



République du Bénin
~~~~~  
Ministère Chargé du Plan, de La Prospective et du développement  
~~~~~  
Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique



Analyses des Résultats

Tome 2 Dynamique de la population



Direction des Etudes Démographiques
Cotonou, Octobre 2003

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	IV
DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
PRÉFACE	VII
AVANT-PROPOS.....	X
NOTE METHODOLOGIQUE SUR LE RGPH-3	XII
RESUME.....	XVI
PERSONNEL NATIONAL	CXXX
PERSONNEL INTERNATIONAL.....	CXXXII
CHAPITRE 4 FECONDITE ET NATALITE AU BENIN.....	19
4.1- CONTEXTE, OBJECTIFS ET APPROCHE METHODOLOGIQUE	20
4.1.1 Contexte politique, socio-économique et culturel	20
4.1.2 Objectifs général et spécifiques	21
4.1.3 Approche méthodologique	21
4.2 LA NATALITE.....	26
4.2.1 Niveau actuel et tendance de la natalité.....	26
4.2.2 Evolution entre 1992 et 2002.....	26
4.2.3 Différences régionales de la natalité.....	26
4.2.4 Natalité différentielle selon le milieu de résidence.....	27
4.2.5 Différentielle de natalité selon le département de résidence.....	27
4.3 LA FECONDITE AU BENIN	29
4.3.1 Niveau et structure de la fécondité	29
4.3.2 Fécondité différentielle.....	31
4.3.3 Tendances actuelles de la fécondité.....	40
4.3.4 Infécondité au Bénin.....	41
4.3.5 Stérilité définitive	43
4.4 LA FECONDITE DES PERSONNES A RISQUE	44
4.4.1 Niveau et structure de la fécondité des personnes à risque.....	45
4.4.2 Différentiels de fécondité des personnes à risque.....	45
CONCLUSION.....	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
ANNEXES.....	55

CHAPITRE 5 MORTALITE AU BENIN.....	61
5.1 CONTEXTE ET REVUE DE LITTERATURE	62
5.1.1 Contexte national.....	62
5.1.2 Contexte international	65
5.1.3 Revue de littérature.....	65
5.2 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES.....	66
5.2.1. Démarche méthodologique.....	66
5.2.2. Qualité des données collectées	68
5.2.3. Définitions des concepts et variables.....	68
5.3 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE	69
5.3.1 Mortalité générale.....	69
5.3.2 La mortalité des enfants de moins de cinq ans	75
5.3.3 Survie des parents.....	82
5.3.4 La mortalité maternelle.....	83
CONCLUSION.....	85
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
ANNEXES.....	88

CHAPITRE 6 ETAT MATRIMONIAL ET NUPTIALITE AU BENIN	91
6.1 CONTEXTE.....	92
6.2 ETAT DES CONNAISSANCES ET APPROCHES METHODOLOGIQUES	93
6.3 ETAT MATRIMONIAL DE LA POPULATION	94
6.3.1 Etat matrimonial selon les groupes d'ages quinquennaux	95
6.3.2 Etat matrimonial des personnes handicapées.....	101
6.3.3 Caractéristiques des conjoints	102
6.3.4 Régime matrimonial de la population.....	105
6.3.5 Synthèse sur la situation matrimoniale de la population	111
6.3.6 Evolution de la structure matrimoniale des groupes d'âges spécifiques de 1979 à 2002.....	112
6.4. NUPTIALITE DES CELIBATAIRES	113
6.4.1 Age moyen au premier mariage de la population	113
6.4.2 Variations de l'âge d'entrée en union en fonction des caractéristiques individuelles.....	115
6.4.3 Construction de la table de nuptialité	117
6.4.4 Evolution de la nuptialité des célibataires	119
CONCLUSION.....	120
BIBLIOGRAPHIE	121
ANNEXES.....	122

Liste des tableaux et graphiques

CHAPITRE 4 ANALYSE DE LA FECONDITE ET DE LA NATALITE 19

Tableau 4.2.1: Taux brut de natalité selon le milieu de résidence	27
Tableau 4.2.2: Classification des départements selon le niveau de l'ICN	28
Tableau 4.2.3: Classification des communes à statut particulier selon le niveau de l'ICN	28
Tableau 4.3.1: Principaux Indicateurs de la fécondité au niveau national.....	30
Tableau 4.3.2: Contribution relative des groupes d'âges à la descendance du moment	31
Tableau 4.3.3: Principaux Indicateurs de la fécondité selon le milieu de résidence.....	32
Tableau 4.3.4: Principaux Indicateurs de la fécondité selon le niveau d'instruction.....	34
Tableau 4.3.5: Probabilité d'agrandissement de la descendance	41
Tableau 4.4.1: Niveau d'instruction et fécondité des femmes à risque des personnes à haut risque	46
Tableau 4.4.2: Le niveau de fécondité selon la religion d'appartenance des personnes à haut risque.....	47
Tableau 4.4.3: Le niveau de fécondité selon le statut matrimonial des personnes à haut risque	50
Tableau 4.4.4: Le niveau de fécondité selon l'ethnie d'appartenance des personnes à haut risque.....	52
Tableau 4.a1: Calcul du TBN selon le milieu de résidence	55
Tableau 4.a2: Calcul du TBN au niveau départemental	55
Tableau 4.a3: Principaux Indicateurs de la fécondité issus du RGPH3 au niveau départemental	56
Tableau 4.a4: Principaux Indicateurs de la fécondité selon la religion d'appartenance	57
Tableau 4.a6: Principaux Indicateurs de la fécondité selon l'état matrimonial	59
Tableau 4.a7: Principaux Indicateurs de la fécondité selon le statut dans l'emploi.....	60
Graphique 4.1.1: Indice comparatif de natalité (ICN) par pays.....	25
Graphique 4.3.1: Evolution du taux de fécondité par âge.....	29
Graphique 4.3.3: Indice synthétique de fécondité (ISF) selon la religion d'appartenance	35
Graphique 4.3.4: Indice synthétique de fécondité selon l'ethnie d'appartenance.....	36
Graphique 4.3.5: Indice synthétique de fécondité (ISF) selon l'état matrimonial	38
Graphique 4.3.6: Indice synthétique de fécondité (ISF) selon le statut dans l'emploi	39
Graphique 4.3.7: Taux d'infécondité par milieu de résidence urbain /rural	42
Graphique 4.3.8: Taux d'infécondité par département	42
Graphique 4.3.9: Indice de stérilité définitive par milieu de résidence	43
Graphique 4.3.10: Indice de stérilité définitive par département.....	44

CHAPITRE 5 ANALYSE DE LA MORTALITE AU BENIN 61

Tableau 5.3.1: Tables de mortalité du Bénin selon le sexe.....	69
Tableau 5.3.2: Taux Brut de Mortalité au Bénin en 2002 selon le milieu de résidence	70
Tableau 5.3.3: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le milieu de résidence	73
Tableau 5.3.4: Evolution de quelques indicateurs de 1992 à 2002.....	74
Tableau 5.3.5: Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans par âge.....	76
Tableau 5.3.6: Quotients de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence, 2002	78
Tableau 5.3.7: Tendance de la mortalité des enfants depuis 1982.....	80
Tableau 5.3.8: Mortalité infantile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction.....	81
Tableau 5.3.9: Mortalité infantile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère	82
Tableau 5.3.10: Proportion des enfants orphelins au Bénin	82
Tableau 5.3.11: Ratio de mortalité maternelle au Bénin en 2002.....	84
Tableau 5.a1: Table de mortalité urbaine au Bénin en 2002	88
Tableau 5.a2: Table de mortalité rurale au Bénin en 2002	88
Tableau 5.a3: Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon le département.	89
Tableau 5.a4: Proportion d'enfants orphelins selon les départements au Bénin en 2002.....	90
Graphique 5.3.1: Structure par sexe de la mortalité au Bénin	71
Graphique 5.3.2: Quotient de mortalité selon le milieu de résidence	72
Graphique 5.3.3: Niveau de la mortalité des 0-5 ans par département	75
Graphique 5.3.4: Structure par âge et sexe de la mortalité des enfants moins de cinq ans.....	77
Graphique 5.3.5: Quotients de mortalité infantile selon les départements	79

Tableau 6.3.1: Répartition (%) de la population de 10 ans et plus selon l'état matrimonial, le sexe et le milieu de résidence	95
Tableau 6.3.2: Marché matrimonial selon le département.....	97
Tableau 6.3.3: Répartition des couples de conjoints selon l'écart d'âges.....	102
Tableau 6.3.4: Indicateurs d'endogamie ethnique des couples de conjoints selon leur appartenance ethnique	103
Tableau 6.3.5: Répartition (%) de la population mariée selon le sexe et le régime matrimonial.	105
Tableau 6.3.6: Variations régionales de la pratique de la polygamie par les hommes	106
Tableau 6.3.7: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon le milieu de résidence	107
Tableau 6.3.8: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon l'appartenance ethnique.....	108
Tableau 6.3.9: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon la religion.....	108
Tableau 6.3.10: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon le niveau d'instruction	109
Tableau 6.3.11: Proportion par groupe d'âges d'hommes et de femmes mariées vivant en union polygame et indicateurs de l'intensité de la pratique de la polygamie selon le groupe d'âges	109
Tableau 6.3.12: Indicateurs du niveau et de l'intensité de la polygamie selon les groupes d'âges en 1979, 1992 et 2002	111
Tableau 6.3.13: Etat matrimonial de la population de 10 ans et plus selon les départements	112
Tableau 6.3.14: Evolution des proportions de mariés dans des groupes d'âges spécifiques entre 1979 et 2002	112
Tableau 6.4.1: Age moyen au premier mariage selon les départements (en années).....	114
Tableau 6.4.2: Age moyen au premier mariage (en années) selon le milieu de résidence.....	115
Tableau 6.4.3: Age au premier mariage (en années) selon le sexe et l'ethnie.....	115
Tableau 6.4.4: Age au premier mariage (en année) selon le sexe et la religion.....	116
Tableau 6.4.5: Age au premier mariage (en année) selon le sexe et le niveau d'instruction.....	117
Tableau 6.4.6: Table de nuptialité des célibataires (sexe masculin).....	118
Tableau 6.4.7: Table de nuptialité des célibataires (sexe féminin).....	118
Tableau 6.4.8: Evolution des indicateurs de la polygamie entre 1979 et 2002.....	119
Tableau 6.a1: Répartition (%) par groupe d'âges et par sexe de la population de 10 ans et plus selon les catégories matrimoniales au recensement de 2002	122
Tableau 6.a2: Répartition par groupe d'âge de la population handicapée âgée de 10 ans selon l'état matrimonial et le sexe.....	123
Tableau 6.a3: Répartition (%) de la population handicapée masculine âgée de 10 ans et plus selon le type de handicap et l'état matrimonial	124
Tableau 6.a4: Répartition (%) de la population handicapée féminine âgée de 10 ans et plus selon le type de handicap et l'état matrimonial	124
Tableau 6.a5: Répartition des épouses par groupe d'âges selon le groupe d'âges de leur mari.....	125
Tableau 6.a6: Répartition des couples de conjoints selon l'écart d'âges	126
Tableau 6.a7: Ecart moyen d'âges entre les conjoints selon les caractéristiques socio-culturelles des maris	127
Tableau 6.a8: Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari pour l'ensemble du Bénin.....	128
Tableau 6.a9: Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari en milieu urbain.....	128
Tableau 6.a10: Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari en milieu rural	129
Graphique 6.3.1: Population de 10 ans et plus selon le sexe et l'état matrimonial.....	95
Graphique 6.3.2: Pourcentages par groupe d'âges de célibataires selon le sexe	96
Graphique 6.3.3: Pourcentages par groupe d'âges de mariés selon le sexe	98
Graphique 6.3.4: Pourcentages par groupe d'âges de divorcés selon le sexe.....	99
Graphique 6.3.5: Pourcentages par groupe d'âges de veufs selon le sexe	100
Graphique 6.3.6: Pourcentages par groupe d'âges de séparés selon le sexe	100
Graphique 6.3.7: Proportions par groupe d'âges des proportions d'unions libres selon le sexe.....	101
Graphique 6.3.8: Proportions par groupe d'âges d'hommes et de femmes mariés vivant en union polygame.	110
Graphique 6.4.1: Courbe d'évolution ajustée par groupe d'âges des proportions de célibataires selon le sexe	117

DEFINITION DES SIGLES ET ACRONYMES

AMM :	Age Moyen à la Maternité
EDSB-I :	Première Enquête Démographique et de Santé du Bénin
EDSB-II :	Deuxième Enquête Démographique et de Santé Bénin
ESAFEM :	Enquête Socio-Anthropologique sur la Fécondité et la Mortalité
ICN	Indice Comparatif de Natalité
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
RGPH1 :	Premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGPH2 :	Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGPH3 :	Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation
TAN :	Taux d'Accroissement Naturel
TBN :	Taux Brut de Natalité
TGFG :	Taux Global de Fécondité Générale

Préface

Il n'est de richesse que d'hommes dit-on. En vertu de ce principe, le Gouvernement de la République du Bénin, désireux de connaître et d'apprécier l'importance et la qualité de ses ressources humaines a décidé, par décret n° 99-459 du 22 septembre 1999, d'organiser sur toute l'étendue du territoire national, un Recensement Général de la Population et de l'Habitation. Cette importante opération est la troisième du genre depuis notre indépendance nationale.

Les principaux objectifs assignés au troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation sont de plusieurs ordres. Il s'agit essentiellement de :

- connaître l'effectif total de la population résidente de l'ensemble du pays, et des divisions administratives,
- fournir des données sur les caractéristiques sociales, culturelles et économiques de la population,
- collecter les données de base nécessaires à l'appréciation des conditions de vie des populations et à l'estimation de la pauvreté,
- collecter les données nécessaires à l'étude des mouvements migratoires et de l'urbanisation au Bénin,
- permettre une estimation des niveaux globaux de fécondité et de la mortalité au Bénin, notamment de la fécondité des adolescentes et de la mortalité des enfants de moins d'un an, d'un an à moins de 4 ans, de 0 à moins de 5 ans et des femmes en couches et des suites de couches,
- mesurer l'ampleur du travail des enfants et du phénomène des enfants placés,
- identifier les déterminants de la scolarisation au Bénin,
- calculer les coordonnées géographiques de chacun des villages en vue de permettre l'établissement des cartes thématiques à l'appui de la dissémination des résultats du recensement.

L'exécution technique du Recensement Général de la Population et de l'Habitation a été confiée à l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), appuie par trois de ses Directions à savoir :

- la Direction des Etudes Démographiques pour les aspects techniques ;
- la Direction Administrative et Financière pour la gestion administrative et financière de l'opération ;
- la Direction du Traitement de l'Information et des Publications, à qui est revenu le soin d'assurer le traitement informatique des données.

Au plan national, un Comité de 42 membres représentant tous les départements ministériels, les Organisations Non Gouvernementales, les Associations de Développement des douze régions administratives du Bénin et les Centrales Syndicales a été chargé d'assurer le suivi de l'opération.

Enfin, pour donner au Recensement Général de la Population et de l'Habitation toutes les chances de succès et obtenir des résultats fiables, deux autres Comités ont été mis en place :

- un Comité Départemental du Recensement, présidé, dans chaque Département par le Préfet ;

- un Comité local du Recensement, au niveau de chaque Commune (ex sous – préfecture).

Le rôle de ces deux Comités est de faire du troisième Recensement Général de la Population et de l’Habitation une opération de proximité par une forte sensibilisation des populations et une gestion administrative efficace.

Rappelons que l’organisation du troisième Recensement Général de la Population et de l’Habitation en février 2002, soit dix ans après le deuxième Recensement Général exécuté en février 1992, répond bien aux exigences des Nations Unies qui recommandent l’organisation de recensements généraux suivant une périodicité de dix ans.

Pour faciliter l’exploitation des résultats et conformément aux objectifs fixés, l’analyse des données du recensement a ciblé des thèmes précis tels que :

- la structure par sexe et âge de la population
- la répartition spatiale de la population,
- les caractéristiques socioculturelles de la population,
- les caractéristiques économiques,
- la fécondité au Bénin,
- la mortalité au Bénin,
- la migration au Bénin et impact sur la croissance urbaine,
- l’état matrimonial et la nuptialité,
- les conditions de vie et d’habitation des ménages,
- les projections démographiques et l’étude prospective sur la demande sociale d’éducation, d’emploi, de santé et de logement au Bénin,
- les femmes au Bénin,
- les enfants au Bénin,
- la population des personnes handicapées,
- les personnes âgées au Bénin,
- la mesure de la pauvreté à partir des données du RGPH₃ (la carte de la pauvreté),
- Alphabétisation, Instruction, fréquentation scolaire et déterminants familiaux de la scolarisation.

Les résultats de ces différentes analyses permettent aujourd’hui de disposer des grandes tendances de la population béninoise, des indicateurs du mouvement de la population (mortalité, natalité et migration). Ils permettent également de déterminer les niveaux de la pauvreté au Bénin ainsi que de nombreux autres indicateurs de développement qui peuvent aider à l’évaluation des différents plans et programmes mis en œuvre au cours de ces dernières années, notamment dans le cadre des objectifs des grandes conférences internationales (Déclaration du Millénaire pour le Développement, Sommet Mondial pour les Enfants, Plan d’Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement etc.).

Avec ces résultats, le Gouvernement dispose désormais d’un précieux instrument de politiques dans tous les domaines : politique de population, politique économique, politique de logement, politique environnementale politique d’aménagement du territoire etc.).

Ces résultats constituent également un instrument à la disposition des différents acteurs des secteurs socio-économiques : Opérateurs économiques ; Organisations Non Gouvernementales; Associations de développement ; Organismes bilatéraux et multilatéraux de Coopération et d’Assistance qui pourront s’en servir pour éclairer les analyses et leurs décisions.

Signalons que l'atlas démographique et les 12 monographies départementales établies pour appuyer la décentralisation seront disponibles dès 2004.

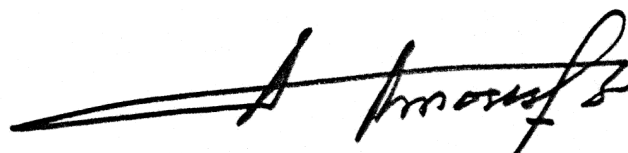
Tous ces résultats n'ont été possibles que grâce à l'appui technique et financier des Partenaires au Développement, notamment le Fonds des Nations Unies pour la Population, la Coopération Suisse, l'UNICEF, la Banque Mondiale à travers le Projet Santé et Population, l'USAID et le Port Autonome de Cotonou.

C'est pourquoi je voudrais, au nom du Gouvernement béninois et en mon nom personnel, adresser mes sincères remerciements et mes compliments à tous les Représentants et à tous les Responsables de ces diverses institutions.

Mes remerciements vont également :

- aux Autorités politiques et administratives de notre pays pour leur participation active et désintéressée aux travaux de terrain ;
- aux membres du Comité National et des Comités Locaux du Recensement pour leur contribution à la recherche de solutions aux nombreux problèmes qui ont jalonné la réalisation de cette opération ;
- à toute la population béninoise, pour son adhésion franche et massive à cette importante opération ;
- aux journalistes, toute presse confondue, pour la part active qu'ils ont prise dans la sensibilisation de la population ;
- aux Agents Recenseurs et autres personnels déployés sur le terrain, pour leur contribution décisive à l'exécution de cette opération,

Enfin, Je voudrais saisir l'occasion qui m'est offerte ici pour féliciter les cadres de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) qui se sont investis sans réserve et n'ont ménagé aucun effort pour gagner le pari de ce troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation.



Bruno Amoussou
Ministre d'Etat, Chargé du Plan,
de la Prospective et du Développement

AVANT-PROPOS

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation est la meilleure source qui permet de disposer de façon exhaustive de données détaillées jusqu'aux plus petites unités administratives sur les caractéristiques démographiques, économiques et socio-culturelles de la population. Il constitue de ce fait un précieux instrument pour l'élaboration des plans et programmes de développement, tant au niveau national que des collectivités locales à la base.

Le Bénin a réalisé trois Recensements Généraux de Population et de l'Habitation, le premier en mars 1979, le second en février 1992, et le troisième en février 2002, soit 10 ans après, conformément aux recommandations des Nations Unies. Le troisième Recensement était devenu impérieux dès lors que les informations statistiques issues des deux premiers sont devenues obsolètes du fait des changements de comportements démographiques et des mutations socio-économiques et culturelles que connaissent les populations.

Par ailleurs, l'efficacité du processus de décentralisation et de développement communautaire à la base amorcé depuis 2002 recommande des plans de développement économique et social aussi proches que possible des réalités locales.

Comme les autres recensements, le troisième a permis d'actualiser les connaissances sur la structure de la population de l'ensemble du pays et des divisions administratives, d'évaluer les populations des groupes d'âges, cibles des programmes de développement, de déterminer les soldes migratoires internes et d'estimer les niveaux de fécondité et de mortalité au Bénin, notamment de la fécondité des adolescentes, de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité maternelle. En outre, elle a enrichi le stock de données et d'indicateurs socio-démographiques, économiques et culturelles disponibles et indispensables aux décideurs politiques, aux planificateurs, aux collectivités locales, aux agents économiques et à la société civile pour l'élaboration des futurs plans de développement socio-économique et de la prospective de la demande sociale.

L'analyse des résultats de cette importante investigation a porté sur 18 thèmes dont 16 sont répartis en six tomes. Le présent tome intitulé "Dynamique de la Population" porte sur trois thèmes principaux :

- 1) Natalité et Fécondité au Bénin,
- 2) Mortalité au Bénin,
- 3) Etat matrimonial et Nuptialité au Bénin.

Le premier thème intitulé " Natalité et Fécondité au Bénin traite du niveau et de la structure de la fécondité, de la fécondité différentielle selon le milieu de résidence, le département et les caractéristiques socio-culturelles et démographiques, de l'infécondité et met un accent sur la fécondité des personnes à risque.

Le deuxième, "Mortalité au Bénin" étudie le niveau et la structure de la mortalité à partir de l'élaboration de la table de mortalité du Bénin et s'intéresse au niveau global de la mortalité, à la mortalité des enfants de moins de cinq ans, à la survie des parents et à la mortalité maternelle.

Le troisième thème noté " Etat matrimonial et Nuptialité" porte sur l'analyse de la situation matrimoniale de la population béninoise à travers le régime matrimonial de la population, avec un accent particulier sur l'état matrimonial des personnes handicapées. Il s'intéresse par ailleurs à la nuptialité des célibataires, notamment aux variations de l'âge d'entrée en union selon les caractéristiques individuelles et la construction de la table de nuptialité.

NOTE METHODOLOGIQUE SUR LE RGPH-3

Bref aperçu de la stratégie de collecte et de traitement du RGPH-3

Par décret N°99-459 du 22 septembre 1999, le Gouvernement Béninois a retenu d'organiser le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3).

Ce troisième Recensement a été réalisé du 15 février au 1^{er} mars 2002, soit dix ans jour pour jour après le deuxième Recensement. C'est le deuxième Recensement après la "Conférence des Forces Vives de la Nation" de février 1990.

Un Recensement Général de la Population et de l'Habitation est un comptage complet à une date déterminée de la population d'un pays donné, d'une ville ou d'une région et un inventaire de son habitation. Il s'agit ici de dénombrer, c'est-à-dire de compter, sans omission, ni répétition, les personnes et/ou les ménages. Cette opération a utilisé 7.506 Agents Recenseurs, 1.507 Chefs d'Equipe, 252 contrôleurs et 18 superviseurs régionaux pour collecter les informations sur toutes les personnes résidant au Bénin, ainsi que sur les conditions de vie des ménages à l'aide du questionnaire ménage. La technique de collecte utilisée est l'interview directe de porte à porte. Cette méthode consiste à se présenter dans chaque ménage, à poser des questions au Chef de Ménage et à tous ses membres capables d'y répondre et à inscrire sur le questionnaire ménage les renseignements recueillis.

Pour la réalisation de ce recensement, le Bénin a été découpé, lors de l'opération de la cartographie censitaire, en 7.352 petites portions appelées Zones de Dénombrement (ZD). Chaque Zone de Dénombrement est confiée à un Agent Recenseur dont le rôle a consisté à y dénombrer toutes les personnes, ainsi que les ménages y résidant.

Les informations collectées ont été codifiées, saisies, apurés et tabulés à l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) à Cotonou pendant 8 mois par 12 Agents vérificateurs, 60 Agents Codificateurs, 70 Agents de saisie sous la supervision de 2 cadres Analystes-Programmeurs et de 2 Analystes-Programmeurs Assistants. Le traitement des questionnaires ménages consiste d'une part à traduire en langage les informations collectées et de les rentrer dans les micro-ordinateurs pour faciliter la tabulation et l'analyse d'autre part.

Evaluation de l'exhaustivité du dénombrement et de la qualité des données collectées sur certaines variables

Dans plusieurs recensements, on assiste parfois à un double compte des personnes ou des ménages, ou encore à des omissions des individus et/ou des ménages. Pour s'assurer de l'exhaustivité du RGPH-3, il a été organisé trois mois après le dénombrement général, une Enquête Post-Censitaire dont le but principal était de mesurer la couverture du dénombrement : son exhaustivité territoriale et démographique, et la fiabilité des informations enregistrées pour certaines variables importantes. Cette enquête a utilisé la même stratégie de collecte que celle du dénombrement général afin de s'assurer de la comparabilité des données issues des deux sources. Cette opération a eu lieu du 10 au 24 avril 2002. L'Enquête Post-Censitaire (EPC) consiste en un re-dénombrement des ménages dans un échantillon stratifié et tiré à un degré de 100 ZD proportionnellement à leur taille (effectifs préliminaires de population au RGPH3). La base de sondage est constituée des ZD découpées lors de la cartographie du RGPH3. Les domaines d'étude retenus sont : Cotonou, la strate Autres Villes, la strate Rurale à Forte Croissance et la Strate Rurale à Faible Croissance.

Apurement et imputation des données.

Dans les données issues d'une enquête ou d'un recensement, plusieurs erreurs peuvent s'y introduire, erreurs dues à la collecte elle-même, à la saisie des données, etc. Aussi, il existe entre certaines variables, une relation logique (par exemple: une fille de huit ans ne peut avoir accouché) qu'il est essentiel de préserver ou des modalités fixes de certaines variables qui ne doivent souffrir d'aucune ambiguïté (le sexe par exemple). Il est dès lors recommandé de procéder à des corrections par l'élaboration des tests de cohérence qu'on applique aux données pour éliminer toutes les erreurs possibles.

Les méthodes d'imputation auxquelles a eu recours le RGPH-3 sont :

-Les méthodes d'imputation déductive :

méthode permettant de déduire avec «certitude» une donnée dont la valeur est manquante ou incohérente; ce type d'imputation est fonction de l'ensemble de réponses fournies au titre des autres rubriques du questionnaire.

-**Les méthodes d'imputation par la moyenne:** méthode ayant pour effet d'attribuer la valeur moyenne de la rubrique (calculée pour les enregistrements acceptés), à la réponse manquante ou incohérente de tous les enregistrements rejetés.

Cette phase a duré un mois (Juin 2003) et a regroupé six cadres démographiques, statisticiens et informaticiens qui ont conduit le RGPH3.

Définitions des concepts de base du RGPH-3

Une multitude de concepts ont été utilisés lors du Recensement dont il est important de rappeler le contenu afin que tous les

utilisateurs aient une compréhension unique. Il s'agit notamment du :

- **Ménage** : Le concept de "ménage" est fondé sur les dispositions prises par les personnes individuellement ou d'une façon collective afin de pourvoir à leurs besoins vitaux. On distingue deux sortes de ménages : le ménage ordinaire et le ménage collectif.
- **Ménage ordinaire** : c'est un ensemble de personnes apparentées ou non, reconnaissant l'autorité d'un même individu appelé "Chef de Ménage" et dont les ressources et les dépenses sont également communes. Elles habitent le plus souvent sous un même toit, dans la même cour ou la même concession.
- **Ménage collectif** : le ménage collectif est défini comme un groupe de personnes qui n'ont généralement pas de lien de parenté mais qui vivent en commun dans un établissement pour des raisons de discipline, de voyage, de santé, d'études ou de travail.
- **Milieu urbain** : il est défini comme une zone hétérogène qui regroupe tout chef lieu de commune ayant au moins 10.000 habitants et au moins une des infrastructures ci-après : bureau de poste et télécommunication, bureau de recette perception du trésor public, système d'adduction d'eau (SBEE), électricité (SBEE), centre de santé, collège d'enseignement général avec 2^{ème} cycle, d'une part et tout arrondissement ayant au moins quatre des infrastructures énumérées ci-dessus et au moins 10.000 habitants.
- **Noyau familial** : C'est un sous groupe du ménage comportant un

couple avec ou sans enfants, ou un adulte avec au moins un de ses enfants. Il s'agit des personnes unies par le lien conjugal et/ou le lien biologique (lien paternel ou maternel).

- **Personne occupée** : est toute personne ayant travaillé au moins une semaine de façon continue ou non au cours des trois (3) derniers mois précédant le recensement.
- **Secteur informel** : C'est un ensemble d'unités de production dont l'activité est informelle.
- **Activité informelle** : C'est toute activité non enregistrée et/ou dépourvue de comptabilité formelle écrite, exercée à titre d'emploi principal, par une personne en tant que patron ou à son propre compte.
- **Rentier (REN)** : C'est une personne qui dispose d'une fortune personnelle lui permettant de vivre sans travailler. C'est le cas des propriétaires de maison en location qui ne travaillent plus ou de quelqu'un qui a placé de l'argent c'est-à-dire un actionnaire à qui cela rapporte de l'argent pour survivre.
- **Retraité (RET)** : C'est toute personne (Homme ou Femme) qui a cessé d'exercer une activité économique et qui perçoit une forme quelconque de pension de retraite ou d'invalidité. Mais dès lors qu'un retraité exerce ou a exercé une activité économique durant la période de référence, il sera considéré comme actif même s'il continu de percevoir sa pension.
- **Autre inactif (AINA)** : Est considéré comme autre inactif toute personne qui est dépourvue d'occupation, qui n'exerce aucune

activité économique et n'est pas à la recherche d'un emploi.

- **Chômeur (CHO)** : Est une personne qui a travaillé au moins une fois dans sa vie et qui a perdu son emploi **avant la période de référence** mais qui est actuellement en quête d'un nouvel emploi.
- **Ménagère (MEN)** : Elle est la femme qui s'occupe uniquement des travaux ménagers et des enfants sans en tirer un revenu.
- **Cherche 1^{er} emploi ou 1^{er} travail (CT)** : Toute personne en quête de son premier emploi.
- **Enfants confiés ou placés** : Un enfant confié ou placé est un enfant placé par ses parents ou des tiers (tuteur, intermédiaire ...), chez d'autres parents ou personnes étrangères à la famille et pris en charge. Il est généralement placé à partir de 6 ans (ou moins
- **Handicap** est "le désavantage résultant pour un individu d'une défaillance ou d'une incapacité qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et des facteurs sociaux et culturels ou l'empêche d'exercer ce rôle".
- **Handicapé** : Est toute personne atteinte d'une déficience congénitale (par exemple : les malformations) ou acquise par accidents ou par maladies.
- **Handicap visuel ou déficience visuelle** : la cécité complète est la perte totale de vision. On parle aussi de cécité quand l'acuité visuelle de loin est inférieure à 1/20. L'amblyopie est la vision de loin après correction comprise entre 1/20

et 4/20. C'est l'acuité visuelle très diminuée et les personnes présentant cette situation sont appelées des mal voyants. Ainsi un **Mal Voyant** est une personne qui ne peut voir loin.

- **Handicaps associés ou polyhandicaps.** Il s'agit de handicaps qui sont multiples. On parle aussi de plurihandicapés. Ces personnes sont atteintes de plusieurs handicaps à la fois tels que handicaps moteurs, visuel, auditif, mental, etc..

Tabulation des données

Les données actuellement publiées décrivent la population résidente, c'est-à-dire la population qui vit habituellement au Bénin depuis au moins six mois ou qui a l'intention d'y vivre pour au moins six mois. Ainsi il a été dénombré 6.769.914 individus résidents présents, vivant dans 1.210.463 ménages ordinaires. Toutefois, il a été dénombré également 30.000 individus vivant dans les ménages collectifs.

RESUME

FECONDITE ET NATALITE AU BENIN

L'analyse des données du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3) de 2002 relatives à la natalité et la fécondité confirme l'amorce de la transition démographique, notamment en ce qui concerne la fécondité. En effet, au cours des dix dernières années, le nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants est passé de 48 (RGPH2, 1992) à 41 (RGPH3, 2002). Le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme au terme de sa vie féconde (à l'âge de 50 ans), si elle était soumise, à chaque âge, aux différents taux actuels de fécondité est passé de 6,10 à 5,53 enfants au cours de cette période.

Les milieux de résidence rural et urbain entraînent des différences de comportement dues à l'environnement économique, au niveau d'instruction et à l'urbanisation. Entre ces deux milieux, il y a une différence de plus d'un enfant par femme : 5,10 enfants par femme dans le milieu urbain contre 6,36 pour le milieu rural. Entre les deux recensements les femmes surtout celles du milieu rural, ont légèrement modifié leur comportement en matière de fécondité : 6,70 enfants par femme dans le milieu rural et 5,50 enfants par femme dans le milieu urbain en 1992 contre respectivement 6,36 et 5,08 en 2002.

Il ressort également de l'analyse des données du RGPH3 que les comportements de fécondité sont très influencés par les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles et socioéconomique à savoir le département de résidence, le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, le statut dans l'emploi, etc.

En outre, selon les données analysées les problèmes d'infécondité et de stérilité ne se posent pas avec acuité au Bénin.

Enfin, l'analyse des données relatives à la fécondité des personnes à haut risque de décès maternels révèle que seules les femmes âgées de 35 ans et plus contribuent substantiellement à la descendance finale, la contribution des jeunes générations de femmes (10-19 ans) étant très faible. En ce qui concerne la fécondité différentielle selon les caractéristiques individuelles, les mêmes tendances que celles constatées chez l'ensemble des femmes se dégagent chez les femmes à haut risque de décès maternels.

MORTALITE AU BENIN

Une mortalité encore élevée mais en baisse

A la naissance, un béninois espère vivre pendant 59,2 ans

En 2002, 12,3 personnes décèdent annuellement sur 1000 habitants environ, soit un taux brut de mortalité (TBM) de 12,3‰ au niveau national. En 1992, ce taux était de 15,5‰. Selon le sexe, ce taux est de 13,23‰ chez les hommes et de 11,35‰ chez les femmes. Les niveaux enregistrés sont inférieurs à ceux de 1992 : respectivement 15,9‰ chez les hommes et 12,8‰ chez les femmes. Selon le milieu de résidence, cet indicateur est de 15,2 ‰ en milieu rural et de 9,6 ‰ en milieu urbain.

L'espérance de vie à la naissance est de 59,2 ans au niveau national. Les femmes espèrent vivre plus longtemps que les hommes : leur espérance de vie est de 61,3 ans contre 57,2 ans pour les hommes. Par rapport à 1992, on a gain annuel de 0,50 ans pour l'ensemble des deux sexes, 0,54 ans pour le sexe masculin et 0,46 ans pour le sexe féminin. La surmortalité masculine est confirmée par l'écart de 4,1 ans qui sépare l'espérance de vie à la naissance des hommes de celle des femmes.

Les enfants de moins de 5 ans jouissent globalement d'une meilleure santé qu'il y a 10 ans

Les enfants de moins de cinq ans constituent l'un des groupes les plus vulnérables à la mortalité au sein de la population à l'instar des femmes et des personnes âgées. En 2002, sur 1000 naissances vivantes, 146,4 enfants décèdent avant leur 5^{ème} anniversaire. En 1992, on avait enregistré 163,0 décès pour 1000 naissances vivantes.

Les garçons courent 1,27 fois plus de risque de décéder avant le 5^{ème} anniversaire que les filles : le quotient de mortalité des moins de 5 ans est de 166,6‰ pour le sexe masculin et de 131,6‰ pour le sexe féminin. De même, les enfants de moins de 5 ans vivant en milieu rural (150,1 ‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (134,3‰).

ETAT MATRIMONIAL ET NUPTIALITE AU BENIN

Nuptialité : L'âge moyen au premier mariage est de 26,4 ans pour les hommes et 19,9 ans pour les femmes

La population âgée de 10 ans et plus présente en 2002 la structure matrimoniale suivante : 41,65% de célibataires, 52,16% de mariés, 0,83% de divorcés, 3,91% de veufs, 0,83% de séparés et 0,60% en union libre. Cette structure varie selon le sexe et le milieu de résidence. En milieu urbain notamment, il y a plus de célibataires que de mariés.

La courbe des célibataires montre que la plupart des mariages surviennent dans la tranche d'âges 20-34 ans pour les hommes et 15-24 ans pour les femmes. Le marché du mariage est caractérisé par un surplus de femmes célibataires, comparativement aux hommes du même statut matrimonial.

En ce qui concerne la courbe des mariés, elle montre que l'entrée en union de la population est précoce et différenciée selon le sexe: près de 90% de femmes sont déjà mariées entre 30 et 34 ans contre 80% des hommes. Entre 1979 et 2002, l'âge moyen au premier mariage est passé de 24,9 ans à 26,4 ans pour les hommes et de 17,6 ans à 19,9 ans pour les femmes. Le veuvage frappe plus les femmes que les hommes et la proportion des veufs ou veuves croît avec l'âge.

Les femmes se marient avec des hommes plus âgés de 4 ans en moyenne

En général, les femmes prennent pour maris des hommes plus âgés. En moyenne, l'écart d'âge est de 4 ans et varie en fonction de l'appartenance ethnique, de la religion et du niveau d'instruction des maris.

La pratique de l'endogamie ethnique est de mise dans les stratégies matrimoniales béninoises. Cela est particulièrement vrai pour les Peulh, les Gur ou Otamari. Le groupe des Yoruba et apparentés se caractérise par le niveau d'endogamie le plus faible (86,4%).

Un régime matrimonial marqué par une prédominance de la monogamie

La structure de la population mariée selon le régime matrimonial est marquée par une prédominance de la monogamie : 73% des hommes sont mariés à une seule épouse et 61% des femmes n'ont pas de coépouses dans leur union conjugale au moment du recensement. La "bigamie" est le deuxième régime le plus important. Elle concerne 20% des hommes mariés et 27% des femmes mariées. Les unions à plus de quatre coépouses, la grande polygamie, ne concernent que 2% des hommes mariés et 4% des femmes mariées. En somme, la pratique de la polygamie implique 27% des hommes et 39% des femmes en 2002. Elle est en légère baisse comparativement aux données de 1992 (31% des hommes mariés) et celles de 1979 (31% des hommes mariés).

FECONDITE ET NATALITE AU BENIN

Marie Odile ATTANASSO
Narcisse Gbènoukpo M. KOUTON

L'un des principaux objectifs du troisième Recensement Général de la Population et de l'habitation (RGPH3) de 2002 est de fournir les indicateurs socio-démographiques. L'analyse de la natalité et de la fécondité à partir des données du RPGH3 qui s'inscrit dans un contexte de lutte contre la pauvreté, de promotion de la femme et de décentralisation au Bénin, contribue donc à atteindre cet objectif. En effet, elle permet d'estimer les indicateurs de niveau et de tendance de la natalité et de la fécondité et d'étudier leurs variations selon les caractéristiques socio-démographiques, socioculturelles et socioéconomiques de la femme (âge, état matrimonial, le milieu et le département de résidence, le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, la profession, le statut dans l'emploi, etc.).

Au Bénin, le niveau de fécondité demeure encore élevé. En effet, selon les données de la deuxième Enquête Démographique et de Santé du Bénin de 2001 (EDSB- II) : (i) la femme béninoise donnera naissance, en moyenne, à 5,6 enfants au terme de sa vie féconde, (ii) une béninoise sur deux de 20-24 ans donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 20 ans, (iii) et moins du quart des jeunes filles âgées de 15-19 ans (22%) ont déjà commencé leur vie féconde.

En outre, le mariage demeure universel et précoce même si la comparaison entre les données de l'EDSB-I de 1996, de l'EDSB-II de 2001, les données du RGPH-I de 1979 ou de l'EFB de 1982 laisse supposer un recul de l'âge au premier mariage. Toutefois, l'union demeure, dans le contexte du Bénin le cadre privilégié de la fécondité. La précocité du mariage surtout dans les départements du nord expose la femme à une période féconde plus longue ; alors que la prévalence contraceptive reste très faible. Il s'en ressort un niveau de fécondité plus élevé dans ces départements que ceux du sud où l'instruction et l'urbanisation ont tendance à réduire la descendance finale des femmes âgées de 50 ans.

Par rapport aux objectifs de la Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO), nous pouvons constater que de nombreux résultats restent à atteindre :

- la fécondité demeure précoce et tardive,
- le taux de prévalence contraceptive demeure faible ;
- les pratiques telles que les mariages forcés et/ou précoces, même si elles ont diminué sont toujours en vigueur.

Le présent rapport est essentiellement articulé autour des quatre parties ci-après :

- contexte, objectifs et approche méthodologique
- la natalité
- la fécondité
- la fécondité des femmes à risque de décès maternels

4.1- CONTEXTE, OBJECTIFS ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

4.1.1 Contexte politique, socio-économique et culturel

La lutte contre la pauvreté est la pierre angulaire de la politique de développement du gouvernement béninois. Depuis quelques années, il a été perçu la nécessité de maîtriser le phénomène, ses manifestations et les mécanismes de sa reproduction afin de le réduire sensiblement. La pauvreté est un phénomène multidimensionnel et ses facteurs déterminants sont multiples et variés. Au nombre de ces facteurs, figure le niveau élevé de la fécondité. La taille du ménage est un facteur déterminant de la pauvreté : plus la taille est grande, plus le niveau de pauvreté est élevé. Concernant ce dernier point la relation causale reste à établir : est-ce que le ménage est pauvre parce qu'il a une grande taille ou c'est parce qu'il est pauvre qu'il a une grande taille, toutes choses étant égales par ailleurs.

Les différentes données des Enquêtes Légères Après des Ménages (ELAM :) et des Enquêtes sur les Conditions de Vie en milieu Rural (ECVR 1995, 1999) ont permis d'établir le lien entre niveau de fécondité et niveau de pauvreté. En effet, les pauvres ont tendance à avoir une descendance nombreuse parce que l'enfant continue d'avoir de la valeur dans notre société.

