 et 1998	36	38	24	23
Nigeria	1990 et 1999	41	36	-	26
Sénégal	1992/93 et 1997	48	46	38	-
Zambie	1992 et 1996	18	17	-	-
Zimbabwe	1988/89 et 1999	19	16	16	9

Source : EDS-DHS, 1986-1999

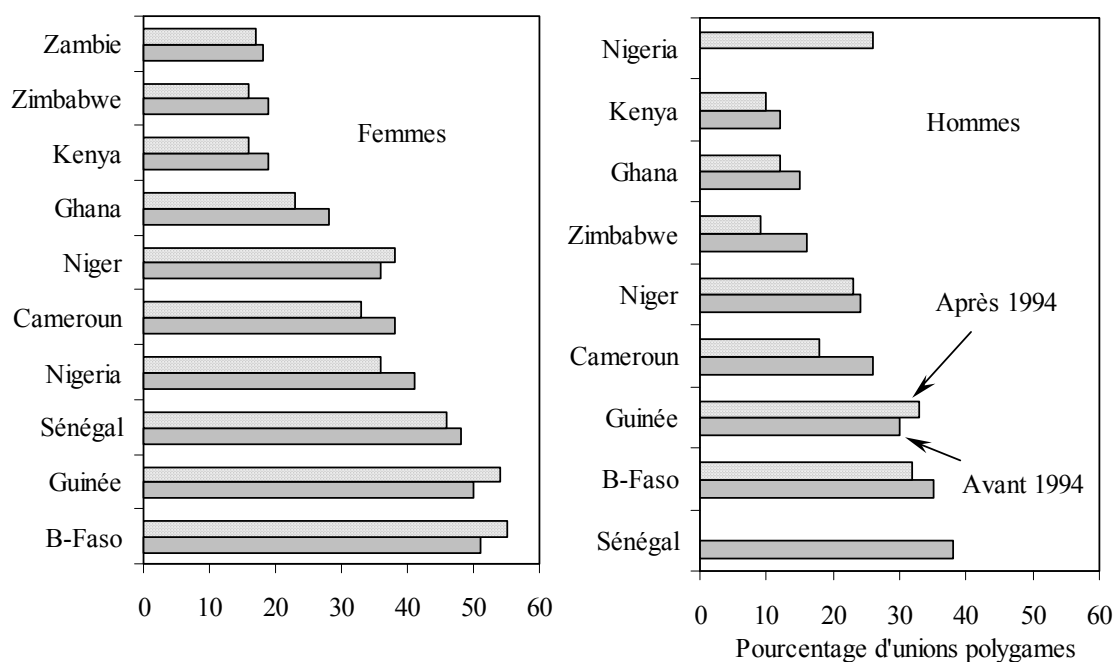


Figure 6
Proportion (%) d'hommes et de femmes en union polygame
 Sources : EDS-DHS

L'urbanisation, le travail salarié, la scolarisation remettent en cause, de façon encore peu visible mais réelle, les définitions traditionnelles du rôle d'époux et d'épouse. L'accroissement des unions sans co-résidence en est peut-être un des signes. L'existence de couples solidaires qui partagent les biens et les décisions, peu nombreux il est vrai, en est un autre.

On assiste à une évolution certaine des rôles masculins et féminins dans la vie matrimoniale, évolution qui se nourrit d'emprunts aux sociétés traditionnelles comme aux « modèles » venus d'autres sociétés et diffusés par les médias (Locoh, 1993, 1996). Les hommes voient leur rôle traditionnel de « dominant » remis en cause par les revers économiques qui les privent parfois de tout accès à une activité productive, des expériences qui, à leur corps défendant, déstabilisent leurs positions sociales et familiales antérieures (Silberschmidt, 1991). Les femmes et surtout les associations féminines ont un rôle très important à jouer pour que les pratiques matrimoniales fassent une place plus juste au libre choix des femmes, à leur participation aux décisions, au respect entre conjoints (Adjamagbo-Johnson, 1999).

La fécondité baisse, mais avec des différentiels très importants

Dans les vingt premières années post-coloniales, on a attendu en vain des transformations familiales escomptées : ni l'engouement pour la famille « conjugale », ni l'adoption de la limitation des naissances n'étaient vraiment manifestes, en dépit de la

scolarisation et de l'accès aux emplois du secteur moderne et aux moyens modernes d'information. Le changement était là, en gestation, mais imperceptible au niveau des comportements familiaux. Il a fallu les effets combinés de ce progrès social réel et de la crise qui s'est abattue sur les économies africaines pour que des comportements nouveaux se fassent jour (Coussy et Vallin, 1996).

