

Transition de la fécondité à Dakar, Nairobi et Ouagadougou depuis les années 1970 : une baisse identique à tous les âges ?

Roch Millogo¹ et Clémentine Rossier¹

¹Institut de démographie et socioéconomie
(Université de Genève)

E-mail: Roch.Millogo@etu.unige.ch

Résumé court

Alors que certains chercheurs s'attendent à une transition de fécondité de l'Afrique similaire aux régions ayant achevé la leur grâce à la limitation, d'autres estiment que les transitions africaines seront différentes. Cet article se place dans ce débat : il vise à tester la prédiction de Caldwell selon laquelle la fécondité en Afrique va baisser de manière similaire à tous les âges grâce aux contraceptifs modernes. Nous examinons le cas de Dakar, Ouagadougou et Nairobi, trois capitales actuelles de « basse » fécondité (environ trois enfants par femme en 2010-15), en utilisant les diverses données disponibles pour ces villes depuis le début des années 1970. L'hypothèse de Caldwell et al. selon laquelle les transitions de la fécondité africaine sont caractérisées par des réductions similaires à tous les âges est confirmée pour ces trois villes; cependant la contraception n'a été la principale stratégie mise en œuvre à tout âge qu'à Nairobi.

Mots clés : transition de la fécondité – contraception – insusceptibilité post-partum – exposition sexuelle – Afrique Subsaharienne – Dakar – Nairobi – Ouagadougou.

Résumé long

Introduction

Alors que toutes les autres régions ont déjà achevé leur transition de la fécondité, l'Afrique Sub-saharienne (ASS) a commencé son déclin à la fin des années 1980; la baisse y a progressé à un rythme lent et le nombre moyen d'enfants reste élevé (5.1 en 2015) (Casterline, 2001, Bongaarts et Casterline, 2013 ; UN, 2015). On observe toutefois une forte disparité sur le continent : alors que la fécondité stagne à un niveau élevé en milieu rural dans de nombreux pays, des diminutions importantes sont constatées en lien avec le niveau de richesse, le fait de vivre en milieu urbain, et surtout le niveau d'éducation élevé des femmes (Bongaarts, 2003; Assefa et Semahegn, 2016). Les grandes évolutions qui sous-tendent les baisses historiques de la fécondité - l'essor de la scolarisation et la transformation des systèmes de production ainsi que par la diffusion de normes de familles réduites et l'utilisation de méthodes de contrôle des naissances (Notestein, 1953, Knodel, 1977) - restent largement cantonnées pour l'instant aux groupes sociaux privilégiés dans les pays africains.

Les baisses de la fécondité des autres régions en développement sont attribuables principalement à la limitation (tout comme en Europe historique), et à l'usage de la contraception moderne souvent de longue durée (stérilet, stérilisation) en fin de vie reproductive (Knodel, 1977; Freedman, 1979; Freeney, 1994 ; Mason, 1997; Young, 2000). Contrairement à ces régions, Caldwell et al (1992) pensent que les transitions de la fécondité africaines seront différentes. Pour ces auteurs, l'ASS connaîtra un nouveau type de transition démographique, marqué par l'utilisation de contraceptifs modernes et un déclin de la fécondité à tous les âges. Ils soulignent tout d'abord la grande diversité des modalités de l'entrée en sexualité, en union et en maternité dans les différentes régions du monde. L'Europe historique a connu sa transition de fécondité dans un contexte de mariage tardif et de contrôle de la sexualité avant le mariage, des pratiques qui n'ont pas été affectées par la baisse de la fécondité maritale. En Asie et Amérique Latine pré-transitionnelle l'entrée en maternité était relativement précoce, et n'ont que peu changé alors même que la fécondité baissait; dans ces contextes-là aussi la sexualité avant le mariage est restée tout au long de la transition sous contrôle social étroit (Knodel, 1977; Caldwell et al, 1992; Juarez et Gayet, 2015). En se basant sur la relative acception de la fécondité –donc de la sexualité- avant le mariage en ASS, Caldwell et al. (1992) estiment que les jeunes femmes célibataires y seraient inclinées à utiliser des contraceptifs modernes pour prévenir les grossesses précoces. Le recours à la contraception leur permettrait d'échapper au mariage « forcé » qui concluent le plus souvent les grossesses prémaritales, ce qui conduirait à une augmentation de l'âge au mariage. Par ailleurs, ces auteurs rappellent que l'Afrique est caractérisée par une tradition d'espacement long entre naissances (Bongaarts et Casterline, 2013; Timaeus et Moultrie, 2008, 2013). Caldwell et al. pensent que les femmes mariées n'utiliseront pas de contraceptifs entre le mariage et le premier enfant mais entre les naissances, ces méthodes devant les aider à rallonger davantage les intervalles. Enfin, selon eux, plusieurs évolutions, y compris économiques, devraient favoriser un changement de comportement par rapport à la limitation de la fécondité, et mener les couples africains à vouloir des familles moins grandes.