L'enfant assure la descendance et pérennise la lignée. Société patrilinéaire et virilocale, elle accorde plus de valeur au garçon qu'à la fille. La recherche de l'enfant mâle conduit quelquefois les femmes à avoir beaucoup d'enfants. Ce comportement n'est pas le seul fait de la femme ; en effet, l'homme améliore son statut social s'il a une descendance nombreuse et si cette dernière est uniquement composée de garçons.

Outre cet aspect, l'enfant est un don de Dieu et seul celui qui a la bénédiction divine peut en avoir en nombre important. Cette vision de l'enfant induit des comportements natalistes, conduisant ainsi à une faible prévalence contraceptive. L'enfant est une sécurité sociale et une sécurité vieillesse. Dans le système de santé actuel où il n'existe pas encore la culture de la solidarité en matière de santé, l'assurance maladie est garantie par les enfants qui doivent prendre en charge toutes les dépenses de santé même lorsqu'ils n'ont pas les moyens. L'enfant par devoir moral est quelquefois obligé de s'endetter pour assurer la santé de ses parents. Celui qui n'a pas d'enfant, se voit délaissé parce que la grande famille solidaire et omnipotente est en train de disparaître pour laisser la place à la famille nucléaire ou réduite.

Pour saisir les opportunités sur le marché de travail, la femme doit pouvoir disposer de son temps et être instruite. Son niveau actuel d'instruction (72% des femmes sont analphabètes selon le RGPH3, 2002) et sa propension à procréer la confinent dans le secteur informel, secteur dans lequel elle arrive à concilier facilement son emploi de temps domestique avec une activité génératrice de revenus.

Le secteur informel est le secteur où les femmes se retrouvent en majorité. En 1999, ce secteur contribue pour 68,8% au PIB au prix du marché avec une part importante provenant des femmes du secteur de la petite industrie agroalimentaire et de la restauration. Mais le faible niveau d'instruction de la femme reste un des handicaps majeurs pour son émancipation et pour la mise en application des stratégies de la santé de la reproduction.

Depuis la conférence internationale sur la population de Mexico (1984), les autorités politiques du Bénin ont officiellement manifesté leur volonté de promouvoir la Santé Maternelle et Infantile par la disponibilité de la planification familiale dans les centres de santé. Cette volonté,

soutenue par les partenaires au développement, s'est traduite par la mise en œuvre, depuis 1992, du projet Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale (SMI/PF) et l'élaboration et la mise en œuvre de la Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) en mai 1996 qui préconise une fécondité responsable. Ce qui a conduit à promouvoir la Santé de la Reproduction.

Le souci de l'intégration des variables démographiques à la planification du développement doit être à la base de toute politique de développement. C'est pourquoi l'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle permet d'examiner la relation entre les divers indicateurs du développement socio-économique et la dimension de la famille.

De plus, elle offre aux programmes de planification familiale la possibilité d'apprécier les efforts accomplis vis-à-vis des comportements face à la santé maternelle et à la santé reproductive des adolescentes à partir de l'évaluation des niveaux et tendances de la fécondité calculés. Les indicateurs obtenus ont conduit à l'établissement des cartes de fécondité qui permettent d'apprécier les variations des niveaux et tendances de fécondité au niveau des départements et de moduler ainsi les éléments des politiques de population. Cette photographie de la fécondité au niveau local est un puissant outil de définition de stratégies pour les responsables des politiques de population et ne peut être obtenu qu'à travers le recensement.

4.1.2. Objectifs général et spécifiques

4.1.2.1. Objectif général

L'analyse des données sur la fécondité collectées lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2002 (RGPH3) et l'analyse comparée des résultats des observations passées doivent permettre de satisfaire l'essentiel des besoins en données sur la fécondité liées à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, projets et programmes de santé reproductive.

4.1.2.2-Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, l'analyse vise à :

- apprécier le niveau et les tendances de la fécondité au Bénin ;
- mesurer l'ampleur de la fécondité des personnes à risque (adolescentes et personnes âgées de 35 ans et plus) ;
- analyser la fécondité différentielle à partir des facteurs individuels.

4.1.3-Approche méthodologique

4.1.3.1. Sources de données

Plusieurs sources de données seront utilisées pour apporter des éléments de comparaison aux indicateurs calculés. Il s'agit principalement de :

- L'Enquête fécondité de 1982 (EFB, 1982) ;
- Le Recensement de 1992 (RGPH2, 1992) ;
- L'Enquête Démographique et de Santé de 1996 (EDSB-I, 1996) ;
- L'Enquête Démographique et de Santé de 2001 (EDSB-II, 2001) ;

4.1.3.2. Concepts et définitions

Les concepts et définitions permettront d'avoir une meilleure compréhension des indicateurs qui seront calculés.

Naissance vivante

Est considérée comme une naissance vivante, tout enfant ayant présenté un signe quelconque (cris, battement de cœur...) de vie à la naissance, même s'il est décédé par la suite.

Taux Brut de Natalité (TBN)

Le taux brut de natalité est le nombre de naissances annuelles pour 1000 habitants. IL est calculé en rapportant les naissances des douze derniers mois à la population moyenne de l'année.

Taux Global de Fécondité Générale

Il se définit comme le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer (15-49 ans). Dans le cadre de cette étude, il sera obtenu en rapportant les naissances vivantes des douze derniers mois à l'effectif moyen des femmes en âge de procréer.

Taux spécifique de fécondité

Encore appelé taux de fécondité générale par âge, il se calcule pour un groupe d'âge donné en rapportant les naissances vivantes enregistrées par ce groupe au cours des douze derniers mois, à l'effectif du même groupe en milieu de période.

Indice Comparatif de Natalité

Utilisé en lieu et place du taux brut de natalité pour les comparaisons dans le temps et dans l'espace, l'indice comparatif de natalité est la moyenne arithmétique pondérée des taux de fécondité générale par âge, les coefficients de pondération étant la structure par âge d'une population retenue comme population-type. Dans le cadre de cette analyse, la population type sera celle du Bénin.

Somme des naissances réduites

Appelée souvent indice synthétique de fécondité ou encore descendance du moment, elle représente le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme au terme de sa vie féconde (à l'âge de 50 ans), si elle était soumise, à chaque âge, aux différents taux actuels de fécondité. Elle est égale à la somme du produit des taux de fécondité par groupe d'âge et des amplitudes correspondantes.

Lorsque les groupes d'âge sont d'amplitude égale, la somme des naissances réduites est égale à la somme des taux de fécondité générale par groupe d'âge multipliée par l'amplitude des groupes d'âges.

Contribution relative à la descendance du moment

Elle s'obtient en rapportant les naissances réduites du groupe d'âge considéré à l'indice synthétique de fécondité et est exprimée le plus souvent en pourcentage.

Parité moyenne

La parité moyenne est le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme. Elle est calculée pour un groupe donné de femmes et s'obtient en rapportant le nombre total de naissances vivantes de ces femmes à leur effectif.

Lorsque les femmes considérées sont en fin de vie féconde c'est-à-dire âgée de 50 ans ou plus, on parle de descendance finale.

Indice de stérilité définitive

La stérilité peut être définie comme la situation d'une femme ou d'un homme incapable de procréer. Dans le cas d'espèce, seule la stérilité féminine sera considérée. Cette stérilité peut être primaire (aucune grossesse) ou acquise (la stérilité survient après une ou plusieurs grossesses).

Le pourcentage de femmes n'ayant eu aucune naissance vivante à 50 ans et plus servira à mesurer le niveau de stérilité. Cet indicateur est biaisé dans la mesure où il prend aussi en compte les femmes ayant donné jour à des morts-nés.

Probabilité d'agrandissement

La probabilité d'agrandissement de (n-1) à n enfants notée (a_{n-1}) est obtenue en rapportant le nombre de femmes ayant eu exactement n enfants nés vivants au nombre de femmes ayant exactement (n-1) enfants nés vivants. Par exemple, la probabilité d'agrandissement de 0 à 1 enfant (a_0) est obtenue en rapportant le nombre de femmes ayant eu exactement un enfant né vivant au nombre de femmes qui ont déclaré n'avoir jamais eu d'enfants nés vivants (femme ayant exactement 0 enfant né vivant).

Infécondité

C'est l'absence de naissances, généralement de naissances vivantes chez une femme, un homme ou un couple. L'infécondité peut être une conséquence de la stérilité ou bien être une infécondité volontaire résultant du recours à la contraception, à l'avortement, voire à l'abstinence

4.1.3.3. Description et examen critique des données

4.1.3.3.1 Sur la natalité

Le seul concept utilisé pour recueillir les données sur la natalité au cours du RGPH3 concerne les naissances survenues depuis le 1^{er} janvier 2001 c'est-à-dire, les naissances vivantes issues des femmes résidentes âgées de 10 ans et plus du ménage. Le contenu de ce concept n'a pas changé entre les deux derniers recensements (RGPH 2 et 3). En ce qui concerne les deux Enquêtes Démographiques et de Santé du Bénin (EDSB-I et II), la question relative aux naissances des douze derniers mois n'a pas été posée.

Comme en 1992, la question relative aux naissances vivantes des douze derniers mois semble a priori imprécise. Au fait, le dénombrement ayant démarré effectivement le 15 février 2002,

on devrait poser la question en référence au 15 février 2001 pour rester rigoureusement dans la logique des douze derniers mois. Le choix du 1^{er} janvier 2001 constituant une référence notoire, a été certainement opéré afin d'éviter les surévaluations et les sous-évaluations dues aux effets de télescopage. Les données collectées à cet effet, correspondent à une période de 14 mois environ.

Etant donné que les naissances vivantes et les décès sont saisonniers, on aurait pu extraire de ces données, celles relatives aux naissances survenues au cours des douze derniers mois précédant le dénombrement par groupe d'âge des mères si le rattachement des enfants à leurs mères respectives était possible. Malheureusement, tel n'est pas le cas. Pour contourner cette difficulté, on fait l'hypothèse d'une répartition uniforme des naissances vivantes survenues au cours des 14 mois précédant le dénombrement. Sur la base de cette hypothèse, les données ont été annualisées (ramenées à février 2001) afin de respecter le principe des douze mois avant le dénombrement. Pour ce faire, elles (les données) sont multipliées par un facteur (12/14). Il en est de même des décès des enfants de moins d'un an survenus depuis le 1^{er} janvier 2001.

4.1.3.3.2 Sur la fécondité

Les concepts utilisés pour recueillir les données sur la fécondité au cours du RGPH3 sont le nombre total d'enfants nés vivants et les naissances survenues depuis le 1^{er} janvier 2001 (déjà défini plus haut).

La définition du nombre total d'enfants nés vivants) n'a pas changé entre les deux derniers recensements (RGPH2 et 3). Il en est de même des deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS I et II) et de l'Enquête Socio-Anthropologique sur la Fécondité et la Mortalité au Bénin (ESAFEM).

La méthode de recueil d'informations sur la fécondité est pratiquement la même entre le RGPH3 et le RGPH2. En effet, pour obtenir le nombre total d'enfants nés vivants la question suivante a été posée : combien d'enfants nés vivants avez-vous eus ?

S'agissant des EDSB-I et II, le nombre d'enfants nés vivants que les femmes ont eues au cours de leur vie n'a été saisi qu'indirectement à partir de la somme des réponses aux questions suivantes :

- combien de fils/filles vivent avec vous?
- combien de fils/filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous?
- combien de garçons/filles sont décédé(e)s?

4.1.3.4 Population cible

Les populations qui se prêtent à l'évaluation sont celles relatives :

- aux effectifs des femmes résidentes en âge de procréer par groupe d'âge,
- au nombre d'enfants nés vivants par sexe et par groupe d'âge des femmes,
- au nombre de naissances des douze derniers mois par sexe et par groupe d'âge.

4.1.3.5. Analyse de vraisemblance

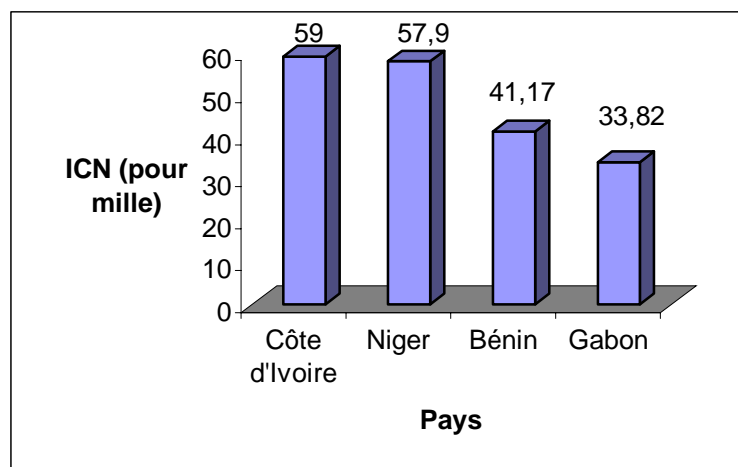
L'évaluation des données brutes sur la natalité et la fécondité issues du RGPH3 révèle que ces données sont d'une qualité meilleure à celles issues du RGPH2 en raison des résultats des différents tests de détection des erreurs effectués. Ceci a été d'ailleurs confirmé par l'analyse de vraisemblance des indicateurs obtenus à partir des données du RGPH3. En effet, les

contrôles internes (comparaison des indicateurs issus du RGPH3 à ceux provenant d'autres sources de données plus ou moins fiables telles que l'EFB, le RGPH2, les ESDB, etc.) et les contrôles externes (comparaison des indicateurs issus du RGPH3 à ceux des pays voisins ou à ceux des pays ayant quasiment les mêmes caractéristiques économiques que le Bénin comme le Togo, le Niger, la Côte d'Ivoire le Cameroun, le Gabon, etc.) ont montré que les données relatives à la natalité et la fécondité sont globalement d'une qualité indéniable.

En effet, Le taux brut de natalité (TBN) obtenu à partir des données du RGPH3 est estimé à 41,17 ‰, soit environ 41 naissances vivantes survenues pour 1000 habitants au cours des douze derniers mois. Cette valeur du TBN est en dessous des valeurs du TBN calculées à partir des données du RGPH2 (47,40 ‰) et des données issues de la première Enquête Démographique et de Santé du Bénin de 1996 (42,40 ‰). Ceci dénote une baisse de la natalité au Bénin au cours des dix dernières années.

La comparaison avec les pays voisins est faite à l'aide de l'indice comparatif de natalité (ICN) avec comme population-type, la structure de la population béninoise. Sur cette base, le Bénin affiche un ICN (41,17‰) qui est inférieur à celui de la Côte d'Ivoire (59,00 ‰) en 1998-1999, du Niger (57,90 ‰) en 1998, pays dont le niveau de fécondité est l'un des plus élevés de la sous-région. L'ICN issu du RGPH3 est supérieur à celui du Gabon (33,82 ‰ en 2000) où le niveau de fécondité est bas (confère graphique 4.1.1).

Graphique 4.1.1 : Indice comparatif de natalité (ICN) par pays



4.2 - LA NATALITE

La natalité est appréhendée à travers le taux brut de natalité qui est obtenu en rapportant les naissances des derniers mois à la population moyenne de l'année. Toutes les naissances issues des femmes de 15 à 49 ont été prises en compte. L'intérêt accordé à la tranche 10-14 ans réside dans le fait qu'elle permet de mesurer la contribution des adolescentes précoces au niveau et tendance de la natalité, étant entendu qu'il y a une précocité des rapports sexuels des jeunes dans un contexte de leur sensibilisation sur la Santé de la Reproduction.

4.2.1. Niveau actuel et tendance de la natalité

Le taux brut de natalité¹ est un indicateur du niveau de la natalité estimé en 2002 à 41,17 ‰. La contribution des adolescentes précoces (10-14 ans) au TBN est assez faible : 0,23 ‰ ; ce qui amène le TBN des femmes de 10-49¹ ans à 41,40 ‰.

Le TBN est un mauvais indicateur du niveau de natalité d'un pays car il est tributaire de la structure de la population concernée. A ce titre, il se prête très mal aux analyses comparatives. Pour éliminer le biais relatif à la structure par âge, l'indice comparatif de natalité sera utilisé en lieu et place du taux brut de natalité dans les analyses relatives aux milieux de résidence, aux départements et aux périodes.

La comparaison des taux bruts de natalité de 1992 et de 2002 à l'aide de la méthode de standardisation montre un net recul du nombre de naissances au cours des 12 derniers mois précédant le recensement. C'est le signe d'une amorce de la baisse de la fécondité. Pour les femmes de 15-49 ans au RGHP3 (2002), le TBN qui s'élève à 41,17 ‰, est en nette régression par rapport au ICN de 1992 qui est de 47,94 ‰ pour les femmes de 15-49 ans ; soit un écart de près de 7 points sur 10 ans. Nous pouvons, à partir de ces données affirmer que le Bénin, comme d'autres de pays en Afrique au Sud du Sahara, a amorcé la phase de la baisse de la fécondité, étape très importante dans la transition démographique.

4.2.2 Evolution entre 1992 et 2002

La baisse du TBN constatée est déjà amorcée depuis la première enquête démographique et de santé de 1996. En effet, en 1996 le TBN, était de 42,40 ‰ pour la population de femmes des 15-49 ans contre 47,40 ‰ au RGHP2 (1992).

4.2.3 Différences régionales de la natalité

Les différences régionales de la natalité seront appréciées à travers les indices comparatifs de natalité qui ont l'avantage d'être débarrassés des effets de structure. Cette partie de l'analyse apportera des indicateurs pour une meilleure compréhension de la situation au niveau de chaque zone d'étude : département et milieu de résidence.

¹ Les données de base pour le calcul du TBN sont consignés dans les tableaux I et II de l'annexe.

¹ : Pour l'analyse dynamique de la natalité et de la fécondité, la population de femmes considérées est celle de 15-49 ans. Toutefois, toutes les analyses qui ne se prêtent pas à une comparaison avec d'autres bases de données seront faites pour les femmes de 10-49 ans de manière à mesurer la contribution des jeunes filles au niveau et tendance actuelle de la natalité et de la fécondité.

4.2.4 Natalité différentielle selon le milieu de résidence

Le taux brut de natalité s'élève à 45,01 ‰ dans le milieu rural contre 35,11 ‰ dans le milieu urbain pour les femmes de 15-49 ans. Cette différence de comportement de natalité entre les deux milieux de résidence devient plus significative à structure de population égale.

Il y a un écart de 15 points entre le milieu urbain et le milieu rural aussi bien lorsqu'on considère la population des femmes de 10-49 ans que lorsqu'on considère celle de 15-49 ans (cf. tableau 4.2.1.).

Tableau 4.2.1: Taux brut de natalité selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Indice Comparatif de fécondité (ICN)		Taux brut de natalité (TNB)	
	ICN en ‰ (10-49 ans)	ICN en ‰ (15-49 ans)	TBN en ‰ (10-49 ans)	TBN en ‰ (15-49 ans)
Urbain	32,66	32,50	35,11	34,94
Rural	47,89	47,60	45,28	45,02
Ensemble	41,40	41,17	41,4	41,17

Cette forte natalité dans le milieu rural dénote la persistance de l'intérêt accordé à l'enfant dans ce milieu (cf. tableau 4a1 de l'annexe) malgré le niveau croissant de la pauvreté.

Les disparités de comportement de natalité restent très vivaces entre les milieux de résidence même si la natalité a baissé entre les deux recensements dans chaque zone. En effet, l'ICN est passé de 48,12 ‰ en 1992 à 47,60 ‰ en 2002 en milieu rural tandis qu'en milieu urbain, il est passé de 45,66 ‰ en 1992 à 32,50‰ en 2002. La baisse de l'ICN est d'environ 0,52 points en 10 ans en milieu rural contre près de 13,16 points en milieu urbain.

4.2.5 Différentielle de natalité selon le département de résidence

La classification des départements selon leur niveau d'ICN permettra d'avoir des indicateurs fiables de situation au niveau de chaque département. Les départements ont été classés par ordre croissant (du plus faible niveau d'ICN au plus élevé).

Les données révèlent que les départements à faible niveau d'ICN sont au sud du Bénin. Les départements du Littoral et de l'Ouémé viennent en première position suivis du Mono. Cette position du département du Mono dans le classement suscite une recherche des facteurs déterminants de la baisse constatée. Le département à plus fort niveau de natalité est l'Alibori.

Tableau 4.2.2 : Classification des départements selon le niveau de l'ICN

Indice Comparatif de Fécondité			
	ICN en ‰	Rang	TBN en ‰
Littoral	23,36	1 ^{er}	29,41
Ouémè	36,28	2 ^{ème}	38,85
Mono	38,64	3 ^{ème}	36,34
Plateau	39,07	4 ^{ème}	40,34
Atlantique	40,62	5 ^{ème}	41,61
Donga	42,23	6 ^{ème}	38,75
Zou	42,65	7 ^{ème}	41,92
Couffo	42,71	8 ^{ème}	42,34
Collines	46,34	9 ^{ème}	44,08
Borgou	50,24	10 ^{ème}	46,10
Atacora	51,32	11 ^{ème}	46,29
Alibori	53,52	12 ^{ème}	47,70

Au sein des départements, les communes à statut particulier se distinguent de l'ensemble du reste du département. L'influence de l'urbanisation est plus perceptible dans le département du Borgou où la ville de Parakou se démarque nettement du reste du département : ICN 25,91 ‰ contre 50,24 ‰ pour le département du Borgou qui occupe la 10^{ème} place.

La comparaison du niveau de l'ICN des communes à statut particulier confirme un changement de comportement en matière de fécondité plus avancé dans le Sud du Bénin que dans le septentrion.

Tableau 4.2.3 : Classification des communes à statut particulier selon le niveau de l'ICN

Département	Indice Comparatif de fécondité (ICN)		Taux brut de natalité (TNB)
	ICN en ‰	rang	TBN en ‰
Cotonou	23,41	1 ^{er}	29,40
Porto-Novo	25,91	2 ^{ème}	28,53
Parakou	33,6	3 ^{ème}	34,86

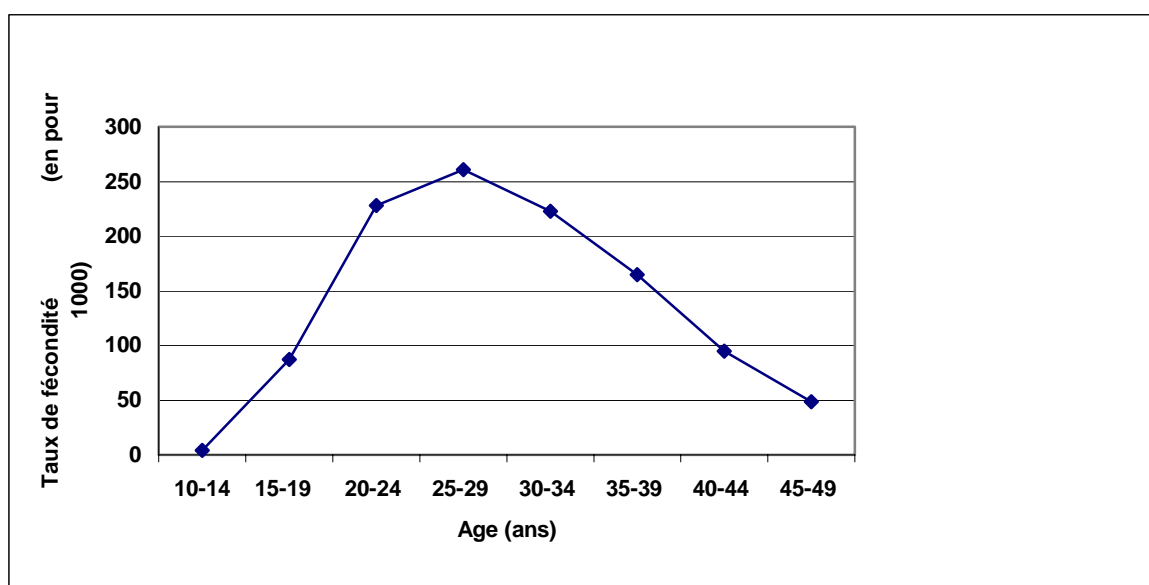
4.3 - LA FECONDITE AU BENIN

Une mesure plus fine du niveau de procréation dans un pays consiste à mettre en balance les naissances des douze derniers mois et l'effectif des femmes en âge de procréer. Ce taux est moins sujet aux effets de la structure par âge de la population car les tranches d'âge considérées (généralement 15-49 ans), sont celles dans lesquelles les structures sont les plus stables. Par conséquent, il peut se prêter aux analyses différentielles de fécondité, c'est-à-dire le nombre d'enfants par femme.

4.3.1 Niveau et structure de la fécondité

4.3.1.1. Structure par groupe d'âge

Graphique 4.3.1. : Evolution du taux de fécondité par âge



L'allure de la courbe des taux de fécondité observés selon l'âge des femmes peut permettre de déceler des erreurs dues à une mauvaise déclaration des naissances ou de l'âge de ces femmes.

L'allure classique de la courbe de la fécondité du moment généralement observée dans les pays à forte fécondité se présente comme suit : elle est croissante entre 15 et 29 ans et décroissante au-delà de ces âges. Lorsque la fécondité n'est pas contrôlée, cette courbe a une forme convexe atteignant son niveau maximum entre 20-29 ans (Henry, 1992).

La courbe des taux de fécondité du moment du Bénin (RGHP3, 2002) répond aux schémas classiques de fécondité décrits ci-dessus. En effet, il est noté une croissance accélérée de 10-19 ans à 20-24 ans et ralentie entre 20-24 ans et 25-29 ans, le niveau maximum étant atteint entre 25-29 ans (261 ‰). A partir de 30 ans, il y a un renversement de la tendance et une baisse sensible de la fécondité est observée à partir de 40 ans pour atteindre un minimum de 48 ‰ (lorsqu'on écarte le taux de fécondité des 10-14 ans qui est de 4 ‰).

Tableau 4.3.1.: Principaux Indicateurs de la fécondité au niveau national

Age de la mère	Taux de fécondité observé	Somme des naissances réduites (15-49 ans)	Descendance atteinte
Total	0,1401		2,21
15-19 ans	0,0871	0,44	0,36
20-24 ans	0,2279	1,58	1,33
25-29 ans	0,2606	2,88	2,63
30-34 ans	0,2228	3,99	3,86
35-39 ans	0,1649	4,82	4,82
40-44 ans	0,0945	5,29	5,47
45-49 ans	0,0483	5,53	5,81
ISF	5,53		
TBR	2,70		
TGFG (‰)	174,14		
AMM	30,34		

La descendance atteinte à chaque âge exact est calculée à partir de la série des taux par groupe d'âges sous l'hypothèse d'une cohorte fictive dont la vie génésique serait semblable à chaque âge à celle décrite par les divers taux de fécondité jusqu'à 50 ans.

- **L' Indice synthétique de fécondité (ISF)** est une mesure du niveau de la fécondité actuelle car elle permet de répondre aussi exactement que possible à la question : combien d'enfants les femmes pourraient-elles avoir aujourd'hui en moyenne. Au niveau global, il est estimé à 5,53 enfants par femme.

Il convient de noter également que le niveau de fécondité au Bénin mesuré par l'ISF est en dessous de l'ISF du Niger en 1998 (7,5), voisin de celui observé au Togo (5,4 en 1998), et supérieur à ceux du Cameroun et de la Côte d'Ivoire (5,2 en 1998) et à celui du Gabon (4,3 en 2000) obtenus à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé.

- Le **Taux Global de Fécondité Générale (TGFG)** est estimé à 174,14 ‰ au RGPH3 alors qu'il a été estimé à 202,0 ‰ en 1992 (RGPH2), soit une baisse de 28 points sur 10 ans.

Comparé à ceux enregistrés dans les pays voisins à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé, le TGFG issu du RGPH3 est en dessous du TGFG du Niger (257,0 ‰) pays dont le niveau de fécondité est l'un des plus élevés de la sous-région. En outre, le TGFG du Bénin est légèrement supérieur à celui de la Côte d'Ivoire (176,0 en 1998) et à celui du Gabon (153,0 ‰ en 2000).

- **L'âge moyen à la maternité** est le rapport entre le cumul des âges pondérés par les taux de fécondité correspondants par âge et la somme de ces taux. Le cumul de ces âges entre 15 et 49 ans. Il est évalué à 30,34 ans à partir des données brutes du RGPH3

alors qu'il était de 28,8 ans en 1992 (RGPH2). On constate un recul de l'âge moyen à la maternité de 1,5 ans environ en dix ans.

4.3.1.2. Contribution relative des groupes d'âges à la descendance du moment

Il ressort du tableau 4.3.2 que les femmes de moins de 35 ans contribuent à environ près des trois quarts à la descendance du moment (72,3%), le reste (27,7%) représentant la contribution des femmes âgées à risque de décès maternel (35-49 ans). Il faut noter que les adolescentes (15-19 ans) ne contribuent qu'à 8,2% de la descendance du moment tandis que les femmes âgées de 20-29 ans y contribuent à 44,2%.

Tableau 4.3.2 : Contribution relative des groupes d'âges à la descendance du moment

Ages (ans)	Descendance atteinte	Contribution à la descendance du moment (%)
15-19	0,44	7,9
20-24	1,14	20,6
25-29	1,30	23,6
30-34	1,11	20,1
35-39	0,82	14,9
40-44	0,47	8,5
45-49	0,24	4,4
TOTAL	5,53	100,0

4.3.2 Fécondité différentielle

Les comportements de fécondité sont très influencés par les caractéristiques socio-démographiques, socioculturelles et socioéconomique à savoir le milieu de résidence, le département de résidence, le niveau d'instruction, l'ethnie, la religion, le statut dans l'emploi, etc.

4.3.2.1. Selon le milieu de résidence

Le milieu de résidence est un facteur différentiel de la fécondité. Les comportements de fécondité sont très liés au type d'activité relatif à l'environnement dans lequel se trouvent les femmes. De façon générale les femmes sont moins instruites dans le milieu rural qu'en ville, ce qui leur permet de se marier plus tôt. Outre cela, la valorisation du statut de la femme par le nombre d'enfants est encore plus vivace dans le milieu rural que dans le milieu urbain, car les femmes du milieu rural ont un statut moins valorisant dû à leur niveau d'instruction et leur pouvoir d'achat faibles. La femme qui réside au village a donc en moyenne un enfant environ de plus que sa sœur de la ville : 6,36 enfants par femme en milieu rural contre 4,4 en milieu urbain.

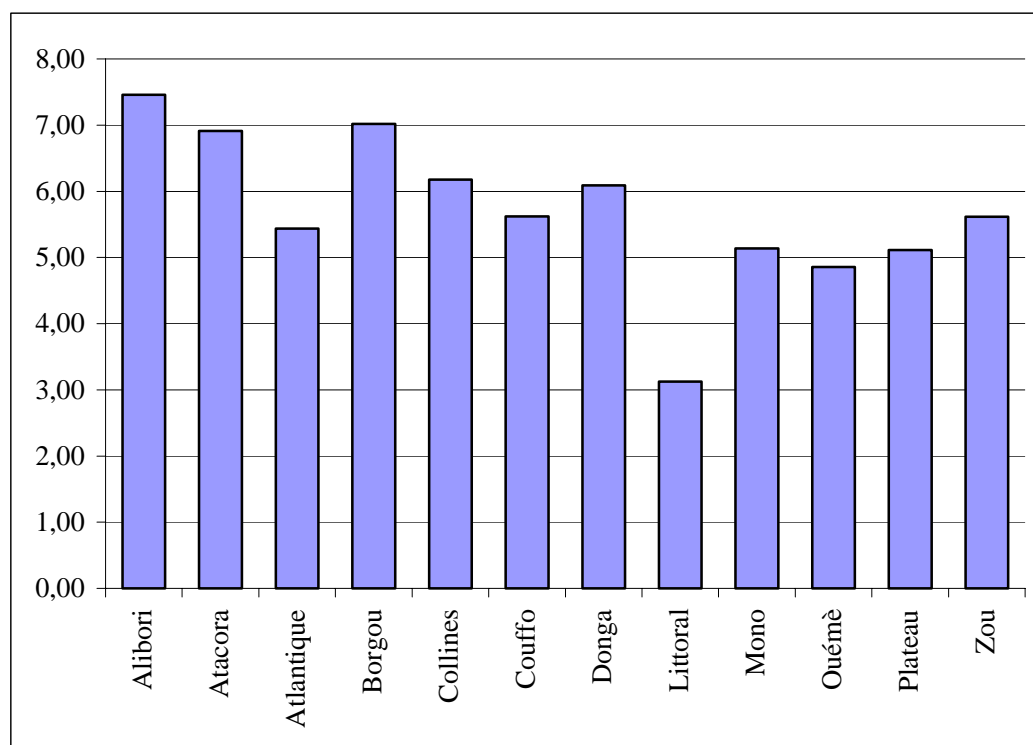
Tableau 4.3.3 : Principaux Indicateurs de la fécondité
selon le milieu de résidence

Age de la mère	Rural	Urbain	Ensemble
15-19 ans	0,1159	0,0525	0,0871
20-24 ans	0,2709	0,1719	0,2279
25-29 ans	0,2895	0,2194	0,2606
30-34 ans	0,2454	0,1909	0,2228
35-39 ans	0,1847	0,1356	0,1649
40-44 ans	0,1096	0,0714	0,0945
45-49 ans	0,0554	0,0377	0,0483
ISF (15-49)	6,36	4,40	5,53
TGFG (%o)	201,63	136,55	174,14
TBR	3,10	2,14	2,70
TBN	45,01	35,11	41,17
AMM (ans)	30,10	30,63	30,34

4.3.2.2 Selon le département de résidence

Hormis le comportement différentiel, milieu rural et milieu urbain, on constate que l'appartenance à un département influence également le comportement en matière de fécondité. Ceci est dû au fait que certains départements sont à dominance soit rural soit urbain. Les départements dans lesquels les niveaux de fécondité sont plus élevés : Alibori (7,45 enfants par femme) et l'Atacora (6,90 enfants par femme) se retrouvent dans le septentrion où les taux de scolarisation et d'urbanisation sont les plus faibles.

Graphique 4.3.2 : Indice synthétique de fécondité (ISF) générale selon le département de résidence en 2002



Par contre, le niveau de fécondité le plus bas se retrouve dans le département du Littoral : 3,60 enfants par femme. Ce département est le plus urbanisé parce qu'il ne comporte que la ville de Cotonou, capitale économique et ville ayant la proportion de personnes et notamment des femmes les plus instruites. Dans cette ville, les mœurs sociales en matière de procréation tendent de plus en plus à se libéraliser. Par ailleurs, la garde des enfants par les membres de la famille ainsi que des tierces personnes devient presque impossible.

Les femmes ayant les niveaux d'instruction les plus élevés s'y retrouvent avec les contraintes de l'emploi formel. Elles sont plus enclines à adopter les méthodes contraceptives pour réduire leur niveau de fécondité.

4.3.2.3 Selon les caractéristiques socioculturelles et démographiques

Les caractéristiques socioculturelles et démographiques sont des facteurs déterminants des comportements procréateurs des populations. Elles influencent la décision d'avoir des enfants, par conséquent le nombre total d'enfants d'une femme. Ce sont entre autres : le niveau d'instruction, la religion, l'ethnie d'appartenance et l'état matrimonial.

4.3.2.3.1 Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction est l'un des facteurs déterminants du niveau de fécondité : il retarde l'âge à la maternité (à cause du temps passé dans le système scolaire). L'âge à la maternité augmente également avec le niveau d'instruction ; ce qui réduit la période d'exposition au risque de concevoir. Plus les femmes sont instruites, plus elles souhaitent que les enfants aient de meilleures conditions de vie et plus le nombre d'enfants est réduit.

Les femmes sans aucun niveau d’instruction ont 6,17 enfants par femme contre 2,33 pour celles qui ont le niveau supérieur. Entre 1992 et 2001, le niveau de fécondité des femmes sans instruction n’a pas connu une variation sensible : 6,40 en 1992 contre 6,17 en 2001. A l’opposé les femmes des autres niveaux d’instruction ont réduit leur descendance d’environ un enfant. Ceci est le signe que de nombreux changements socio-démographiques peuvent être obtenus grâce au développement de la scolarisation des filles.

Tableau 4.3.4: Principaux Indicateurs de la fécondité selon le niveau d’instruction

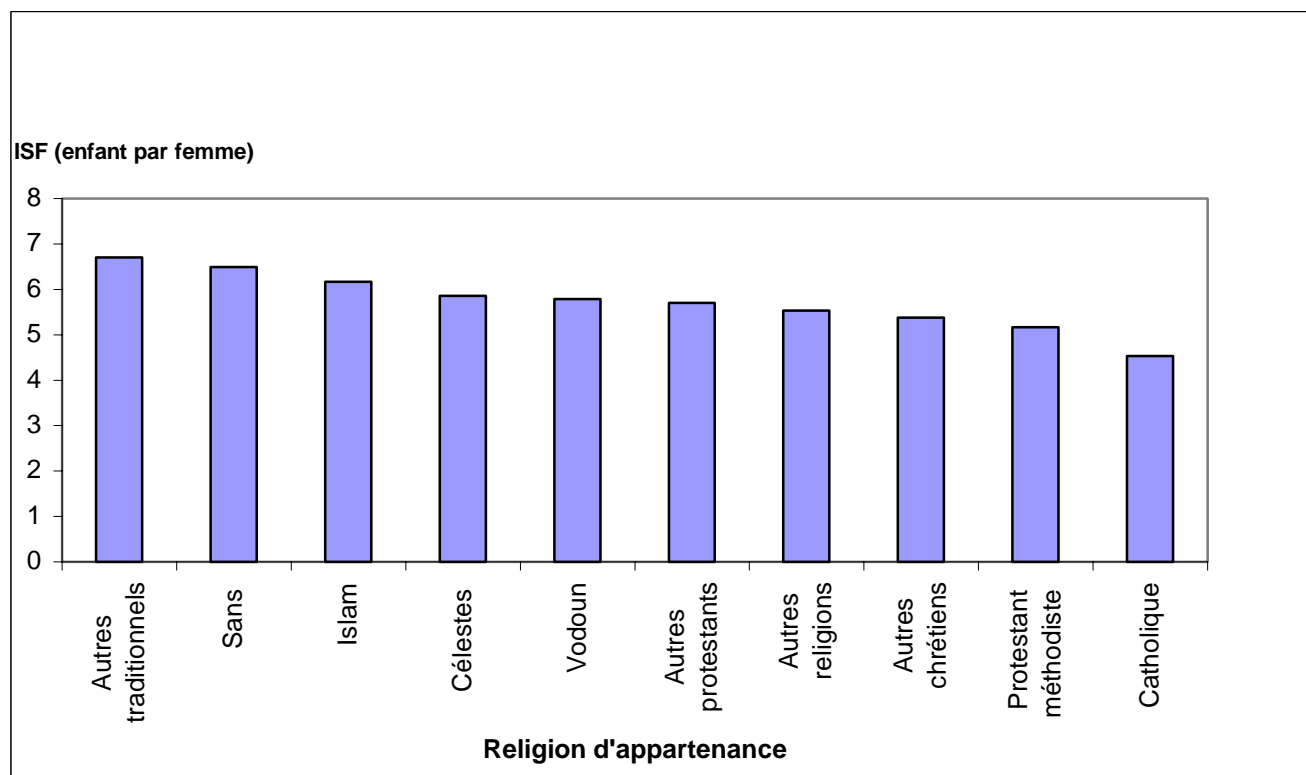
Age à la maternité	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur
15-19	0,5272	0,0487	0,0154	0,0190
20-24	1,6106	0,1955	0,0930	0,0335
25-29	2,9569	0,2326	0,1801	0,1054
30-34	4,2327	0,2017	0,1677	0,1552
35-39	5,1737	0,1436	0,1124	0,1010
40-44	5,7604	0,0706	0,0545	0,0379
45-49	6,0368	0,0332	0,0282	0,0131
ISF (15-49)	6,17	4,63	3,26	2,33
TBR	3,01	2,26	1,59	1,13
TGFG (‰)	196,41	146,08	86,82	71,91
AMM	29,90	30,42	31,68	32,36

Les femmes du niveau supérieur ont la descendance la plus faible : 2,33 enfants par femme de 15-49 ans avec l’âge à la maternité le plus retardé : 32,36 ans contre 29,90 ans pour les femmes sans instruction.

4.3.2.3.2 Religion d’appartenance

Les niveaux de fécondité les plus élevés se retrouvent chez les femmes des « autres religions traditionnelles » et les femmes n’appartenant à aucune religion : respectivement 6,70 et 6,49 enfants par femme. Par contre, le niveau de fécondité le plus bas est enregistré chez les femmes de la religion catholique (4,3 enfants par femme). En fait, Les femmes « sans religion » ont un comportement en matière de fécondité que l’on pourrait qualifier de naturel dans la mesure où il n’y a aucune prescription religieuse qui les contraigne à être nataliste ou antinataliste. Ce qui est surprenant, c’est le faible niveau de fécondité des femmes catholiques alors que la religion catholique est contre la contraception moderne et l’avortement. En principe ces femmes, si elles n’étaient pas influencées par d’autres facteurs, devraient avoir le niveau de fécondité le plus élevé. Mais la religion n’a pas un impact isolé sur le niveau de fécondité, elle interagit avec d’autres variables comme l’instruction et l’urbanisation. En effet, ces femmes catholiques se retrouvent en majorité dans le sud du Bénin, région où l’urbanisation et l’instruction sont les plus fortes.

Graphique 4.3.3: Indice synthétique de fécondité (ISF) selon la religion d'appartenance



Les femmes des autres religions chrétiennes : « protestant méthodiste », « autres protestants » et « autres chrétiens » ont des niveaux de fécondité presque identiques. En dehors des « autres religions traditionnelles » et des « sans religion », on serait tenté d'affirmer que l'Islam continue d'influencer à la hausse le comportement des femmes en matière de fécondité puisque les musulmanes ont en moyenne 6,17 enfants. Toutefois, la position de la religion musulmane par rapport à la contraception moderne varie d'une congrégation à une autre. De plus la majorité des femmes appartenant à cette religion se retrouve dans le septentrion, région où le niveau d'instruction reste encore faible par rapport à celui de la région du Sud.

Les femmes adeptes du culte « Vodoun » font moins d'enfants que celles des autres religions traditionnelles (5,79 enfants par femme) alors que leur âge moyen à la maternité est plus précoce : 29,66 ans contre 30,76 ans pour les femmes de la religion islamique chez qui cet âge est le plus tardif. La comparaison de ces deux groupes de femmes permet de conclure que les femmes adeptes du Vodoun commencent tôt leur vie féconde mais ont des méthodes d'espacement plus rigoureuses, alors les autres commencent tard sans prescriptions religieuses contre les méthodes contraceptives.