Les villes, comme partout, sont plus avancées dans la transition

Depuis le début des années quatre-vingt, il devient évident que les facteurs de baisse de la fécondité touchent une fraction de plus en plus importante des populations (Locoh et Hertrich, 1994). L'accès des générations de femmes scolarisées après les Indépendances à l'âge de la maternité, l'amélioration de la survie des enfants, l'urbanisation rapide, le progrès des programmes de planification familiale et des campagnes en leur faveur, commencent à porter leurs pleins effets (voir plus haut). À cela s'ajoute que la situation de crise profonde que vivent les Africains en conduit un certain nombre à penser que le temps des grandes familles est révolu.

Les citadins, scolarisés pour la plupart, victimes des réductions drastiques d'emplois du secteur moderne, ne peuvent plus assumer leurs responsabilités parentales alors même que leurs ambitions pour leurs enfants, notamment en matière d'instruction, les amènent à penser que « l'enfant coûte cher »... et beaucoup plus qu'il ne rapporte, ce qui n'était pas le cas dans les sociétés rurales d'autosubsistance.

Les différences entre milieu urbain et milieu rural sont actuellement en train de se creuser. Contrairement à ce qui se passe en ville, la fécondité reste encore plutôt stable dans les campagnes (voir figure 3). Dans les 19 enquêtes africaines (EDS-DHS) postérieures à 1995, à l'exception du Zimbabwe (1999) où l'ISF en milieu rural est de 4,6, la fécondité en milieu rural n'est jamais inférieure à 5 enfants par femme. Elle est supérieure à 7 enfants par femme dans 3 pays et comprise entre 6 et 7 dans 10 pays. On peut s'attendre à des évolutions contrastées entre villes et campagnes, celles-ci étant toujours les laissées pour compte des équipements collectifs, centres de santé (où sont le plus souvent dispensés les conseils de planification familiale), écoles, investissements créateurs d'emplois rémunérateurs non agricoles, etc.

Certes la crise accélère les changements de comportements dans les milieux déjà enclins à adopter de nouveaux modes de vie familiaux par leur insertion dans la modernité, mais la majorité des populations africaines reste encore à l'écart de ces mutations.

L'intensité à venir des mouvements migratoires vers les villes aura certainement des conséquences décisives à la fois sur les modes de vie en couple et sur la baisse de la fécondité, à la fois parce que l'information, l'instruction et l'accès à la santé y sont moins mauvais qu'en milieu rural et parce que les difficultés quotidiennes liées à la rareté des ressources sont favorables à la constitution d'unions précaires et à la baisse de la fécondité.

La baisse de la fécondité va remodeler les structures par âge

Dans leurs projections les plus récentes, les Nations unies (2000) anticipent que toutes les populations africaines auront atteint en 2050 le niveau de fécondité qui permet le simple renouvellement des générations (figure 7). En Afrique du Nord on est, d'ores et déjà, presque arrivé à cette situation. Dans certains pays d'Afrique sub-saharienne on est en bonne voie d'y arriver en 2050 ou avant (pays déjà cités d'Afrique de l'Est, Ghana, Côte d'Ivoire, Togo) mais pour les pays du Sahel et les pays ruinés par la guerre sur lesquels on n'a pas de données récentes (Angola, RDC, Somalie, etc.) il est difficile de prévoir quelle sera la validité de cette perspective.