Dans leur sillage, Johnson-Hanks (2007) estime que l'idée de la limitation comme moteur principal dans la baisse de la fécondité est le reflet d'une expérience européenne, elle-même produite par un certain contexte culturel où la rationalité en finalité (profit économique) était valorisée. Par conséquent pour elle cette explication ne saurait être généralisée : la diminution de la fécondité peut aussi être la conséquence d'un évitement d'enfants à d'autres moments du cycle de vie et pour d'autres raisons. Bongaarts et Casterline (2013) sont revenus récemment sur la question en comparant la contribution des femmes de 30 ans et plus au nombre moyen d'enfants à des moments similaires dans la transition démographique en Amérique Latine, en Asie et en Afrique. Ils montrent que la

contribution des femmes plus âgées au nombre moyen d'enfants n'est pas différente en ASS. Ce résultat semble invalider l'hypothèse de Caldwell, qui postulait une baisse de la fécondité égale à tous les âges en Afrique à l'opposé des baisses concentrées en fin de vie féconde dans les autres régions.

Une deuxième partie de la réflexion de Caldwell et al. concernait les stratégies que les femmes africaines adopteraient pour éviter des enfants aux différents moments de leur vie reproductive. Ils postulent l'adoption des méthodes modernes à tous les âges. Cependant, la diffusion de la contraception (ou transition contraceptive) peut se dérouler à des vitesses variables en raison notamment de la force des programmes de planification familiale et de la volonté politique de les implémenter avec d'autres mesures sanitaire et sociale. Les programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne ont été tardifs et leur implémentation aurait rencontré plus d'obstacles que dans les autres régions en développement (Alkema et al, 2013; Garenne, 2017). Par ailleurs, les contraceptifs peuvent aussi être mieux acceptés en fin de vie féconde, et ne rencontrer simultanément qu'un succès mitigé aux autres âges de la vie, en particulier quand la crainte des effets secondaires (de l'infertilité) est vive et lorsque la liberté sexuelle des femmes (non mariées) que confère l'usage de la contraception reste mal perçue (Foley, 2007; Mané et al, 2015).

Si le succès de la contraception moderne est peut-être moins important que Caldwell ne l'avait escompté (et surtout à certains âges), d'autres méthodes pourraient avoir été utilisées par les femmes africaines motivées à éviter des naissances. L'exemple historique européen suffit à rappeler que la transition contraceptive n'est aucunement indispensable à une baisse de la fécondité. Bongaarts (1978) a identifié trois autres facteurs proches qui peuvent avoir des effets massifs sur le niveau de la fécondité générale, en plus de la contraception (moderne); la proportion de femmes mariées, la prévalence de l'avortement provoqué et l'insusceptibilité post-partum. À noter que Stover (1998) a proposé de remplacer la proportion de femmes mariées par la proportion de femmes sexuellement actives (hors et dans le mariage). D'autres contraceptifs naturels (retrait et abstinence périodique) pourraient aussi être mis en contribution. L'ensemble de ces facteurs pourraient être des moteurs additionnels de transition en Afrique subsaharienne, comme cela a été le cas par exemple en Afrique du Nord avec un report important de l'âge au mariage (Kateb et Ouadah-Bedidi, 2002 ; Zagaglia, 2013).