C'est le signe d'une organisation sociale bien structurée dans les sociétés traditionnelles. L'espacement des naissances était une pratique traditionnelle qui répondait au contexte environnemental mais qui est aujourd'hui altéré par les apports extérieurs. Toutefois, à l'intérieur des cercles traditionnels, certaines pratiques continuent d'être respectées, ce qui explique pourquoi le niveau de fécondité est plus bas chez les adeptes en dépit d'une entrée en vie féconde plus précoce.

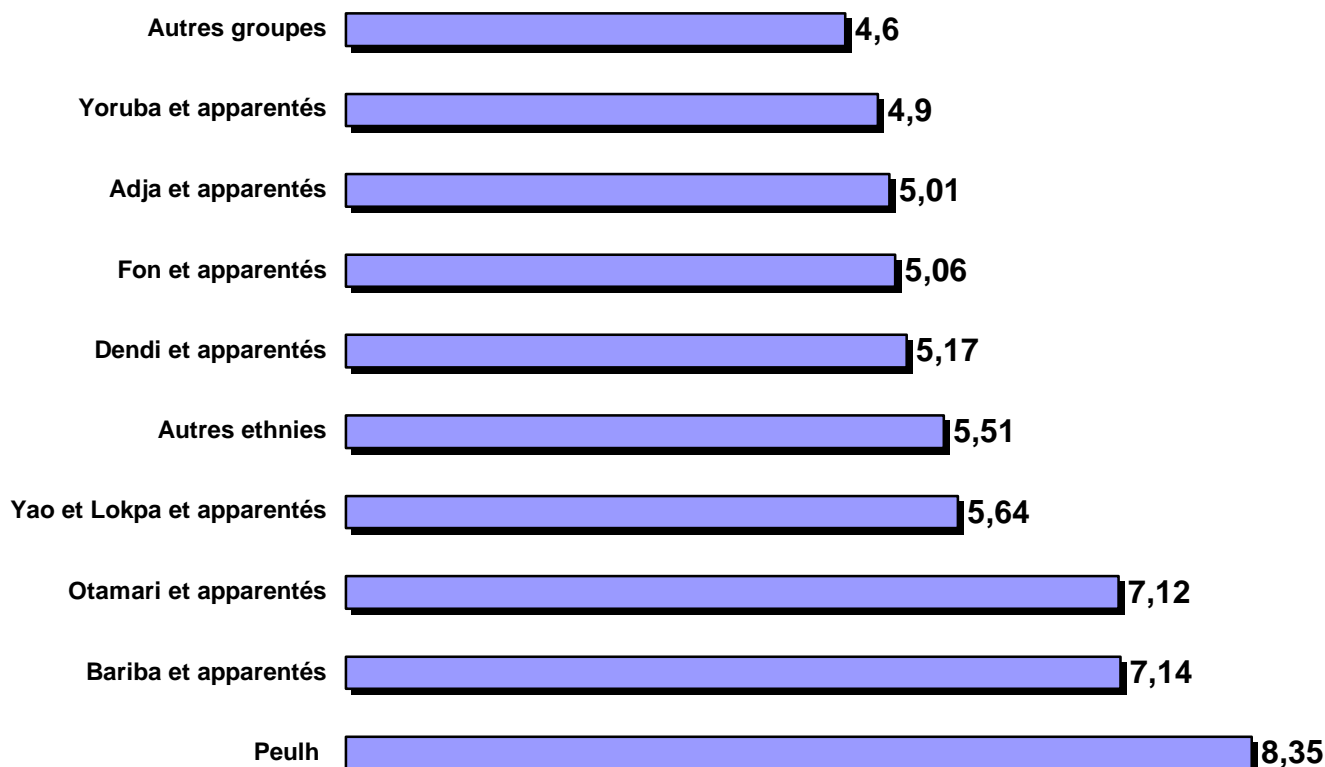
4.3.2.3.3 Ethnie d'appartenance

L'ethnie est une variable de différenciation fondamentale pour toute analyse de comportement démographique. En effet, c'est au sein de la cellule familiale que se transmettent les normes et valeurs de socialisation qui façonnent l'individu et déterminent ses comportements à l'âge adulte. Les normes traditionnelles des ethnies ont un impact sur le niveau de fécondité car l'enfant continue à avoir de la valeur à cause des multiples attentes qu'il doit assurer à l'âge adulte : l'enfant est une sécurité sociale et une sécurité vieillesse. Cependant, d'une ethnie à l'autre l'importance accordée à l'enfant n'est pas la même. Ainsi, alors que l'enfant améliore le statut social de la femme dans l'ethnie Fon, dans l'ethnie Yoruba il n'est important que pour accompagner les efforts faits par la femme pour assurer son autonomie financière (Attanasso, 1991). Ne dit-on pas souvent chez les Fons « Vidolé » et chez les Yorubas, c'est « Owo l'ègbon, Omo l'aburo ».

Compte tenu du fait que la société béninoise est patrilinéaire, la descendance mâle, quelle que soit l'ethnie améliore le statut social de la femme et par conséquent celui de l'homme. Cependant chez les Djerma (du groupe Dendi et apparentés) c'est la descendance féminine qui est valorisée. La recherche du sexe valorisé par chaque groupe social conduit quelquefois à une descendance finale nombreuse.

D'une manière générale, la femme Fon peut concevoir pendant toute sa période féconde (15-49 ans), alors que dans l'ethnie Yorouba et apparentés, la femme arrête de concevoir lorsque son enfant commence à avoir des enfants. Ce comportement influe sur le niveau de descendance finale des femmes Yorubas par rapport aux femmes des autres ethnies.

Graphique 4.3.4 : Indice synthétique de fécondité selon l'ethnie d'appartenance



Les résultats du tableau précédent confirment les normes identifiées au niveau de chaque ethnie. Ainsi, les femmes de l'ethnie Yoruba et apparentés ont une descendance du moment qui s'élève à 4,90 enfants par femme, très proche du niveau de descendance des femmes de la catégorie « autres groupes » composée généralement des étrangers vivant au Bénin. Outre les normes, qui en fait découlent du mode d'organisation sociale de chaque ethnie, l'activité exercée par la femme a également un impact sur sa descendance finale.

Le comportement en matière de fécondité des femmes Yorubas peut être aussi expliqué par leur forte implication dans le commerce international et la pratique plus tolérée de la polygamie. Cette polygamie, qu'on pourrait qualifier de polygamie d'arrangement leur laisse plus de liberté pour l'exercice de leur activité et leur permet facilement de concilier la vie de ménage avec cette liberté.

Les niveaux de fécondité les plus élevés se retrouvent chez les femmes vivant au nord du Bénin, et plus particulièrement chez les femmes Peulh et apparentés : 8,35 enfants par femme. Ce niveau de descendance peut être expliqué par leur faible niveau d'instruction et le mode de vie itinérant. Les enfants conduisent les troupes et font de la mendicité pour la survie de la famille. Plus il y aura d'enfants, mieux les rôles seront répartis.

Les groupes ethniques à forte fécondité se retrouvent dans le Borgou-Alibori et dans la Donga-Atacora. Dans le nord du Bénin le niveau d'instruction demeure toujours faible par rapport au niveau d'instruction de la population du sud. « Les personnes sans aucun niveau d'instruction sont minoritaires présentes dans les départements du Littoral (23,2% de l'effectif départemental de la population de référence) et de l'Atlantique (47,3% de l'effectif départemental de la population de référence). Elles sont majoritaires dans les populations de l'Alibori et de l'Atacora avec respectivement 79,7% et 74,1% des effectifs de référence de ces départements. C'est dans l'Alibori et l'Atacora que les femmes sont les plus nombreuses à être sans instruction (respectivement 83,4% et 81,5% des effectifs de référence » (RGPH3, 2002). Ceci a pour conséquence une précocité des mariages et une exposition au risque de concevoir plus grande.

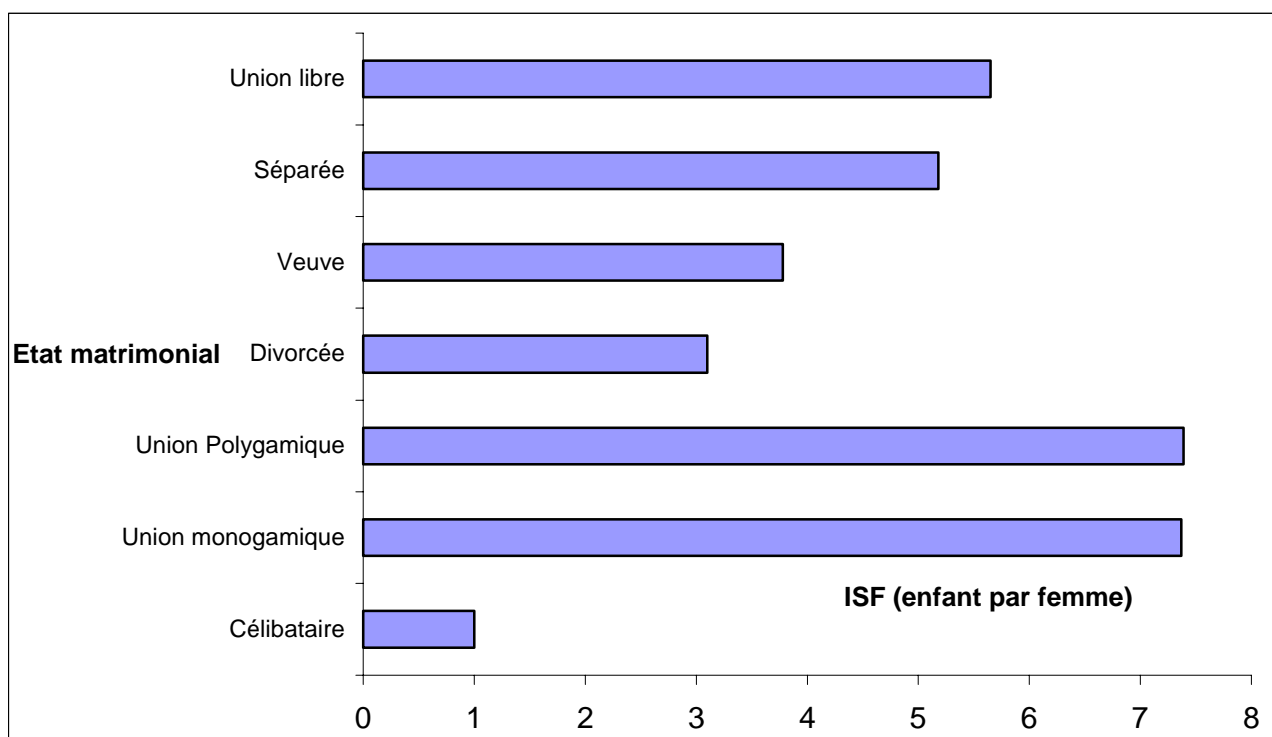
Comme dans le recensement de 1992, les niveaux de fécondité des femmes Fon et apparentés et Adja et apparentés sont voisins l'un de l'autre : 6,0 et 6,1 enfants par femme respectivement pour les Fon et les Adja en 1992 contre 5,06 et 5,01 enfants en 2002 ; soit pour ces deux ethnies, une baisse d'environ un enfant sur les dix ans.

4.3.2.3.4 Etat matrimonial

L'état matrimonial a été retenu comme variable discriminante à cause des différences de comportement qu'elle peut entraîner dans le nombre d'enfants. En effet, la décision de faire un enfant dépend d'un certain nombre de variables à savoir : la situation économique du ménage, le statut de l'union (monogame ou polygame), le type d'union (union libre, séparée).

Il est observé à partir des données du RGPH3 que le niveau de fécondité des célibataires est très faible (1 enfant par femme) contre 7,37 chez les femmes en union monogamique et 7,39 chez les femmes mariées en union polygamique.

Graphique 4.3.5 : Indice synthétique de fécondité (ISF) selon l'état matrimonial



La fécondité des femmes célibataires est différente de celle des autres du fait de la faible prévalence des conceptions hors mariage parce que la grossesse conduit souvent à l'union et aussi parce que le mariage continue d'être précoce et universel : très peu de femmes restent dans le célibat définitif au Bénin (2%, RGPH3).

De l'observation des résultats, on peut regrouper les femmes en trois catégories à partir de leur comportement en matière de fécondité :

- les femmes mariées à des monogames ou à des polygames,
- les femmes divorcées et veuves,
- et les femmes vivant séparée et en union libre.

Les femmes mariées, soit en union monogamique, soit en union polygamique, ont des taux globaux de fécondité générale qui se rejoignent : 243,29 ‰ et 218,30 ‰ avec un nombre d'enfants par femme presque identique : respectivement 7,37 et 7,39 enfants par femme. Ceci montre que le statut de l'union n'est pas trop déterminant du comportement en matière de fécondité de la femme. Il est communément admis que la compétition entre les épouses conduit ces dernières à avoir une descendance nombreuse. L'analyse des données de recensement ne confirme pas cette tendance. Les femmes vivant en union polygamique se comportent de la même manière que celles qui vivent en union monogamique.

C'est seulement au niveau de la grande polygamie : 4 épouses et plus que le niveau de fécondité est légèrement plus faible (6,31 enfants par femme). Cette grande polygamie est peut-être la cause de la sous fécondité de certaines épouses comme elle peut en être la conséquence. Dans les coutumes traditionnelles, l'infécondité dans le mariage est tolérée car elle n'entraîne pas le divorce. Ainsi, le recours à la polygamie permet à l'homme d'assurer sa descendance.

Autre fait marquant, c'est le comportement en matière de fécondité des femmes divorcées et veuves. Elles ont respectivement 3,10 et 3,78 enfants par femme. Ce qui permet de déduire que ces femmes n'ont pas atteint leur niveau de fécondité maximale avant la séparation d'avec le mari soit par veuvage ou divorce.

La dernière catégorie est constituée de femmes séparées ou vivant en union libre. Ces femmes qui ne se sont pas déclarées « non mariées » ont certainement une autonomie financière qui leur permet une certaine liberté d'agir. Elles ont un nombre d'enfants qui s'élèvent à 5,65 et 5,18 enfants par femme respectivement pour les femmes vivant en union libre et celles vivant en union séparée.

D'une manière globale, les femmes commencent leur fécondité au-delà de 25 ans. Chez les femmes célibataires, l'âge moyen à la maternité s'élève à 35,66 ans.

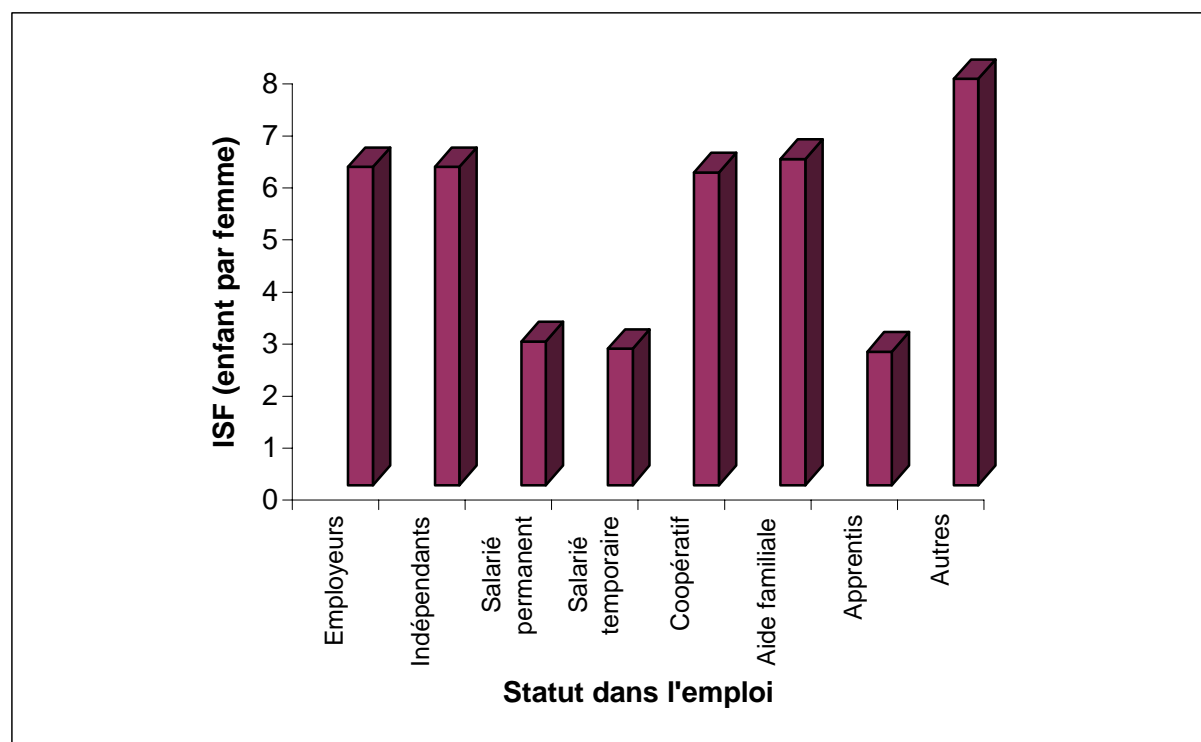
4.3.2.4 Selon les caractéristiques économiques¹ : statut dans l'emploi

Les caractéristiques économiques concernent essentiellement la profession et le statut dans l'emploi. Ces deux variables très corrélées avec le niveau d'instruction permettent d'apprécier la capacité financière de la femme ainsi que le degré de liberté qu'elle peut avoir dans la planification de sa descendance finale.

Au sein des secteurs de production se retrouvent différentes catégories de personnel à savoir : les employeurs, les indépendants, le personnel salarié temporaire ou permanent et les autres catégories. A chaque classe de personnel correspond un certain nombre de facteurs qui influencent leur niveau de descendance.

Ainsi, l'analyse différentielle du niveau de fécondité permet de constater qu'en dehors du niveau d'instruction qui est un facteur très influent du niveau de fécondité, le statut dans l'emploi n'a pas un impact très perceptible. En effet, comme souligné plus haut, le statut dans l'emploi et le niveau d'instruction sont fortement corrélés.

Graphique 4.3.6 : Indice synthétique de fécondité (ISF) selon le statut dans l'emploi



¹ Les résultats d'analyse différentielle de la fécondité selon la profession des femmes laisse croire à un mauvais traitement des données relatives à la profession, ce qui explique pourquoi ils ne sont pas présentés ici.

Les employeurs et les indépendants ont une même descendance du moment : 6,12 enfants par femme. On peut déduire que ces femmes ont des comportements identiques en matière de fécondité. En effet, la femme **indépendante, c'est-à-dire celle qui exerce une activité indépendante**, peut être vue comme une femme employeur. Ainsi, elle pourrait disposer d'une autonomie financière qui lui confère une certaine liberté dans la décision de faire un enfant.

Les femmes salariées permanentes et temporaires ont un niveau de fécondité respectivement de 2,76 et de 2,62 enfants avec des âges à la maternité très tardifs. Ces femmes, ont certainement un niveau d'instruction relativement élevé ; ce qui a retardé leur entrée dans la vie féconde. D'une manière générale, lorsque les femmes sont instruites, elles recherchent de la qualité pour leurs enfants et par conséquent en font moins. L'investissement pour avoir des enfants instruits et en bonne santé devient une priorité, ainsi, toutes ces considérations conduisent à la réduction du nombre d'enfants par femme.

Les femmes apprenties ont un niveau de descendance bas : 2,90 enfants par femme. Ces femmes ont des conditions qui ne leur permettent pas d'avoir une descendance nombreuse, car étant apprenties elles ont très de moyens pour subvenir aux besoins du ménage.

Les données collectées au cours de ce recensement ne permettent pas de se prononcer réellement sur l'effet du statut dans l'emploi sur le niveau de fécondité. Les femmes sans autonomie financière ont une descendance nombreuse (aide familiale, coopératif) ainsi que les femmes disposant certainement d'une capacité financière (employeurs, indépendantes).

4.3.3 Tendances actuelles de la fécondité

4.3.3.1 Au niveau national

L'ISF obtenu au RGPH3 (5,53 enfants par femme) en 2002 est en dessous de ceux de 1992 à partir des données du RGPH2 (6,10 enfants par femme) et de 2001 à partir de l'EDSB-II (5,6 enfants par femme). Sur une période de dix ans, on note une diminution d'environ un enfant par femme. Ceci semble confirmer la tendance à la baisse progressive de la fécondité entre 1982 et 2001. En somme, on note une diminution progressive de la descendance du moment (ISF) entre 1982 (7,10 enfants par femme) et 2002 (5,53 enfants par femme), soit 1,55 enfants par femme en 20 ans.

4.3.3.2 En milieux urbain et rural

Les milieux de résidence rural et urbain entraînent des différences de comportement dues à l'environnement économique, au niveau d'instruction et à l'urbanisation. Entre ces deux milieux, il y a une différence de plus de deux enfants par femme : 4,4 enfants par femme dans le milieu urbain contre 6,36 pour le milieu rural. Entre les deux recensements les femmes ont légèrement modifié leur comportement en matière de fécondité : 6,70 enfants par femme dans le milieu rural et 5,50 enfants par femme dans le milieu urbain en 1992 contre respectivement 6,36 et 4,4 en 2002.

\$

4.3.3.3 Au niveau départemental

C'est dans le département du Littoral qu'est enregistré l'indice synthétique de fécondité le plus bas : 3,12 enfants par femme contre 7,46 enfants par femme dans le département de l'Alibori, soit un écart d'environ 4 enfants par femme. Les raisons essentielles de cet écart sont à rechercher du côté de la culture, l'instruction, de l'urbanisation et de l'activité exercée par les femmes.

4.3.4 Infécondité au Bénin

Le calcul de la probabilité d'agrandissement de la descendance servira à appréhender l'ampleur du problème d'infécondité au Bénin. En fait, le taux d'infécondité est la différence entre l'unité et la probabilité pour une femme de passer de 0 à un enfant.

4.3.4.1 Niveau national

Tableau 4.3.5 : Probabilité d'agrandissement de la descendance

Probabilité d'agrandissement	a ₀	a ₁	a ₂	a ₃	a ₄	a ₅	a ₆	a ₇	a ₈
National	0,58	0,95	0,86	0,89	0,80	0,80	0,73	0,71	0,62

Les données relatives au nombre total d'enfants nés vivants par chaque femme d'au moins 10 ans dénombré au cours du RGPH3 ont servi au calcul des probabilités d'agrandissement de la descendance de la femme selon la descendance atteinte.

L'examen du tableau ci-dessus montre que la probabilité pour une femme d'avoir son premier enfant né vivant est de 0,58 en 2002 ; ceci veut dire que les femmes qui n'en auront pas représentent 42%. Ce taux d'infécondité est presque égal à celui de 1992 (43%) et demeure très élevée par rapport à 1982 où il était estimé à 36% selon l'enquête sur la fécondité au Bénin. Ceci peut dénoter, comme constaté en 1992, une réticence des béninoises à entrer dans la vie féconde en raison des conditions économiques de plus en plus difficiles dues à la crise économique des années 80. La pratique de la contraception moderne peut également expliquer ce taux d'infécondité.

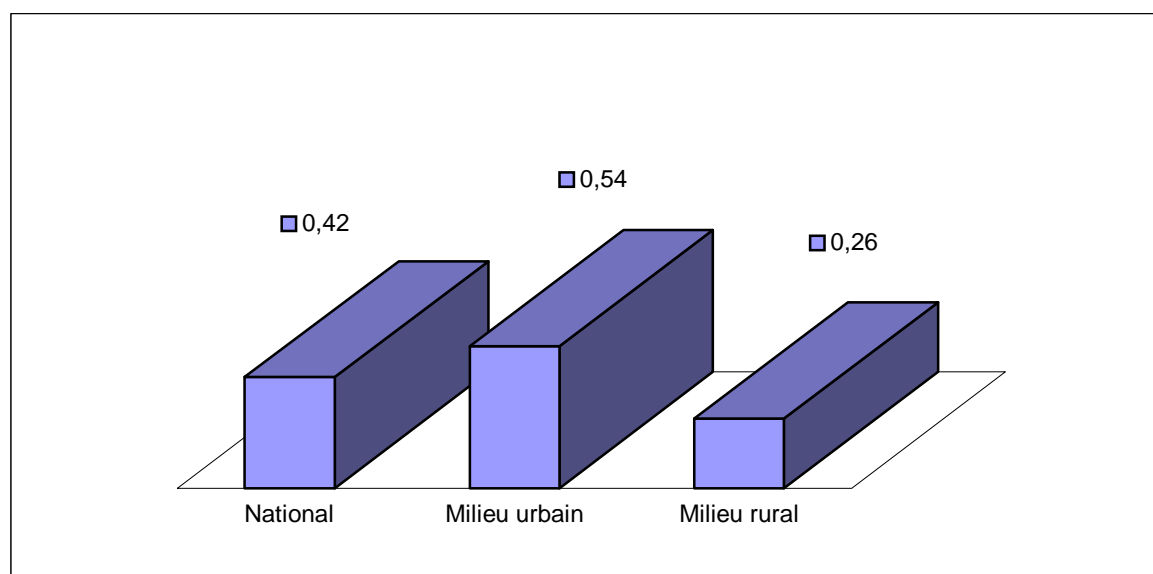
4.3.4.2 Milieu de résidence

Les probabilités d'agrandissement de la descendance varient sensiblement d'un milieu de résidence à l'autre. En effet, la probabilité d'avoir un enfant est comme en 1992, plus élevée en milieu rural (74%) qu'en milieu urbain (46%).

Le taux d'infécondité en milieu rural est actuellement de 26% contre 54% en milieu urbain. Cette disparité résidentielle peut être due à l'entrée tardive des citadines en vie féconde du fait de la scolarisation, de nouvelles aspirations révélées et de la pratique contraceptive moderne plus élevée en milieu urbain. Outre cela, les contraintes de l'activité exercée par la femme ainsi que les exigences de la vie dans le milieu urbain peuvent l'amener à faire le choix de ne pas faire d'enfant même si l'environnement socioculturel ne se prête pas à ce type de

comportement. La décision de faire un enfant tend de plus en plus à être une décision individuelle plutôt qu'une décision du groupe social.

Graphique 4.3.7 : Taux d'infécondité par milieu de résidence urbain /rural

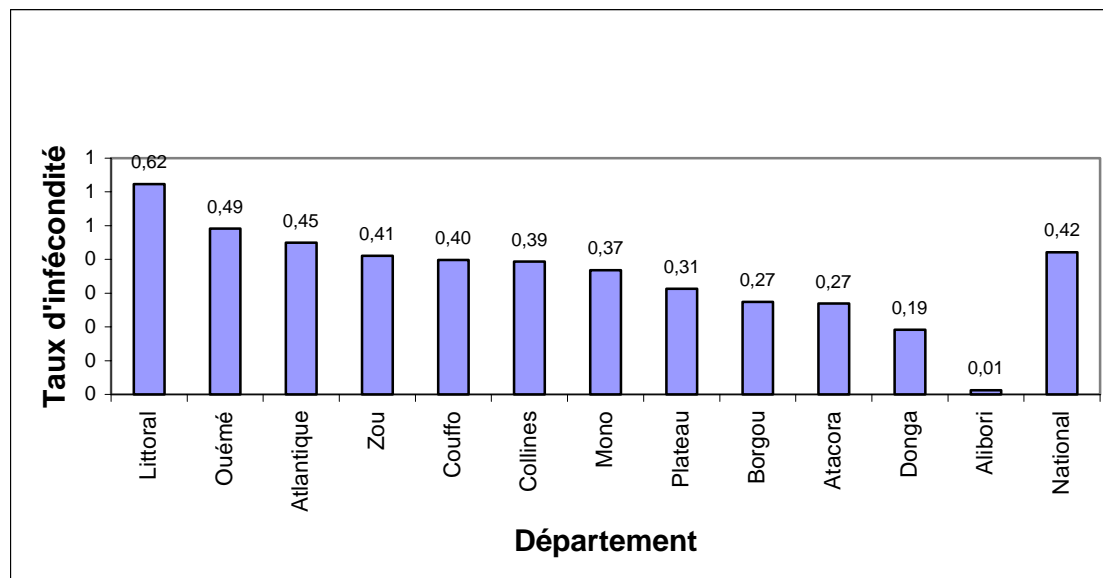


En outre, il est constaté une baisse du taux d'infécondité tant en milieu urbain qu'en milieu rural par rapport à 1992 où ce taux était estimé à 52,5% en milieu rural contre 70,4% en milieu urbain ; toutefois, cette baisse est légèrement plus marquée en milieu rural (26 points) qu'en milieu urbain (16 points).

4.3.4.3 Niveau départemental

Les différences d'infécondité selon le département peuvent s'expliquer par les disparités d'urbanisation et par conséquent, la proportion des femmes en âge de procréer vivant en milieu urbain et en milieu rural. Ainsi, les départements du septentrion sont ceux qui affichent les plus faibles taux d'infécondité avec l'Alibori en tête (1%) à l'opposé de certains départements du Sud (Littoral, Ouémé, etc.) où les taux d'infécondité sont les plus élevés avec comme chef de file, le Littoral (62%). Le risque d'infécondité est 62 fois plus élevé dans le Littoral, département exclusivement urbain que dans l'Alibori où on note une prédominance des femmes du milieu rural sur celles du milieu urbain.

Graphique 4.3.8 : Taux d'infécondité par département



Ces résultats corroborent ceux de 1992. En fait le Littoral et l’Ouémé sont par excellence les départements où les filles sont les plus scolarisées.

4.3.5 Stérilité définitive

Comme mentionné au niveau de la définition des concepts, la stérilité définitive peut être définie comme étant la situation d’une femme ou d’un homme incapable de procréer. A ce niveau, seule la stérilité féminine sera étudiée.

4.3.5.1 Niveau national

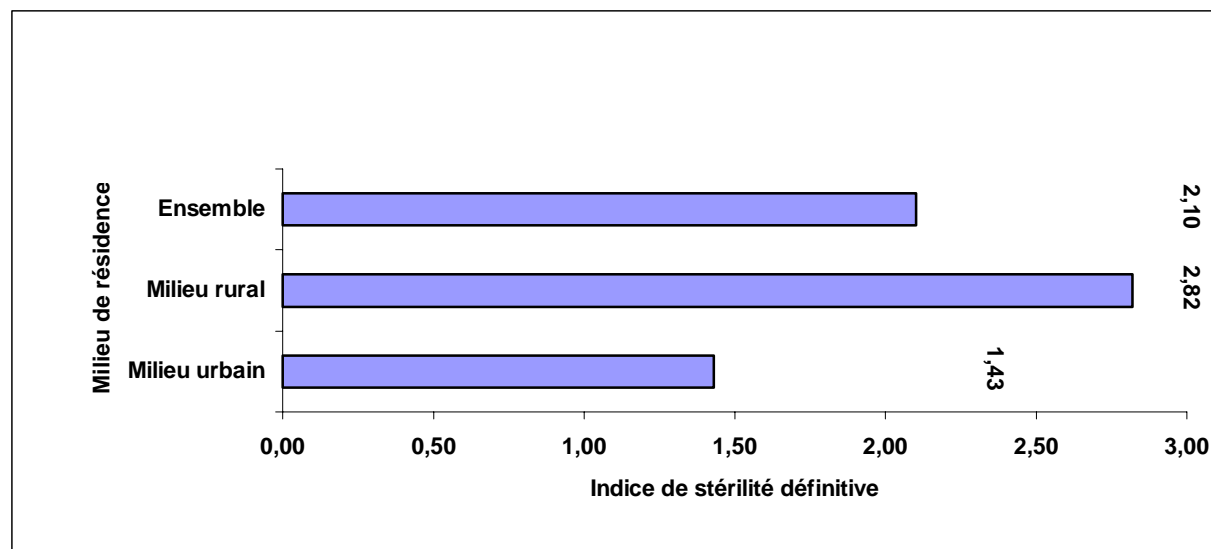
Au niveau national, l’indice (ou le taux) de stérilité définitive est de 2,10% calculés à partir des données du RGPH3. Comparé à celui du RGPH2 (1,5%), l’indice de stérilité définitive connaît une légère augmentation de 0,6% entre 1992 et 2002.

4.3.5.2 Selon le milieu de résidence

L’analyse par milieu de résidence révèle une augmentation de l’indice de stérilité définitive de 1,32 en milieu rural (2,82% en 2002 contre 1,5% 1992) tandis qu’en milieu urbain, cet indice n’a presque pas changé entre 1992 et 2002 (1,43% en 2002 contre 1,4% 1992).

Il faut également noter que l’écart entre l’indice de stérilité définitive enregistré en milieu rural et celui du milieu urbain est plus prononcé en 2002 (1,39%) qu’en 1992 (0,10).

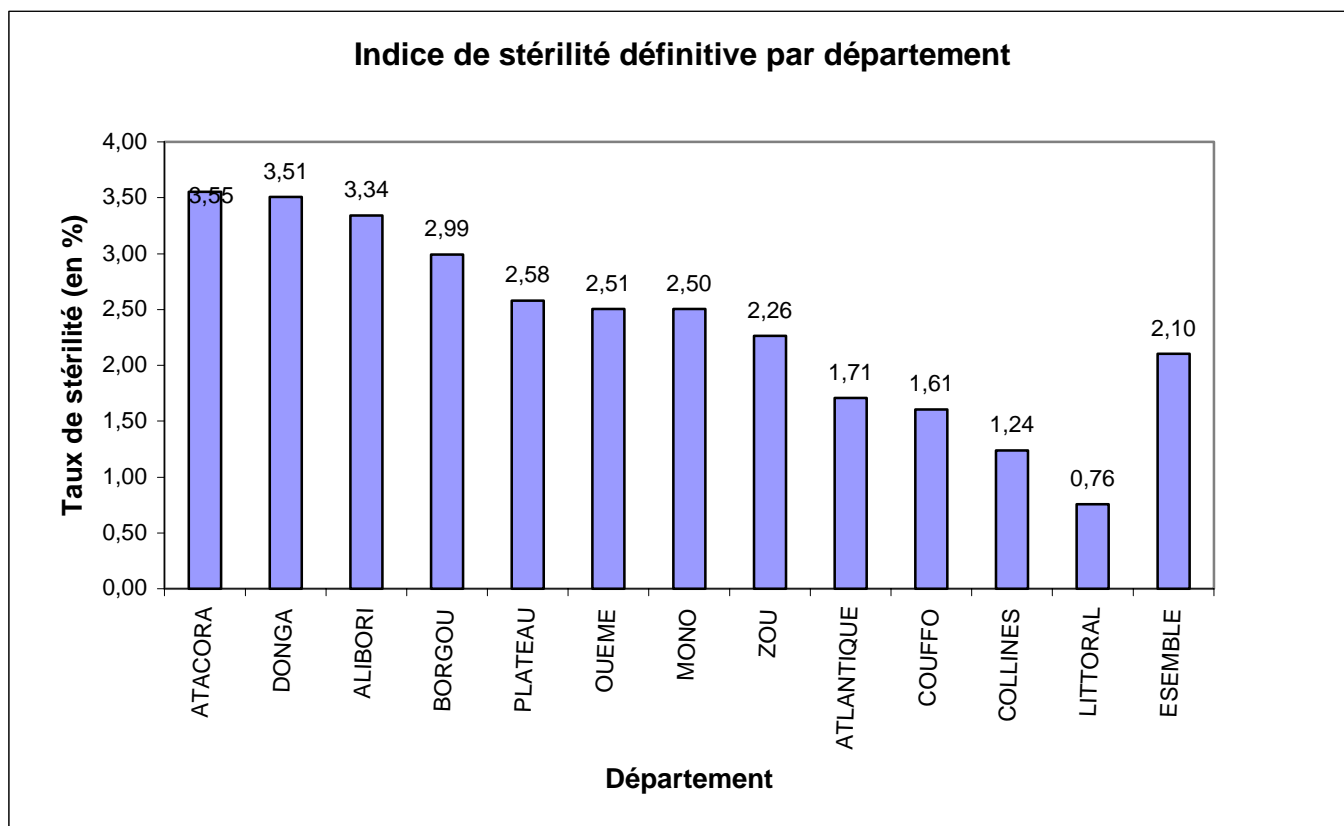
Graphique 4.3.9 : Indice de stérilité définitive par milieu de résidence



4.3.5.3 Niveau départemental

L’examen du graphique 4.3.10 montre que la proportion de femmes restées stériles jusqu’à la ménopause est plus élevée dans les départements du septentrion que dans les départements du sud. En effet, environ trois femmes sur cent résidant au nord sont restées stériles jusqu’à la ménopause contre un à deux femmes au sud et au centre. L’écart entre l’ indice de stérilité définitive le plus élevé (3,55% dans l’Atacora) et l’ indice de stérilité définitive le plus bas (0,76% dans le Littoral) est environ six fois plus élevé en 2002 (2,79%) qu’en 1992 (0,5%).

Graphique 4.3.10 : Indice de stérilité définitive par département



Globalement, le problème de stérilité définitive ne se pose pas avec acuité au Bénin.

4.4 LA FECONDITE DES PERSONNES A RISQUE

Les personnes à risque de décès maternels appartiennent aux deux générations extrêmes concernées par la vie féconde. Il s'agit des adolescents (les plus jeunes) et des femmes de 35-49 ans (les plus âgées). Le niveau de fécondité des adolescentes se mesure pour les femmes de moins de 20 ans. L'adolescence est la période allant de 10 à 19 ans. C'est la période au cours de laquelle la jeune fille devient pubère et découvre tous ses sens. A cet âge, le risque d'avoir le premier rapport sexuel est assez élevé. Il s'ensuit quelquefois des grossesses qui aboutissent soit à des avortements provoqués clandestins, soit à des naissances précoces. Ces deux situations peuvent entraîner la mort de la jeune fille suite à un avortement provoqué ou au cours de l'accouchement. En effet, la jeune fille de 19 ans n'a pas fini sa croissance, elle peut donc difficilement garder à terme une grossesse et assurer sa croissance.

Une grossesse précoce est une grossesse portée par une adolescente le plus souvent immature physiquement, dont en particulier le bassin continue de se développer. Les conséquences médicales de cette gravidité trop précoce font partie des problèmes actuels de santé publique au Bénin. Outre cela, la précocité de la grossesse exclut la jeune fille du système scolaire ou l'empêche d'avoir à terme une activité pouvant assurer son autonomie à l'âge adulte. Elle rentre ainsi dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Il y a maintenant un large consensus, dans les organes de décisions africains, sur la nécessité d'éviter les maternités trop précoces et tardives. La Conférence Africaine sur la Population de 1992 à Dakar et la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994 au Caire ont prioritairement exprimé la nécessité de mettre en place des programmes pertinents tenant compte des besoins spécifiques des jeunes et des adolescents, particulièrement dans les pays africains.

Une autre catégorie de femmes constitue également des femmes à risque lorsqu'elles accouchent : il s'agit des femmes de 35 ans et plus. Porter une grossesse à cet âge constitue une contrainte majeure pour la femme parce qu'elle n'a plus la même capacité de réagir que les femmes plus jeunes. De plus, à cet âge, les femmes sont très actives, ce qui les empêche quelquefois d'honorer leur rendez-vous en matière de consultation ainsi que de se prendre en charge pour le respect des règles minimales en matière de surcharge de travail. Globalement, les accouchements à l'âge très précoce et à un âge avancé peuvent être à l'origine de décès maternels.

4.4.1 Niveau et structure de la fécondité des personnes à risque

Le taux de fécondité des adolescentes se situe actuellement à 41,5‰ alors que celles des femmes de 35-49 ans ayant déjà 4 enfants se situent à 133,25 ‰. La somme des naissances réduites s'élève à 0,46 pour les filles de 10 à 19 ans et à 1,81 pour les femmes de 35-49 ans ayant déjà 4 enfants. Les adolescentes contribuent pour 7,2% à la descendance finale contre 27,8% pour le deuxième groupe de personnes à risque.

4.4.2. Différentiels de fécondité des personnes à risque

Comme souligné précédemment, les variables socioéconomiques influencent le comportement démographique des femmes, qu'elles soient adolescentes ou d'un certain âge, considéré comme âge à risque.

4.4.2.1 Niveau d'instruction et fécondité des femmes à risque

Le taux global de fécondité général le plus faible se retrouve chez les femmes ayant le niveau d'instruction supérieur : 81,93 ‰ contre 2 fois plus pour les femmes de 35 ans et plus sans instruction. Les adolescentes appartenant à cette dernière catégorie contribuent pour 4,09% à la fécondité totale du moment contre seulement 2,58% pour les adolescentes du niveau secondaire.

Ce sont les femmes du niveau supérieur ayant plus de 35 ans qui contribuent le plus à la fécondité totale du moment : 32,68% contre 26,66% pour les femmes sans instruction. Ceci s'explique par un report de calendrier de la fécondité.

Tableau 4.4.1: Niveau d’instruction et fécondité des femmes à risque des personnes à haut risque

Age à la maternité	Aucun	Primaire	Secondaire	Supérieur
10-14	0,0057	0,0014	0,0015	
15-19	0,1240	0,0487	0,0154	0,0190
AMM	17,28	17,36	17,05	17,50
35-39	0,2397	0,2397	0,1896	0,1896
40-44	0,1386	0,1386	0,0899	0,0899
45-49	0,0692	0,0692	0,0433	0,0433
ISF (35-49)	2,24	1,78	1,61	1,65
TBR	1,09	0,87	0,79	0,80
TGFG (‰)	161,76	132,47	125,50	81,93
AMM	40,60	40,13	40,23	39,17

4.4.2.2 Religion et fécondité des personnes à risque

Il existe une différence de fécondité des personnes à haut risque selon la religion. Quelle que soit la religion, le niveau de fécondité est très bas chez les filles de 10 à 14 ans. Il faut attendre 15 ans pour commencer quelques naissances surtout chez les filles de la religion islamique et celles de la rubrique « autres religions traditionnelles ». Ces deux religions sont celles des régions du nord où continuent de se pratiquer le mariage précoce et/ou forcé. C’est toujours dans ces deux catégories que sont enregistrés les niveaux de fécondité du moment les plus élevés chez les femmes âgées de plus de 35 ans.

Les adolescentes de la catégorie « aucune religion » contribuent pour 10,06% à la descendance finale alors celles de la religion Catholique n’y contribuent que pour 6,25%. Les personnes âgées n’apportent qu’une part relative à la fécondité totale. Les personnes âgées ayant plus de quatre enfants ont encore au moins deux enfants avant d’atteindre 50 ans. C’est le cas particulièrement des femmes « sans religion », de celles de la religion islamique et de celles des femmes ayant mentionné « autres religions traditionnelles ».

Il n’y a cependant pas fondamentalement chez les adolescentes d’écart entre les âges moyens à la naissance selon la religion. Cet âge est légèrement supérieur à 17 ans quelle que soit la religion considérée. Il importe donc que certaines catégories de femmes soient sensibilisées par rapport au risque qu’elles courent lorsqu’elles font très tôt ou très tard des enfants.