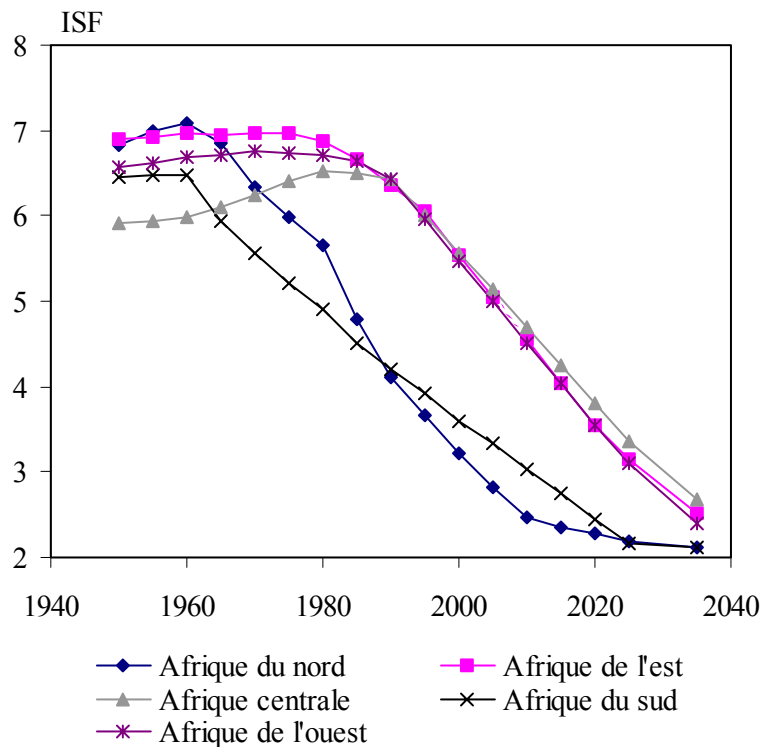


Figure 7

Évolution de la fécondité (ISF) en Afrique par sous-région, de 1950 à 2035.

Source : United Nations, 2000 (hypothèse moyenne)

La baisse de la fécondité qui se produira sans aucun doute, mais à un rythme encore incertain, entraînera un vieillissement démographique qu'ont déjà connu les autres continents. Il y aura donc un accroissement de la proportion de personnes âgées mais, au cours des cinquante prochaines années, il sera très progressif et il y aura encore beaucoup de moins de 20 ans en Afrique en l'an 2050. En 2025 un quart des jeunes de moins de 20 ans dans le monde seront africains.

Quelle sera la marge d'initiative des jeunes ?

Ce sont les jeunes qui subissent le plus durement les crises africaines. Enfants soldats, enfants au travail, jeunes déscolarisés ou victimes d'années scolaires « blanches », quelles seront leurs chances de construire des familles susceptibles d'apporter plus de stabilité aux enfants, plus d'autonomie aux femmes, plus de sécurité aux anciens ? Seront-ils seulement plus démunis que leurs prédécesseurs ou aussi plus libres de leurs initiatives pour secouer les pesanteurs des obligations et interdits que leur impose la tradition ?

Si on se fie aux données démographiques, on sait qu'ils sont en moyenne plus instruits que leurs parents, et particulièrement les filles, qu'ils sont plus souvent en ville où ils ont troqué un minimum de sécurité alimentaire du milieu rural pour les aléas des « petits boulots ». On sait aussi que garçons et filles commencent à reculer, par choix ou par contrainte, le moment de se marier mais pas toujours celui d'avoir un premier enfant, ce qui se traduit en naissances pré-nuptiales avec leur lot d'incertitudes. On ne peut passer sous silence les nombreux risques de santé, au premier rang desquels le sida, qu'ils vont devoir affronter dans un climat économique de privations, voire de grande pauvreté pour beaucoup d'entre eux.

Pour les jeunes d'aujourd'hui, la constitution d'une famille assurant la stabilité et la sécurité à ses membres deviendra de plus en plus difficile à réaliser.

Des femmes entre autonomie et précarité

La conférence de Beijing (1995), aboutissement de nombreuses réunions préparatoires, d'actions de long terme d'associations non gouvernementales et plus généralement de la prise de conscience de l'impérieuse nécessité de promouvoir l'égalité entre les sexes, pour des raisons éthiques mais aussi pour des motifs d'efficacité des actions de développement, a été une opportunité nouvelle pour les ONG africaines qui s'attaquent aux inégalités (Presser and Sen, 2000). Les femmes africaines sont à la fois dominées dans des sociétés patriarcales et pleines d'initiatives pour assurer la survie de leur famille, bien souvent sans aide de leur époux. Leur rôle dans la construction des sociabilités quotidiennes est essentiel mais, à quelques exceptions près, leur absence sur les terrains de la politique et des responsabilités publiques est patente. De la place qui sera faite aux aspirations et aux capacités des femmes dépendent l'avenir proche des familles et l'évolution démographique de l'Afrique.

La structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes a des effets directs, à tous les niveaux, sur la gestion sociale de la reproduction et donc sur la santé reproductive (Kritz *et al.*, 2000). Le système des relations de genre agit en effet aussi bien au niveau de chaque individu, dans ses stratégies reproductives, qu'au niveau de la société en général dans les modèles reproductifs qu'elle valorise. Autrement dit, les rapports sociaux de sexe définissent, d'une part les modalités de la prise de décision en matière de fécondité entre un homme et une femme, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent la procréation (grossesse, accouchement, prise en charge des enfants). La négociation entre époux sur le nombre d'enfants souhaités dépend étroitement de la structure de ces rapports entre hommes et femmes et sera décisive dans cette période de transition et de changement des aspirations familiales (Bankole, 1995 ; Andro et Hertrich, 2001).