Les travaux mesurant l'effet sur la fécondité des déterminants proches en distinguant différents âges de la vie reproductive restent rares en Afrique. Les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) renseignent que la contraception moderne est plus pratiquée aux âges médians (Jolly et Gribble, 1993 ; Stephenson et al, 2007). Concomitamment, de nombreux auteurs ont souligné que la contraception sur le continent est utilisée plus pour espacer que pour limiter (Kirk et Pillet, 1998; Locoh et al, 2005). En ce qui concerne l'avortement, son taux serait élevé en Afrique (34‰ femmes en âge reproductif en 2010-14, soit un avortement pour sept grossesses), tout comme dans le reste du monde en développement (Sedgh et al, 2016). Mais à l'inverse des autres régions du monde, l'avortement serait principalement utilisé par les femmes jeunes en début de vie reproductive (Guillaume et Rossier, 2018; Mohamed et al, 2015; Rossier et al, 2005). En plus, 99% des avortements en Afrique seraient faits illégalement (OMS, 2004) et cela rend difficile la disponibilité des informations fiables. Un troisième facteur important de la régulation et de l'espacement des naissances en ASS est l'insusceptibilité postpartum, c'est-à-dire la période après une naissance où la femme soit n'a pas encore ses règles ou est en abstinence postpartum. Récemment, Peytrignet (2019) montre que la durée médiane de l'abstinence postpartum est en baisse sur le continent et – tout comme Guengant et May (2007) montre que le phénomène est plus important en Afrique de l'Ouest. Les données EDS renseignent aussi que la durée médiane de l'aménorrhée est en baisse en ASS et que la durée médiane de l'insusceptibilité (abstinence et aménorrhée) est plus longue chez les femmes de 30 ans et plus. Enfin, traditionnellement, l'ASS était marquée par une entrée précoce dans le mariage assez universel,

avec une sexualité prémaritale peu fréquente (Mensch et al, 2006). Ces dernières décennies, on constate un report de l'entrée en sexualité des jeunes femmes dans plusieurs pays avec une diffusion de la sexualité prémaritale (avant l'âge de 25 ans) (Clark et al, 2017 ; Mensch et al, 2006). Par ailleurs, la plupart des pays qui ont réalisé une forte baisse de la fécondité seraient aussi ceux qui ont une forte fécondité pré-nuptiale. Comparativement aux femmes hors-union, celles en union sont les plus actives sexuellement donc les plus exposées aux risques de grossesses (Bongaarts, 2015). Cependant, la proportion de femmes en union (qui ne sont pas enceinte ni en insusceptibilité post-partum) et inactives sexuellement en Afrique Sub-saharienne serait autour de 15% et n'aurait pas varié significativement au cours des 30 dernières années (Peytrignet, 2019).

La littérature existante sur l'importance et la répartition par âge des différentes pratiques d'évitement des naissances en Afrique confortent donc dans l'ensemble plutôt l'hypothèse de Caldwell d'une diminution de la fécondité à tous les âges, sauf que la contraception semble ne pas être le seul moyen mis en œuvre pour éviter des naissances supplémentaires aux différents âges. Le premier objectif de ce papier est de tester directement l'hypothèse de Caldwell et al (1992) qui prédit une ampleur identique du déclin de la fécondité à tous les âges. L'originalité de notre approche tient à notre choix de travailler sur trois capitales africaines, c'est-à-dire sur des contextes caractérisés aujourd'hui par une fécondité relativement basse, ce qui, en remontant aux années 1970, nous permet d'observer des transitions fécondes presque complètes. Le deuxième objectif de cet article est de mesurer l'impact des différents facteurs intermédiaires proches de la fécondité à tout âge confondu afin de détecter les plus influents entre 1990 et 2010 et de déceler le facteur le plus important à chaque âge en fin 2000. Même si l'inactivité sexuelle dans le mariage, et l'insusceptibilité post partum sont globalement en déclin au profit de la contraception moderne, ces pratiques pourraient cependant continuer à jouer un rôle central dans la régulation de la fécondité à certains âges et dans certains contextes moins touchés par les programmes de planification familiale.