Tableau 4.4.2.: Le niveau de fécondité selon la religion d'appartenance des personnes à haut risque

Age de la mère (ans)	Taux de fécondité selon la religion									
	Sans	Vodoun	Catholique	Protestant méthodiste	Autres protestants	Célestes	Islam	Autres chrétiens	Autres traditionnels	Autres religions
10-14	0,0061	0,0029	0,0020	0,0026	0,0020	0,0023	0,0055	0,0016	0,0396	0,0022
15-19	0,1250	0,0981	0,0547	0,0743	0,0812	0,0927	0,1134	0,0628	0,5613	0,0735
AMM	17,27	17,36	17,32	17,33	17,38	17,38	17,27	17,37	17,50	17,50
35-39	0,2657	0,2099	0,2025	0,2197	0,2223	0,2223	0,2707	0,2252	0,2855	0,2421
40-44	0,1617	0,1134	0,1059	0,1143	0,1308	0,1308	0,1712	0,1143	0,1736	0,1285
45-49	0,0968	0,0546	0,0406	0,0621	0,0685	0,0685	0,0968	0,0529	0,0770	0,0741
ISF (35-49)	2,62	1,89	1,77	1,75	1,98	2,11	2,69	1,96	2,68	2,22
TBR	1,28	0,92	0,87	0,85	1	1	1,31	0,96	1,31	1,09
TGFG (‰)	188,48	-	-	-	150	158	195,87	151,37	193,51	167,94
AMM	40,89	40,45	40,23	40,18	41	41	40,89	40,30	40,56	40,61

4.4.2.3 Etat matrimonial et fécondité des personnes à risque

Les adolescentes contribuent très peu à la descendance du moment, surtout lorsqu'elles sont célibataires. Cette contribution s'élève à 3,6% pour les adolescentes célibataires alors qu'elle est de 25,15% pour les adolescentes mariées monogames. Dans l'ensemble, les adolescentes vivant en union polygamique ont un niveau de fécondité supérieur à celui des adolescentes vivant en union monogamique. Cette différence de comportement entre ces deux groupes de femmes peut être comprise comme une récupération de fécondité encouragée par l'homme, sous l'hypothèse que la polygamie débute quelques fois dans un contexte d'infécondité de la (ou des) première(s) épouse(s).

A l'opposé des adolescentes, les personnes âgées n'ont pas le même comportement. Ce sont les femmes vivant en union monogamique qui ont le niveau de fécondité le plus élevé après avoir eu quatre enfants. Le mariage continue d'être le cadre de référence où se déroulent les naissances. Les femmes célibataires de 35 ans et plus ont 1,28 enfants en plus des quatre enfants déjà nés vivants. Ceci signifie que certaines femmes même célibataires ont un niveau de descendance élevé. La société encourage les naissances même sans que la femme ne contracte une union. La femme mariée sans enfant a un statut social inférieur à celui de la femme non mariée et ayant eu des enfants.

Tableau 4.4.3. : Le niveau de fécondité selon le statut matrimonial des personnes à haut risque

Age de la mère (ans)	Célibataire	Mariée					Veuve	Séparée	Union libre	
		Statut Monogame	Polygame 2	Polygame 3	Polygame 4 et +	Divorcée				
10-14	0,0012	0,1129	0,2692	0,1150	0,2637	0,2251				
15-19	0,0061	0,2864	0,3123	0,2727	0,3051	0,2818	0,1946	0,1356	0,3107	0,2564
AMM	16,65	16,09	15,26	16,02	16,10	16,39	17,50	17,50	17,50	16,24
35-39	0,1202	0,2111		0,2089	0,1983	0,1695	0,0931	0,0948	0,1258	0,1925
40-44	0,0930	0,1246		0,1198	0,1113	0,0924	0,0385	0,0538	0,0612	0,1128
45-49	0,0435	0,0637		0,0610	0,0612	0,0405	0,0313	0,0276	0,0301	0,0403
ISF (35-49)	1,28	2,00		1,95	1,85	1,51	0,81	0,88	1,08	1,73
TBR	0,63	0,97		0,95	0,90	0,74	0,40	0,43	0,53	0,84
TGFG (%)										
AMM	41,01	40,66		40,60	40,65	40,37	40,60	40,59	40,30	40,30

4.4.2.4 Ethnie et niveau de fécondité des femmes à risque

Les adolescentes de l'ethnie Adja et Apparentés contribuent à la descendance finale pour 6,16% alors que celles des « autres ethnies » y contribuent pour 28,8%. C'est dans les ethnies Baribas et apparentés, Peulh et Otamari et apparentés que sont enregistrées les contributions des femmes à risque les plus élevées : respectivement 9,7%, 10,34% et 10,72% pour les adolescentes et 33,4%, 34,48% et 29,66% chez les personnes âgées d 35 ans et plus et ayant plus de quatre enfants. Dans ces ethnies les femmes ont respectivement un ISF de 3,37 enfants par femme (baribas et apparentés), 3,98 enfants par femme (Peulh) et 3,01 enfants par femme (Otamari et apparentés). Selon les recommandations de l'OMS, elles courent de gros risque en ayant environ 3 enfants au-delà de 35 ans. En définitive, les femmes de ces ethnies en matière de fécondité, ont un comportement nataliste. Elles commencent à procréer très tôt (avant 19 ans) et finissent très tard.

Tableau 4.4.4 : Le niveau de fécondité selon l'ethnie d'appartenance des personnes à haut risque

Age à la maternité	Adja et apparentés	Fon et apparentés	Bariba et apparentés	Dendi et apparentés	Yao et Lokpa et apparentés	Peulh	Otamari et apparentés	Yoruba et apparentés	Autres ethnies	Autres groupes
10-14	0,0017	0,0022	0,0046	0,0041	0,0044	0,0099	0,0043	0,0040	0,0975	0,0032
15-19	0,0601	0,0673	0,1346	0,0989	0,1036	0,1638	0,1489	0,0732	0,2479	0,0799
AMM	17,36	17,34	17,33	17,30	17,30	17,22	17,36	17,24	16,09	17,31
35-39	0,2060	0,2053	0,3176	0,2218	0,2377	0,3570	0,3136	0,2031	0,2602	0,2355
40-44	0,1016	0,1028	0,2292	0,1087	0,1325	0,2591	0,1980	0,1126	0,1474	0,1332
45-49	0,0534	0,0496	0,1269	0,0550	0,0596	0,1800	0,0910	0,0498	0,0535	0,0644
ISF (35-49)	1,81	1,79	3,37	1,93	2,15	3,98	3,01	1,83	2,31	2,17
TBR	0,88	0,87	1,64	0,94	1,05	1,94	1,47	0,89	1,12	1,06
TGFG (‰)	133,25	129,92	244,42	148,72	156,89	285,01	216,30	129,64	171,90	165,27
AMM	40,39	40,32	41,08	40,34	40,43	41,39	40,65	40,40	40,26	40,53

CONCLUSION

Il convient de retenir au terme de la présente analyse que le niveau de fécondité a sensiblement baissé au cours des vingt (20) dernières années. En effet pour l'ensemble du pays, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,10 à 5,53, soit une diminution d'environ deux enfants en 20 ans.

En outre, les données de fécondité collectées au RGPH3 confirment les conclusions relatives aux comportements procréateurs différentiels selon le milieu et le département de résidence, les caractéristiques socioculturelles, démographiques et économiques des femmes.

En fait, au RGPH3, le niveau de fécondité demeure plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain : la femme résidant au village a en moyenne, un enfant de plus que sa sœur de la ville (l'ISF est estimé à 6,36 enfants par femme en milieu rural contre 4,4 en milieu urbain).

Au niveau départemental, les femmes du septentrion demeurent celles qui ont le niveau de fécondité le plus élevé avec comme chef de file l'Alibori (7,46 enfants par femme). Les femmes du sud surtout celles du Littoral, ont par contre le plus bas niveau de fécondité (3,12 enfants par femme dans le Littoral).

Les disparités départementales de fécondité constatées sont en parfaite corrélation avec les comportements procréateurs différentiels des béninoises selon l'ethnie, puisque les femmes des ethnies du septentrion (Peulhs, Baribas, Otamari, etc.) sont celles qui ont une forte fécondité tandis que les femmes des ethnies du sud (Fons, Adjias, Yorubas) sont celles qui ont une faible fécondité.

L'analyse des données relatives à la fécondité des personnes à haut risque de décès maternels révèle que seules les femmes âgées de 35 ans et plus contribuent substantiellement à la descendance finale, la contribution des plus jeunes générations de femmes (10-19 ans) étant très faible. En ce qui concerne la fécondité différentielle selon les caractéristiques individuelles, les mêmes tendances que celles constatées chez l'ensemble des femmes se dégagent chez les femmes à haut risque de décès maternels ici.

L'urbanisation et la scolarisation semblent sous-tendre en grande partie les comportements différentiels de fécondité qui persistent.

Enfin, il convient de souligner au regard des données du RGPH3 que les problèmes de stérilité définitive et d'infécondité ne se posent pas avec acuité au Bénin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **ATTANASSO O.(1991)** : Une approche ethnique des différentiels de fécondité dans le sud du Bénin. Mémoire de DEA, Paris, 90 p.

- **INSAE / BCR (1982)** : Enquête sur la Fécondité au Bénin, 1982 : Rapport National. Volet I :
Analyse des principaux résultats. Cotonou.

- **INSAE / BCR (1994)** : Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1992 : Dynamique de la Population, Volet II, Tome 2, Cotonou.

- **INSAE et ORC Macro, (2002)** : Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001
Calverton, Maryland, USA

- **KODJOGBE N. et al (1997)** : Enquête Démographique et de Santé : République du Bénin 1996. Calverton, Maryland U.S.A : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International.

- **KOUTON F. Etienne (1994)** : Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin. Les Cahiers de l'IFORD n°6, Yaoundé, 174 p

- **KOUTON Narcisse G. M. (1999)** : Ethnie et Fécondité des femmes en union au Bénin. Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 86 p.

- **Ministère du Plan SNR (1994)** : Recensement Général de la Population et de l'Habitation 1991. Analyse des résultats. Kigali.

- **RWENGE Mburano (1994)** : Urbanisation et comportements procréateurs au Bénin. In ORSTOM VEME JOURNEES DEMOGRAPHIQUES. Maîtrise de la fécondité et Planification familiale, Paris, 28-30 septembre 1994.

ANNEXES

Tableau 4.a1 : Calcul du TBN selon le milieu de résidence

INDICATEURS	ENSEMBLE	RURAL	URBAIN
POPULATION TOTALE (PT)	6 769 914	4 139 781	2630133
NAISSANCES (N)	278 691	186 353	92 338
TBN (‰)	41,17	45,02	35,11

Tableau 4.a2 : Calcul du TBN au niveau départemental

ALIBORI-COUFFO						
INDICATEURS	ATLANTIQUE					
	ALIBORI	ATACORA	E	BORGOU	COLLINES	COUFFO
POPULATION TOTALE (PT)	521 093	549 417	801683	724171	535923	524586
NAISSANCES (N)	24 856	25 433	33 361	33 381	23 627	22 208
TBN (‰)	47,70	46,29	41,61	46,09	44,09	42,33

DONGA-ZOU						
INDICATEURS	DONGA-ZOU					
	DONGA	LITTORAL	MONO	OUEME	PLATEAU	ZOU
POPULATION TOTALE (PT)	350 062	665 100	360037	730772	407116	599954
NAISSANCES (N)	13 221	19 557	13 084	28 390	16 424	25 149
TBN (‰)	37,77	29,41	36,34	38,85	40,34	41,92

Tableau 4.a3 : Principaux Indicateurs de la fécondité issus du RGPH3 au niveau départemental

Age de la mère (ans)	Taux de fécondité par département					
	ALIBORI	ATACORA	ATLANTIQUE	BORGOU	COLLINES	COUFFO
15-19	0,1480	0,1422	0,0681	0,1235	0,1081	0,0764
20-24	0,2716	0,2767	0,2348	0,2495	0,2642	0,2645
25-29	0,2947	0,2953	0,2681	0,2884	0,2865	0,2809
30-34	0,2637	0,2650	0,2227	0,2705	0,2424	0,2254
35-39	0,2401	0,2131	0,1636	0,2221	0,1791	0,1550
40-44	0,1754	0,1296	0,0864	0,1525	0,1055	0,0795
45-49	0,0983	0,0607	0,0434	0,0970	0,0496	0,0424
ISF (15-49)	7,45	6,90	5,44	7,02	6,18	5,62
TBR	3,67	3,77	2,65	3,42	3,01	3,2
TBN (‰)	47,70	46,29	41,61	46,09	44,09	42,33
TGFG (‰)	210,28	198,07	159,55	196,89	179,98	169,41
AMM	31,17	30,25	30,31	31,29	30,07	29,89

Age de la mère (ans)	Taux de fécondité par département					
	DONGA	LITTORAL	MONO	OUEME	PLATEAU	ZOU
15-19	0,1630	0,0228	0,0757	0,0550	0,0899	0,0844
20-24	0,1114	0,1189	0,2218	0,2073	0,2277	0,2573
25-29	0,2339	0,1753	0,2507	0,2505	0,2548	0,2779
30-34	0,2435	0,1524	0,2057	0,2035	0,2022	0,2273
35-39	0,2203	0,1001	0,1598	0,1354	0,1435	0,1519
40-44	0,1580	0,0394	0,0761	0,0751	0,0712	0,0814
45-49	0,0878	0,0158	0,0377	0,0442	0,0328	0,0432
ISF (15-49)	6,3	3,6	5,9	5,6	5,9	6,4
TBR	3,1	1,7	2,9	2,7	2,9	3,1
TBN (‰)	38,75	29,41	36,34	38,85	40,34	41,92
TGFG (‰)	163,00	92,17	148,57	140,96	153,73	166,15
AMM	29,84	30,46	30,09	30,38	29,59	29,82

Tableau 4a4: Principaux Indicateurs de la fécondité selon la religion d'appartenance

Age de la mère (ans)	Taux de fécondité selon la religion									
	Sans	Vodoun	Catholique	Protestant méthodiste	Autres protestants	Célestes	Islam	Autres chrétiens	Autres traditionnels	Autres religions
15-19	0,1250	0,981	0,0547	0,0743	0,0812	0,0927	0,1134	0,0628	0,1369	0,0735
20-24	0,2607	0,2690	0,1848	0,2266	0,2463	0,22668	0,2331	0,2303	0,2732	0,2338
25-29	0,2823	0,2822	0,2310	0,2612	0,2820	0,2750	0,2643	0,2666	0,2887	0,2629
30-34	0,2523	0,2211	0,1953	0,2136	0,2353	0,2275	0,2407	0,2280	0,2538	0,2252
35-39	0,1910	0,1588	0,1365	0,1452	0,1625	0,1626	0,1912	0,1625	0,2062	0,1664
40-44	0,1174	0,0854	0,0693	0,0794	0,0873	0,0952	0,1215	0,0853	0,1248	0,0912
45-49	0,0686	0,0425	0,0336	0,0336	0,0482	0,0523	0,0692	0,0410	0,0568	0,0546
ISF (15-49)	6,49	5,79	4,53	5,17	5,71	5,86	6,17	5,38	6,70	5,54
TBR	3,17	2,82	2,21	2,52	2,79	2,86	3,01	2,63	3,27	2,70
TGFG (‰)	204,18	181,62	141,44	165,59	186,14	193,28	190,76	176,09	207,04	177,59
AMM	30,39	29,66	30,35	29,93	30,15	30,04	30,76	30,36	30,19	30,52

Tableau 4a5 : Principaux Indicateurs de la fécondité selon l'ethnie d'appartenance

Age à la maternité	Adja et apparentés	Fon et apparentés	Bariba et apparentés	Dendi et apparentés	Yao et Lokpa et apparentés	Peulh	Otamari et apparentés	Yoruba et apparentés	Autres ethnies	Autres groupes
15-19	0,0601	0,0673	0,1346	0,0989	0,1036	0,1638	0,1489	0,0732	0,2479	0,0799
20-24	0,2151	0,2229	0,2617	0,2191	0,2319	0,2845	0,2819	0,2013	0,2606	0,1734
25-29	0,2520	0,2571	0,2884	0,2323	0,2489	0,3248	0,3022	0,2399	0,2275	0,2159
30-34	0,2085	0,2095	0,2651	0,2082	0,2293	0,3126	0,2680	0,2027	0,1812	0,1821
35-39	0,1493	0,1448	0,2284	0,1576	0,1717	0,2679	0,2213	0,1429	0,1014	0,1444
40-44	0,0760	0,0735	0,1609	0,0786	0,0978	0,1887	0,1379	0,0817	0,0373	0,0847
45-49	0,0410	0,0375	0,0881	0,0398	0,0456	0,1275	0,0646	0,0375	0,0460	0,0399
ISF (15-49)	5,01	5,06	7,14	5,17	5,64	8,35	7,12	4,90	5,51	4,60
TBR	2,45	2,47	3,48	2,52	2,75	4,07	3,48	2,39	2,69	2,25
TGFG (%)	159,28	161,71	216,95	166,22	178,32	250,58	219,82	153,21	196,47	153,18
AMM	30,31	30,03	31,09	29,93	30,20	31,43	30,32	30,24	27,15	30,50

Tableau 4a6 : Principaux Indicateurs de la fécondité selon l'état matrimonial

Age de la mère (ans)	Célibataire	statut		Mariée			Divorcée	Veuve	Séparée	Union libre
		Monogame	Polygame	Polygame 2	Polygame 3	Polygame 4 et +				
15-19	0,0061	0,2864	0,2692	0,2727	0,3051	0,2818	0,1946	0,1356	0,3107	0,2564
20-24	0,0170	0,3170	0,3123	0,3160	0,2817	0,2629	0,1379	0,1975	0,2260	0,2388
25-29	0,0281	0,2924	0,2920	0,2976	0,2283	0,2074	0,1060	0,1566	0,1961	0,2226
30-34	0,0381	0,2401	0,2402	0,2486	0,1722	0,1468	0,0688	0,1192	0,1282	0,1699
35-39	0,0422	0,1771	0,1759	0,1828	0,0984	0,0811	0,0577	0,0776	0,0954	0,1240
40-44	0,0426	0,1057	0,1001	0,1050	0,0544	0,0367	0,0291	0,0447	0,0510	0,0884
45-49	0,0267	0,0559	0,0517	0,0546	0,3051	0,2818	0,0269	0,0239	0,0277	0,0307
ISF (15-49)	1,00	7,37	7,39	7,39	7,02	6,21	3,10	3,78	5,18	5,65
TBR	0,49	3,60	3,52	3,60	3,43	3,03	1,52	1,84	2,53	2,76
TGFG (%)	12,31	243,29	218,30	231,38	200,26	163,86	70,79	65,90	140,40	199,67
AMM	35,66	28,33	28,36	28,37	28,40	28,14	26,31	27,74	26,22	27,74

Tableau 4a7 : Principaux Indicateurs de la fécondité selon le statut dans l'emploi

Age à la maternité	Employeurs	Indépendants	Salarié permanent	Salarié temporaire	Coopératif	Aide familiale	Apprentis	Autres
15-19	0,1729	0,1703	0,0246	0,0220	0,1231	0,0712	0,0237	0,0850
20-24	0,2634	0,2672	0,0846	0,0661	0,2027	0,2344	0,0715	0,2524
25-29	0,2683	0,2681	0,1494	0,1157	0,2526	0,2890	0,1075	0,2756
30-34	0,2109	0,2221	0,1404	0,1295	0,3506	0,2627	0,1083	0,3134
35-39	0,1548	0,1619	0,0956	0,1012	0,1421	0,2027	0,0891	0,2485
40-44	0,1101	0,0910	0,0342	0,0371	0,0819	0,1336	0,1128	0,1827
45-49	0,0443	0,0442	0,0224	0,0531	0,0504	0,0630	0,0237	0,2033
ISF (15-49)	6,12	6,12	2,76	2,62	6,02	6,28	2,56	7,81
TBR	2,99	2,99	1,34	1,28	2,94	3,07	1,25	3,81
TGFG (‰)	192,16	198,97	82,91	79,42	191,11	168,41	46,68	212,38
AMM	29,21	29,08	31,04	32,70	30,13	31,26	32,43	33,10

MORTALITE AU BENIN

Bruno **NOUATIN**
 Rafatou **B. HOUNDEKON**
 Léonard **FOURN**

Phénomène irréversible mais quantifiable, la mortalité est l'inverse permanent et absolu de la santé. Les études de la mortalité permettent de comprendre les processus morbides et leurs impacts sur la population, d'identifier les populations touchées par les principales causes de décès. Elles permettent aussi de déterminer objectivement les priorités dans la mise en oeuvre des politiques nationales ou régionales de santé et fournissent des indicateurs pour l'évaluation de l'efficacité des méthodes utilisées. Etant l'une des principales composantes de la dynamique de la population, la mortalité demeure également un meilleur indicateur du développement social d'un pays.

La mortalité est liée aux facteurs biologiques (âge, sexe), socio-économiques (éducation, revenu), culturels (ethnie), environnementaux (lieu de résidence) et politiques qui interagissent pour déterminer les niveaux enregistrés dans chaque pays (Akoto, 1993 ; Bicego et Ahmad, 1996). Des espoirs sont mis sur le contrôle de ces facteurs pour infléchir l'ampleur et la tendance des différentes catégories de mortalité. Cette situation est si préoccupante dans les pays africains à telle enseigne que des conférences internationales comme par exemple celle de la maternité à moindre risque (Nairobi, 1987) et de Niamey (1989) ont été organisées.

Le Bénin a fait siennes les préoccupations exprimées lors de ces différentes conférences et a procédé à la mise en place d'une politique sanitaire à travers le document "Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001" où la mission, les objectifs, les résultats attendus et les cinq axes d'intervention prioritaires du Ministère de la Santé Publique ont été définis. De même, vingt quatre (24) programmes ont été identifiés et conçus de façon à intégrer l'ensemble des activités du secteur, pour l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles béninoises².

L'objectif de l'analyse de la mortalité est d'élaborer des indicateurs utiles pour le suivi et l'évaluation :

- du mouvement naturel de la population ;
- du Programme National de Développement Sanitaire ;
- des programmes nationaux de développement tels que la Déclaration de politique de population (DEPOLIPO), le Document de stratégie de lutte contre la pauvreté (DSRP), les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;
- des objectifs fixés par les grandes conférences telles que celle du Caire (CIPD, 1997), d'Abuja (Roll back Malaria, 1999), la Déclaration du Millénaire pour le Développement, le Forum Panafricain sur les Enfants (2000).

² MSP (2001) : Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires.

Le troisième Recensement Général (RGPH3) représente une importante source de données dont l'analyse permettra de calculer ces indicateurs et de susciter la mise en place des axes de programmes d'actions visant la réduction de la mortalité au Bénin. Aussi, la mise à jour de ces indicateurs va-t-elle aider les décideurs nationaux, les organismes internationaux et les ONG à élaborer, orienter et suivre l'exécution des actions au sein de la population.

Pour répondre aux besoins futurs des utilisateurs de ces indicateurs, la présente analyse se propose de :

- estimer le niveau, la structure et les tendances de la mortalité au niveau national ;
- apprécier la survie des enfants au niveau national et départemental ;
- estimer le niveau et la tendance de la mortalité maternelle;
- apprécier la survie des parents à travers celle des orphelins.

Pour atteindre ces objectifs, l'analyse s'articulera autour de trois chapitres. Le premier retrace le contexte et la revue de littérature. Le deuxième prend en compte les considérations méthodologiques et le troisième expose les principaux résultats de l'analyse avant la conclusion et les références bibliographiques.

5. I CONTEXTE ET REVUE DE LITTÉRATURE

5.1.1 Contexte national

Le Bénin possède un ensemble géomorphologique, climatique et hydrographique qui influence le profil épidémiologique national enregistré et qui explique les différences constatées dans le domaine de la mortalité entre les communautés et même entre les régions. Ce profil est essentiellement caractérisé par une pathologie tropicale meurtrière variée avec une prédominance des affections endémiques et épidémiques notamment le paludisme, la tuberculose, le SIDA, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques (MSP,2001). Les trois premières sont reconnues comme des maladies de la pauvreté et mobilisent actuellement les efforts du gouvernement et des organisations internationales.

Parmi les facteurs associés, se trouve un environnement favorable au développement et à la prolifération des vecteurs de maladies, en l'occurrence l'anophèle femelle (le moustique, vecteur du paludisme). Le faible niveau d'assainissement, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, explique la morbidité élevée, voire la mortalité infantile due au paludisme.

Les fréquents épisodes diarrhéiques des enfants sont l'expression, de la consommation d'eau polluée, du défaut de système d'évacuation correcte des ordures, de la non disponibilité de latrines et de l'insuffisance des règles d'hygiène personnelles.

En effet selon les résultats de l'EDSB-II de 2001, 21,4% des ménages consomment l'eau de puits non protégés, 10,5% l'eau des rivières et des marigots. De même, la non disponibilité de latrines est un fait au Bénin (67% des ménages au Bénin utilisent la nature comme mode d'aisance) et elle est surtout marquée dans les ménages ruraux (84,7% contre 37,2% en milieu urbain en 2001). Enfin, l'insuffisance des règles d'hygiène personnelles continue d'être un autre facteur qui menace la vie des enfants voire des adultes (93,5% des ménages ne possèdent aucun élément pour se laver les mains dont 98,5% en milieu rural et 92% en milieu urbain).

La décision de l'Etat d'assurer la gratuité des frais d'écolage pour les filles en milieu rural pourra contribuer à amoindrir les risques de décès materno-infantile. Quant aux adultes, en dehors des maladies parasitaires, les maladies chroniques ou dites de civilisation telles que

l'hypertension artérielle, le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires et les lésions dues aux accidents de la route sont les principales causes de leurs décès. Ces affections n'épargnent pas non plus les personnes âgées.

En ce qui concerne les femmes, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont responsables de la plupart des décès maternels. Plusieurs travaux ont mis en évidence l'insuffisance de la qualité des soins et la non utilisation adéquate des services de santé pour expliquer la survenue de ces décès. En outre, en l'absence de précaution, les femmes se retrouvent-elles plus exposées au risque d'infection au VIH/SIDA que les hommes.

5.1.1.1 Politique sanitaire du Bénin

La politique sanitaire du Bénin est élaborée et mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique qui définit les grandes orientations du secteur, les actions à mener et assure la mobilisation des ressources nécessaires.

Depuis 1960, plusieurs plans et programmes ont été ainsi mis en œuvre mais tous n'ont pas comblé les espoirs mis en eux. À la table ronde qui s'est tenue en janvier 1995 sur le secteur de la santé, le Gouvernement a décidé de recentrer sa politique sanitaire et de l'adapter au processus de décentralisation en cours. Ainsi, la politique sanitaire de la période 1997-2001 a pris en compte les axes prioritaires antérieurement définis et a mis l'accent sur l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles à travers deux principaux objectifs :

- améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé et ;
- améliorer la participation communautaire et l'utilisation des services de santé par les populations.

Ces objectifs ont pour finalité :

- l'amélioration de la couverture sanitaire et de l'organisation de la pyramide sanitaire basée notamment sur la décentralisation de l'organisation du système ;
- la moralisation et l'amélioration de la gestion du secteur de la santé ;
- l'amélioration du financement du secteur de la santé ;
- l'amélioration de la prise en charge des malades ;
- l'amélioration des conditions de vie de la mère et de l'enfant sur la base de programme visant à promouvoir la santé de la Reproduction, la santé maternelle et infantile, etc.

Pour mettre en œuvre cette politique, 24 programmes ont été retenus, au nombre desquels figurent :

- la réorganisation du niveau périphérique de la pyramide sanitaire en créant progressivement 36 zones sanitaires à la base de la pyramide, soit 3 tranches de 12 zones sanitaires par département et par étape ;
- le développement des ressources humaines, l'objectif étant de mieux maîtriser et d'améliorer la gestion des ressources humaines du secteur pour en assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable. De plus, il permet de relever le niveau de qualification et de conscience professionnelle du personnel de santé ;
- l'amélioration de la santé de la reproduction.
- l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement. Il s'agit d'actualiser la politique nationale d'assainissement de base, de construire et de promouvoir des ouvrages sanitaires dans les lieux publics etc. ;

- la lutte contre le paludisme par la réduction de son incidence moyenne chez les enfants de moins de 1 an de 32 000 à 20 000 pour 100 000 enfants au cours de la période considérée, la réduction de 25% de la létalité en ce qui concerne cette maladie ;

En ce qui concerne le Programme Élargi de Vaccination : la lutte contre les maladies et les grandes épidémies par le maintien à 90% de la couverture vaccinale dans tout le pays (BCG, DTCoq, et VAR à 1 an), l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, l'intensification de la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos, la réduction de l'incidence de la rougeole etc. ;

la lutte contre les maladies diarrhéiques, notamment chez les enfants de 0 à 5 ans. À ce sujet, la politique prévoit la réduction de la mortalité et de la morbidité au sein de cette tranche d'âge par : la diminution de l'incidence moyenne des maladies de 12 080 à 6 000 pour 100 000 enfants âgés de 1 à 4 ans et de 50% du taux de mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans. le développement du système des zones sanitaires et l'amélioration de la couverture sanitaire ; la prévention et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida ;

le renforcement de la planification, de la décentralisation et de la supervision des activités ;

la collaboration avec le secteur privé, le renforcement de la mobilisation sociale des communautés et la revitalisation des organes chargés du suivi et de l'exécution des programmes.

Un accent particulier est mis sur la création des Zones Sanitaires (ZS) dont l'objectif visé est de créer des conditions pour une décentralisation des services qui va s'étendre à tout le pays, pour rapprocher les soins spécifiques des utilisateurs. Ce qui renforcera de ce fait entre autres :

- l'équité, la solidarité, l'accessibilité et la qualité des services ;
- la responsabilité locale en matière de planification et de prise de décision ;
- la participation communautaire.

Cependant, le processus pauvreté-maladie-décès demeure inchangé. La pauvreté serait à la base de la mauvaise alimentation des enfants, de l'utilisation insuffisante des services de santé en cas de maladies même mortelles. De plus, certaines habitudes liées aux us et coutumes, à la croyance puis l'accueil peu adéquat dans les services et la distance des centres de santé sont autant de facteurs susceptibles d'aggraver les comportements face aux soins.

Néanmoins, les dispositions mises en place par les autorités politico-sanitaires, donnent espoir pour une réduction sensible du niveau des indicateurs de mortalité. Il s'agit entre autres de la politique sanitaire nationale, du plan d'action du gouvernement en matière de santé, du plan stratégique pour la santé, des différentes tables rondes des partenaires au développement sanitaire, de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). Cet ensemble de faits s'insère dans un contexte international dominé par le développement des Soins de Santé primaires.

Il faut noter que toutes ces politiques et programmes de développement reposent sur la vision à long terme (vision ALAFIA) élaborée à partir des Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme (NLTPS) dont le but est "d'éclairer le pays afin qu'il pose aujourd'hui les actes appropriés pour que se réalise l'avenir désiré, car le futur n'est pas ni unique, ni prédéterminé. Il s'agit donc d'explorer les futurs possibles, de s'en approprier un et d'œuvrer pour son avènement à travers les stratégies appropriées"³.

³ MECCAG-PDPE (2000) : Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme, Bénin 2025 : Stratégies de développement du Bénin à long terme, 234 pages.

La réalisation de cette vision à court terme (pour la période 2001-2006) a fait l'objet d'un Programme d'Action du Gouvernement (PAG II). Ce programme se fonde sur la conviction que "la paix et la prospérité prennent appui sur l'amélioration de la gouvernance qui permet à l'état de faire fonctionner le secteur public et d'établir avec le secteur privé les conditions de son épanouissement et de son expansion pour la prospérité de l'économie nationale⁴.

5.1.1.2 Principales causes de mortalité au Bénin

Selon les statistiques du Ministère de la Santé Publique⁵, les affections les plus fréquemment notifiées lors des consultations sont principalement le paludisme (34%), les infections respiratoires aiguës (16%), les affections gastro-intestinales (8%), la diarrhée et les traumatismes pour respectivement 6%. Chez les enfants de moins de cinq, les affections les plus fréquentes à la consultation sont le paludisme (34%), les infections respiratoires aiguës (15%), les affections gastro-intestinales (8%) et l'anémie (5%).

Quant aux affections les plus fréquentes notifiées en hospitalisation, ce sont les pratiquement les mêmes mais avec des intensités moindres :

- Pour la population générale, on peut citer le paludisme (18%), les anémies (11%), les infections respiratoires aiguës (6%) et les lésions traumatiques (5%) ;
- Chez les enfants de moins de cinq ans, ce sont : le paludisme (31%), les anémies (25%), les infections respiratoires aiguës (9%) , les affections gastro-intestinales (4%) et la diarrhée (3%).

5.1.2 Contexte international

Après plusieurs années de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires adoptée en 1978, les résultats attendus ont été très maigres. La tenue de la Conférence de Bamako, ayant abouti à l'initiative de Bamako en 1987, a suggéré des actions concrètes visant l'accessibilité aux soins de santé primaires.

Les différentes conférences de Mexico, du Caire, et les Sommets des Nations Unies ont également fait allusion à la très lente diminution des indicateurs de mortalité des pays en développement en général et de l'Afrique en particulier. L'avènement du Programme d'Ajustement Structurel avec la dévaluation du CFA en 1994 a accentué le niveau de pauvreté et par ricochet contribué au maintien du niveau élevé de la mortalité.

Par ailleurs, la recherche de stratégie efficace de lutte contre la mortalité des groupes vulnérables a suscité la réflexion sur les déterminants de la mortalité maternelle et infantile. Aussi, l'analyse des données du RGPH-3 permettra de disposer d'indicateurs fiables pour mesurer l'atteinte des Objectifs du Millénaire (ODM) en matière de mortalité pour le Bénin. Cette analyse s'inscrit bien dans la dynamique des connaissances actuelles sur la mortalité dans les pays en développement.

5.1.3 Revue de littérature

Le phénomène de la mortalité demeure préoccupant dans les pays en développement et plus précisément ceux d'Afrique dont la République du Bénin. En dehors de son aspect social qui

⁴ Présidence (2001) : Programme d'Action du Gouvernement 2001-2006, 143 pages.

⁵ MSP (2001) : Annuaire des statistiques sanitaires 2001.

maintient l'émotion, tout en interpellant les autorités à l'action, son niveau reste encore élevée.

Au Bénin, la mortalité et plus spécifiquement celle des enfants a enregistré une baisse générale mais le niveau reste encore élevé. En fait, la mortalité infantile a diminué de 34 points en 20 ans, (de 123‰ en 1982 à 94‰ en 1996 et 89‰ en 2001). Le niveau élevé de la mortalité infantile est dû en grande partie à la surmortalité post-néonatale⁶. Quant à la mortalité infanto-juvénile, la diminution constatée est de six points et demi en cinq ans (elle passe de 166,5‰ en 1996 à 160‰ en 2001). Mais le risque de décès avant 5 ans garde un écart non négligeable entre le milieu urbain et rural (175,5‰ en milieu rural contre 133,6‰ en milieu urbain en 2001). Ces différents résultats sont surtout à l'actif des programmes de santé mis en place en faveur des enfants tels que le programme élargi de vaccination (PEV/SSP), le programme de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, les programmes de lutte contre le paludisme (volets spécifiques pour la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans), les maladies diarrhéiques et le SIDA. L'ampleur et les facteurs de risque de la mortalité des enfants ont fait l'objet de plusieurs travaux dans les pays africains (Alihonou, 1993).

En ce qui concerne la mortalité maternelle, son ampleur a connu également une légère diminution mais le taux demeure toujours élevé : 498 pour cent mille naissances vivantes (EDBS, 1996), malgré les programmes spécifiques de la santé de la reproduction (planification familiale, soins obstétricaux essentiels).

Que ce soit la mortalité maternelle ou la mortalité infantile, les conséquences sociales interpellent et nécessitent des actions efficaces pour d'une part, améliorer la survie des enfants en général et des orphelins en particulier et d'autre part éviter qu'une mère ne perde la vie en donnant la vie.

Comparé aux autres pays africains au Sud du Sahara, le Bénin fait toujours partie des pays où le taux de mortalité demeure élevé (Djagba, 1999) malgré les progrès enregistrés.

5.2 : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Elles se résument à une évaluation rapide de la méthode de collecte des données sur la mortalité et des techniques utilisées pour le calcul des indicateurs d'une part et à une évaluation de la qualité des données d'autre part avec la définition des concepts utilisés dans ce document.

5.2.1. Démarche méthodologique

La démarche méthodologique définie dans cette partie est surtout basée sur d'une part, la description critique de la méthode de collecte des données sur la mortalité lors du dénombrement général et d'autre part sur la méthode de calcul utilisée pour déterminer les indicateurs de mortalité.

⁶ Bruno NOUATIN, Bruno DJAGBA, Gora MBOUP et Alphonse GUEDEME (1999) : Facteurs de surmortalité post-néonatale au Bénin, in Perspectives Sur la Planification Familiale et la Santé Reproductive au Bénin.

5.2.1.1 Méthode de collecte

Les données collectées sur la mortalité au cours du 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3) portent sur les variables ci-après :

Pour la mortalité générale :

Décès depuis le 1^{er} janvier 2001 (approche directe)

Y- a- t- il eu décès dans le ménage depuis le 1^{er} janvier 2001 ? Si oui, l'enquêteur devant enregistrer les nom et prénom, sexe, date de naissance, date de décès, âge au décès, lieu d'enterrement, situation matrimoniale au décès

Pour l'étude de la mortalité des enfants :

Décès des enfants (approche indirecte)

Combien d'enfants nés vivants avez-vous eu?

Combien d'enfants avez-vous actuellement en vie?

Combien de naissances vivantes avez-vous depuis le 1^{er} janvier 2001?

Combien sont-elles encore en vie ?

Survie des parents

Pour l'étude des orphelins, les questions ont porté sur la survie des parents des membres du ménage: survie du père, survie de la mère

Pour les décès maternels

Femmes résidentes décédées âgées de 10 ans et plus :

Etait-elle décédée des problèmes liés à la grossesse?

Etait-elle décédée au cours de l'accouchement ?

Etait-elle décédée des suites de l'accouchement dans les 42 jours ?

5.2.1.2 Méthode d'estimation du niveau de la mortalité

Dans cette optique, l'analyse des données disponibles sur la mortalité maternelle a utilisé la méthode d'estimation directe. L'utilisation de cette méthode a permis d'estimer le risque pour toute femme de décéder pour cause maternelle (liées à la grossesse).

La survie des enfants et surtout des orphelins a aidé avoir une idée de la survie des parents décédés.

Pour le calcul des différents indices de mortalité, la population recensée en février 2002 est considérée comme celle à mi-période.

5.2.2. Qualité des données collectées

Dans les pays en développement comme le Bénin, la collecte des informations sur la mortalité rencontre beaucoup de difficultés. Ainsi, la validité des données collectées peut être affectée par :

la sous-déclaration des événements (omission volontaire par émotion ; omission heures/jours des décès après naissance)

le déplacement des dates de décès

l'imprécision des déclarations d'âge au décès.

Les données sur le phénomène de mortalité analysées ici doivent être interprétées avec beaucoup de prudence. Mais selon Sullivan et al.(1990), les limites méthodologiques inhérentes à ces problèmes de collecte induisent une faible marge d'erreur si les événements mesurés (naissances et décès) sont récents.

L'évaluation de la qualité des données relative à la mortalité a abouti au fait que les données issues de ce recensement sont de bonne qualité en ce qui concerne les données sur les enfants nés vivants et survivants et à une sous-estimation du niveau de la mortalité obtenue par l'approche directe. Les résultats de cette évaluation ont pris en compte les différents paramètres de la qualité et le présent travail d'analyse a tenu compte des conclusions de l'évaluation.

5.2.3. Définitions des concepts et variables

Le **quotient de mortalité infantile** $1q_0$: c'est la probabilité à la naissance de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire.

Le **quotient de mortalité juvénile** $4q_1$: c'est la probabilité pour un enfant qui est âgé d'un an exact de décéder avant d'atteindre son cinquième anniversaire ;

Le **quotient de mortalité infanto-juvénile** $5q_0$: c'est à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire

Le **ratio** ou **Rapport de mortalité maternelle**, communément appelé par abus de langage **taux de mortalité maternel (TMM)** : c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Le **décès maternel** est défini comme celui d'une femme survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, quelle que soit la durée ou la localisation de la grossesse, par cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par les soins sans prendre en compte les décès accidentels ou fortuits.

5.3 : NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITE

5.3.1 Mortalité générale

Deux indicateurs principaux permettent de déterminer le niveau global de la mortalité : le taux brut de mortalité et l'espérance de vie à la naissance. Pour la mortalité spécifique, il s'agit des taux de mortalité par âge et l'espérance de vie à un âge donné. Tous les indicateurs cités ci-dessous sont contenus soit dans la table de mortalité, soit issus du calcul à partir de la table de mortalité.