Que seront les politiques publiques ?

Les familles africaines, avec le fort « encadrement » de leurs membres, les normes souvent respectées jusqu'à maintenant de solidarité, d'assistance aux dépendants, ont fortement contribué au maintien du tissu social, dans des situations macro-économiques et politiques souvent désastreuses. Dans les cas extrêmes (guerres, migrations de réfugiés) elles ont été emportées dans la tourmente.

Pour accompagner les efforts des familles dans une période des plus difficiles, des politiques de maîtrise de la fécondité sont nécessaires mais non suffisantes. On peut être assuré que les actions en ce domaine seront en partie soutenues par la communauté internationale, notamment par l'UNFPA qui donne toujours une haute priorité à la situation préoccupante des services de santé de la reproduction en Afrique. Mais comment ne pas s'inquiéter des ravages du sida tant au niveau macro-économique, quant à ses effets sur l'emploi, sur la perte de ressources en vies humaines mais aussi au niveau familial sur la prise en charge des enfants orphelins, lorsque les adultes sont décimés par la maladie ? Comment ne pas s'alarmer du désengagement des États en matière de santé publique et d'éducation ?

L'effondrement des économies a conduit les gouvernements à laisser à l'initiative « privée », c'est à dire aux individus et aux familles, la charge de financer l'école, la santé et souvent la création d'emplois. Mais il ne faut pas compter que les familles et leurs solidarités, que l'on vante à l'envi, peuvent se substituer à des États en faillite. Faute de politiques économiques et sociales efficaces on risque d'assister à un effondrement de ces solidarités familiales. L'ingéniosité des groupes familiaux dans leurs stratégies de survie ne sont que des palliatifs à la crise qui demande des solutions au niveau macro-économique, dans un cadre national et international (Locoh, 1995).

BIBLIOGRAPHIE

- ADEOKUN Lawrence A., 1994. - Service quality and family planning outreach in sub-Saharan Africa, *in* : Thérèse LOCOH et Véronique HERTRICH (eds), *The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa*, p.235-251. - Liège, Ordina et IUSSP, 309 p.
- ADJAMAGBO Agnès, 2000. - Rapports de production et relation de genre dans les sociétés rurales des pays en développement, *in* : Thérèse LOCOH (dir.), *Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud*. - Paris, INED, 198 p. (Dossiers et recherches de l'INED, n° 85)
- ADJAMAGBO-JOHNSON Kafui, 1999. - Les lois, une expression officielle des rapports de genre, *in* : Thérèse LOCOH et Nguessan KOFFI (eds.), *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*, p. 35-51. - Abidjan, FNUAP, ENSEA, Coopération française, 169 p.

- ANDRO Armelle, 2000. - La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports de genre in LOCOH Thérèse (dir.) *Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud*, p.95-104. - Paris, INED, 198 p. (Dossiers et recherches de l'INED, n° 85)
- ANDRO Armelle et HERTRICH Véronique, 2001 – La demande contraceptive dans les pays du Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? Une comparaison Burkina Faso, Mali et Ghana, *Population*, 56 (5), p. 721-772
- ANTOINE Philippe, PILON Marc, 1998. – *La polygamie en Afrique : quoi de neuf ?* – Paris, CEPED, 4 p. (La Chronique du CEPED n° 28).
- AWUSABO-ASARE Kofi, BOERMA J. Ties and ZABA Basia (ed. by), 1997. - Evidence of the socio-demographic impact of AIDS in Africa, *Health transition review*, sup. 2, vol. 7, 188 p.
- BANKOLE Akinrinola, 1995. - Desired fertility and fertility behaviour among the Yoruba of Nigeria: A study of couple preferences and subsequent fertility, *Population Studies*, Vol. 49, n° 2, p. 317-328.
- BARBIERI Magali, 1994. – Is the current decline in infant and child mortality in sub-Saharan Africa a sign of future fertility change ?, in : Thérèse LOCOH et Véronique HERTRICH, (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, p. 105-133. – Liège, Derouaux-Ordina Editions, 308 p.
- BENEFO Kofi D., 1995. - The Determinants of the duration of postpartum sexual abstinence in West Africa: A multilevel analysis, *Demography*, Vol. 32, n° 2, p. 139-157.
- BLEDSON Caroline, COHEN Barney (eds), 1993. – *Social dynamics of adolescent fertility in sub-saharan Africa*. – Washington D.C., National Academy Press, 208 p.
- BONGAARTS John, 1978. – A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, 3, p. 63-102.
- BRUCE Judith, 1990. –Fundamental elements of the quality of care: A simple framework, *Studies in Family Planning*, 21(2), p. 61-91.
- CALDWELL, 1976. - Towards a restatement of fertility transition theory, *Population and development Review*, vol.2, n° 3-4, p. 321-366.
- CASTERLINE John B. AND SINDING Steve W., 2000. – Unmet need for family planning and implications for population policy, *Population and Development Review*, vol. 26, n° 4, p. 691-724.
- CEA, 1984. – *Programme d'action du Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome*. – Addis-Abeba, Commission économique pour l'Afrique, Nations unies, 10 p.
- CLIGNET Rémi, 1987. – On dit que la polygamie est morte : vive la polygamie !, in : David PARKIN et David NYAMWAYA (éds.), *Transformations of african marriage*, p. 199-209. – Londres, International African Seminars, 350 p. (New Series, n° 3).
- COUSSY Jean ET VALLIN Jacques, (dir.), 1996. - *Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographiques*, – Paris, CEPED, x p.+580 p. (Les Études du CEPED, n°13).
- DAVIS Kingsley and BLAKE Judith, 1956. – Social structure and fertility : an analytic framework, *Economic development and cultural change*, 4, p. 211-235.