Nous étudierons les cas de Dakar, capitale du Sénégal, Ouagadougou, capitale du Burkina Faso et Nairobi, capitale du Kenya, tous des contextes socioéconomiquement plus favorisés que le reste de leurs pays. Les villes relatives à ces différents pays ont entamé leurs transitions (contraceptive et féconde) à différentes périodes et à des rythmes différents mais ont aujourd'hui autour de trois enfants par femme.

Données et méthodes

Pour vérifier l'hypothèse sur la baisse similaire à tous les âges, nous mobiliserons les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées entre 1990 et 2017 au Sénégal, Burkina Faso et Kenya. Les données de Ouagadougou après 2010 seront complétées par celles de l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO) (Rossier et al, 2012). Par ailleurs, si les données anciennes sont presque inexistantes pour Ouagadougou, un recul dans le temps à travers l'enquête démographique nationale (EDN) de 1970-71 au Sénégal (Ferry, 1976) et le recensement de 1979 au Kenya (CBS, 1996) ainsi que l'enquête Kenyane sur la fécondité (KFS) de 1977-78 (Cross, Obungu et Kizito, 1991) ont permis d'étendre vers le passé les séries pour Dakar et Nairobi. L'hypothèse sur le rôle principal de la contraception et à tous les âges sera vérifiée à partir uniquement des données EDS de 1990 et 2010. En ce qui concerne les méthodes d'analyse, la vérification de la première hypothèse passera par l'adaptation du modèle de Bongaarts et Casterline (2013) enfin l'hypothèse 2 sera vérifiée par modèle de Stover sur les données de 2010.

Résultats

- La contribution des différents âges à l'ICF reste constante dans le temps dans les trois villes. Les valeurs des ratios (contribution à la période t sur celle à la période de référence) sont

concentrées autour de 1; les deux valeurs en dehors de l'intervalle 0,5-2 seraient des erreurs de mesure d'âge. Cela voudrait dire que la fécondité à ces âges aurait beaucoup varié par rapport aux périodes suivantes et précédentes, alors que la situation se régularise après ces points de perturbation (figure 1).

- Tout âge confondu en fin 2000, la contraception a l'effet le plus important à Nairobi, ensuite à Ouagadougou et Dakar avec une réduction respective de l'ICF de 4.1, 2.8 et 1.8 enfant (tableau 1). L'inactivité sexuelle quant à elle a l'effet le plus important à Dakar, il y réduit l'ICF de 4.5 alors que cette réduction est de 3.0 enfants à Ouaga et Nairobi. Enfin, en fin 2000 l'insusceptibilité réduit l'ICF de 2.1 enfants à Dakar, 2.0 à Ouaga et 1.3 à Nairobi. L'ordre de ces facteurs ont peu changé entre 1990 et 2010.
- A la fin des années 2000, comparé aux autres âges l'inactivité sexuelle est la plus importante avant l'âge de 25 ans dans les trois villes, à Dakar c'est aussi le facteur le plus important à comparer aux autres facteurs et à tous les âges (figure 2).
- La protection de l'insusceptibilité est similaire à chaque âge à Dakar (où ce déterminant a le plus d'impact par rapport aux deux autres villes) ; à Ouaga et Nairobi, ce facteur protège le plus aux âges jeunes et moyens (avant 35 ou 30 ans) (Figure 3).
- A la fin des années 2000, à Nairobi la protection de la contraception est similaire à tous les âges alors qu'à Ouaga elle est presque identique à tous les âges sauf pour les 30-34 ans, où il est plus prononcé. Cependant, à Dakar l'effet de réduction est plus important aux âges moyens (25-39 ans) mais faible par rapport aux autres facteurs et aux autres villes (figure 4).
- Dakar est le seul contexte où à chaque âge, l'inactivité sexuelle est le facteur le plus important dans la réduction de la fécondité encore en 2010. À Ouagadougou l'inactivité sexuelle en 2010 est le facteur le plus important uniquement avant 25 ans et la contraception à partir de 25 ans tandis qu'à Nairobi l'inactivité sexuelle est plus importante uniquement avant 20 ans sinon entre 20-24 ans la contraception a autant d'effet que l'inactivité et au-delà de 24 ans la contraception est bien affirmée.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment l'hypothèse de Caldwell et al. dans le cas de ces trois capitales que les transitions de fécondité en Afrique seront caractérisées par des réductions de fécondité similaires à tout âge. Cependant, la contraception n'a pas été la principale stratégie pour réduire la fécondité à tous les âges qu'à Nairobi, les autres villes déploient à certains âges les autres stratégies alternatives pour baisser la fécondité. Caldwell et al (1992) ont eu totalement raison sur la transition de Nairobi.