5.3.1.1 Elaboration de la table de mortalité du Bénin

L'évaluation des données sur la mortalité issues du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de février 2002 a abouti à l'élaboration de la table type de mortalité du Bénin. Elle a montré que la table type de mortalité qui se rapproche le mieux de la structure de la mortalité du Bénin est celle du modèle Nord de Coale & Demeny⁷. L'application de ce modèle aux données observées lors du RGPH-3 a permis d'estimer d'une part la mortalité des enfants et d'autre part la table type du Bénin qui se présente comme suit :

Tableau 5.3.1. Table de mortalité du Bénin selon le sexe

AGE	Tous sexes confondus				Sexe masculin				Sexe féminin			
	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)
0	100 000	96,0	90,0	59,20	100 000	108,3	101,0	57,18	100 000	87,0	82,0	61,25
1	91 000	16,2	62,0	64,02	89 900	19,2	73,0	62,57	91 800	14,0	54,0	65,69
5	85 358	2,8	13,8	64,16	83 337	2,4	12,0	63,39	86 843	2,7	13,5	65,36
10	84 180	1,7	8,6	60,02	82 337	1,8	9,0	59,13	85 670	1,7	8,2	61,22
15	83 455	2,2	10,8	55,52	81 596	2,2	10,9	54,65	84 966	2,2	10,7	56,71
20	82 555	3,2	15,7	51,10	80 707	2,9	14,4	50,22	84 057	3,1	15,3	52,29
25	81 256	3,9	19,1	46,88	79 545	4,0	19,9	45,91	82 771	3,7	18,5	48,07
30	79 707	4,9	24,2	42,74	77 962	5,0	24,5	41,79	81 240	4,8	23,9	43,92
35	77 777	5,5	27,3	38,73	76 052	5,6	27,5	37,78	79 298	5,5	27,1	39,93
40	75 655	7,0	34,6	34,75	73 960	7,6	37,4	33,77	77 149	6,5	32,0	35,98
45	73 041	8,4	41,2	30,90	71 194	9,0	43,9	29,99	74 680	7,9	38,7	32,08
50	70 031	11,1	54,1	27,12	68 069	12,1	58,9	26,24	71 790	10,1	49,4	28,27
55	66 245	14,6	70,6	23,52	64 059	15,7	75,4	22,73	68 244	13,6	65,8	24,60
60	61 570	19,7	93,9	20,11	59 229	20,6	98,1	19,37	63 753	18,9	90,3	21,15
65	55 790	20,7	98,4	16,93	53 419	27,5	129,0	16,19	57 996	15,1	72,9	18,01
70	50 298	32,5	150,7	13,50	46 528	39,6	180,5	13,21	53 768	25,0	118,0	14,22
75	42 718	48,1	215,5	10,43	38 130	55,1	242,2	10,56	47 424	41,5	189,0	10,77
80	33 512	75,9	320,9	7,59	28 895	70,6	300,7	8,13	38 461	68,8	296,0	7,67
85	22 758	158,6	562,5	4,95	20 206	138,3	508,7	5,53	27 076	162,8	575,0	4,78
90	9 956	312,9		3,20	9 927	265,3		3,77	11 507	340,1		2,94

⁷ Bruno DJAGBA (2003) : Evaluation des données de mortalité

Cette table de mortalité contient les indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à un âge donné, les quotients de mortalité infantile et juvénile et la mortalité par âge. Elle a également permis de déterminer le taux brut de mortalité et le taux de mortalité maternelle.

5.3.1.2 – Niveau global de la mortalité au Bénin

En 2002, l'analyse des données issues du recensement indique que sur 1000 habitants environ 12 personnes décèdent annuellement, soit un taux brut de mortalité de 12,3‰ pour l'ensemble du pays. Ce taux est inférieur à celui enregistré en 1992 (15,5‰). Selon le sexe, il est de 13,2‰ chez les hommes et de 11,3‰ chez les femmes. Les niveaux enregistrés sont inférieurs à ceux de 1992 : respectivement 15,9‰ chez les hommes et 12,8‰ chez les femmes.

Tableau 5.3.2 : Taux Brut de Mortalité au Bénin en 2002 selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Taux brut de mortalité en‰			Indice Comparatif de Mortalité
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Ensemble	12,27	13,23	11,35	12,3
Bénin Rural	15,23	15,59	14,86	14,8
Bénin Urbain	9,63	10,63	8,67	10,4

Selon le milieu de résidence, cet indicateur est de 15,2 ‰ en milieu rural et de 9,6 ‰ en milieu urbain. Le niveau élevé de la mortalité du sexe masculin en milieu rural est peut-être apparent car le taux brut de mortalité est fortement influencé par la structure de la population. Pour éliminer l'effet de structure, il est procédé au calcul de l'indice comparatif de mortalité en utilisant la structure de la population nationale comme la structure-type. Le niveau élevé de la mortalité générale du sexe masculin (13,2 ‰ pour le sexe masculin contre 11,3 ‰ pour le sexe féminin) ou en milieu rural est confirmé par l'indice comparatif de mortalité (14,8 ‰ en milieu rural pour 10,4 ‰ en milieu urbain) comme le montre le tableau 5.3.1.2.1

5.3.1.3 Structure par sexe et par âge de la mortalité au Bénin

Le taux brut de mortalité est un indicateur brut qui ne rend pas compte du phénomène dans sa structure. Une analyse des différents taux par âge s'impose pour mieux décrire la structure de la mortalité.

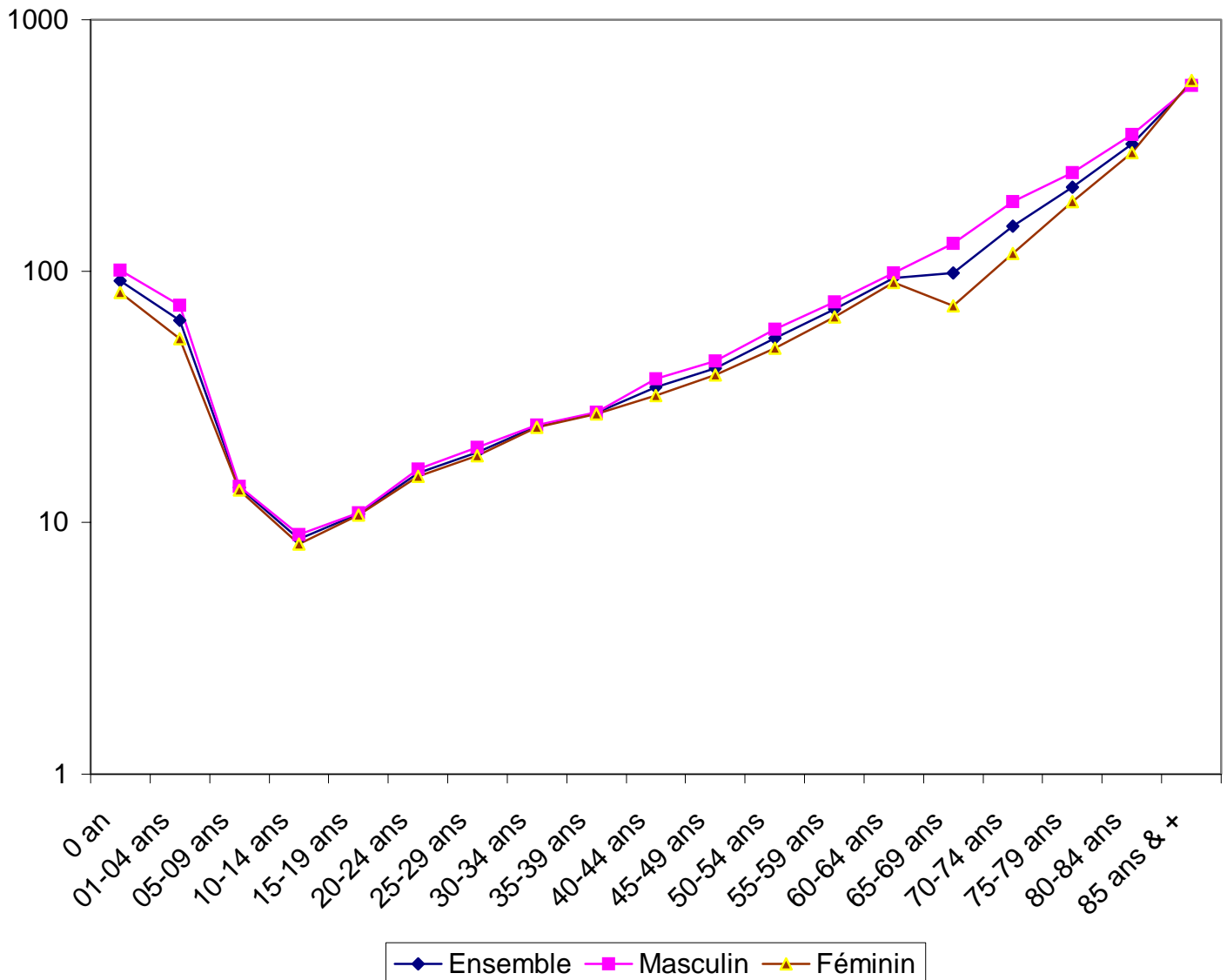
5.3.1.3.1 Structure de la mortalité du Bénin

La structure par âge de la mortalité au Bénin (cf. graphique 5.3.1) correspond assez bien à celle d'un pays à forte mortalité (la courbe en forme de J penché) caractérisée par une forte mortalité des enfants et celle encore plus élevée des personnes âgées.

Par rapport au sexe, l'évolution des différents quotients de mortalité de la table par sexe montre que globalement les personnes de sexe masculin courent plus de risque de décéder que celles du sexe féminin.

Le graphique 5.3.1 indique la tendance par sexe de la mortalité. Les taux de mortalité masculins sont disposés au-dessus de ceux enregistrés par le sexe féminin indiquant ainsi une légère surmortalité masculine à tous les âges sauf au-delà de 85 ans.

Graphique 5.3.1: Structure par sexe de la mortalité au Bénin en 2002



L'examen des différents quotients par âge de la table montre que :

les quotients de mortalité infantile sont encore élevés : 90‰ pour l'ensemble et respectivement 101‰ pour les enfants de sexe masculin et 82‰ pour ceux de sexe féminin.

Le quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) tous sexes confondus a un niveau plus bas (62‰). A partir de 15 ans, le risque de décéder augmente avec l'âge. Ce constat est aussi valable pour les hommes et pour les femmes. Toutefois, on observe une situation particulière pour les femmes dont le niveau de mortalité chute à 65-69 ans avant de remonter. Il reste à savoir si elle est accidentelle car en 1992, aucune anomalie de ce type n'était apparue.

La forme de la courbe (en J penché) de la structure par âge est très caractéristique et montre que la mortalité infantile et juvénile reste encore élevée quoiqu'en baisse par rapport aux

années antérieures. De même, les risques de mortalité sont encore grands aux âges élevés. On distingue ainsi deux phases distinctes :

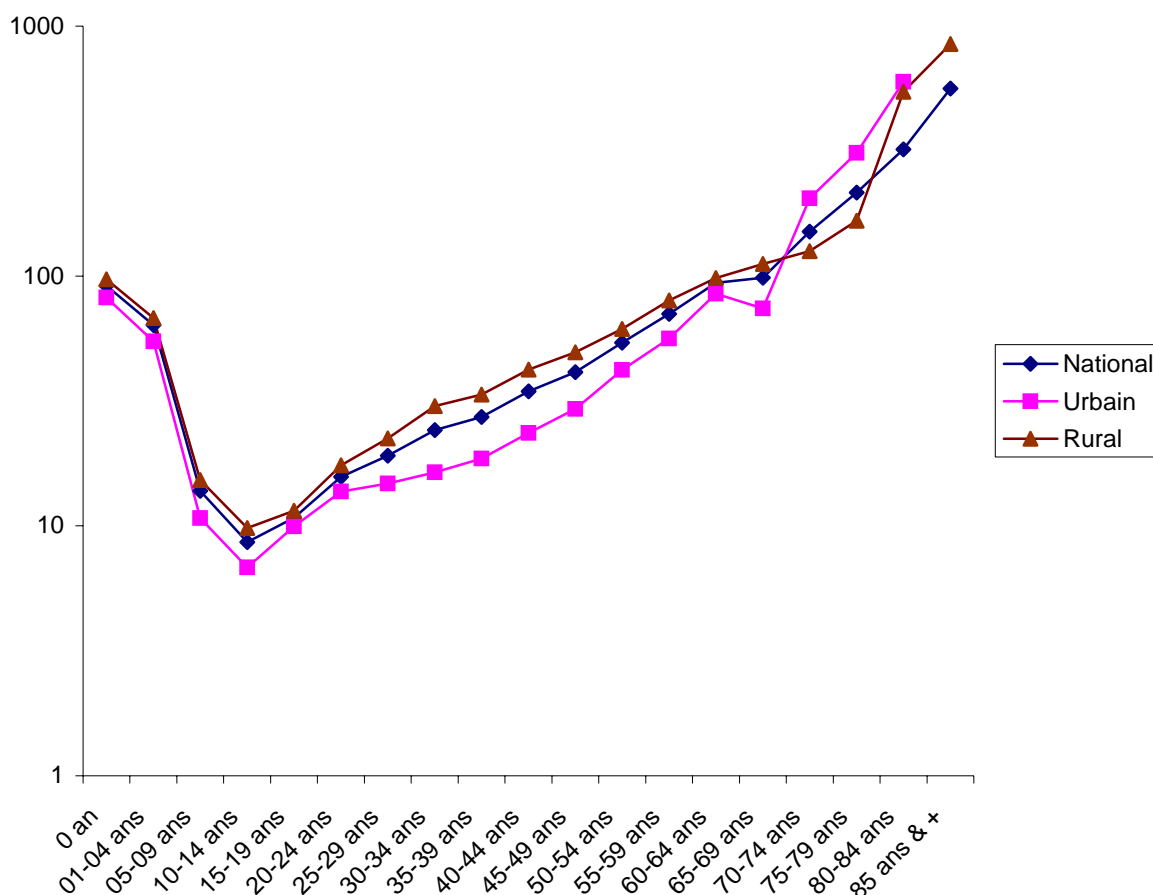
Une première phase partant de la naissance à l'âge de 10 ans révolus indique une baisse progressive du niveau de mortalité au fur et à mesure que l'âge augmente;

Une seconde phase, qui part de 10 ans révolus jusqu'à 85 ans et plus présente une allure ascendante soulignant que le risque de décès augmente avec l'âge en 2002.

5.3.1.3.2 Structure de la mortalité selon le milieu de résidence

Lorsqu'on observe le milieu de résidence, le risque de décès est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain jusqu'à 70-74 ans. A partir de 75 ans, on observe une inversion de la situation, montrant que le risque de décès est plus grand en milieu urbain que rural. Il faut également noter que la perturbation des taux à l'âge de 65-69 ans chez les femmes observé plus haut est due en grande majorité aux taux enregistrés pour les femmes du milieu urbain.

Graphique5.3.2: Quotient de mortalité selon le milieu de résidence en 2002.



5.3.1.4 – L'espérance de vie à la naissance

La mort est un phénomène irréversible mais quantifiable que subit un individu. Dès la naissance, la question que l'on se pose de façon indirecte est : "combien de temps peut-on espérer de vivre avant de mourir?". La réponse à cette interrogation est donnée par

l'espérance de vie à la naissance. Il est également possible de déterminer une espérance de vie à un âge donné.

La table de mortalité du Bénin montre que l'espérance de vie à la naissance est de 59,2 ans dont 57,18 ans pour le sexe masculin et 61,25 ans pour le sexe féminin. Par rapport au RGPH-2 où l'espérance de vie à la naissance était de 54,2 ans, 51,8 ans et 56,6 ans respectivement pour l'ensemble, le sexe masculin et le sexe féminin, on a un gain annuel de 0,50 an pour l'ensemble, 0,54 an pour le sexe masculin et 0,46 an pour le sexe féminin. La surmortalité masculine est confirmée par l'écart de 4,07 ans qui sépare l'espérance de vie à la naissance des hommes de celle des femmes.

Quand on fait intervenir le milieu de résidence, on constate également un écart notable (3,39 ans) entre les espérances de vie. En effet, en milieu urbain, un individu qui naît, espère vivre en moyenne 60,7 ans avant de mourir si les conditions sanitaires actuelles sont maintenues contre 57,3 ans pour le milieu rural.

Tableau 5.3.3: Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le milieu de résidence

		Ensemble	Masculin	Féminin
Bénin	2002	59,20	57,18	61,25
	1992	54,2	51,83	56,61
Gain annuel		0,4996	0,535	0,4636
Urbain	2002	60,72	57,83	64,23
	1992	57,27	55,41	59,22
Gain annuel		0,345	0,2418	0,5005
Rural	2002	57,33	57,04	58,11
	1992	52,7	50,1	55,36
Gain annuel		0,463	0,6938	0,2748

5.3.1.5 - Evolution du niveau de la mortalité

D'après les recensements et les enquêtes au Bénin, les différents niveaux de mortalité (infantile, juvénile, adulte) ont évolué à la baisse depuis 1992.

Certes si les méthodes de collecte varient, il se dégage cependant clairement que le niveau de mortalité a régressé de 1992 à 2002. Le taux brut de mortalité est passé de 15,6‰ en 1992 à 12,3‰ en 2002. Cette diminution serait imputable aux actions économiques (évolution du taux de croissance économique), sanitaires (augmentation des taux de couverture vaccinale, augmentation de la couverture en accouchements assistés et de fréquentation des centres de santé) et environnementales (gestion rationnelle des ordures dans les grosses agglomérations, construction de caniveaux pour évacuation des eaux de pluies et autres...) à travers la mise en œuvre de programmes structurés.

Dans le secteur de la santé, certains programmes comme « la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) » et « le programme de maternité à moindre risque (PMMR) » ont été intensifiés avec l'appui financier et technique de certains partenaires au

développement afin de réduire les décès des enfants de moins de cinq ans et des femmes en couches.

Tableau 5.3.4 : Evolution de quelques indicateurs de 1992 à 2002

Recensements	Espérance de vie à la naissance			Quotient de mortalité	
	Ensemble	Masculin	Féminin	Infantile	Infanto-juvénile
RGPH-2, 1992	54,2	51,8	56,6	98,2	167,1
RGPH-3, 2002	59,20	57,18	61,25	90,0	146,4

5.3.2. La mortalité des enfants de moins de cinq ans

Le groupe des enfants âgés de 0 à 4 ans révolus constitue le groupe le plus vulnérable au sein de la population. Il réagit très vite aux conditions socio-sanitaires, économiques et environnementales de son milieu de vie. Au Bénin, les causes exogènes et endogènes qui influencent le niveau de mortalité de cette tranche d'âge sont nombreuses. Il est donc important de connaître le niveau de mortalité des enfants avant d'entreprendre la recherche des causes en vue d'orienter les actions de développement socio-sanitaires.

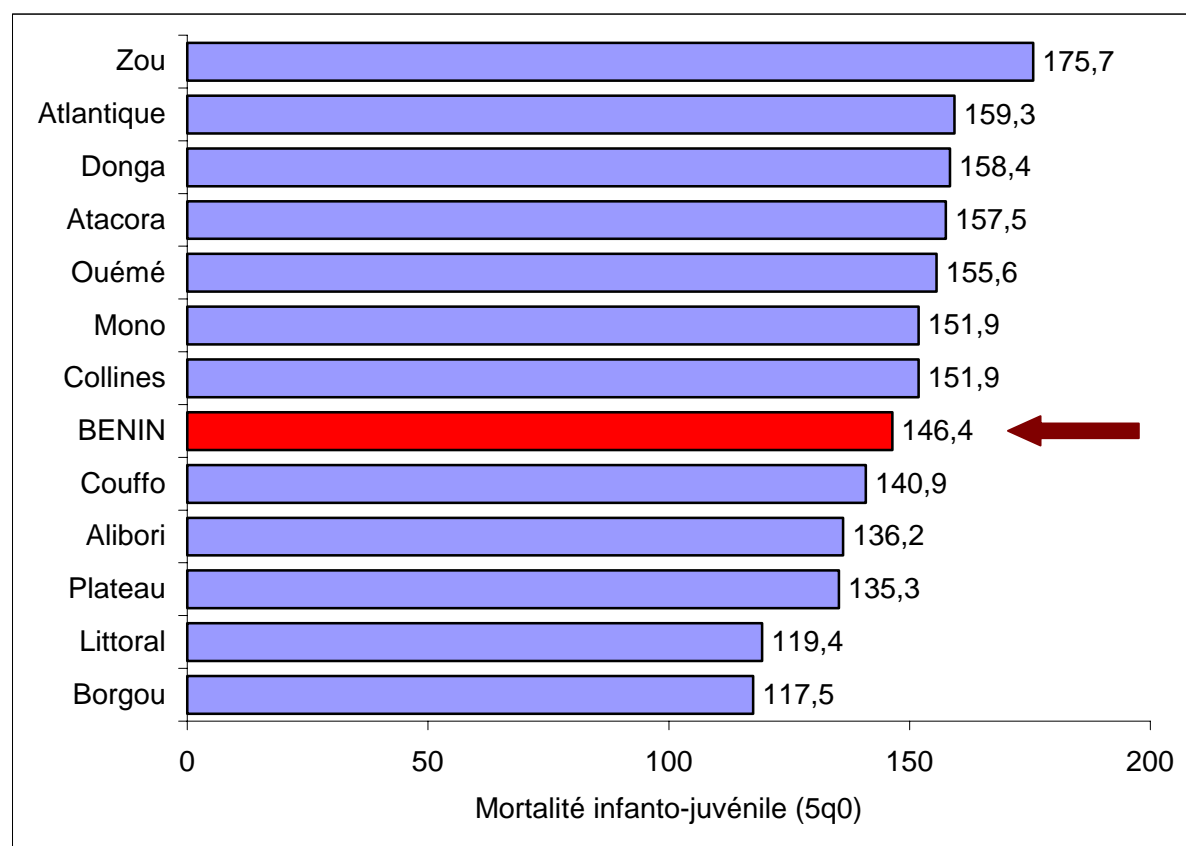
5.3.2.1- La mortalité Infanto-juvénile

5.3.2.1.1 – Niveau de la mortalité

Cette mortalité englobe celle des enfants âgés de 0-11 mois et de 1 à 4 ans révolus. Le quotient $5q_0$ de mortalité au niveau national est de 146,4‰ ; l'évolution de cet indicateur est également à la baisse depuis 1992. Il était de 167,1 ‰ en 1992.

Son niveau est, comme tous les autres indicateurs, plus élevé chez les enfants de sexe masculin (166,6‰) que chez ceux de sexe féminin (131,6‰). De même, ce quotient de mortalité infanto-juvénile en milieu rural (150,1‰) est plus grand que celui du milieu urbain (134,3‰).

Graphique 5.3.3 : Niveau de la mortalité des 0-5 ans par département



Par ailleurs, l'analyse selon les départements (Cf. graphique 5.3.3) montre que le département du Zou enregistre le niveau le plus élevé de mortalité infanto-juvénile (175,7‰) et celui du Borgou le plus faible (117,5 ‰).

L'anémie nutritionnelle très fréquente chez les enfants de moins de cinq ans dans le département du Zou pourrait expliquer le niveau élevé de mortalité dans ce département reconnu pourtant comme le grenier du Bénin en matières de vivres. Cette situation paradoxale nécessite des actions de sensibilisation des parents sur l'alimentation des enfants.

5.3.2.1.2 Structure par année d'âge et par sexe

Dans cette section, il s'agit de décomposer la mortalité des enfants de 0 à 5 ans en mortalité par année afin de voir l'âge qui contribue le plus à la mortalité des enfants.

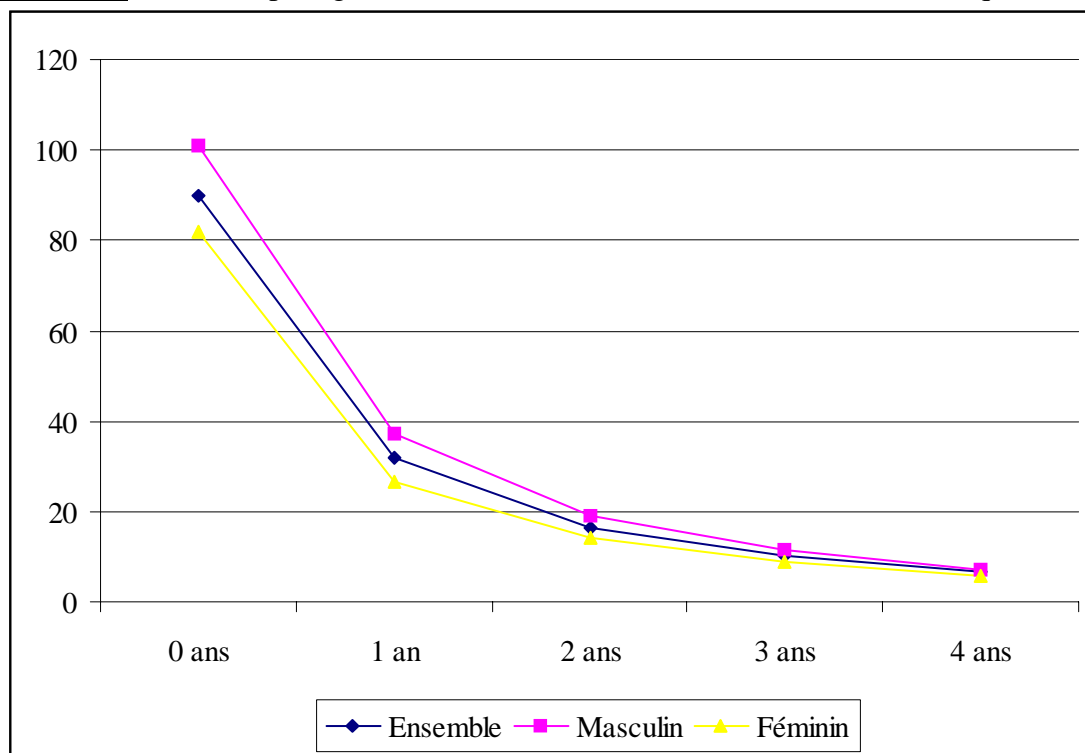
Pour l'ensemble du pays, le quotient de mortalité des enfants diminue avec l'âge passant de 90 ‰ chez les enfants de moins d'un an à 6,6 ‰ chez ceux de 4 ans révolus. Lorsqu'on fait intervenir le sexe, on constate que le niveau de mortalité est plus élevé chez les enfants de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin.

La régression du risque de mortalité constatée à l'intérieur du groupe des enfants de moins de cinq ans est probablement le résultat des efforts des programmes sanitaires (vaccination, lutte contre la diarrhée, la malnutrition, soins de santé primaires, accouchements assistés) et environnementaux (évacuation dans certaines localités des ordures) mis en oeuvre. Le graphique 5.3.4 illustre la structure de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il en résulte un recul progressif de la mortalité, avec une légère accentuation avant un an due certainement à l'effet du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Tableau 5.3.5: Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans par âge

Quotient de mortalité	Ensemble	Sexe	
		Masculin	Féminin
${}_1Q_0$	90	101	82
${}_1Q_1$	31,9	37,3	26,4
${}_1Q_2$	16,6	19,1	14
${}_1Q_3$	10	11,3	8,7
${}_1Q_4$	6,6	7,2	5,9

Graphique 5.3.4: Structure par âge et sexe de la mortalité des enfants moins de cinq ans



Quant à la tendance de cette mortalité avant un an, elle va de 123 ‰ en 1982 (EFB, 1982) à 90 ‰ en 2002 (RGPH-3) en passant par 98,6 ‰ en 1992 (RGPH-2,1992), 93,9 ‰ en 1996 (EDSB-1,1996) et 89,1‰ en 2001 (EDSB-2, 2001).

Pour la mortalité infanto-juvénile, la régression est plus marquée, passant de 243 ‰ en 1982 à 146,4 ‰ en 2002.

Dans les paragraphes qui suivent un accent particulier sera mis sur les enfants de 0 à 11 mois ainsi que ceux âgés de 1 à 4 ans car ces enfants font l'objet d'une grande attention dans le cadre de la mise en œuvre de plusieurs programmes sanitaires au Bénin.

5.3.2.2- La mortalité infantile

La mortalité infantile, indicateur précieux de la qualité des conditions de vie d'une population, est évaluée par le quotient de mortalité infantile.

En 2002, le quotient de mortalité infantile au niveau national est de 90 ‰. Il est inférieur de 8,3 points à celui de 1992 (98,2‰).

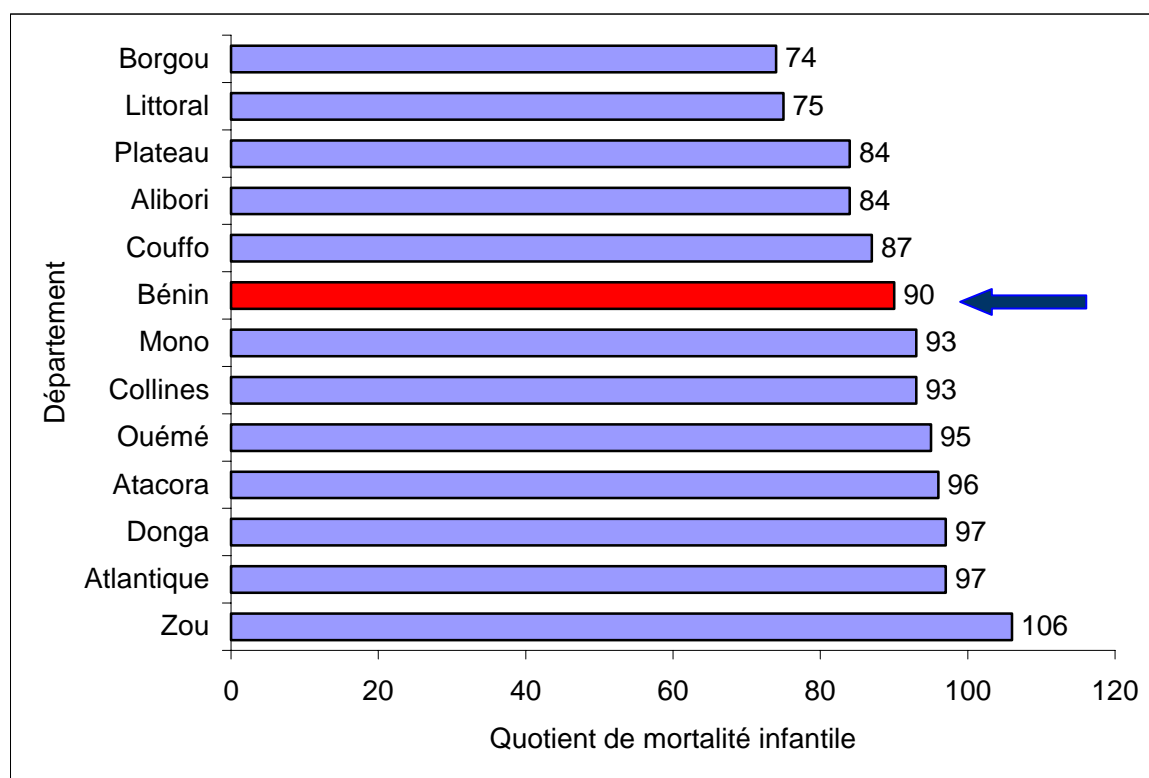
L'analyse selon le sexe, montre que la mortalité des enfants de sexe masculin (101‰) est largement supérieure à celle des enfants de sexe féminin (82 ‰). De même, les enfants de moins d'un an vivant en milieu rural (92 ‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (83 ‰).

Tableau 5.3.6: Quotients de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence, 2002

	Ensemble	Masculin	Féminin
	%o	%o	%o
Bénin	90	101	82
Bénin rural	92	100	84
Bénin urbain	83	91	73

Le niveau de cette mortalité varie également selon les départements. Les départements du Borgou et du Littoral affichent les niveaux les plus faibles (74‰ et 75‰ respectivement) tandis que celui du Zou le plus élevé (106‰).

Graphique 5.3.5: Quotients de mortalité infantile selon les départements



5.3.2.3 - La mortalité juvénile

La mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans est mesurée par le quotient de mortalité juvénile. Le niveau de cet indicateur en 2002 est de 62 ‰ pour l'ensemble du pays et se trouve en deçà de la valeur de 76 ‰ enregistrée en 1992. Il est de 54 ‰ pour le sexe féminin et de 73 ‰ pour le sexe masculin. Il varie également selon que l'enfant vit en milieu rural (64 ‰) ou en milieu urbain (56 ‰).

Tout comme en 1992, le rapport « quotient de mortalité juvénile sur quotient de mortalité infantile » est de 0,7, ce qui traduit l'absence de problèmes nutritionnels graves chez les enfants (Dackam, 1980 ; Akoto, 1989 ; Quenum, 1969). Ce rapport est moindre si on le compare à celui enregistré à l'Enquête sur la Fécondité au Bénin en 1982 (1,11). Cette évolution pourrait s'expliquer par l'effort d'amélioration dans la prise en charge correcte des maladies de l'enfance et dans le domaine du développement économique et social du pays. Par ailleurs, l'évolution à la baisse du quotient de mortalité juvénile par rapport à celui de la mortalité infantile s'observe dans tous les départements. Le tableau qui suit illustre l'évolution des quotients de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

Tableau 5.3.7 : Tendence de la mortalité des enfants depuis 1982

Opérations	Mortalité des enfants		
	Infantile ₁ Q ₀	Juvenile ₄ Q ₁	Infanto-juvenile ₅ Q ₀
EFB, 1982	123,0	137,0	243,1
RGPH-2, 1992	98,6	76,0	167,1
EDSB-I, 1996	93,9	80,0	166,4
EDSB-II, 2001	89,1	77,8	160,0
RGPH-3, 2002	90,0	63,7	149,5

5.3.2.4- Analyse différentielle de la mortalité

Certaines variables sociales, culturelles, économiques et environnementales déterminent indirectement les niveaux de mortalité chez les enfants. La présente analyse se fera par rapport au niveau d'instruction des mères, à leur état matrimonial et au milieu de résidence.

5.3.2.4.1- Niveau d'instruction des mères

Comme facteur social, il est admis que l'éducation des parents et particulièrement celle de la mère est déterminante du niveau de la mortalité des jeunes enfants⁸. En réalité, les effets relatifs au degré de connaissances des besoins en nutrition, des maladies courantes de l'enfant, de l'hygiène, la volonté d'utiliser les facilités médicales, la contraception sont autant d'aspects relevant de l'éducation formelle de la mère qui influent sur la morbidité et la mortalité infantiles.

Malgré cette tendance générale, il n'est pas facile de savoir lequel des deux indicateurs les plus utilisés, le niveau d'instruction ou l'alphabétisation donne les meilleurs résultats.

Hugo Behm⁹ signale qu'on a observé que la mortalité infantile plus élevée dans les zones rurales est expliquée pour une bonne part par le niveau d'instruction plus bas de la population rurale.

L'analyse des données issues du RGPH-3 sur la mortalité des enfants et le niveau d'instruction de la mère montre que le niveau de mortalité des enfants diminue globalement lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente : le quotient de mortalité infantile passe de 94‰ pour les femmes du niveau maternel à 84‰ pour les femmes ayant atteint le secondaire. Il en est de même pour le quotient de mortalité infanto-juvenile qui passe de 152‰ pour les enfants des femmes du niveau primaire à 135,3‰ pour les enfants des femmes du niveau du secondaire comme le montre le tableau ci-après. Mais deux particularités se dégagent de ce tableau :

le niveau de la mortalité des enfants des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction est plus faible que celui des femmes ayant atteint le primaire. Il serait alors intéressant de voir pour ces femmes si l'alphabétisation fonctionnelle n'a pas eu plus d'impact sur la qualité des soins apportés aux enfants ;

⁸ TIAPANIL; "Mortalité Infantile et Juvenile en Côte d'Ivoire : Analyse à partir de l'Enquête Ivoirienne sur la Fécondité" ECA/WFS/II/3 1985, 64 p.

⁹ BEHM, H, "Infant and Child mortality in the third world : background information and proposals for cooperative studies among demographic centers"; CICRED, August 1979.

le niveau de mortalité des enfants des femmes du niveau supérieur est le plus élevé tant au niveau de la mortalité infantile (143‰) que pour la mortalité infanto-juvénile (240,7‰). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes ont généralement une occupation en dehors du ménage, ce qui les oblige à mettre leurs enfants sous la garde des domestiques souvent jeunes (moins de 15 ans) et sans instruction.

Toutefois, ces deux situations sont conformes à la situation de la mortalité des enfants observée lors de l'EDSB-II de 2001 où la mortalité des enfants diminue systématiquement lorsque le niveau d'instruction des femmes augmente : la mortalité infantile et infanto-juvénile passe respectivement de 100,2‰ et 174,5‰ pour les femmes sans instruction à 53,1‰ et 80,8‰ pour les femmes du secondaire ou plus)¹⁰. Il en est de même des résultats du RGPH-2 où la baisse du niveau de mortalité des enfants est systématique avec l'augmentation du niveau d'instruction des mères.

Tableau 5.3.8 : Mortalité infantile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction

QUOTIENT DE MORTALITÉ DES ENFANTS			
Niveau d'instruction	₁Q₀	₄Q₁	₅Q₀
Aucun niveau	86,0	59,0	139,9
Maternelle	94,0	66,0	153,8
Primaire	93,0	65,0	152,0
Secondaire	84,0	56,0	135,3
Supérieur	143,0	114,0	240,7

Il serait alors prudent avant toute conclusion de s'attarder sur la qualité des données suivant le niveau d'instruction des mères.

5.3.2.4.2- Etat matrimonial

Les études effectuées ailleurs ont montré que le taux de mortalité est beaucoup plus élevé pour les enfants des mères célibataires que pour ceux des mères mariées; il s'agit souvent d'une surmortalité de 50 pour cent ou plus. Les données de l'enquête sur la mortalité infantile et juvénile réalisée à Yaoundé (EMIJY) montrent une surmortalité de plus de 70 pour cent.

En ce qui concerne les données du RGPH-3, le niveau de la mortalité des enfants des femmes non célibataires est largement inférieur à celui des enfants des femmes célibataires. En effet, la mortalité infantile des enfants des femmes célibataires représente près du double de celle des enfants des femmes veuves (1,7 fois) et près de trois celle des enfants des femmes mariées (2,7 fois). De plus la mortalité infanto-juvénile des enfants des femmes célibataires est trois fois supérieur à celle des enfants des femmes mariées (2,9 fois).

¹⁰ Bruno M. NOUATIN et Gora MBOUP (EDSB-II, 2001) : Mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Tableau 5.3.9: Mortalité infantile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère

Etat matrimonial	QUOTIENT DE MORTALITE DES ENFANTS		
	${}_1Q_0$	${}_4Q_1$	${}_5Q_0$
Célibataires	173,0	144,0	292,1
Mariées	64,0	38,0	99,6
Divorcées	62,0	36,0	95,8
Veuves	99,0	70,0	162,1
Séparées	52,0	27,0	77,6
Union libre	58,0	32,0	88,1

L'écart entre les niveaux de mortalité selon les différentes modalités de la variable "état matrimonial" nous conduit à faire des réserves sur la profondeur des écarts, surtout que l'évaluation de la qualité des données sur l'état matrimonial ont montré une faible concordance des données sur l'état matrimonial entre le RGPH-3 et l'Enquête Post-Censitaire. L'indice agrégé d'incohérence est élevé et dépasse les 100% (116,6%). Les indices d'incohérence sont trop élevés en général, notamment chez les célibataires (136,9%). L'état matrimonial n'est pas déclaré par 3,2% des personnes appariées. Les taux d'écart nets en valeur absolue dépassent la borne de 5% pour les célibataires (9,5%) et les séparés (11,4%)¹¹.

5.3.3 – Survie des parents

Conçues au départ pour aider à une estimation indirecte de la mortalité des adultes, les informations sur la survie des parents permettent aujourd'hui d'estimer la population des orphelins.

Dans le contexte actuel où le sida fait des ravages, on suit l'évolution des enfants orphelins étant donné leur extrême vulnérabilité dans les pays pauvres comme le nôtre.

Dans ce paragraphe, il sera présenté la proportion des enfants orphelins (de père, de mère, des 2 parents) au niveau national et par département.

Tableau 5.3.10: Proportion des enfants orphelins au Bénin

Groupe d'âge	Orphelins de père %	Orphelins de mère %	Orphelins des 2 parents %
0-4	1,6	0,59	0,09
5-9	4,25	1,94	0,34
10-14	7,56	3,37	0,74
15-19	12,70	5,51	1,80

¹¹ CHITOU F. et AHOVEY E. (2002) : Analyse de la couverture et évaluation des données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation au Bénin de février 2002.

On remarque globalement que la proportion des orphelins (toutes catégories confondues) augmente avec l'âge des enfants. Toutefois, les orphelins de père sont plus importants que les autres. Ceci revêt un caractère important dans la mesure où c'est le père qui subvient à plus de 80% aux besoins du ménage (femme et enfants).

L'analyse au niveau des départements montre que c'est dans les départements de l'Atacora et du Couffo que le phénomène est plus important (cf. tableau A-3 en annexe).

5.3.4 – La mortalité maternelle

Dans les pays en développement, la mortalité maternelle est autant présente que celle des enfants. Cette mortalité qui évalue les décès maternels comprend les décès des femmes en cours de grossesse, pendant l'accouchement et dans les 42 jours après l'accouchement (suites de couches). La population de référence ici est celle des femmes en âge de procréer, c'est-à-dire celle âgées de 15-49 ans.

L'évaluation des données sur la mortalité maternelle a montré que les déclarations des décès des femmes pour causes de maternité posent énormément de problèmes de complétude du moment où au Bénin il existe des totems ou interdits qui empêchent les populations de déclarer de façon directe qu'une femme en grossesse est décédée ou qu'une femme est décédée en cours d'accouchement¹². Aussi est-il important de souligner que les 42 jours retenus pour les décès des suites de couches sont souvent mal appréciés par les populations ou qu'elles ont eu le temps d'oublier¹³.

Pour pallier ces insuffisances, il a été retenu d'utiliser en 1992, une distribution type de mortalité par âge pour cause de maternité applicable aux pays présentant des déficiences pour ces statistiques. En effet, cette distribution de la mortalité par âge des mères a été corrigée sur la base de la relation fonctionnelle entre le taux global de fécondité et les décès maternels.

$$\begin{aligned} \text{RMM} &= \frac{Dm}{Nv} = \frac{Dm}{F(15-49)} \left(\frac{F15-49}{Nv} \right) \\ &= \text{TMM} * \frac{1}{\text{TGF}} \end{aligned}$$

où Dm désigne les décès maternels ; Nv = les naissances vivantes ; F(15-49) = effectif des femmes de 15-49 ans ; TMM = Taux de mortalité maternel ; TGF = Taux Global de Fécondité.

L'ajustement de ces proportions de décès par âge pour cause maternelle a été fait grâce aux données brutes des naissances par âge des mères observées en 1992 et 2002.

Ainsi, le ratio de mortalité en 2002 est estimé à 474,4 décès maternels pour cent mille naissances vivantes. Lorsqu'on compare ce résultat à celui de 1992, on s'aperçoit que le niveau est resté stationnaire. Mais, cette situation résulte du fait qu'en 1992, le coefficient de mortalité due à la mortalité maternelle a été un coefficient standard qui n'a pas tenu compte

¹² INSAE (2000) : Enquête qualitative sur les facteurs socio-anthropologiques de la fécondité et de la mortalité au Bénin (Focus Group).

¹³ Bruno DJAGBA (2003) : Evaluation des données de mortalité

de la qualité des données sur les causes maternelles qui n'étaient pas assez clairement définies.

Le risque de décéder est plus élevé pour les femmes du milieu rural (505,4 pour cent mille naissances vivantes) que pour celles du milieu urbain (377,7 pour cent mille naissances vivantes). On note que l'écart (107,7 points) entre les niveaux urbain –rural est encore aussi grand que celui observé en 1992 (95,4 points : 504,5 pour le milieu rural et 409,1 pour le milieu urbain).