- DESGREES DU LOU, 2000. – Le sida, un révélateur des disparités de genre : en Afrique les femmes affrontées à une multiplicité de risques, *in* : Thérèse LOCOH et Michel BOZON (dir.), *Rapports de genre et questions de population, II. Genre, population et développement*, p. 105-116. – Paris, INED, 196 p. (Dossiers et recherches de l'INED n° 85).
- DESGREES DU LOU Annabel, MISELLATI Philippe, VIHO Ida, WELFFENS-EKRA Christiane, 1999. – Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ?, *Population*, n° 3, mai-juin 1999, p. 427-446
- DODOO F. Nii-Amoo, 1998. - Men Matter: Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya, *Demography*, Vol. 35, n° 2, p. 229-242.
- FAPOHUNDA Eleanor and TODARO Michael, 1988. - Family Structure, Implicit Contracts and the Demand for Children in Southern Nigeria, *Population and Development Review*, 14 (4), p. 571-594.
- FRANK Odile, 1983. – Infertility in sub-Saharan Africa: estimates and implications, *Population and Development Review*, vol.9, n° 1, p. 137-144.
- FRANK Odile, MCNICOLL Geoffrey, 1987. – An interpretation of fertility and population policy in Kenya, *Population and Development Review*, Vol. 13, n° 2, p. 209-244.
- HERTRICH Véronique et LOCOH Thérèse, 1999. - *Rapports de genre, formation et dissolution de la famille dans les pays en développement*. - Liège, UIESP, 49 p.
- HASSOUN Judith , 1997. – *Femmes d'Abidjan face au sida*. – Paris, Karthala, 202 p.
- KATZ Karen R., WEST Caroline G., DOUMBIA Fode, KANE Fatoumata, 1998. - Increasing access to family planning services in rural Mali through community-based distribution. - *International Family Planning Perspectives*, Vol. 24, n° 3, p. 104-110.
- KRITZ Mary, MAKINWA-ADEBUSOYE Paulina and GURAK Douglas T., 2000. - The role of gender context in shaping reproductive behaviour in Nigeria, *in* : Harriet B. PRESSER and Gita SEN (eds), *Women's empowerment and demographic processes : Moving beyond Cairo*, p. 239-260. – Oxford, Oxford University Press, 426 p. (International Studies in Demography)
- LARSEN Ulla, 1995. - Differentials in Infertility in Cameroon and Nigeria, *Population Studies*, vol 49, n° 2, p. 329-346.
- LARSEN Ulla, 1997. - Fertility in Tanzania: do contraception and sub-fertility matter?, *Population Studies*, Vol. 51, n° 2, p. 213-220.
- LESTHAEGHE Ron (éd.), 1989a. - *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- LESTHAEGHE Ron (éd.), 1989b. – Social organisation, economic crises and the future of fertility control, *in* : Ron LESTHAEGHE (éd.) *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*, p. 475-497. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.
- LESTHAEGHE Ron, KAUFMANN Georgia et MEEKERS Dominique, 1989. – The nuptiality regimes in Sub-Saharan Africa, *in* : Ron LESTHAEGHE (éd.), *Reproduction and social organization in sub-Saharan Africa*, p. 238-337. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.