Références

- Bongaarts J. et Casterline J, 2013. "Fertility transition: is sub-Saharan Africa different?". *Population and Development review*, 38(s1), 153-168.
- Caldwell J. C, Orubuloye I. O, et Caldwell P, 1992. "Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition?", *Population and Development Review* Vol. 18, No. 2, pp. 211-242.
- Feeney G, 1994. "Fertility decline in East Asia". *Science*, 266(5190), 1518-1523.
- Johnson-Hanks, J. 2007. "Natural intentions: fertility decline in the African Demographic and Health Surveys". *American Journal of Sociology*, 112(4), 1008-1043.
- Knodel, J, 1977. Family limitation and the fertility transition: Evidence from the age patterns of fertility in Europe and Asia. *Population Studies*, 31(2), 219-249.
- Peytrignet M. C, 2019. "Fertility Regulation in Sub-Saharan Africa: The Role of Marital Sexual Inactivity", PhD thesis in demography, supervised by Clémentine Rossier, Institute of Demographics and Socioeconomics, University of Geneva, pp, 92-95.
- Timæus, Ian M. et Tom A. Moultrie, 2013. "Distinguishing the impact of postponement, spacing and stopping on birth intervals: Evidence from a model with heterogeneous fecundity", *Journal of Biosocial Science* 45(3): 311-330.
- Stover J, 1998. "Revising the proximate determinants of fertility framework: What have we learned in the past 20 years?" *Studies in family planning*, 255-267.

Figure 1. Rapport de la proportion contributive à l'ICF de chaque âge en différentes périodes à la proportion contributive à l'ICF à une date de référence.

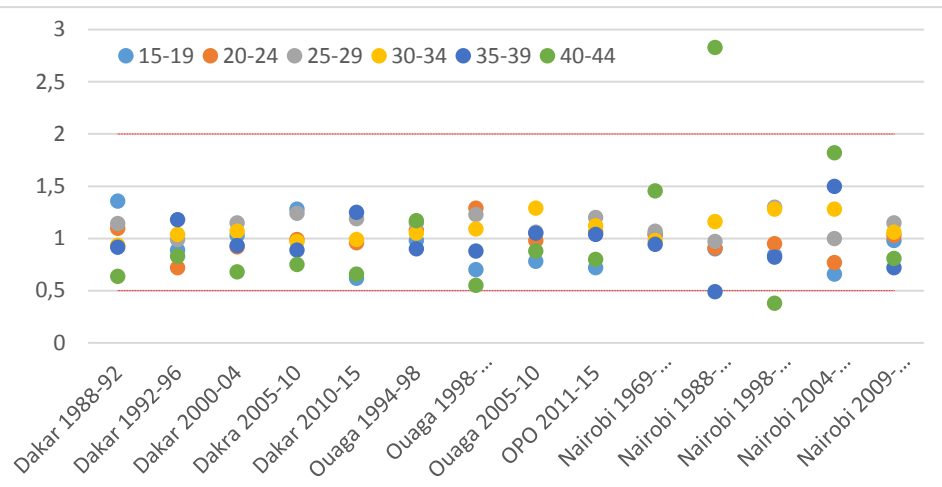


Figure 2. Proportion de femmes sexuellement actives (ou enceintes ou abstinentes du postpartum), fin 2000