Bien que la couverture en infrastructures sanitaires se soit améliorée (implantation de maternités et d'hôpitaux de zone en périphérie) ainsi que la couverture en consultations prénatales et les accouchements assistés, les femmes meurent encore beaucoup dans notre pays en voulant donner la vie. L'accent est mis actuellement sur les soins obstétricaux d'urgence afin d'optimiser les efforts faits pour sauver des vies.

Tableau 5.3.11: Ratio de mortalité maternelle au Bénin en 2002

Ratio de mortalité maternelle	2002
Bénin	474,4
Milieu rural	505,4
Milieu urbain	377,7

CONCLUSION

Le niveau de la mortalité est encore élevé au sein de la population béninoise malgré les efforts continus produits par tous les acteurs de la vie sociale. Depuis 1982, le gain annuel en espérance de vie à la naissance est en moyenne de 0,4 an. En 2002, pour les deux sexes réunis, un béninois qui naît peut espérer vivre 59,2 ans. Les quotients de mortalité des enfants âgés de 0-11 mois et de 0-4 ans révolus sont respectivement de 90,0 et 146,4 pour 1000.

Les valeurs des différents indicateurs enregistrées sont variables selon les départements. Les tendances globalement enregistrées sont à l'amélioration du niveau de survie des populations bien que le phénomène analysé reste encore important, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

Dans un contexte de pauvreté tel que celui du Bénin, il convient de gérer la mortalité de manière synergique et multisectorielle car une bonne couverture en infrastructures sanitaires n'est pas l'unique préalable pour faire reculer les maladies voire la mortalité. D'importants efforts restent à faire par les responsables sanitaires du pays pour que l'objectif principal poursuivi par le secteur à savoir " Améliorer les conditions de vies des familles" soit atteint.

Cette analyse a esquissé des approches d'explications aux différentes observations faites sur les niveaux et les tendances enregistrés sur la mortalité au Bénin en 2002. Des détails pour cerner véritablement les différentes variations restent à rechercher dans des études approfondies voire des recherches opérationnelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agbere AD, Balka B, Baeta S, Douiti Y, Atakoun DY, Kessie K, Assimadi K, 1998 : Mortalité néonatale dans le service de pédiatrie du centre hospitalier régional de Sokodé (Togo) en 1984-85 et 94-95. Méd. Afr. Noire 5 (5): 326-29.

AIDEF, 1998 : Morbidité et la mortalité infanto-juvénile au Bénin. In : Etat et le devenir de la population du Bénin. CEFORP pp 155-198.

Akoto E, Tabutin 1989: Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort. In : Pison G, Van de Walle et Sala-Diakanda (éd.) Mortalité et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara, INED, PUF, Paris pp 35-64.

Akoto, E. 1993 : Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire. Hypothèses et recherche d'explication. Louvain-la-Neuve, Academia 269p.

Alihonou E, Adegbin B, Capo chichi V, de Souza Ahouanghio P, 1993 : Issues de grossesses et facteurs de risques périnatales en zone rurale au Bénin. Afr. Méd. 3(302): 17-21.

Barbiéri M, 1991 : Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers Monde. In : Dossiers CEPED Paris 18 ; 33p.

Barenes H, Tah FM, 1995 : La mortalité néonatale sans solution en Afrique sahélienne : Bilan et Perspectives en milieu urbain à Niamey, Niger. Cahiers de santé de la Francophonie 5 : 335-340.

Bicego G, Ahmad B, 1996: Infant and child mortality. DHS Comparative studies 20:58p.

Boyer J., Bréart G., Delecour M., Dormont S. Houllémare, Papiernick E, Pêchevis M. 1990: . Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. INSERM, Paris 237p.

Diallo FB, Diallo Y, Goura O et al., 1998 : Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Méd. Afr. Noire 45(12): 723- 27.

Djagba BK, Mboup G., Guédémé A., Nouatin BM, 1999 : Facteurs de surmortalité post-néonatale au Bénin. In : Gora Mboup, Nicaise Kodjogbé (éd.) Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction : résultats d'analyses approfondies de la première Enquête Démographique et de Santé au Bénin. Macro International Inc. Calverton Maryland USA 73-101.

Fourn L, Mensah V.,Kodjogbé N., Agoli Agbo M., Mboup G.,(1999) :. Comportement des mères et soins des enfants. In : Gora Mboup, Nnicaise kodjogbé (éd.).Perspectives sur le planification familiale et le santé de reproduction au Bénin Macro International Inc. Calverton Maryland 103-131.

INSAE, 1994 . Deuxième Recensement Général de la population et de l'habitat : Synthèse des résultats d'analyse. INSAE/Ministère du plan et de la statistique économique Mars 69p.

INSAE, 1994 : Deuxième Recensement Général de la population et de l'habitation Février 1992 : Analyse des résultats sur la Dynamique de la population. INSAE/Ministère du plan et de la statistique économique Tome II, Vol II, 69p.

Laourou M., 1994 : Estimation de la mortalité au Bénin à partir d'une Enquête à Passages Répétés (1981-1983). Population 119-144.

Laourou M., 1995 :. Mortalité différentielle selon la région de résidence au Bénin. GNUS Gennaio-Giugno Rome 1-2 (LI): 93p.

Mboup G., 1997 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans. In :Kodjogbé N, Gora M, Tossou J et al.(éds.) Enquête Démographique et de Santé 1996. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA 103-106.

Mboup G.,1996 : Mortalité maternelle. In :Kodjogbé N, Gora M, Tossou J et al.(éds.) Enquête Démographique et de Santé 1996. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA 113-118.

Mesle F, Vallin J., (1994) : La mortalité dans le monde : tendance et perspectives. Dossiers CEPED Paris 30 : 25p.

Mudubu K L., 1996 : Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels. IFORD Yaoundé 85p.

Rokotondrade Faraniaira P., 1996 : Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar. IFORD Yaoundé 87p.

Thonneau P., Goyaux N., Touré E., 1994 : Mortalité maternelle en Guinée. J Obst Report 23 : 721-726.

Tovo M.,1995 :.Pauvreté et vulnérabilité. in Réduire la pauvreté au Bénin CEDA 69-99.

ANNEXES

Tableau 5.a.1. : Table de mortalité urbaine au Bénin en 2002

AGE	Tous sexes confondus				Sexe masculin				Sexe féminin			
	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)
0	100 000	88,3	83,0	60,72	100 000	97,2	91,0	57,83	100 000	77,1	73,0	64,23
1	91 700	14,5	56,0	65,19	90 900	16,4	63,0	62,59	92 700	11,9	46,0	68,26
5	86 565	2,2	10,7	64,98	85 173	2,5	12,6	62,70	88 436	1,8	8,9	67,49
10	85 635	1,4	6,8	60,65	84 098	1,6	7,8	58,47	87 653	0,1	0,6	63,07
15	85 050	2,0	10,0	56,05	83 447	2,4	12,1	53,91	87 601	1,6	7,9	58,10
20	84 204	2,8	13,7	51,59	82 436	3,5	17,5	49,54	86 914	2,1	10,3	53,54
25	83 050	3,0	14,8	47,27	80 992	3,7	18,1	45,38	86 019	2,4	12,0	49,07
30	81 821	3,3	16,4	42,94	79 527	3,9	19,5	41,16	84 986	2,7	13,4	44,63
35	80 482	3,8	18,6	38,62	77 979	4,4	21,8	36,93	83 848	3,1	15,5	40,20
40	78 986	4,8	23,5	34,30	76 278	5,4	26,7	32,70	82 548	4,1	20,3	35,80
45	77 128	6,0	29,4	30,06	74 239	6,9	33,9	28,53	80 872	5,0	24,6	31,48
50	74 862	8,6	42,1	25,89	71 725	10,0	49,1	24,43	78 883	7,2	35,2	27,21
55	71 711	11,5	56,2	21,92	68 207	13,4	65,0	20,56	76 106	9,7	47,3	23,11
60	67 684	17,7	84,9	18,06	63 773	20,6	98,1	16,81	72 506	15,4	73,7	19,13
65	61 936	15,4	74,2	14,51	57 519	31,9	148,3	13,35	67 162	2,4	11,9	15,47
70	57 342	45,1	204,5	10,45	48 989	50,4	224,6	10,21	66 363	40,9	190,0	10,63
75	45 615	72,9	310,9	7,44	37 986	80,6	337,3	7,42	53 754	69,0	297,0	7,39
80	31 433	173,0	598,1	4,61	25 173	163,4	573,7	4,89	37 789	183,3	623,1	4,38
85	12 633	348,7		2,87	10 731	309,7		3,23	14 243	382,9		2,61

Tableau 5.a.2 : Table de mortalité rurale au Bénin en 2002

AGE	Tous sexes confondus				Sexe masculin				Sexe féminin			
	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)	I(X)	M(X,N)	Q(X,N)	E(X)
0	100 000	98,3	92,0	57,33	100 000	107,2	100,0	57,04	100 000	89,2	84,0	58,11
1	90 800	16,7	64,0	62,11	90 000	18,6	71,0	62,34	91 600	14,5	56,0	62,41
5	84 989	3,1	15,3	62,26	83 610	2,9	14,6	63,00	86 470	3,2	15,8	62,03
10	83 688	2,0	9,8	58,19	82 390	1,9	9,7	58,90	85 102	2,0	9,9	57,99
15	82 868	2,1	10,5	53,74	81 595	2,0	10,0	54,45	84 260	2,6	13,0	53,54
20	81 998	2,5	12,5	49,29	80 783	3,1	15,2	49,97	83 163	3,9	19,1	49,21
25	80 973	4,1	20,4	44,88	79 556	4,4	21,5	45,70	81 573	4,7	23,0	45,12
30	79 321	5,5	27,2	40,76	77 843	5,8	28,8	41,64	79 693	6,4	31,3	41,12
35	77 164	6,8	33,6	36,82	75 602	6,5	32,1	37,80	77 201	7,1	34,8	37,37
40	74 571	8,6	42,3	33,01	73 179	9,3	45,4	33,97	74 516	8,1	39,6	33,62
45	71 417	10,2	49,5	29,36	69 855	10,5	51,2	30,46	71 567	9,9	48,1	29,90
50	67 882	12,7	61,4	25,75	66 279	13,4	65,1	26,97	68 122	11,9	57,8	26,29
55	63 714	16,6	79,9	22,27	61 965	17,2	82,3	23,67	64 182	16,1	77,5	22,74
60	58 623	20,7	98,3	18,98	56 866	20,6	98,2	20,56	59 206	20,7	98,5	19,44
65	52 860	23,6	111,6	15,77	51 284	25,1	118,3	17,52	53 377	22,4	105,9	16,28
70	46 961	26,8	125,8	12,44	45 215	37,8	173,1	14,53	47 724	17,2	82,4	12,93
75	41 053	35,9	166,3	8,87	37 390	45,1	201,4	12,04	43 790	27,8	131,2	8,86
80	34 226	147,0	545,9	5,08	29 858	31,1	143,7	9,47	38 047	146,5	544,3	4,76
85	15 542	313,0	848,0	3,01	25 567	176,6		5,66	17 339	435,3		2,30
90	2 362	504,2		1,98								

Tableau 5.a.3 : Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans selon le département.

Niveaux géographiques	1Q0 en ‰			4Q1 en ‰			5Q0 en ‰		
	Ensemble	Masc.	Fémi.	Ensemble	Masc.	Fémi.	Ensemble	Masc.	Fémi.
BENIN	90	101	82	62	73	54	146,4	166,6	131,6
BENIN RURAL	92	100	84	64	71	56	150,1	163,9	135,3
BENIN URBAIN	83	91	73	56	63	46	134,3	148,3	115,6
Alibori	84	86	83	57	58	55	136,2	139	133,4
Atacora	96	100	91	68	72	63	157,5	164,8	148,3
Atlantique	97	109	84	69	80	57	159,3	180,3	136,2
Borgou	74	80	68	47	52	42	117,5	127,8	107,1
Collines	93	106	81	65	77	53	151,9	174,8	129,7
Couffo	87	96	79	59	68	51	140,9	157,5	125,9
Donga	97	106	86	68	77	59	158,4	174,8	139,9
Littoral	75	89	61	48	61	35	119,4	144,6	93,9
Mono	93	99	85	65	71	57	151,9	162,9	137,2
Ouémé	95	104	90	67	75	62	155,6	171,2	146,4
Plateau	84	91	77	56	63	50	135,3	148,3	123,1
Zou	106	117	95	78	88	67	175,7	194,7	155,6

Tableau 5a4 : Proportion d'enfants orphelins selon les départements au Bénin en 2002

	de père				de mère				des deux parents							
	0-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans		0-4 ans		5-9 ans		10-14 ans		15-19 ans	
Bénin	1,6	4,25	7,56	12,7	0,59	1,94	3,37	5,51	0,09	0,34	0,74	1,8				
Alibori	1,04	2,85	5,41	10,01	0,67	2,11	3,52	6,35	0,11	0,3	0,63	1,94				
Atacora	3,77	7,43	10,86	16,92	0,76	2,39	4,2	7,04	0,17	0,51	1,08	2,73				
Atlantique	1,26	3,99	7,56	13,02	0,46	1,66	2,94	5,04	0,04	0,24	0,65	1,61				
Borgou	0,95	2,69	4,98	9,79	0,62	1,7	3,03	5,01	0,1	0,31	0,57	1,54				
Collines	1,27	3,35	6,68	16,2	0,56	1,65	3,05	4,73	0,05	0,24	0,6	1,32				
Couffo	2,24	5,65	9,55	16,2	0,78	2,51	4,2	6,86	0,12	0,49	0,96	2,29				
Donga	1,34	3,67	6,4	10,69	0,78	2,43	4,26	6,83	0,12	0,48	0,89	2,26				
Littoral	1,1	3,98	7,78	12,48	0,42	1,58	2,94	4,39	0,06	0,39	0,83	1,47				
Mono	1,58	4,91	8,67	13,9	0,57	2,04	3,77	5,74	0,09	0,33	0,87	1,83				
Ouémé	1,44	4,21	7,66	13,34	0,52	1,66	2,97	4,81	0,07	0,28	0,66	1,61				
Plateau	1,48	3,96	7,49	13,84	0,59	1,96	3,59	6,51	0,08	0,32	0,79	2,33				
Zou	1,78	4,56	8,22	13,81	0,51	1,75	3,06	5,24	0,07	0,27	0,63	1,54				

ETAT MATRIMONIAL ET NUPTIALITE AU BENIN

ALODJOGBE Françoise
HOUEDOKOHO Thomas

La compréhension de la dynamique d'une population passe par celle des mécanismes par lesquels les différents facteurs de cette dynamique se combinent. De ce point de vue, l'état matrimonial et la nuptialité revêtent un caractère très important car ils constituent avec la fécondité des composantes essentielles de l'évolution de la population. En effet, dans un contexte comme celui du Bénin où l'association d'une nuptialité universelle avec une fécondité élevée est établie par les différentes sources de données, l'intérêt que l'on doit porter à l'état matrimonial de la population et à la nuptialité des célibataires procède du rôle qu'ils jouent dans la dynamique des structures familiales et sociales. Pour l'essentiel, les modifications de ces structures ont lieu par l'intermédiaire du mariage, du divorce, du veuvage, du remariage et, bien entendu, de la procréation.

La nuptialité étudie la fréquence du mariage au sein de la population. Or le mariage demeure encore au Bénin le cadre privilégié de la procréation à laquelle la société attache une valeur particulière. Compte tenu de ces relations étroites entre la nuptialité et la fécondité, il apparaît clairement la nécessité de comprendre le fonctionnement des systèmes matrimoniaux à la lumière de nouvelles données afin de mieux expliquer les tendances de la fécondité. Aussi, la justification de l'étude de l'état matrimonial et de la nuptialité tire-t-elle sa justification de la grande diversité sociale et culturelle du Bénin.

Somme toute, l'état matrimonial et la nuptialité constituent un thème présentant un intérêt certain, et les utilisateurs potentiels sont nombreux. Il y a notamment:

- les chercheurs en sciences sociales;
- le Ministère de la Protection Sociale et de la Famille;
- le Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme;
- les structures de planification (besoins en logements liés à la formation de nouveaux couples);
- les Organisations Non Gouvernementales;
- etc.

L'étude de l'état matrimonial et de la nuptialité des célibataires visent à mieux comprendre les systèmes matrimoniaux au Bénin à travers leurs disparités et leur évolution (forme d'union, régime matrimonial, etc.). A ce titre, elle doit permettre de fournir de nouveaux éclairages pour expliquer les tendances de la fécondité. Plus spécifiquement, il s'agit de:

- apprécier la situation matrimoniale de la population à travers ses disparités et ses tendances depuis 1979;
- apprécier la situation matrimoniale des populations cibles vulnérables, à travers celles des handicapés;
- mesurer la fréquence des unions libres;
- mieux connaître la pratique de la polygamie;
- caractériser les unions conjugales (écart d'âge entre les conjoints, endogamie ethnique);
- élargir la connaissance sur la primo-nuptialité notamment dans ses aspects différentiels;
- analyser le calendrier de la primo-nuptialité et apprécier son évolution depuis 1979.

L'étude est articulée en quatre (4) sections:

- contexte
- état des connaissances et approches méthodologiques;
- état matrimonial de la population;
- nuptialité des célibataires.

6.1 CONTEXTE

Le Bénin fait partie des pays de la sous région où le niveau de la fécondité reste encore élevé. Si on sait que la nuptialité est un déterminant important de la fécondité qui est lui-même un facteur clé de la dynamique, il est nécessaire de savoir dans quel contexte interviennent les comportements matrimoniaux au Bénin.

Sur le plan social, en général, la reproduction n'était socialement acceptée que dans le mariage. Au delà des époux, le mariage consacre une alliance entre deux familles et tout le processus est assuré par les familles des futurs époux. Dans presque tous les groupes socioculturels, on se marie une fois pour toutes. Le mariage polygamique se rencontre dans presque tous les groupes socioculturels du pays.

Sur le plan économique, avec l'application des mesures du Programme d'Ajustement Structurel (PAS), l'économie béninoise a renoué avec la croissance. Cette reprise des activités économiques n'a cependant pas permis de juguler la crise et annihiler les effets néfastes sur les conditions de vie des populations (sous-emploi, faiblesse des revenus réels et développement des comportements de stratégie de survie).

Sur le plan de la scolarisation, au cours des 40 dernières années, on a noté une évolution nette du taux brut de scolarisation qui est passé de 23% en 1962 à 67% en 1995 et à 78% en 1999. Cette évolution a été très rapide chez les filles où les effectifs des filles sont passés de 26 562 en 1962 (soit 27% des écoliers) à 242 458 filles en 1995 (soit 36% des écoliers) puis à 374 622 filles en 2000 (soit 40% des écoliers).

Tous ces événements ont exercé une influence majeure sur les comportements en matière de nuptialité. C'est dans ce contexte qu'intervient l'analyse de la nuptialité au Bénin.

Si au niveau des autres phénomènes démographiques notamment la mortalité et la fécondité, des objectifs mondiaux sont fixés au niveau international, en ce qui concerne le phénomène de la nuptialité, ces objectifs semblent être presque absents. Cependant, la disponibilité des instruments juridiques aux plans international et national vient combler le vide et devra permettre d'orienter l'analyse sur la nuptialité au Bénin.

En effet, depuis 1996, le Bénin dispose d'une politique de population qui est le cadre de référence des politiques sectorielles en matière de population et qui s'est fixé des objectifs très clairs en matière de fécondité notamment, la réduction des maternités précoces et tardives, la suppression progressive des mariages forcés et/ou précoces . L'opérationnalisation de cette vision s'est traduite par l'adoption des politiques et programmes en matière de santé et d'éducation.

L'ouverture du secteur de la communication à la presse privée et le développement des radios rurales ainsi que l'amplification des activités des ONG dans le domaine de sensibilisation

pour la promotion de l'éducation pour tous et surtout pour les filles constituent des atouts dans l'évolution des pratiques en matière de nuptialité.

Le Bénin s'est doté également, depuis 2002, d'un code des personnes et de la famille dont la promulgation est attendue. Cet instrument juridique pour le Bénin fixe dans ses articles les conditions de mariage (âge légal à 16 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons, les dispositions de la polygamie dont l'interdiction est envisagée) servira sans doute de référence à notre analyse. En ce qui concerne la loi sur la Santé de la Reproduction, dans l'un de ces articles, le mariage et la famille constituent la base naturelle de la société. Toute personne ayant atteint l'âge légal, a le droit de choisir librement, de manière responsable, de se marier. Le mariage doit être conclu avec le libre et plein consentement des futurs conjoints.

6.2 ETAT DES CONNAISSANCES ET APPROCHES METHODOLOGIQUES

L'étude de l'état matrimonial et de la nuptialité au Bénin remonte à l'enquête démographique de 1961, où les questions pertinentes sur le phénomène ont permis de jeter les premières bases de la connaissance sur le sujet. Ainsi, des comparaisons ont pu se faire à travers les opérations successives, le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1979 (RGPH1), l'Enquête sur la Fécondité au Bénin (EFB) de 1982, le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1992 (RGPH2), l'Enquête Démographique et de Santé de 1996 (EDSB1), l'Enquête Démographique et de Santé de 2001 (EDSB2).

Ces opérations ont permis la réalisation de travaux sur des sujets pointus touchant aux systèmes matrimoniaux au Bénin. Il y a eu notamment des travaux de thèse, des études approfondies et autres publications, qui ont conduit à des résultats divers.

A l'état actuel des connaissances, on pense par exemple, que l'âge au premier mariage est en augmentation et que la pratique de la polygamie stagne. De même, les différentes études ont permis de mettre en évidence la coexistence de plusieurs modèles de nuptialité fondés sur une base essentiellement ethnique. On sait, cependant, peu de choses sur les associations entre ces tendances ainsi que les disparités observées et celles de la fécondité, dans le contexte du Bénin.

L'état matrimonial est la situation d'une personne par rapport au mariage qui est défini comme l'union entre un homme et une femme suivant les lois et coutumes. Au recensement de 1979, le marié est tout individu qui se reconnaît comme tel. Au recensement de 1992, le marié est tout individu dont l'union a été célébrée à l'état civil ou devant une autorité religieuse ou selon les rites coutumiers. Au recensement de 2002, cette définition n'a pas varié.

Dans le cadre du RGPH3, il a été demandé à l'agent recenseur de poser la question suivante à toute personne âgée de 10 ans et plus : "Quel est l'état matrimonial de (NOM) ?", et d'encercler le code correspondant à la déclaration de la personne interrogée selon les modalités ci-après.

- 0 . C : Célibataire c'est-à-dire un homme ou une femme qui n'a jamais été marié;
- 1 . M1 : Mariage monogamique ;
- 2 . M2 : Mariage Polygamique à 2 femmes;
- 3 . M3 : Mariage Polygamique à 3 femmes;
- 4 . M4 : Mariage Polygamique à 4 femmes et plus;

- 5 : D : Divorcé (e) pour toute personne dont le mariage a pris fin par divorce et qui ne s'est pas encore remariée;
- 6 : V : Veuf ou veuve pour toute personne mariée et ayant perdu son ou sa conjointe par décès et qui ne s'est pas encore remarié(e) au moment du recensement ;
- 7 : S : Séparé (e) pour toute personne initialement mariée et se déclarant séparée au moment du recensement.
- 8 : UL : Union libre pour toute personne qui vit avec un partenaire sans célébration de mariage légal, religieux ou coutumier.

L'absence d'informations sur l'âge au premier mariage oblige à utiliser des approches indirectes pour calculer certains indicateurs de la nuptialité. En l'état actuel, les analyses basées sur les conjoints sont restreintes aux chefs de ménage et à leurs conjoints vivant dans le ménage, faute d'exploitation des informations sur les noyaux familiaux. Ce qui limite forcément la portée des conclusions.

Les données sur l'état matrimonial souffrent, comme toutes les autres issues du RGPH3, des erreurs de déclaration sur l'âge. Notamment, l'évaluation a montré que, si les biais introduits sont de divers ordres, ils n'empêchent pas d'exploiter les données telles quelles. A cet égard, il faut noter que le fait de regrouper les données par groupes d'âges, comme c'est le cas dans l'analyse de l'état matrimonial et de la nuptialité des célibataires, contribue à réduire les effets des erreurs de déclaration d'âges.

En outre, le fait que le classement dans une catégorie matrimoniale soit laissé à l'initiative de l'enquêté, qui doit répondre à une question simple, est également sujet à des biais. Notamment l'interprétation des notions telles que "union libre" et "séparé" peuvent avoir été des sources d'erreurs pouvant conduire à sous-estimer certaines catégories matrimoniales.

C'est à tous ces biais près que l'analyse qui suit est réalisée, dans une approche essentiellement descriptive. Les indicateurs classiques d'analyse de la nuptialité sont calculés pour confirmer les constats faits à partir des tableaux à une ou deux variables. A cet effet, il y a lieu de signaler que les données manquantes, c'est-à-dire les "Non déclarés", ont été systématiquement exclues de tous les calculs.

6.3 ETAT MATRIMONIAL DE LA POPULATION

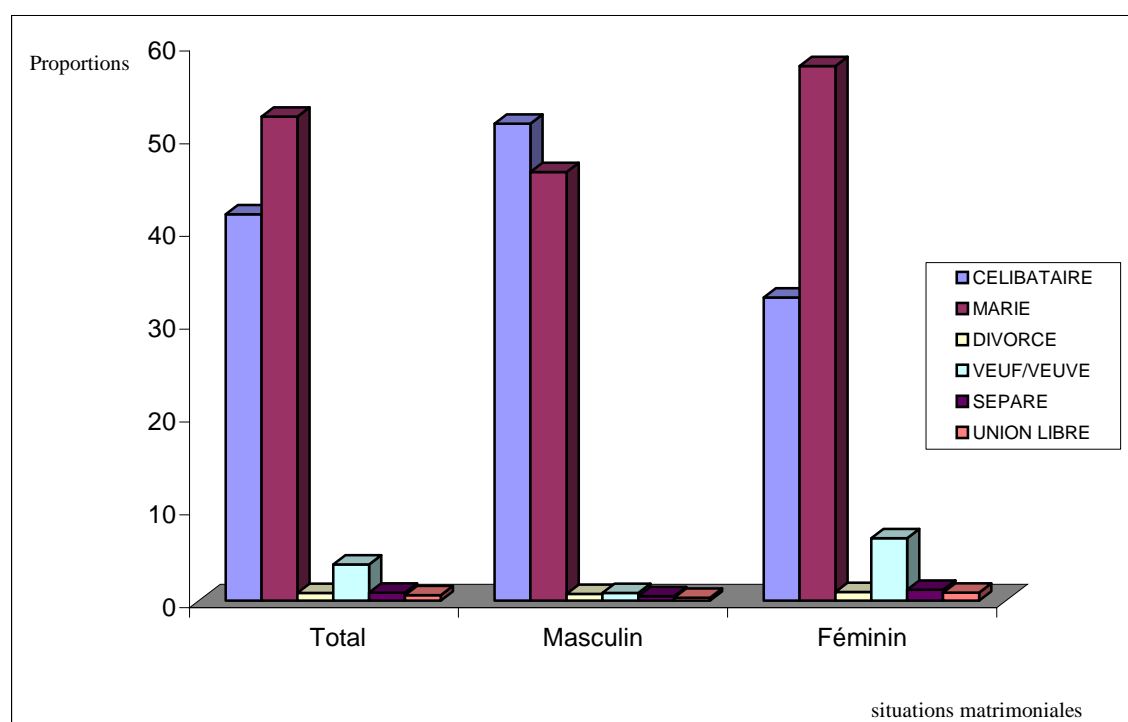
Les données collectées au recensement de 2002, notamment sur la population âgée de 10 ans et plus, permettent d'observer la structure matrimoniale suivante : 41,7% de célibataires, 52,2% de mariés, 0,8% de divorcés, 3,9% de veufs, 0,8% de séparés et 0,6% en union libre. A travers le tableau 1 et la figure 1 on y relève que la proportion de femmes mariées est plus élevée que celle d'hommes du même statut matrimonial.

L'examen du tableau 6.3.1 montre également qu'il y a une disparité de la situation matrimoniale entre le milieu urbain et le milieu rural. Ainsi, en milieu urbain, on note plus de célibataires que de mariés. Un comportement qui est pareil à celui observé au niveau national. Cela est très marqué dans la population masculine où on observe 55,4% de célibataires en milieu urbain contre 48,4% en milieu rural. En ce qui concerne les mariés, ils représentent 61,7% des femmes en milieu rural contre 51,8% en milieu urbain. Les conditions de vie des populations en milieu urbain notamment les difficultés d'emploi, de logement et les besoins de scolarisation seraient certainement à la base de cette différence.

Tableau 6.3.1: Répartition (%) de la population de 10 ans et plus selon l'état matrimonial, le sexe et le milieu de résidence

Etat matrimonial		Célibataire	Marié	Divorcé	Veuf	Séparé	Union libre	%	Effectif
Urbain	M	55,39	42,60	0,55	0,59	0,41	0,48	100	854 282
	F	39,63	51,79	0,94	5,30	1,13	1,21	100	906 082
	T	47,27	47,23	0,75	3,01	0,78	0,85	100	1 760 364
Rural	M	48,53	48,84	0,85	1,03	0,54	0,20	100	1 174 500
	F	27,88	61,66	0,92	7,71	1,22	0,62	100	1 306 191
	T	37,65	55,59	0,89	4,55	0,90	0,42	100	2 480 691
Ensemble	M	51,41	46,21	0,73	0,84	0,49	0,32	100	2 028 782
	F	32,69	57,61	0,93	6,72	1,19	0,86	100	2 212 273
	T	41,65	52,16	0,83	3,91	0,85	0,60	100	4 241 055

Graphique 6.3.1 : Population de 10 ans et plus selon le sexe et l'état matrimonial



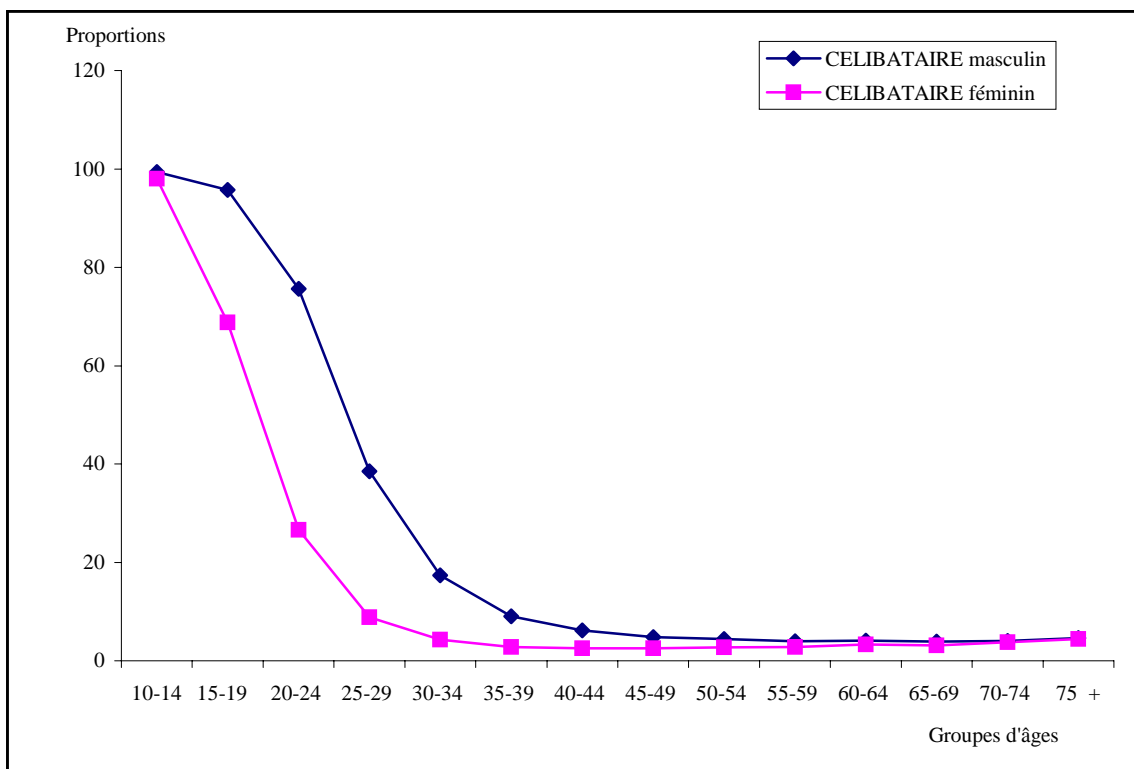
6.3.1 Etat matrimonial selon les groupes d'ages quinquennaux

La répartition de la population de 10 ans et plus par sexe et par groupe d'âges quinquennaux permet d'apprécier l'importance de chacune des catégories matrimoniales identifiées au RGPH3 (tableau 6.a.1).

- **Célibataires**

La répartition de célibataires par groupe d'âges et par sexe montre, comme au recensement de 1992, que les hommes restent plus longtemps dans le célibat que les femmes. Leurs proportions dans tous les groupes d'âges sont plus élevées que celles des femmes. Cela se traduit par la courbe des pourcentages des célibataires de sexe masculin qui est située au-dessus de celle des femmes (Graphique 6.3.2). Le décalage entre les deux courbes correspond au retard du calendrier d'entrée en union des hommes par rapport à celui des femmes. Enfin, la faiblesse des proportions de célibataires à partir de 40-44 ans pour les femmes (2,5%), et de 55-59 ans pour les hommes (3,9%), témoignent de l'universalité du mariage.

Graphique 6.3.2: Pourcentages par groupe d'âges de célibataires selon le sexe



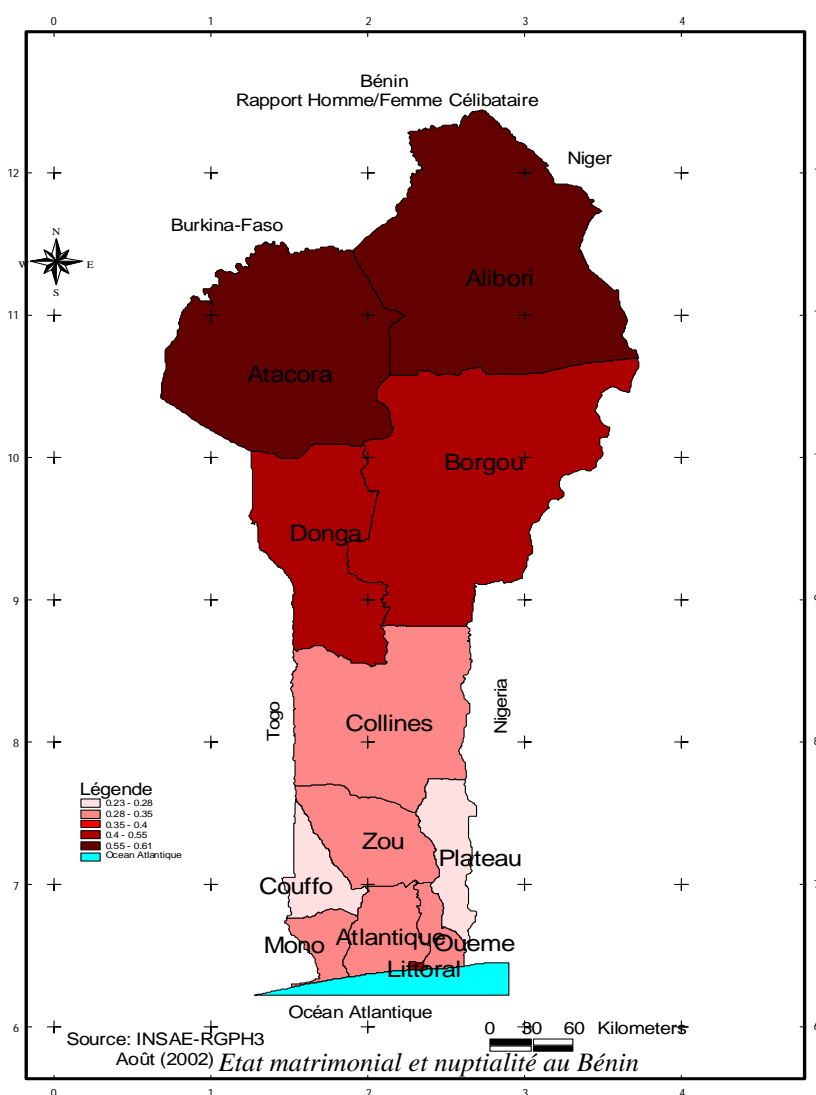
- **Marché matrimonial**

L'évolution de la courbe des célibataires montre que la plupart des mariages surviennent dans la tranche d'âges 20-34 ans pour les hommes, et 15-24 ans pour les femmes. En supposant que les hommes de 20-34 ans choisissent leurs épouses dans la tranche d'âges 15-24 ans, une appréciation du marché matrimonial peut se baser sur le rapprochement entre les effectifs de célibataires dans ces tranches d'âges. Le tableau 6.3.2 et la carte 6.3.2 indiquent pour l'ensemble du Bénin, ainsi que pour chacun des départements, le rapport entre ces deux effectifs. Plus ce rapport est faible, plus il suggère que le marché matrimonial est caractérisé par un surplus de femmes célibataires, comparativement aux hommes du même statut matrimonial. Dans une certaine mesure, les départements du Plateau (0,28) et du Couffo (0,23) ont un surplus de femmes célibataires.

Tableau 6.3.2 : Marché matrimonial selon le département

Départements	Effectif des hommes célibataires de 25-34 ans	Effectif des femmes célibataires de 15-24 ans	Rapport hommes/femmes
Alibori	7003	11462	0,61
Atacora	8310	14331	0,58
Atlantique	12876	36585	0,35
Borgou	12600	22844	0,55
Collines	7312	21848	0,33
Couffo	4504	19295	0,23
Donga	5281	10145	0,52
Littoral	31470	60422	0,52
Mono	4465	13856	0,32
Ouémé	11625	39034	0,30
Plateau	4524	16062	0,28
Zou	6937	23305	0,30
Bénin	116 907	289 189	0,40

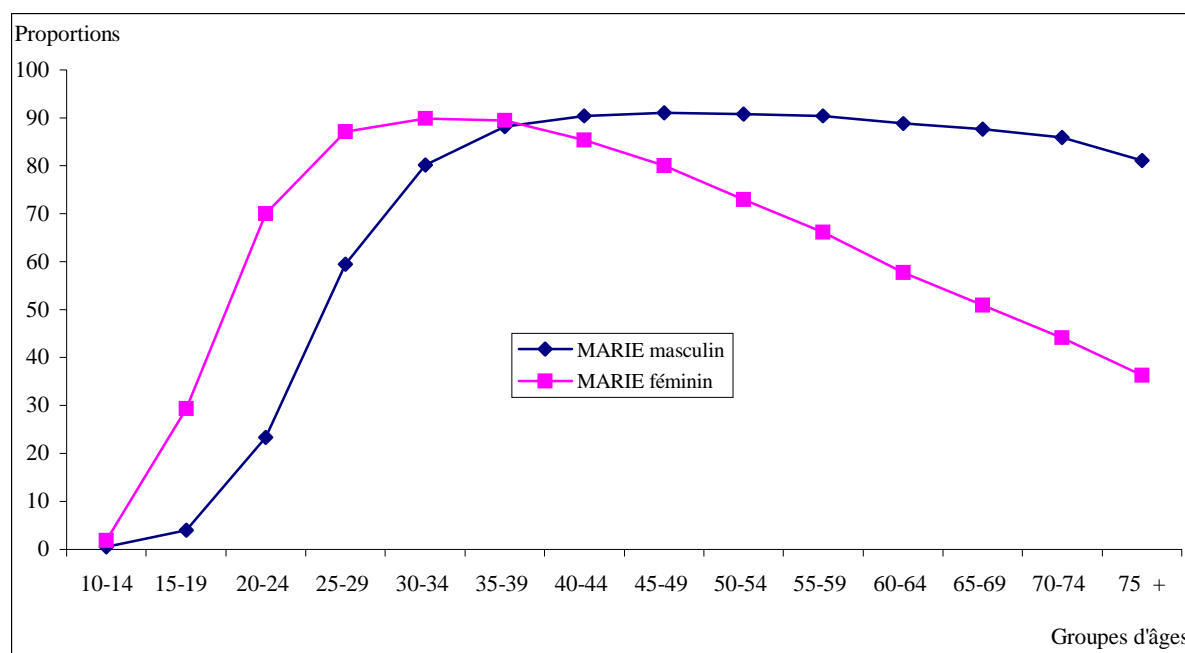
Carte 6.3.2. : Variations régionales du marché matrimonial



- **Mariés**

L'allure ascendante des courbes représentatives des proportions de mariés par groupe d'âges rend compte de la précocité et du rythme rapide d'entrée en union de la population. En effet, près de 90% de femmes sont déjà mariées entre 30-34 ans contre 80% des hommes (Graphique 6.3.3).

Graphique 6.3.3: Pourcentages par groupe d'âges de mariés selon le sexe



Au-delà des âges de pleine nuptialité, plusieurs faits concourent au décalage entre la courbe masculine et la courbe féminine. Il y a notamment:

- la mortalité différentielle des époux: à un même âge, la probabilité de survie des hommes est inférieure à celle des femmes; de plus, en raison de l'écart élevé entre les âges des conjoints, les risques pour qu'une femme soit veuve sont plus grands que ceux des hommes;
- la polygamie des hommes: la rupture d'union d'un polygame avec l'une de ses épouses, par divorce ou par décès, n'entraîne pas un changement d'état pour l'homme qui reste marié, contrairement à la femme.