- LOCOH Thérèse, 1993. – Début de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo), *in* : Dennis CORDELL *et al.*, (éd.) *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale. Mélanges en l'honneur de Joël Gregory*, p.175-196. – Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 429 p.
- LOCOH Thérèse, 1994. – Social change and marriage arrangements : New types of union in Lomé, Togo, *in* : Caroline BLEDSOE et Gilles PISON (éds.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 215-230. – Oxford, Clarendon Press, 326 p. (International Studies in Demography).
- LOCOH Thérèse et HERTRICH Véronique (ed.), 1994. - *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. - Liège, International Union for the Scientific Study of Population, Derouaux-Ordina, 308 p.
- LOCOH Thérèse, 1995. – *Familles africaines, population et qualité de la vie*. – Paris, CEPED, 48 p. (Les dossiers du CEPED, n°31)
- LOCOH Thérèse, 1996. – Changements de rôles masculins et féminins dans la crise : la révolution silencieuse, *in* : Jean COUSSY et Jacques VALLIN, *Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, p. 445-470 – Paris, CEPED, 408 p. (Études du Ceped n°13)
- LOCOH Thérèse and MAKDESSI Yara, 1996. – *Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*. - Paris, CEPED, 46 p. (Les Dossiers du CEPED, n° 44)
- LOHLE-TART Louis ET FRANÇOIS Michel, 1999. – *Etat civil et recensements en Afrique francophone*. – Paris, CEPED, 549 p. (Documents et manuels du CEPED, n°10)
- PAGE Hilary AND LESTHAEGHE Ron (ed.), 1981. – *Child spacing in Tropical Africa*. – London, Toronto, Sydney, San Francisco, New York, Academic Press, 332 p.
- PISANI Elizabeth, 1998. - *Data and decision-making - Demography's contribution to understanding AIDS in Africa*. - Liège, IUSSP Policy and Research Papers, n°14, 37 p.
- PISON Gilles, HILL Kenneth, COHEN Barney and FOOTE Karen, 1995. – *Population dynamics of Senegal*. – Washington DC, National Academy Press, 254 p.
- PRESSER Harriet B. and SEN Gita, 2000. - *Women's empowerment and demographic processes* - Oxford University Press and Clarendon Press, 426 p. (International Studies in Demography).
- SILBERSCHMIDT Margrethe, 1991. – *Rethinking men and gender relations. An investigation of men, their changing roles within the household, and the implications for gender relations in Kisii District, Kenya* – Copenhagen, Center for development research, 91 p. (CDR Project paper, 6)
- STEWART John F., STECKLOV Guy and ADEWUYI Alfred, 1999. - Family planning program structure and performance in West Africa. - *International Family Planning Perspectives*, Vol. 25, Supplement, p. S22-S29.
- THIRIAT Marie-Paule, 1998. – *Faire et défaire les liens du mariage, évolution des pratiques matrimoniales au Togo*. – Paris, CEPED, 295 p. (Les Études du CEPED, n°16)
- UNITED NATIONS, 1995. – *Women's education and fertility behaviour : recent evidence from the DHS*. - New York, United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 113 p.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

- UNITED NATIONS, 1998. – *World Population Prospects: the 1998 Revision, Analytical Report* – New York, United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division, 247 p.
- UNITED NATIONS, 2000. – *World Population Prospects: the 2000 Revision, Comprehensive Tables* – New York, United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division, 745 p.
- WA KARANJA Wambui, 1987. – « Outside wives » and « inside wives » in Nigeria, *in* : David PARKIN et David NYAMWAYA (éds.), *Transformations of african marriage*, p. 247-261. – Londres, International African Seminars, 350 p. (New Series, n° 3).
- WA KARANJA Wambui, 1994. – The phenomenon of « outside wives » : some reflections on its possible influence on fertility, *in* : Caroline BLEDSOE et Gilles PISON (éds.), *Nuptiality in Sub-saharan Africa. Contemporary anthropological and demographic perspectives*, p. 194-214. – Oxford, Clarendon press, 326 p.
- WATKINS Cotts Suzanne, 2000. – Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya, *Population and Development Review*, vol.26 (4): 725-760.
- WESTOFF Charles F. and BANKOLE Akinrinola, 1995. – *Unmet need. 1990-1994.* – Calverton, Maryland, Institute for Resource Development, 49 p. (DHS Comparative studies, N°16).