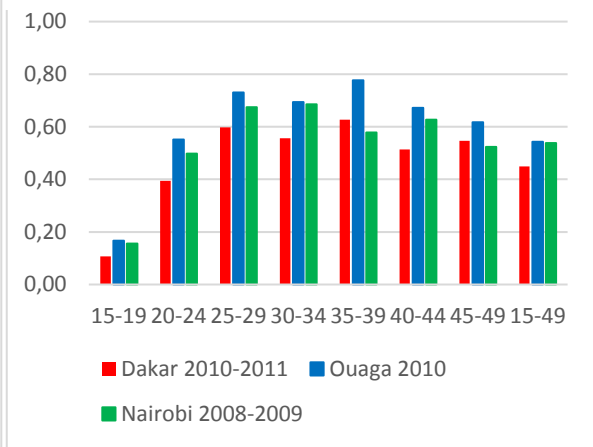


Figure 3. Indice de l'insusceptibilité post-partum par âge à Dakar, Ouagadougou et Nairobi, fin 2000

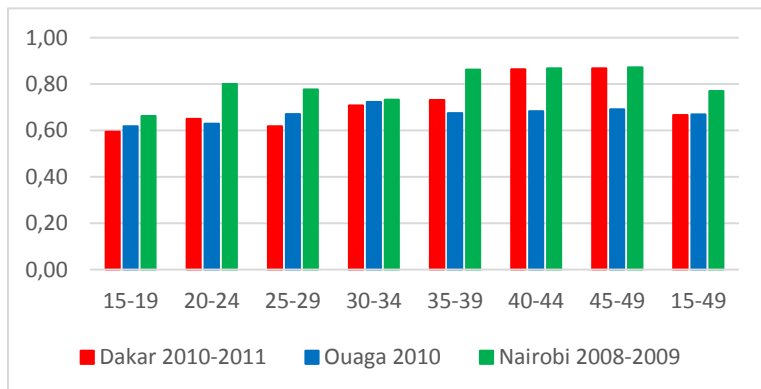


Figure 4. Indice de la contraception par âge à Dakar, Ouagadougou et Nairobi, fin 2000

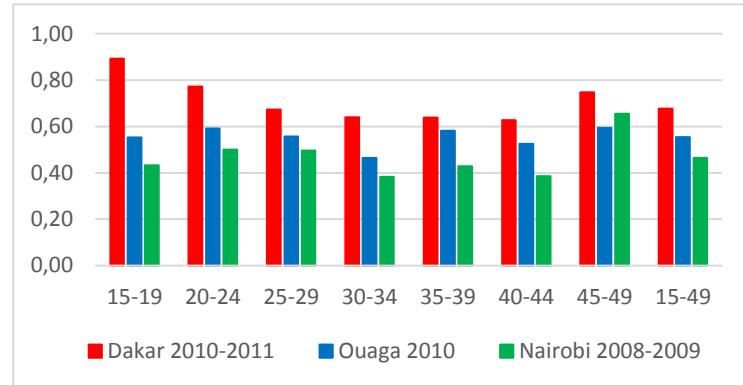


Tableau 1. Effets réducteurs des déterminants proches de la fécondité et estimation de l'ICF

Enquête	ICF estimé (Stover)	ICF mesuré	Écart	ICF sans l'effet réducteur du facteur				ICF réduit par le facteur en cours en considérant			
		(3 dernières années)		Cx	Ci	Cf	Cu	Cx	Ci	Cf	Cu
Dakar 1992-193	4	4,8	-0,8	7,9	6,2	4,5	6	3,9	2,2	0,5	2
Dakar 2010 -2011	3,9	3,6	0,3	8,2	5,8	4	5,4	4,5	2,1	0,4	1,8
Ouaga 1993	3,8	4,2	-0,4	6,2	7	4,1	6,6	2,4	3,1	0,3	2,8
Ouaga 2010	3,7	3,4	0,3	6,5	5,5	4	6,4	3	2	0,5	2,8
Nairobi 1993	4,4	3,4	1	6,8	5,8	5	8,9	2,5	1,4	0,6	4,5
Nairobi 2008-2009	3,7	2,8	0,9	6,5	4,8	3,8	7,6	3	1,3	0,3	4,1