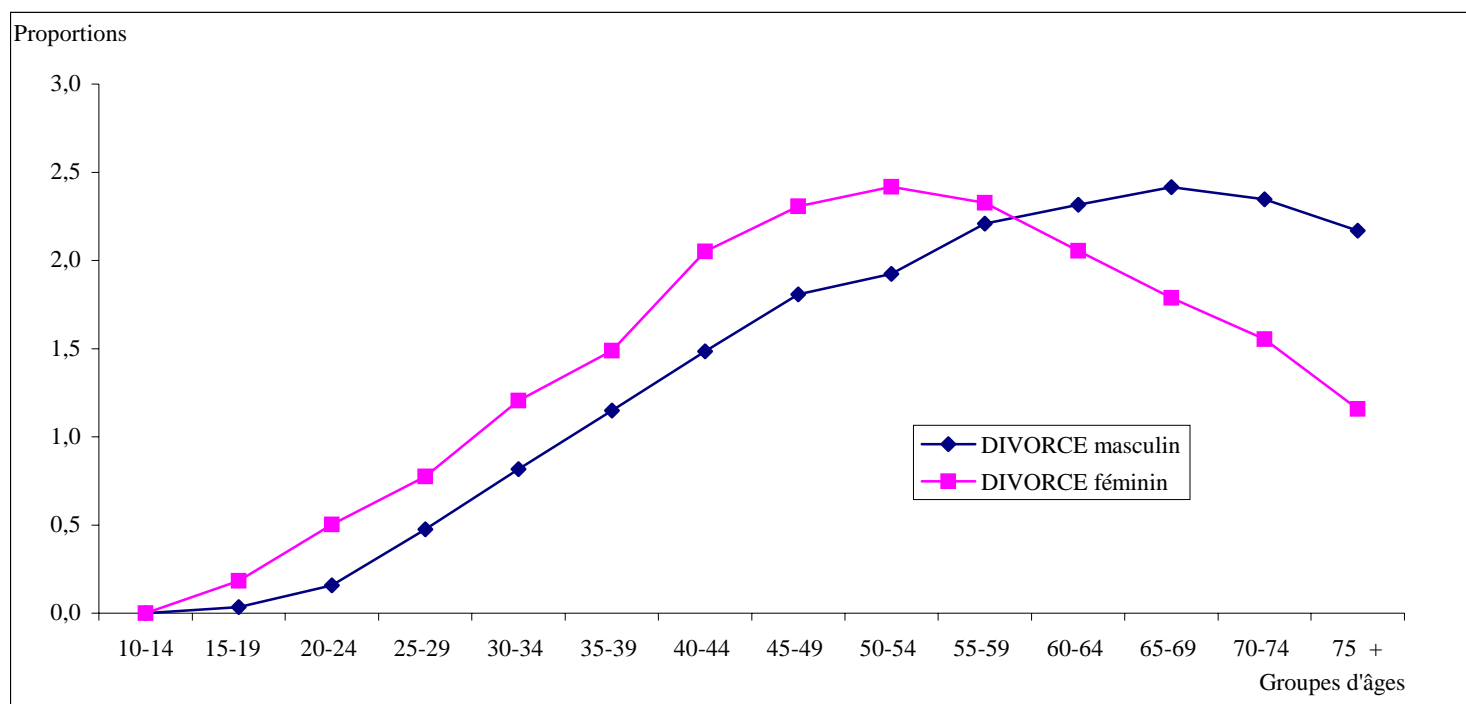
- **Divorcés**

La faiblesse des proportions de divorcés dans la population est l'une des spécificités des structures matrimoniales en Afrique. Les données du RGPH3 confirment cette situation avec des taux quasiment nuls notamment chez les jeunes filles et les jeunes gens (graphique 6.3.4): le taux ne dépasse guère 0,5% entre 10 et 24 ans pour les femmes et entre 10 et 29 ans pour les hommes. A cet égard, il convient de noter que la forte propension à se remarier à ces âges explique pour une large part le niveau des taux de divorcés dans la population.

Les proportions les plus élevées sont observées entre 50 et 54 ans chez les femmes (2,4%). Au-delà de ce groupe d'âges, qui correspond grosso modo à la fin de la vie féconde, la baisse régulière serait en partie due à une plus grande stabilité des unions conjugales.

Chez les hommes, la faiblesse des taux de divorcés est encore plus frappante que chez les femmes, notamment avant l'âge de 55 ans. Ces proportions auraient pu être plus élevées, en l'absence de la pratique de la polygamie, car un homme polygame qui divorce d'avec l'une de ses épouses reste toujours marié.

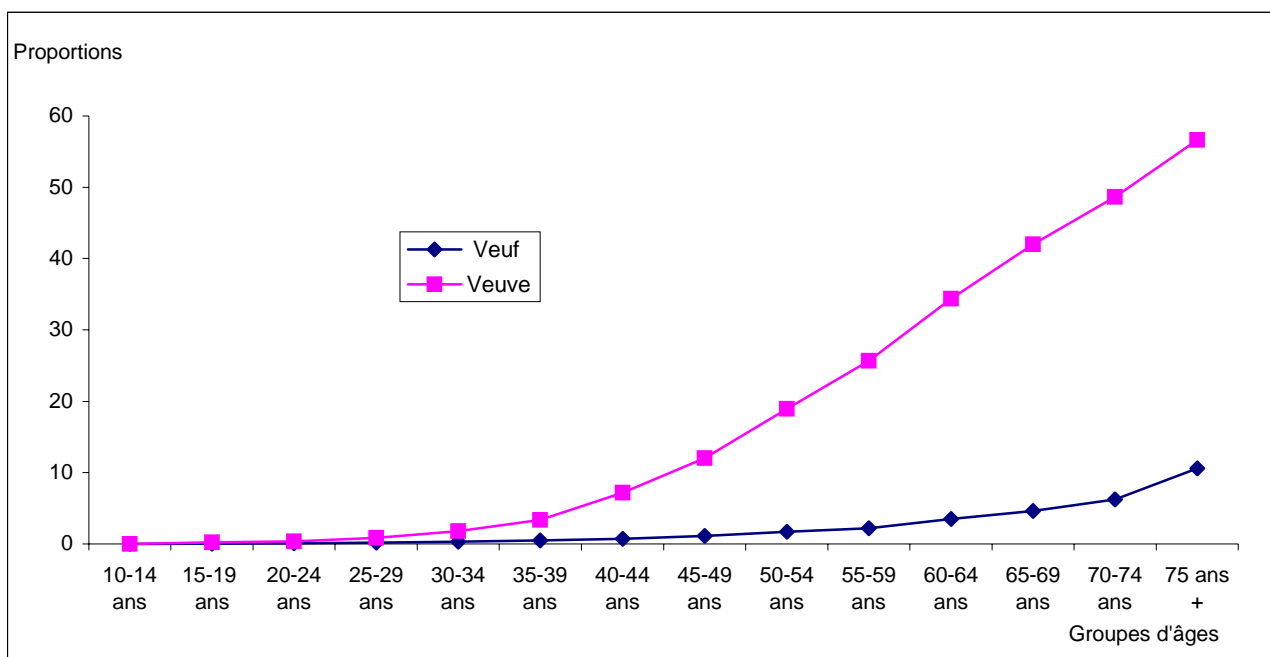
Graphique 6.3.4: Pourcentages par groupe d'âges de divorcés selon le sexe



- **Veufs**

L'examen des courbes des veufs et des veuves révèle que le veuvage frappe plus les femmes que les hommes et la proportion des veufs ou veuves croît avec l'âge. En particulier, dans le groupe d'âges 60-64 ans, plus du tiers des femmes (34,3%) étaient déjà veuves alors que dans le même groupe d'âges les veufs ne représentent que 3,5%. La forte pente de la courbe des veuves, à partir de 50 ans, traduit la surmortalité des hommes. A cela il faudrait ajouter les difficultés de remariage des femmes et la polygamie des hommes qui font que le statut matrimonial d'un homme ne change pas même s'il arrivait à perdre une de ses épouses (*Graphique 6.3.5*).

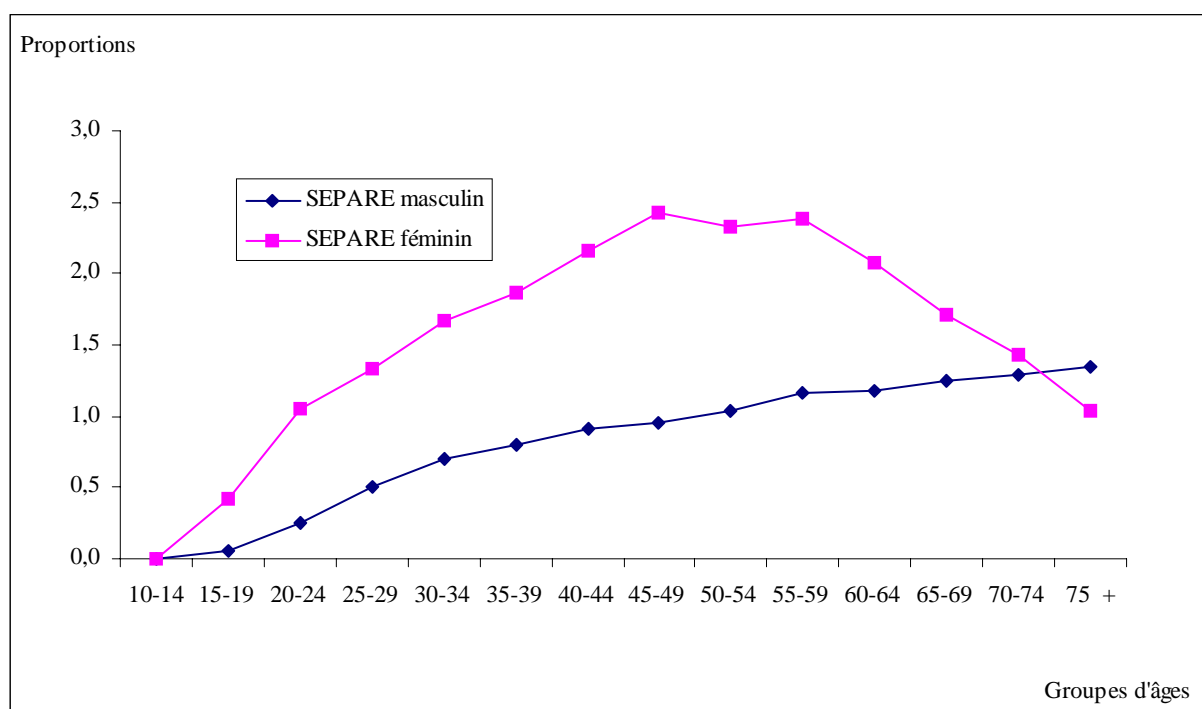
Graphique 6.3.5: Pourcentages par groupe d'âges de veufs selon le sexe



- **Séparés**

Les proportions de séparés dans chaque groupe d'âge varient presque dans la même fourchette que celles des divorcés. La figure 6.3.6 montre que la courbe des femmes se situe à tous les groupes d'âges au-dessus de celle des hommes et l'écart entre les deux atteint son maximum entre 40 et 60 ans. On observe également que la courbe féminine décroît à partir de 50-54 ans.

Graphique 6.3.6: Pourcentages par groupe d'âges de séparés selon le sexe

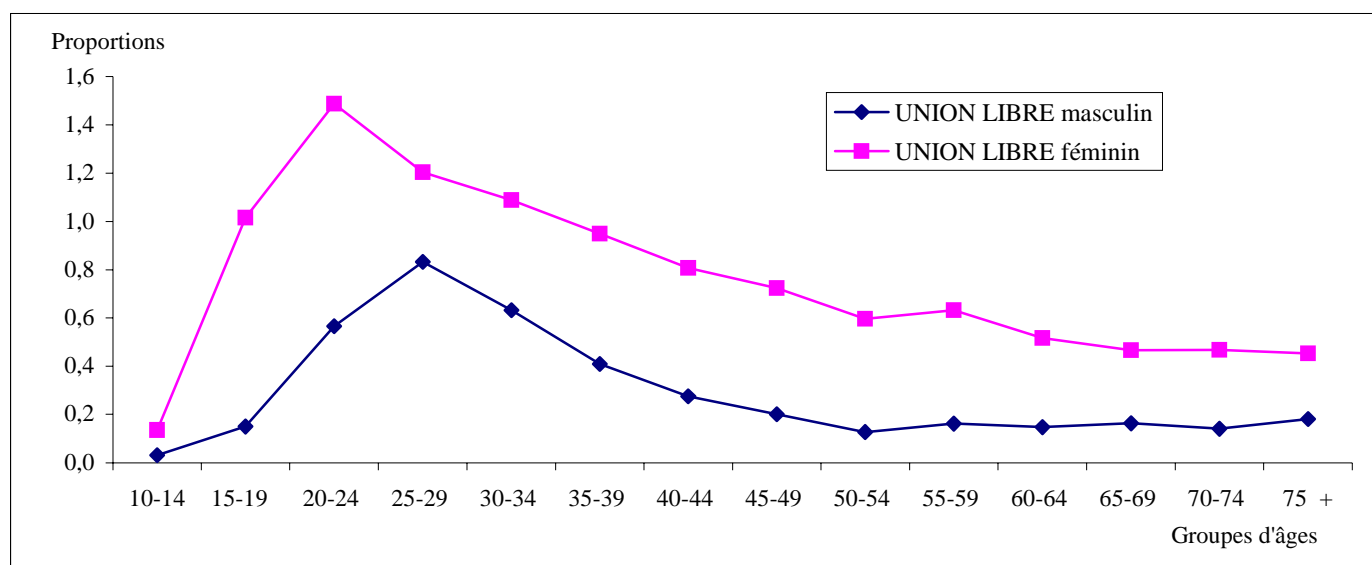


- **Union libre**

Les unions libres sont en faible proportion au niveau des différents groupes d'âges de la population. La comparaison entre les hommes et les femmes montre que ces dernières sont plus impliquées que les hommes dans ce type d'union. En dépit de la faiblesse des taux, on ne peut manquer de souligner qu'il existe une frange non négligeable de la population qui vit dans des unions qui ne sont pas conformes aux normes. Les fréquences les plus élevées sont observées entre 15 et 34 ans pour les femmes: le taux se situe entre 1,0% et 1,5%. Chez les hommes les plus fortes proportions s'observent entre 20 ans et 34 ans. Les deux courbes ont toutes une allure descendante à partir de 20-24 ans pour les femmes et de 25-29 ans pour les hommes.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour comprendre cette allure. Il faut tout d'abord souligner que ce type d'union correspond à une stratégie matrimoniale chez les jeunes qui préfèrent progresser dans leur cycle matrimonial par des essais libres sous la forme d'une simple cohabitation suivie éventuellement plus tard d'une régularisation. Il y a lieu de mentionner aussi que les unions libres sont, en général, l'illustration du phénomène des "deuxièmes bureaux", qui est une véritable polygamie déguisée.

Graphique 6.3.7: Proportions par groupe d'âges des proportions d'unions libres selon le sexe



6.3.2.- Etat matrimonial des personnes handicapées

La situation matrimoniale des handicapées permet d'apprécier leur degré d'intégration sociale. La répartition de la population handicapée âgée de 10 ans et plus selon l'état matrimonial donne les résultats suivants: 58% de mariés, 24% de célibataires, 2% de divorcés, 14% de veufs, 2% de séparés et 1% d'unions libres (tableau 6.a.2). Comme pour la population totale, cette répartition est assez différenciée selon le sexe. Ainsi, par exemple, on compte 63% de mariés chez les hommes contre 53% chez les femmes.

L'état matrimonial de la population handicapée est également différencié selon le type de handicap (tableaux 6a3 et 6a4). Il ressort de ces tableaux que, chez les hommes, ce sont les muets et les handicapés mentaux qui sont, en majorité, célibataires (63% et 66%

respectivement), tandis que chez les femmes ce sont les muettes (47%). Quant aux mal voyants, ils se distinguent par les proportions de mariés les plus élevées: 78% chez les hommes et 53% chez les femmes.

Une analyse plus complète des résultats relatifs aux handicapés permettra de mieux comprendre leur situation, notamment le thème consacré à l'analyse des personnes handicapées. Les autres thèmes d'analyse du recensement fournissent des informations précieuses à cet effet.

6.3.3.- Caractéristiques des conjoints

Des travaux antérieurs ont montré que certaines caractéristiques des unions conjugales tiennent un rôle non négligeable dans la constitution ou la dissolution des unions. Les données du RGPH3 permettent d'étudier l'écart d'âges entre les conjoints au sein des unions et l'endogamie ethnique. Mais elles présentent l'inconvénient de limiter l'analyse aux chefs de ménage et leurs conjoints présents dans le ménage. Le tableau 6.a.5 donne la répartition par groupes d'âges des épouses selon le groupe d'âges de leur mari.

- **Écarts d'âges entre les conjoints**

Le calcul des écarts d'âges entre les conjoints a été possible grâce à la reconstitution des couples au sein des ménages à partir du lien de parenté défini par rapport au chef de ménage. Il a été évalué à l'appui des distributions des écarts moyens. L'écart d'âge est défini par la différence entre l'âge du mari et celui de la conjointe pour les ménages monogames. Quant aux ménages polygames, cet écart est obtenu autant de fois que le mari a d'épouses. Les résultats obtenus sont présentés aux tableaux 6.3.3, 6.a.6 et 6.a.7.

Tableau 6.3.3: Répartition des couples de conjoints selon l'écart d'âges

Écarts d'âges	Type d'union		
	Ensemble	Monogame	Polygame
< 0 ans	1	1	2
0-4 ans	68	72	59
5-9 ans	12	13	12
10-14 ans	9	8	11
15-19 ans	4	3	7
20 ans et +	6	4	10
Total	100	100	100

Les données du tableau 6.3.3 montrent qu'en général les femmes prennent pour mari des hommes plus âgés qu'elles: au sein de 1% seulement des unions, les femmes sont plus âgées que leurs maris. On note que dans au moins 2 cas sur 3, l'écart d'âges va de 0 à 4 ans. La répartition est également assez différenciée selon la forme monogame ou polygame de l'union. D'après les résultats de calcul, l'écart moyen national de 4 ans varie en fonction de l'appartenance ethnique, de la religion et du niveau d'instruction des maris.

L'examen du tableau 6.a.7 montre que les écarts les plus faibles s'observent chez les Yoruba et apparentés (3,4 ans) ainsi que chez les Fon et apparentés (3,7 ans). Quant à l'écart moyen le plus élevé, il a été observé chez les Gur ou Otamari (5,2 ans).

En prenant en compte la religion du mari, l'écart moyen le plus élevé a été observé chez les adeptes du Vodoun (4,7 ans) et celui le plus faible chez les catholiques (3,3 ans).

Enfin, il y a une forte variation de l'écart moyen selon le niveau d'instruction. En particulier, il est très faible quand le mari a au moins le niveau secondaire : 1,7 ans pour le secondaire et 0,8 an pour le supérieur.

- **Endogamie ethnique**

A l'instar de l'écart d'âges entre les conjoints, la pratique de l'endogamie ethnique peut être approchée grâce aux données du RGPH3. L'analyse est restreinte aux chefs de ménage et à leurs conjoints présents dans le ménage. Le principe consiste à croiser, pour les conjoints pris deux à deux, leur appartenance ethnique. En définissant l'indicateur de l'endogamie par la proportion de maris ayant épousé une femme appartenant au même groupe ethnique que lui, on obtient les résultats consignés au tableau 6.3.4

Tableau 6.3.4 : Indicateurs d'endogamie ethnique des couples de conjoints selon leur appartenance ethnique

Ethnie du mari	Indicateur de l'endogamie (en%)
Adja et apparentés	88,6
Fon et apparentés	92,0
Bariba et apparentés	95,2
Dendi et apparentés	89,4
Yoa et Lokpa	94,0
Peulh	97,8
Gur ou Otamari	96,9
Yoruba et apparentés	86,4
Autres groupes ethniques	76,2
Etranger	83,2

Les résultats suggèrent que l'endogamie est de mise dans les stratégies matrimoniales béninoises. Cela est particulièrement vrai pour les Peulh, les Gur ou Otamari. Le groupe des Yoruba et apparentés se caractérise par le niveau d'endogamie le plus faible (86,4%). Cette tendance généralisée à l'endogamie ethnique serait renforcée par le regroupement des ethnies béninoises en neuf (9) catégories retenues. Une étude plus fine basée sur un éclatement des groupes définis apporterait certainement plus d'éclairage sur cette pratique

Le contrôle du milieu de résidence et du niveau d'instruction met en évidence quelques faits significatifs, mis à part les effets des effectifs réduits. En particulier, on note que le niveau de l'endogamie est sensiblement réduit lorsque les maris ont au moins le niveau secondaire, quel

que soit le milieu de résidence (tableaux 6.a.8 à 6.a.10). Mais, cet effet est moins sensible chez les Fons et apparentés: on passe de 95% pour les "sans niveau" à 74% pour le niveau "supérieur" en milieu urbain. Leur représentation numérique dans la population totale ainsi que leur dispersion géographique auraient pu favoriser l'endogamie ethnique.

6.3.4.- Régime matrimonial de la population

Le régime matrimonial est apprécié par rapport à la nature monogamique ou polygamique de l'union au sein de laquelle vit un individu. Le terme polygamie renvoie aux deux formes de mariage que sont la polygynie (le fait pour un homme d'être marié en même temps à plusieurs épouses) et la polyandrie (le fait pour une femme d'être mariée avec plusieurs hommes en même temps). Dans le contexte du Bénin, le terme polygamie est réduit à la polygynie, en raison du caractère marginal de la pratique de la polyandrie.

• Répartition de la population selon le régime matrimonial

La question sur l'état matrimonial posée aux hommes et femmes âgés de 10 ans et plus permet de répartir la population mariée selon le sexe et le régime matrimonial (monogamie ou polygamie). Le tableau 6.3.5 répartit la population mariée selon le sexe et le nombre d'épouses dans les unions.

La structure de la population mariée selon le régime matrimonial est marquée par une prédominance de la pratique de la monogamie: 73% des hommes sont mariés à une seule épouse et 61% des femmes n'ont pas de co-épouses dans leur union conjugale au moment du recensement. La "bigamie", c'est-à-dire le fait pour un homme d'être marié avec deux femmes, est le deuxième régime le plus important: elle concerne 20% des hommes mariés et 27% des femmes mariées. Ce tableau met également en évidence les unions conjugales à plus de trois co-épouses (la grande polygamie) qui ne concernent que 2% des hommes mariés et 4% des femmes mariées.

Tableau 6.3.5: Répartition (%) de la population mariée selon le sexe et le régime matrimonial

	Monogamie	Union à 2 épouses	Union à 3 épouses	Union à 4 épouses et +	Ensemble
Masculin	73	20	5	2	100
Féminin	61	27	8	4	100

• Pratique de la polygamie

La pratique de la polygamie, c'est-à-dire le fait que les hommes soient mariés à la fois à plusieurs épouses, est analysée ici à partir de trois indicateurs:

- le taux de polygamie pour mesurer le niveau du phénomène (T_p);
- le nombre d'épouses par homme marié (E_m);
- et le nombre d'épouses par homme polygame (E_p) pour l'intensité du phénomène.

D'après les données du RGPH3, la pratique de la polygamie implique 27% des hommes et 39% des femmes (Tableau 6.3.5). Ce niveau de la pratique présente d'importantes disparités régionales mises en évidence par le tableau 6.3.7 et la carte 6.3.2. Ainsi, le niveau le plus élevé s'observe dans le département du Couffo avec 41% tandis que le littoral affiche le taux le plus faible (12%), soit moins de la moitié de la moyenne nationale.

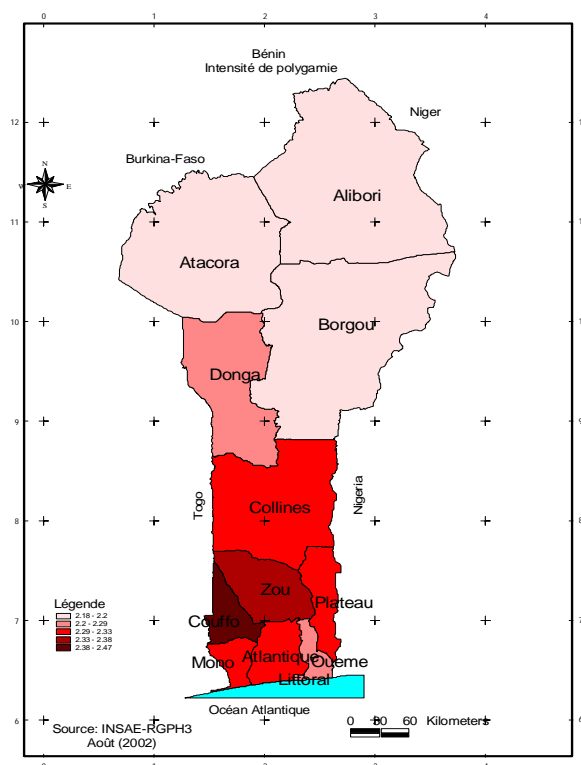
En ce qui concerne l'intensité de la polygamie, les données indiquent qu'il y a en moyenne 1,5 femmes par homme marié et qu'un homme polygame est marié avec 2,3 femmes en moyenne. Au niveau des départements, l'intensité la plus forte est observée dans le Couffo (2,5 femmes par homme polygame), tandis que l'intensité la plus faible correspond aux départements de l'Alibori, de l'Atacora et du Borgou (2,2 épouses par polygame au maximum).

Grosso modo, les régions à forte intensité de polygamie (le Couffo et le Zou notamment) sont également caractérisées par un marché matrimonial plus "fourni", avec un excédent important de femmes célibataires âgées de 15 à 24 ans, par rapport aux hommes célibataires âgés de 20 à 34 ans (rapport inférieur à 30%).

Tableau 6.3.6: Variations régionales de la pratique de la polygamie par les hommes

Départements	Indicateurs de la polygamie		
	Incidence	Intensité	
	Ip (%)	Em	Ep
Alibori	27	1,33	2,20
Atacora	26	1,30	2,18
Atlantique	24	1,31	2,30
Borgou	27	1,32	2,19
Collines	30	1,39	2,30
Couffo	41	1,61	2,47
Donga	31	1,40	2,28
Littoral	12	1,16	2,29
Mono	30	1,39	2,33
Ouémé	24	1,31	2,29
Plateau	31	1,41	2,31
Zou	31	1,43	2,38
Ensemble	27	1,35	2,30

Carte 6.3.2: Variations régionales de l'intensité de la polygamie



La pratique de la polygamie par les hommes présente également quelques variations selon le milieu de résidence (tableau 6.3.7). Ainsi, le niveau de la pratique est plus élevé en milieu rural (30%) qu'en milieu urbain (22%).

Tableau 6.3.7: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Indicateurs de la polygamie		
	Tp (%)	Em	Ep
Urbain	22	1,29	2,29
Rural	30	1,39	2,30
Ensemble	27	1,35	2,30

- **Pratique de la polygamie et caractéristiques individuelles de la population**

Les variations de la pratique de la polygamie sont également importantes selon certaines caractéristiques individuelles des hommes. C'est notamment le cas pour l'appartenance ethnique, le niveau d'instruction et l'âge, comme le montrent les tableaux ci-après :

D'après le tableau 6.3.8, le niveau de la pratique de la polygamie est le plus élevé chez les Adja et apparentés 31% des hommes et 47% des femmes. C'est également au sein de ce groupe ethnique que l'intensité de la polygamie est la plus forte: un homme marié a en moyenne 1,44 épouses tandis qu'un homme polygame en a 2,41. Les autres groupes ethniques qui se distinguent avec une forte incidence de la pratique de la polygamie sont les Yoa et Lokpa (29% d'hommes et 44% de femmes) et les Peulh (29% d'hommes et 40% de femmes) avec un écart par rapport aux Adja et apparentés. Les intensités relativement faibles que les

Yoa et Lokpa et Peulh enregistrent, laissent penser que ces polygames se limiteraient pour la plupart à deux épouses.

Tableau 6.3.8: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon l'appartenance ethnique

Indicateurs Ethnie	Incidence Tp (%)		Intensité	
	Hommes	Femmes	Em	Ep
Adja et apparentés	31	47	1,44	2,41
Fon et apparentés	25	38	1,33	2,33
Bariba et apparentés	28	38	1,34	2,21
Dendi et apparentés	28	40	1,35	2,23
Yoa et Lokpa	29	44	1,37	2,27
Peulh	29	40	1,34	2,17
Gur ou Otamari	25	36	1,29	2,18
Yoruba et apparentés	27	36	1,35	2,29
Autres groupes ethniques	27	38	1,34	2,27
Etranger	15	25	1,18	2,20
Ensemble	27	39	1,35	2,30

En ce qui concerne la religion, le tableau 6.3.9 montre que l'incidence la plus forte s'observe chez les adeptes du Vodoun (37% d'hommes et 54% de femmes) alors que les catholiques (19% d'hommes et 29% de femmes) affichent le taux de polygamie le plus faible pour les deux sexes.

Tableau 6.3.9: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon la religion

Indicateurs Religion	Incidence Tp (%)		Intensité	
	Hommes	Femmes	Em	Ep
Vodoun	37	54	1,52	2,41
Catholique	19	29	1,24	2,27
Protestant méthodiste	23	33	1,29	2,26
Autre protestant	20	34	1,25	2,26
Céleste	30	43	1,39	2,30
Islam	29	40	1,36	2,24
Autre Chrétien	19	33	1,25	2,27
Autre religion traditionnelle	30	43	1,38	2,26
Autre religion traditionnelle	22	34	1,28	2,27
Aucune religion	26	39	1,32	2,25
Ensemble	27	39	1,35	2,30

En fonction du niveau d'instruction, les différences de comportement apparaissent assez nettement comme l'illustre le tableau 6.3.10. Notamment, en passant de la catégorie "Aucun niveau" au niveau "Supérieur", l'incidence de la polygamie diminue de 31% à 10% chez les hommes. Du côté des femmes, la baisse est encore plus sensible (43% pour les "Sans niveau" et 9% pour le niveau "Supérieur").

Tableau 6.3.10: Indicateurs de la pratique de la polygamie selon le niveau d'instruction

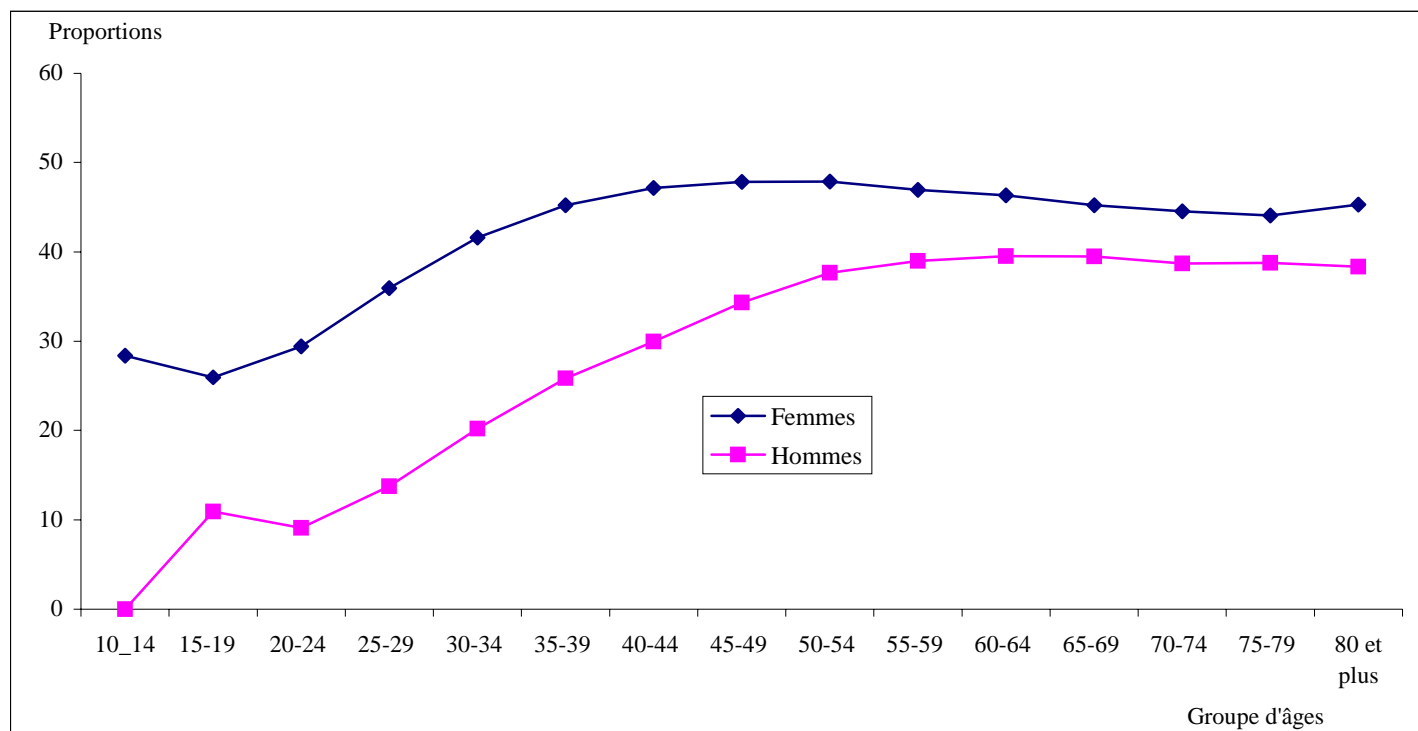
Indicateurs Niveau d'instruction	Incidence Tp (%)		Intensité	
	Hommes	Femmes	Em	Ep
Maternel	25	43	1,32	2,28
Primaire	23	28	1,30	2,28
Secondaire	19	21	1,24	2,27
Supérieur	10	09	1,12	2,25
Aucun niveau	31	43	1,41	2,31
Ensemble	27	39	1,35	2,30

L'âge constitue l'une des principales variables de différenciation des comportements, en analyse démographique. Le tableau 6.3.11 et le graphique 6.3.8 mettent en évidence que l'intensité de la pratique de la polygamie varie en fonction du groupe d'âges.

Tableau 6.3.11: Proportion par groupe d'âges d'hommes et de femmes mariées vivant en union polygame et indicateurs de l'intensité de la pratique de la polygamie selon le groupe d'âges

Groupes d'âges	Tp (%)		Em	Ep
	Hommes	Femmes		
10-14 ans	0	28	1,00	-
15-19 ans	11	26	1,14	2,26
20-24 ans	9	29	1,10	2,11
25-29 ans	14	36	1,15	2,10
30-34 ans	20	42	1,23	2,15
35-39 ans	26	45	1,31	2,20
40-44 ans	30	47	1,38	2,26
45-49 ans	34	48	1,45	2,32
50-54 ans	38	48	1,52	2,37
55-59 ans	39	47	1,55	2,42
60-64 ans	40	46	1,57	2,44
65-69 ans	39	45	1,58	2,46
70-74 ans	39	45	1,56	2,44
75-79 ans	39	44	1,57	2,47
80 ans et +	38	45	1,57	2,50
Ensemble	27	39	1,35	2,30

Graphique 6.3.8: Proportions par groupe d'âges d'hommes et de femmes mariées vivant en union polygame.



De façon générale, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, la courbe représentative des taux de polygamie par groupe d'âges a une allure ascendante à partir de 20-24 ans pour se stabiliser après 60 ans. Pour l'ensemble du Bénin, on observe notamment que les taux varient entre 0 dans le groupe d'âges 10-14 ans et 40% dans le groupe d'âge 60-64 ans, pour les hommes d'une part, entre 26% dans le groupe d'âges 15-19 ans et 48% dans les groupes d'âges 45-49 ans et 50-54 ans, pour les femmes d'autre part. Cette allure des deux courbes s'explique, en partie, par le fait que l'homme commence presque toujours par épouser une première femme, avant de contracter une deuxième voire une troisième union conjugale.

- **Evolution de la pratique de la polygamie**

Les différentes sources de données disponibles permettent de suivre les tendances de la pratique de la polygamie. Ainsi, le niveau de la polygamie observée en 2002 (27%) paraît en légère baisse, comparativement aux données de 1992 (30% des hommes mariés) et celles de 1979 (31% des hommes mariés). Cette baisse a déjà été relevée par les deux enquêtes démographiques et de santé de 1996 et de 2001: le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans vivant dans une union polygame est passé de 50% à 45%. Le tableau 6.3.12 fait la synthèse de l'évolution des principaux indicateurs du niveau et de l'intensité de la polygamie, entre 1979 et 2002.

Par rapport aux groupes d'âges, le graphique 6.3.8 met en évidence un léger recul de la pratique de la polygamie chez les générations âgées entre 20 et 50 ans: l'incidence de la pratique de la polygamie a diminué dans tous ces groupes de générations d'hommes. Au delà de 50 ans, l'incidence de la polygamie semble avoir augmenté par rapport à 1979. Tout porte donc à croire que le recul de la pratique de la polygamie observé, tous âges confondus, serait le fait des plus jeunes générations. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le phénomène

des "deuxièmes bureaux", dont l'ampleur reste à mesurer, est une forme de polygamie déguisée qui n'est pas prise en compte par la méthode de collecte.

Tableau 6.3.12 : Indicateurs du niveau et de l'intensité de la polygamie selon les groupes d'âges en 1979, 1992 et 2002

Groupes d'âges	1979			1992			2002		
	Tp (%)	Em	Ep	Tp (%)	Em	Ep	Tp (%)	Em	Ep
10-14 ans	0	1					0	1	
15-19 ans	5	1,1	2,1	8	1,1	2,3	11	1,1	2,3
20-24 ans	11	1,1	2,1	10	1,1	2,1	9	1,1	2,1
25-29 ans	20	1,2	2,1	17	1,2	2,1	14	1,2	2,1
30-34 ans	29	1,4	2,2	24	1,3	2,2	20	1,2	2,2
35-39 ans	34	1,4	2,3	31	1,4	2,3	26	1,3	2,2
40-44 ans	37	1,5	2,4	36	1,5	2,4	30	1,4	2,3
45-49 ans	39	1,6	3,4	39	1,6	2,5	34	1,5	2,3
50-54 ans	39	1,6	2,5	40	1,6	2,5	38	1,5	2,4
55-59 ans	39	1,6	2,5	41	1,6	2,6	39	1,6	2,4
60-64 ans	37	1,6	2,5	39	1,6	2,6	40	1,6	2,4
65-69 ans	37	1,6	2,5	40	1,6	2,6	39	1,6	2,5
70-74 ans	35	1,5	2,5	38	1,6	2,6	39	1,6	2,4
75-79 ans	34	1,5	2,6	36	1,6	2,6	39	1,6	2,5
80 ans &+							38	1,6	2,5
Ensemble	31	1,4	2,4	30	1,4	2,4	27	1,3	2,3

Sources : RGPH1, RGPH2 et RGPH3

Les données ne mettent pas en exergue une tendance claire à la baisse de l'intensité de la pratique de la polygamie.

6.3.5.- Synthèse sur la situation matrimoniale de la population

Le tableau 6.3.13 fait une synthèse sur la structure matrimoniale. En particulier, il permet de comparer les proportions de mariés dans des groupes d'âges spécifiques pour les 12 départements.

L'examen du tableau de synthèse montre des situations variables d'un département à l'autre. Ainsi, en ce qui concerne les hommes âgés de moins de 20 ans, les départements de l'Alibori, du Borgou et du Plateau se distinguent des autres par les proportions les plus élevées (3% à 4%). Relativement aux femmes de moins de 20 ans, l'Alibori a le taux le plus élevé avec 27% contre 4% pour le Littoral.

La proportion de mariées parmi les femmes en âges de procréer (15-49 ans) varie également d'un département à l'autre. Le plus fort taux est observé dans l'Alibori (83%) et le plus faible dans l'Ouémé (69%).

Tableau 6.3.13 : Etat matrimonial de la population de 10 ans et plus selon les départements

Départements	Proportion de mariés dans des groupes d'âges spécifiques		
	Hommes de moins de 20 ans	Femmes de moins de 20 ans	Femmes de 15-49 ans
Alibori	4	27	83
Atacora	2	24	73
Atlantique	1	10	72
Borgou	3	21	77
Collines	2	14	74
Couffo	2	12	78
Donga	2	17	78
Littoral	1	4	54
Mono	1	11	74
Ouème	1	9	69
Plateau	3	15	74
Zou	2	13	76
Bénin	2	14	72

6.3.6.- Evolution de la structure matrimoniale des groupes d'âges spécifiques de 1979 à 2002

L'évolution de la structure matrimoniale observée à travers les trois recensements présente un intérêt particulier pour certains groupes d'âges spécifiques. La proportion de mariés avant 20 ans permet de suivre l'évolution de l'intensité du mariage dans cette tranche d'âges ainsi que la fécondité des adolescentes, tandis que la proportion de femmes mariées dans le groupe d'âges 15-49 ans intervient dans l'explication du niveau et de l'évolution de la fécondité. Le tableau 6.3.14 présente les proportions de mariés dans ces tranches d'âges spécifiques pour les trois recensements.

Tableau 6.3.14: Evolution des proportions de mariés dans des groupes d'âges spécifiques entre 1979 et 2002

Proportions Groupe d'âges	Proportions de mariés (%)		
	1979	1992	2002
Hommes < 20 ans	2	2	2
Femmes < 20 ans	25	17	14
Femmes de 15-49 ans	83	73	72

Sources : RGPH1, RGPH2 et RGPH3

L'examen du tableau montre que les structures matrimoniales ont sensiblement évolué entre les trois recensements. Cette évolution traduit un certain changement de comportement vis-à-vis de l'entrée en union, lesquels changements sont plus nets chez les femmes que chez les hommes au cours de l'adolescence : les proportions de mariés dans le groupe d'âges 10-19 ans des hommes sont stables (2%) tandis qu'elles sont passées de 25% à 14% chez les femmes. Cette perte de 10 points de la proportion de mariées dans la tranche "<20 ans" présagerait d'un recul tout aussi sensible de l'âge au premier mariage, ce qui pourra se vérifier plus loin.

La proportion de femmes mariées dans le groupe 15-49 ans est passée de 83% en 1979 à 72% en 2002. A cet égard, on note un changement dans les comportements relatifs à la constitution et la dissolution des unions conjugales. On pourrait penser que la propension à vivre en union a baissé entre 1979 et 2002, pour cette tranche d'ages. Cette tendance est à rapprocher de celle de la fécondité dont la baisse commence par se confirmer, à la lumière des données des enquêtes démographiques et de santé.

Finally, this analysis of the marital status of the population has revealed significant changes in behavior. The study of the nuptiality of celibates will allow us to confirm the results obtained.

6.4.- NUPTIALITE DES CELIBATAIRES

Les données du RGPH3 offrent l'opportunité d'étudier la nuptialité des célibataires à partir des seules informations sur l'état matrimonial de la population. Elle peuvent non seulement servir à estimer indirectement l'âge au premier mariage, mais aussi à construire la table de nuptialité et, partant, d'évaluer l'intensité du phénomène.

6.4.1.- Age moyen au premier mariage de la population

La méthode mise au point par HAJNAL permet d'estimer de manière indirecte l'âge moyen au premier mariage à partir de la structure par âge des célibataires. Elle suppose :

- une indépendance entre la nuptialité et la mortalité d'une part, et entre la nuptialité et les mouvements migratoires d'autre part;
- une stabilité de la nuptialité dans le temps, c'est-à-dire dans les différentes générations.

En supposant négligeables les mariages conclus avant 10 ans et après 55 ans chez les hommes d'une part, et avant 10 ans et après 50 ans chez les femmes d'autre part, l'application de la méthode, permet, après tous calculs faits, d'évaluer l'âge moyen au premier mariage à 26,4 ans chez les hommes et à 19,9 ans chez les femmes. L'écart de 6,5 ans entre les deux sexes mesure la différence de calendrier de l'entrée en union, entre les hommes et les femmes. Elle traduit notamment une plus grande précocité de la nuptialité des femmes. A cet égard, il y a lieu de retenir, parmi les facteurs qui sont à la base de ce décalage, le fait que les garçons doivent réunir, plus longtemps que les femmes, les conditions préalables au mariage (paiement de la dot et autres conditions socio-économiques). De plus, ils passeraient plus de temps que les femmes à l'école ou dans l'apprentissage d'un métier.

L'âge moyen au premier mariage varie selon les départements quel que soit le sexe comme le montre le tableau 6.4.1 ci-après.

Tableau 6.4.1: Age moyen au premier mariage selon les départements (en années)

Départements	Hommes	Femmes	Ecart
Alibori	25,0	17,2	7,8
Atacora	25,9	17,8	8,1
Atlantique	26,0	20,4	5,6
Borgou	26,2	18,1	8,1
Collines	25,8	19,4	6,4
Couffo	24,6	19,3	5,3
Donga	26,2	18,6	7,6
Littoral	29,6	24,1	5,5
Mono	25,8	20,0	5,8
Ouème	26,4	20,9	5,5
Plateau	24,8	19,5	5,3
Zou	25,5	19,7	5,8
Bénin	26,4	19,9	6,5

L'examen du tableau montre que le Couffo a le calendrier le plus court pour l'entrée en union des hommes (24,6 ans), tandis que l'Alibori a le calendrier le plus court pour les femmes (17,2 ans). Quant au calendrier le plus long, il s'observe dans le littoral quel que soit le sexe (29,6 ans et 24,1 ans respectivement pour les hommes et les femmes). Il convient de préciser que le département du littoral correspond à la ville de Cotonou, la grande métropole nationale.

En ce qui concerne l'écart entre le calendrier des hommes et celui des femmes, les calculs indiquent que les départements du septentrion se distinguent par les plus fortes différences: les écarts vont de 7,6 ans à 8,1 ans. Dans les autres départements, où la scolarisation et l'apprentissage d'un métier (notamment des jeunes filles) sont plus développés, ces différences sont plus faibles. Cette opposition entre région n'est pas très visible entre milieu urbain et milieu rural (tableau 6.4.2).

Tableau 6.4.2 : Age moyen au premier mariage (en années) selon le milieu de résidence

Milieu de résidence Sexe	Urbain	Rural	Ensemble
Hommes	28,0	24,9	26,4
Femmes	21,8	18,5	19,9
Ecart	6,2	6,4	6,5

6.4.2.- Variations de l'âge d'entrée en union en fonction des caractéristiques individuelles

Les données du RGPH3 ont permis d'obtenir des informations sur la variation de l'âge d'entrée en union selon les caractéristiques individuelles des hommes et des femmes. Le tableau 6.4.3 présente l'âge moyen au premier mariage selon le sexe et l'ethnie.

Tableau 6.4.3: Age au premier mariage (en années) selon le sexe et l'ethnie

Ethnie	Hommes	Femmes	Ecart
Adja et apparentés	26,3	20,6	5,7
Fon et apparentés	26,4	20,7	5,7
Bariba et apparentés	25,9	17,8	8,1
Dendi et apparentés	26,6	19,0	7,6
Yoa et Lokpa	26,6	19,2	7,4
Peulh	24,2	16,8	7,4
Gua ou Otamari	25,8	17,5	8,3
Yoruba et apparentés	26,6	20,9	5,7
Autres groupes ethniques	26,5	19,1	7,4
Etranger	29,8	20,4	9,4
Ensemble	26,4	19,9	6,5

D'après le tableau 6.4.3, les Peulh ont le calendrier d'entrée en première union le plus court avec 24,2 ans chez les hommes et 16,8 ans chez les femmes. Les autres groupes ethniques nationaux ont un âge moyen d'entrée en première union qui tourne autour de 26 ans chez les hommes. Chez les femmes, la situation est différente, avec des écarts plus importants d'un groupe ethnique à l'autre:

- les peulh, les Gua (ou Otamari) et les bariba entrent en moyenne plus précoces en mariage que les autres filles, avec respectivement 16,8 ans, 17,5 ans et 17,8 ans ;
- parmi les filles les plus tardives à l'entrée en première union, il y a les Yoruba et apparentés, les Adja et apparentés et les Fon et apparentés, avec respectivement 20,9 ans, 20,7 ans et 20,6 ans.

Il convient d'observer que les étrangers se classent parmi les plus tardifs à entrer en première union aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les âges moyens à la première union,

calculés, sont tous supérieurs aux moyennes nationales. On pourrait évoquer, à cet effet, que les migrants sont d'abord préoccupés par leur insertion socio-économique avant d'envisager de se marier.

L'analyse des écarts renvoie à la situation observée en ce qui concerne les départements: les groupes ethniques du septentrion affichent les plus grandes différences de calendrier d'entrée en union entre les hommes et les femmes comparativement aux autres.

Les disparités du calendrier d'entrée en première union en fonction de la religion se présentent dans le tableau 6.4.4.

Tableau 6.4.4 : Age au premier mariage (en année) selon le sexe et la religion

Religion	Hommes	Femmes	Écart
Vodoun	24,7	18,9	5,8
Catholique	27,6	21,8	5,8
Protestant méthodiste	26,6	20,6	6,0
Autre protestant	26,9	20,3	6,6
Céleste	25,0	19,3	5,7
Islam	26,3	18,8	7,5
Autre Chrétien	26,5	20,6	5,9
Autre religion traditionnelle	25,2	17,7	7,5
Autre religion	26,0	20,0	6,0
Aucune religion	25,5	18,4	7,1
Ensemble	26,4	19,9	6,5

Les données semblent montrer que la pratique de la religion catholique aurait eu pour effet de retarder la conclusion des premières unions aussi bien chez les hommes que chez les femmes, par rapport aux autres religions: les hommes entrent en première union en moyenne à 27,6 ans tandis que les femmes le font à 21,8 ans. Les hommes les plus précoces sont des adeptes du vodoun et les filles les plus précoces sont des autres religions traditionnelles. Les écarts de calendrier entre les deux sexes sont plus élevés pour la religion islamique (7,5 ans) et plus faible pour le christianisme céleste (5,7 ans).

L'âge moyen d'entrée en première union augmente avec le niveau d'instruction de la population, comme le met en évidence le tableau 6.4.5: en passant des individus sans aucun niveau d'instruction à ceux qui ont le niveau supérieur, le gain est de 6,1 ans pour les hommes contre 10,1 ans pour les femmes.

Tableau 6.4.5 : Age au premier mariage (en année) selon le sexe et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Hommes	Femmes	Ecart
Maternelle	25,7	18,5	7,2
Primaire	26,1	21,5	4,6
Secondaire	28,4	24,5	3,9
Supérieur	31,1	28,4	2,7
Aucun niveau	25,0	18,3	6,7
Ensemble	26,4	19,9	6,5

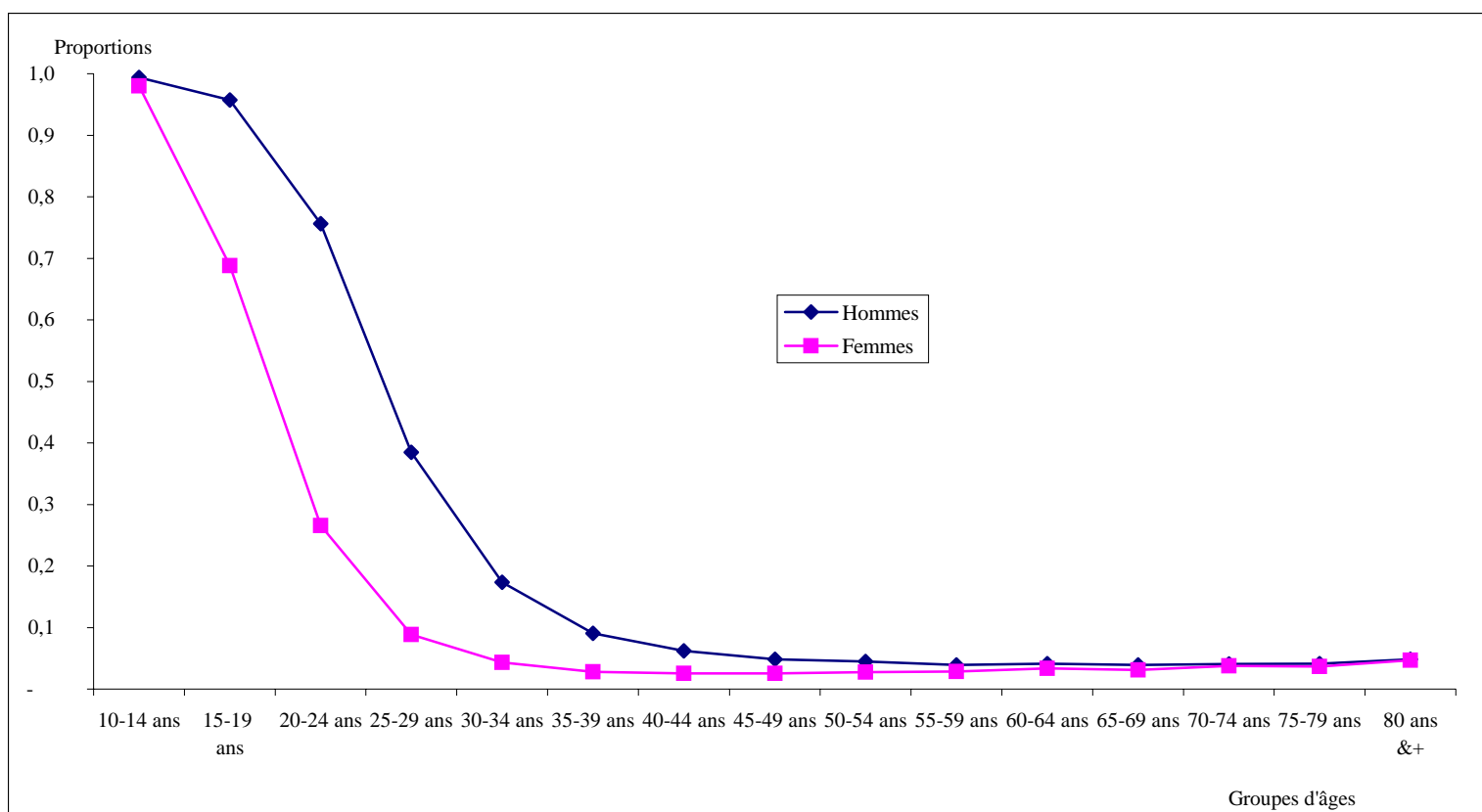
L'écart d'âge se rétrécit sensiblement avec l'élévation du niveau d'instruction. Celui du calendrier le plus faible est observé pour le niveau supérieur (2,7 ans).

6.4.3.- Construction de la table de nuptialité

La table de nuptialité des célibataires décrit, en fonction d'une échelle d'âge, la survenance des premiers mariages dans une génération, sur la base d'un effectif initial arbitraire de la génération. Sa construction est fondée sur une interpolation graphique à partir de la courbe de l'évolution par groupe d'âges des proportions de célibataires (graphique 6.4.1). Cet ajustement permet de déterminer les différentes fonctions de la table de nuptialité des célibataires, à savoir:

- le nombre de célibataires C_x restant aux anniversaires;
- le nombre de mariages $m(x, x+a)$ conclu entre anniversaires x et $x+a$; et
- le quotient de nuptialité aN_x à l'anniversaire x .

Graphique 6.4.1 : Courbe d'évolution ajustée par groupe d'âges des proportions de célibataires selon le sexe



Les résultats de l'interpolation graphique de la série de célibataires aux anniversaires et ceux de la déduction des autres fonctions de la table de nuptialité sont consignés dans les tableaux 6.4.6 et 6.4.7.

Tableau 6.4.6 : Table de nuptialité des célibataires (sexe masculin)

Age x	Célibataires Cx	Mariages M(x, x+a)	Quotients aNx (‰)
10	1000	50	0,050
15	950	110	0,116
20	840	190	0,224
25	650	350	0,538
30	300	275	0,538
35	125	60	0,480
40	65	15	0,230
45	50	5	0,100
50	45	5	0,111
55	40	-	-

Tableau 6.4.7 : Table de nuptialité des célibataires (sexe féminin)

Age x	Célibataires Cx	Mariages m(x, x+a)	Quotients aNx (‰)
10	1000	200	0,200
15	800	300	0,375
20	500	300	0,600
25	200	110	0,550
30	90	55	0,611
35	35	5	0,143
40	30	5	0,167
45	25	5	0,200
50	20	-	-

Deux indicateurs pertinents de la nuptialité se dégagent des tables construites: l'âge médian au premier mariage et la fréquence du célibat définitif. L'âge médian, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié de la génération se serait mariée, se situe à peu près à 27 ans pour les hommes et à 20 ans pour les femmes. Ces résultats tirés des tables de nuptialité viennent confirmer la différence de calendrier de la primo-nuptialité entre les hommes et les femmes.

En ce qui concerne la fréquence du célibat définitif, on observe que 40 hommes de 10 ans et plus sur 1000 restent définitivement célibataires à 55 ans. Quant aux femmes de 10 ans et plus, 20 sur 1000 ne contracteront jamais une union conjugale après l'âge de 50 ans.

6.4.4.- Evolution de la nuptialité des célibataires

En rassemblant les données fournies par les trois recensements (1979, 1992 et 2002) sur l'intensité et le calendrier de la nuptialité des célibataires dans un tableau, on peut avoir une vue d'ensemble de l'évolution du phénomène (tableau 6.4.8).

Tableau 6.4.8 : Evolution des indicateurs de la polygamie entre 1979 et 2002

	Intensité de la nuptialité			Age moyen au premier mariage		
	1979	1992	2002	1979	1992	2002
Hommes	0,940	0,937	0,960	24,9 ans	26,4 ans	26,4 ans
Femmes	0,980	0,969	0,980	17,6 ans	19,2 ans	19,9 ans
				(Ecart=7,3)	(Ecart=7,2)	(Ecart=6,5)

Sources : RGPH1, RGPH2 et RGPH3

Il convient de souligner que seules les données du RGPH1 et du RGPH3 sont comparables en ce qui concerne la fréquence du célibat définitif, les tables de nuptialité construites pour le recensement de 1992 étant arrêtées à 45 ans et 35 ans pour les hommes et les femmes respectivement. Quoiqu'il en soit, le caractère erratique des données ne permet pas d'avoir une idée claire sur la tendance de cet indicateur. En revanche, l'âge moyen au premier mariage affiche une nette tendance à la hausse, entre 1979 et 2002. Cette tendance à l'allongement du calendrier de la primo-nuptialité s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes: en 23 ans, l'âge moyen au premier mariage des hommes a gagné 1,5 ans tandis que celui des femmes a augmenté de 2,3 ans. Ces résultats confirment ceux obtenus à partir de la comparaison des structures matrimoniales entre 1979 et 2002.

On note, par ailleurs, que la différence de calendrier entre les hommes et les femmes s'est légèrement réduite au cours de la période. Ainsi, l'écart passe de 7,3 ans en 1979 à 6,5 ans en 2002.

Cette évolution du calendrier de la nuptialité pourrait s'expliquer en partie par un recul des us et coutumes en matière de nuptialité, combiné avec une amélioration de la scolarisation, notamment chez les filles. Dans ce dernier cas, les indicateurs de la scolarisation pour ces dernières années montrent chez les filles qu'elles vont plus souvent à l'école et qu'elles y restent plus longtemps. Elles sont également de plus en plus nombreuses dans l'apprentissage d'un métier.

CONCLUSION

L'analyse des données sur l'état matrimonial de la population âgée de 10 ans et plus, issues du RGPH3, a mis en exergue que la structure matrimoniale est dominée par les mariés dans pratiquement toutes les classes d'âges. Cette répartition est très différenciée selon le sexe, la région de résidence et le milieu d'habitat. Quoiqu'il en soit, les comportements restent dominés par certaines pratiques caractéristiques des systèmes matrimoniaux au Bénin:

- les hommes choisissent presque toujours des femmes moins âgées qu'eux: l'écart moyen d'âges entre les conjoints de 4 ans au niveau national, varie selon les caractéristiques individuelles de la population; en particulier il est plus faible quand l'homme a au moins le niveau secondaire;
- l'endogamie ethnique est généralisée car plus de 8 hommes sur 10 choisissent des épouses appartenant à leur groupe ethnique; cette tendance est moins marquée quand l'homme est instruit ou vit en milieu urbain;
- la pratique de la polygamie qui touche environ 27% des hommes et 39% des femmes présente d'importantes disparités, notamment en fonction de l'appartenance ethnique; ces indicateurs du niveau de la pratique de la polygamie sont en recul par rapport à 1979, fait attribué, en partie, aux jeunes générations.

L'étude de la nuptialité des célibataires a mis en évidence les différences appréciables entre les hommes et les femmes. Il a été observé, notamment que les hommes se marient en moyenne 6,5 ans plus tard que les femmes. Cette différence de comportement présente des disparités non seulement selon la région de résidence et le milieu de résidence, mais aussi en fonction des caractéristiques individuelles de la population. Ainsi, par exemple, plus le niveau d'instruction est élevé, plus tardive est la conclusion d'une union conjugale chez l'homme ou la femme.

Les données du RGPH3 permettent de mettre en relief un raccourcissement appréciable du calendrier d'entrée en première union. Ainsi, entre 1979 et 2002, l'âge moyen au premier mariage est passé de 24,9 ans à 26,4 ans pour les hommes et de 17,6 ans à 19,9 ans pour les femmes. On a noté également que la différence de calendrier entre les deux sexes s'est légèrement réduite au cours de la période.

BIBLIOGRAPHIE

INSAE (1987) : Recensement Général de la Population et de l'Habitation (1979), Analyse des résultats, Volume national, Tome II, Cotonou.

INSAE (1987) : Enquête sur la Fécondité au Bénin (1982), Rapport national, Analyse des principaux résultats, Cotonou.

INSAE (1994) : Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (1992), Volume II, Analyse des résultats, Tome 2, Dynamique de la Population, Cotonou.

HOUEDOKOHO, T. (1991) : "Nuptialité au Bénin", in AKOTO, E et al (sous dir), L'état et le devenir de la Population du Bénin, Cotonou, pp. 109-133.

DONADJE, F. (1992) : Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin. Pour une approche des stratégies de reproduction au Bénin, Académia, Louvain-la-Neuve, 222 p.

KLISSOU, P. (1994) : "La polygamie au Bénin : Une approche régionale des tendances et des disparités", Thèse de Doctorat, Institut de Démographie de l'Université Catholique de Louvain, 254 p.

HOUEDOKOHO, T. (1995) : Approche biographique de la nuptialité des femmes béninoises, Thèse de Doctorat, Institut de Démographie de l'Université Catholique de Louvain, Académia-Bruylant l'Harmattan, 215 p.

INSAE/ORC Macro, 2002, Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001. Calverton, Maryland

REPUBLIQUE DU BENIN (2002) : Code des personnes et de la famille.

MPREPE (1996): Déclaration de Politique de Population de la République du Bénin, Cotonou, 100 p.

ANNEXES

Tableau 6.a1: Répartition (%) par groupe d'âges et par sexe de la population de 10 ans et plus selon les catégories matrimoniales au recensement de 2002

Age/sexe	Total	Célibataire	Marié	Divorcé	Veuf/Veuve	Séparé	Union libre	%
Ensemble	4 241 055	41,65	52,16	0,83	3,91	0,85	0,60	100,00
10-14 ans	823 956	98,75	1,17	0,00	0,00	0,00	0,08	100,00
15-19 ans	598 292	82,06	16,87	0,11	0,12	0,24	0,59	100,00
20-24 ans	526 874	47,47	50,12	0,36	0,25	0,71	1,09	100,00
25-29 ans	508 027	21,62	75,16	0,65	0,55	0,98	1,04	100,00
30-34 ans	398 631	10,46	85,33	1,02	1,10	1,21	0,87	100,00
35-39 ans	329 665	5,75	88,84	1,33	2,02	1,36	0,70	100,00
40-44 ans	255 876	4,30	87,76	1,78	4,06	1,55	0,55	100,00
45-49 ans	190 119	3,68	85,44	2,06	6,65	1,71	0,47	100,00
50-54 ans	162 665	3,60	81,74	2,17	10,43	1,69	0,36	100,00
55-59 ans	90 565	3,39	78,35	2,27	13,83	1,77	0,40	100,00
60-64 ans	112 363	3,70	72,26	2,18	19,87	1,65	0,34	100,00
65-69 ans	61 114	3,49	67,80	2,08	24,82	1,50	0,33	100,00
70-74 ans	67 985	3,90	63,72	1,93	28,78	1,37	0,31	100,00
75ans+	114 923	4,52	57,23	1,63	35,12	1,18	0,33	100,00
Masculin								
Total	2 028 782	51,41	46,21	0,73	0,84	0,49	0,32	100,00
10-14 ans	438 373	99,38	0,59	0,00	0,00	0,00	0,03	100,00
15-19 ans	294 753	95,73	4,00	0,03	0,03	0,05	0,15	100,00
20-24 ans	224 316	75,65	23,31	0,16	0,07	0,25	0,57	100,00
25-29 ans	218 899	38,50	59,51	0,48	0,18	0,51	0,83	100,00
30-34 ans	187 800	17,38	80,16	0,82	0,31	0,70	0,63	100,00
35-39 ans	154 925	9,07	88,09	1,15	0,48	0,80	0,41	100,00
40-44 ans	123 801	6,19	90,41	1,49	0,72	0,92	0,28	100,00
45-49 ans	93 529	4,82	91,09	1,81	1,12	0,96	0,20	100,00
50-54 ans	80 402	4,46	90,74	1,92	1,72	1,03	0,13	100,00
55-59 ans	45 668	3,94	90,34	2,21	2,18	1,17	0,16	100,00
60-64 ans	52 691	4,10	88,78	2,32	3,48	1,17	0,15	100,00
65-69 ans	28 067	3,93	87,63	2,42	4,61	1,25	0,16	100,00
70-74 ans	31 828	4,06	85,93	2,35	6,24	1,29	0,14	100,00
75 ans +	53 730	4,64	81,08	2,17	10,60	1,34	0,18	100,00
Féminin								
Total	2 212 273	32,69	57,61	0,93	6,72	1,19	0,86	100,00
10-14 ans	385 583	98,03	1,83	0,00	0,00	0,00	0,14	100,00
15-19 ans	303 539	68,78	29,38	0,18	0,21	0,43	1,02	100,00
20-24 ans	302 558	26,58	70,00	0,50	0,38	1,05	1,49	100,00
25-29 ans	289 128	8,84	87,00	0,77	0,83	1,34	1,20	100,00
30-34 ans	210 831	4,30	89,93	1,21	1,81	1,67	1,09	100,00
35-39 ans	174 740	2,80	89,51	1,49	3,39	1,86	0,95	100,00
40-44 ans	132 075	2,53	85,28	2,05	7,18	2,15	0,81	100,00
45-49 ans	96 590	2,56	79,96	2,31	12,01	2,43	0,72	100,00
50-54 ans	82 263	2,76	72,93	2,42	18,96	2,33	0,60	100,00
55-59 ans	44 897	2,83	66,15	2,33	25,69	2,38	0,63	100,00
60-64 ans	59 672	3,34	57,68	2,05	34,33	2,07	0,52	100,00
65-69 ans	33 047	3,11	50,95	1,79	41,98	1,70	0,47	100,00
70-74 ans	36 157	3,76	44,16	1,55	48,62	1,44	0,47	100,00
75 ans +	61 193	4,42	36,29	1,16	56,65	1,03	0,45	100,00

Tableau 6.a.2 : Répartition par groupe d'âge de la population handicapée âgée de 10 ans selon l'état matrimonial et le sexe

BENIN	Total sans ND	célibataire	marié		veuf		séparé		Union libre		total			
			%	%	%	%	%	%						
Total	145 529	34 831	23,93	84 132	57,81	3 098	2,13	20 352	13,98	2 146	1,47	970	0,67	100,00
10-14 ans	10 733	10 587	98,64	138	1,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	0,07	100,00
15-19 ans	9 347	8 053	86,16	1 131	12,10	24	0,26	37	0,40	33	0,35	69	0,74	100,00
20-24 ans	9 049	5 249	58,01	3 475	38,40	59	0,65	35	0,39	87	0,96	144	1,59	100,00
25-29 ans	9 620	3 077	31,99	6 076	63,16	119	1,24	90	0,94	119	1,24	139	1,44	100,00
30-34 ans	9 429	1 862	19,75	6 905	73,23	194	2,06	172	1,82	168	1,78	128	1,36	100,00
35-39 ans	9 314	1 153	12,38	7 355	78,97	241	2,59	284	3,05	205	2,20	76	0,82	100,00
40-44 ans	10 212	949	9,29	8 100	79,32	313	3,07	572	5,60	200	1,96	78	0,76	100,00
45-49 ans	10 246	728	7,11	8 029	78,36	382	3,73	813	7,93	231	2,25	63	0,61	100,00
50-54 ans	10 782	643	5,96	8 184	75,90	364	3,38	1 315	12,20	227	2,11	49	0,45	100,00
55-59 ans	7 141	373	5,22	5 241	73,39	226	3,16	1 091	15,28	172	2,41	38	0,53	100,00
60-64 ans	10 743	542	5,05	7 206	67,08	332	3,09	2 418	22,51	201	1,87	44	0,41	100,00
65-69 ans	7 027	301	4,28	4 505	64,11	206	2,93	1 881	26,77	109	1,55	25	0,36	100,00
70-74 ans	9 353	389	4,16	5 609	59,97	228	2,44	2 961	31,66	137	1,46	29	0,31	100,00
75 ans +	22 533	925	4,11	12 178	54,05	410	1,82	8 683	38,53	257	1,14	80	0,36	100,00
Masculin														
Total	72 622	21 528	29,64	45 720	62,96	1 632	2,25	2 780	3,83	760	1,05	202	0,28	100,00
10-14 ans	6 026	5 977	99,19	47	0,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,03	100,00
15-19 ans	4 776	4 559	95,46	198	4,15	3	0,06	5	0,10	3	0,06	8	0,17	100,00
20-24 ans	4 044	3 268	80,81	730	18,05	10	0,25	8	0,20	8	0,20	20	0,49	100,00
25-29 ans	4 567	2 205	48,28	2 254	49,35	41	0,90	11	0,24	17	0,37	39	0,85	100,00
30-34 ans	4 692	1 399	29,82	3 126	66,62	67	1,43	28	0,60	42	0,90	30	0,64	100,00
35-39 ans	4 626	874	18,89	3 522	76,13	121	2,62	34	0,73	60	1,30	15	0,32	100,00
40-44 ans	5 065	700	13,82	4 087	80,69	148	2,92	58	1,15	53	1,05	19	0,38	100,00
45-49 ans	5 340	541	10,13	4 451	83,35	185	3,46	88	1,65	64	1,20	11	0,21	100,00
50-54 ans	5 649	451	7,98	4 790	84,79	182	3,22	140	2,48	79	1,40	7	0,12	100,00
55-59 ans	3 880	277	7,14	3 274	84,38	134	3,45	121	3,12	66	1,70	8	0,21	100,00
60-64 ans	5 289	361	6,83	4 366	82,55	181	3,42	282	5,33	87	1,64	12	0,23	100,00
65-69 ans	3 414	187	5,48	2 820	82,60	124	3,63	230	6,74	44	1,29	9	0,26	100,00
70-74 ans	4 457	228	5,12	3 611	81,02	152	3,41	385	8,64	76	1,71	5	0,11	100,00
75 ans +	10 797	501	4,64	8 444	78,21	284	2,63	1 390	12,87	161	1,49	17	0,16	100,00
Féminin														
Total	72 907	13 303	18,25	38 412	52,69	1 466	2,01	17 572	24,10	1 386	1,90	768	1,05	100,00
10-14 ans	4 707	4 610	97,94	91	1,93	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,13	100,00
15-19 ans	4 571	3 494	76,44	933	20,41	21	0,46	32	0,70	30	0,66	61	1,33	100,00
20-24 ans	5 005	1 981	39,58	2 745	54,85	49	0,98	27	0,54	79	1,58	124	2,48	100,00
25-29 ans	5 053	872	17,26	3 822	75,64	78	1,54	79	1,56	102	2,02	100	1,98	100,00
30-34 ans	4 737	463	9,77	3 779	79,78	127	2,68	144	3,04	126	2,66	98	2,07	100,00
35-39 ans	4 688	279	5,95	3 833	81,76	120	2,56	250	5,33	145	3,09	61	1,30	100,00
40-44 ans	5 147	249	4,84	4 013	77,97	165	3,21	514	9,99	147	2,86	59	1,15	100,00
45-49 ans	4 906	187	3,81	3 578	72,93	197	4,02	725	14,78	167	3,40	52	1,06	100,00
50-54 ans	5 133	192	3,74	3 394	66,12	182	3,55	1 175	22,89	148	2,88	42	0,82	100,00
55-59 ans	3 261	96	2,94	1 967	60,32	92	2,82	970	29,75	106	3,25	30	0,92	100,00
60-64 ans	5 454	181	3,32	2 840	52,07	151	2,77	2 136	39,16	114	2,09	32	0,59	100,00
65-69 ans	3 613	114	3,16	1 685	46,64	82	2,27	1 651	45,70	65	1,80	16	0,44	100,00
70-74 ans	4 896	161	3,29	1 998	40,81	76	1,55	2 576	52,61	61	1,25	24	0,49	100,00
75 ans +	11 736	424	3,61	3 734	31,82	126	1,07	7 293	62,14	96	0,82	63	0,54	100,00

Tableau 6.a.3 : Répartition (%) de la population handicapée masculine âgée de 10 ans et plus selon le type de handicap et l'état matrimonial

Masculin	Effectif	Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf- Veuve	Séparé	Union- Libre	Total
Total	72 622	0,63	0,30	0,02	0,04	0,01	0,00	100
Aveugle	6 608	0,61	0,28	0,02	0,07	0,01	0,00	100
Sourd	4 520	0,42	0,53	0,02	0,03	0,01	0,00	100
Muet	1 213	0,32	0,63	0,02	0,02	0,01	0,00	100
Mal_voyant	29 668	0,78	0,14	0,02	0,05	0,01	0,00	100
Handicapé_mental	2 378	0,24	0,66	0,06	0,02	0,02	0,00	100
Mem_inférieur	9 323	0,52	0,42	0,02	0,02	0,01	0,00	100
Membre_supérieur	3 519	0,55	0,40	0,02	0,02	0,01	0,00	100
Autre_handicap	15 393	0,59	0,35	0,02	0,02	0,01	0,00	100

Tableau 6.a.4 : Répartition (%) de la population handicapée féminine âgée de 10 ans et plus selon le type de handicap et l'état matrimonial

Féminin	Effectif	Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf Veuve	Séparé	Union-Libre	
Total	72 907	0,53	0,18	0,02	0,24	0,02	0,01	100
Aveugle	5 853	0,50	0,16	0,02	0,29	0,01	0,01	100
Sourd	4 712	0,49	0,29	0,02	0,17	0,01	0,01	100
Muet	1 116	0,37	0,47	0,02	0,12	0,01	0,01	100
Mal_voyant	31 072	0,53	0,11	0,02	0,32	0,02	0,01	100
Handicapé_mental	2 175	0,41	0,33	0,05	0,13	0,06	0,01	100
Mem_inférieur	8 331	0,48	0,28	0,02	0,19	0,02	0,01	100
Membre_supérieur	2 913	0,50	0,28	0,01	0,16	0,03	0,01	100
Autre_handicap	16 735	0,60	0,19	0,02	0,16	0,02	0,01	100

Tableau 6.a.5: Répartition des épouses par groupe d'âges selon le groupe d'âges de leur mari

BENIN	Groupes d'âges des épouses															Effectif	
	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et +		Total
Tous âges	0,00	0,05	0,16	0,21	0,16	0,13	0,09	0,06	0,05	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	1,00	956 778
Groupes d'âges des maris																	
10-14 ans	0,09	0,06	0,19	0,16	0,15	0,15	0,08	0,04	0,03	0,03	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	1,00	40
15-19 ans	0,03	0,33	0,15	0,15	0,10	0,08	0,06	0,04	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	1,00	4 240
20-24 ans	0,01	0,26	0,31	0,14	0,09	0,07	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	30 105
25-29 ans	0,00	0,11	0,38	0,23	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	102 954
30-34 ans	0,00	0,06	0,24	0,37	0,14	0,07	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	139 670
35-39 ans	0,00	0,04	0,16	0,31	0,25	0,11	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	141 759
40-44 ans	0,00	0,03	0,12	0,21	0,25	0,23	0,08	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	124 019
45-49 ans	0,00	0,03	0,10	0,17	0,19	0,23	0,16	0,06	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	100 365
50-54 ans	0,00	0,03	0,10	0,14	0,15	0,17	0,19	0,14	0,04	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	89 799
55-59 ans	0,00	0,03	0,09	0,12	0,12	0,15	0,16	0,16	0,10	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	1,00	51 522
60-64 ans	0,00	0,03	0,09	0,12	0,11	0,12	0,14	0,12	0,15	0,07	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	1,00	58 952
65-69 ans	0,00	0,03	0,09	0,11	0,10	0,11	0,11	0,12	0,13	0,09	0,08	0,02	0,01	0,00	0,00	1,00	30 657
70-74 ans	0,00	0,03	0,08	0,10	0,09	0,10	0,10	0,09	0,13	0,07	0,12	0,05	0,01	0,00	0,00	1,00	32 991
75-79 ans	0,00	0,03	0,08	0,10	0,09	0,09	0,08	0,09	0,10	0,08	0,12	0,08	0,05	0,01	0,00	1,00	13 973
80 ans et +	0,00	0,03	0,08	0,10	0,08	0,08	0,08	0,06	0,09	0,05	0,11	0,05	0,09	0,04	0,06	1,00	35 732

Tableau 6.a.6 : Répartition des couples de conjoints selon l'écart d'âges

Ecart d'âges	Mariée	Monogame	Polygame
< 0 an	0,01	0,01	0,02
0 an	0,60	0,63	0,52
1 ans	0,01	0,01	0,01
2 ans	0,02	0,02	0,02
3 ans	0,03	0,03	0,03
4 ans	0,02	0,02	0,02
5 ans	0,04	0,05	0,04
6 ans	0,02	0,02	0,02
7 ans	0,02	0,02	0,02
8 ans	0,02	0,02	0,02
9 ans	0,01	0,01	0,02
10 ans	0,04	0,04	0,05
11 ans	0,01	0,01	0,01
12 ans	0,01	0,01	0,02
13 ans	0,01	0,01	0,02
14 ans	0,01	0,01	0,01
15 ans	0,02	0,02	0,03
16 ans	0,01	0,00	0,01
17 ans	0,01	0,00	0,01
18 ans	0,01	0,00	0,01
19 ans	0,00	0,00	0,01
20 ans +	0,06	0,04	0,10
Ensemble	1,00	1,00	1,00

Tableau 6.a7: Ecart moyen d'âges entre les conjoints selon les caractéristiques socio-culturelles des maris

Caractéristiques socio-culturelles	Ecart moyen d'âges (années)
Ethnie	
Adja et apparentés	4,3
Fon et apparentés	3,7
Bariba et apparentés	4,0
Dendi et apparentés	4,9
Yoa et Lokpa	4,6
Peulh	4,3
Gur ou Otamari	5,2
Yoruba et apparentés	3,4
Autres groupes ethniques	4,6
Etranger	4,1
Religion	
Vodoun	4,7
Catholique	3,3
Protestant méthodiste	3,7
Autre protestant	3,9
Céleste	4,2
Islam	4,2
Autre Chrétien	3,8
Autre religion traditionnelle	4,8
Autre religion traditionnelle	3,9
Aucune religion	3,8
Niveau d'instruction	
Maternel	4,8
Primaire	2,4
Secondaire	1,7
Supérieur	0,8
Aucun niveau	4,8
Ensemble	4,0

Tableau 6.a.8 : Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari pour l'ensemble du Bénin

Ethnie du mari	Maternel	Primaire	Secondaire	Supérieur	Aucun
Adja et apparentés	0,93	0,71	0,54	0,36	0,94
Fon et apparentés	0,93	0,86	0,80	0,75	0,95
Bariba et apparentés	0,97	0,83	0,69	0,59	0,97
Dendi et apparentés	0,92	0,80	0,58	0,37	0,92
Yoa et Lokpa	0,97	0,85	0,64	0,48	0,95
Peulh	0,98	0,77	0,45	0,47	0,98
Gua ou Otamari	0,96	0,92	0,71	0,48	0,98
Yoruba et apparentés	0,91	0,78	0,61	0,51	0,92
Autres groupes ethniques	0,79	0,58	0,43	0,55	0,80
Etranger	0,90	0,74	0,81	0,87	0,85

Tableau 6.a.9: Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari en milieu urbain

Ethnie du mari	Maternel	Primaire	Secondaire	Supérieur	Aucun
Adja et apparentés	0,86	0,63	0,51	0,35	0,94
Fon et apparentés	0,86	0,83	0,79	0,74	0,95
Bariba et apparentés	0,95	0,77	0,65	0,53	0,97
Dendi et apparentés	0,87	0,75	0,58	0,38	0,92
Yoa et Lokpa	0,90	0,75	0,59	0,34	0,95
Peulh	0,98	0,62	0,37	0,23	0,98
Gua ou Otamari	0,95	0,87	0,68	0,34	0,98
Yoruba et apparentés	0,80	0,72	0,59	0,49	0,92
Autres groupes ethniques	0,66	0,52	0,40	0,55	0,80
Etranger	0,90	0,72	0,81	0,86	0,85

Tableau 6.a.10: Endogamie ethnique selon le niveau d'instruction du mari en milieu rural

Ethnie du mari	Maternel	Primaire	Secondaire	Supérieur	Aucun
Adja et apparentés	0,96	0,82	0,69	0,63	0,96
Fon et apparentés	0,97	0,92	0,87	0,86	0,97
Bariba et apparentés	0,99	0,92	0,84	0,94	0,98
Dendi et apparentés	0,96	0,90	0,58	0,33	0,95
Yoa et Lokpa	0,99	0,92	0,78	1,00	0,97
Peulh	0,98	0,85	0,66	1,00	0,99
Gua ou Otamari	0,96	0,96	0,83	0,91	0,98
Yoruba et apparentés	0,96	0,87	0,73	0,70	0,94
Autres groupes ethniques	0,85	0,66	0,58-		0,84
Etranger	0,88	0,78	0,86	1,00	0,84

Service Comptabilité

AGBO Claude
SOUROU Bricette
DJIKA DEGBO Magloire

Service Matériel et Equipements

DOHOU Antoinette, Chef Service
DOSSOU Alex
AWO Hilarion

DIRECTION DU TRAITEMENT DE L'INFORMATIQUE ET DE LA PUBLICATION (DTIP)

ADJOVI Esther, Directrice du Traitement Informatique, Pi

Secrétariat DTIP

AHOMAGNON Edwige

Service Informatique

AKPO André, Chef Service
CHOJNIKA Eudes
MISSINHOUN Evariste

Chef Service des Annuaire, des Publications et de Gestion des Bases de Données (SAPGBD)

KPEKPEDE Grégoire, Chef Service

CONSULTANT NATIONAL EN CARTOGRAPHIE

TCHIAKPE Marcel

PERSONNEL OCCASIONNEL

- ❖ Opérateurs Cartographes ;
- ❖ Agents Recenseurs ;
- ❖ Chefs des équipes et Contrôleurs de Recensement ;
- ❖ Agents Codeurs et Vérificateurs des Codes ;
- ❖ Opérateurs de Saisie.

Personnel International

Conseillers Techniques de l'Equipe d'Appui Technique du FNUAP basé à DAKAR

DACKAM Ngatchou Richard

MAYOUYA André

HAMADY Sow

ANALYSE DU TROISIEME RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION

COORDONNATEURS DU PROJET : Messieurs :

- **Maurice Dossou BANKOLE**, Directeur National du Projet RGPH3
- **Cosme Z. VODOUNOU**, Directeur Technique du Projet RGPH3

EXPERTS NATIONAUX : *Messieurs et Mesdames*

Toussaint ADJIMON, Statisticien-Démographe
Sévérin AGBANGLA, Géographe
Damien AGOUA, Statisticien
Elise AHOVEY, Géographe-Démographe
Françoise ALODJOGBE, Statisticienne-Démographe
Odile ATTANASSO, Sociologue-Démographe
Alexandre BIAOU, Statisticien
Fatahi CHITOU, Statisticien, Démo-Economiste
Kuassi DEGBOE, Statisticien- Economiste
Bruno DJAGBA, Statisticien-Démographe
Léonard FOURN, Docteur en Médecine
Euzerbe GOMEZ, Statisticien
Julien GUINGNIDO GAYE, Statisticien-Démographe
Thomas HOUEDOKOHO, Statisticien-Démographe
Rafatou HOUNDEKON, Démographe
Elise HOUSSOU, Statisticienne
Pierre KLISSOU, Statisticien-Démographe
Akouma KOUNI, Géographe
Narcisse KOUTON, Statisticien-Démographe
Mouhamadou MAMA SEIDOU, Statisticien-Démographe
Victorine Bertine Akouavi MENSAH, Socio-Anthropologue-Spécialiste
en Population et Développement
Bruno NOUATIN, Economiste – Démographe
Justine ODJOUBE, Statisticienne-Démographe
Fortuné SOSSA, Economiste-Sociologue

Alain Eric TCHIBOZO, Géographe-Démographe
Pascal D. TODJINO, Statisticien
Hippolyte Mahussi TOGONO, Statisticien-Démographe
Jean Thomas TOHOUEGNON, Statisticien-Démographe
Jean Kokou ZOUNON, Ingénieur –Statisticien
Mémounath ZOUNON BISSIRIOU, Economiste-Planificateur

EXPERT INTERNATIONAL :

Monsieur Richard DACKAM N’GATCHOU, Conseiller Régional en Analyse Démographique (Equipe d’Appui Technique de l’UNFPA/Dakar)

LES TOMES

**TOME 1 : REPARTITION SPATIALE, STRUCTURE PAR SEXE ET PAR AGE ET
MIGRATION AU BENIN**

TOME 2 : DYNAMIQUE DE LA POPULATION

TOME 3 : CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES

TOME 4 : MENAGES, CONDITIONS D'HABITATION ET PAUVRETE

TOME 5 : CARACTERISTIQUES DES PERSONNES VULNERABLES

**TOME 6 : PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES ET ETUDE PROSPECTIVES DE
LA DEMANDE SOCIALE**