



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 8 (1)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 1 November 2025
Accepted, 24 February 2026
Published, 5 March 2026
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Séibou, F., et al. (2026). Influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne : une revue systématique. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,8(1), 148-166.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v8i1.11>

Research

Influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne : une revue systématique

Influence of the Social Gradient on Fertility in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review

Fousséni Séibou^{1,3*}; Charles-Patrick Makoutodé¹ ; Alphonse Kpozehouen¹ ; Yolaine Glèlè-Ahanhanzo¹ ; David Houéto²

- ¹ Institut Régional de Santé Publique - Comlan Alfred Quenum, Université d'Abomey Calavi, Bénin
- ² École nationale de formation des techniciens supérieurs en santé publique et en surveillance épidémiologique, Université de Parakou, Bénin
- ³ Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO), Université de Parakou, Bénin

* Correspondance : foussenseibou@gmail.com ; Tel : +2290196545632

Résumé

La fécondité en Afrique subsaharienne demeure un enjeu majeur, façonné par de profondes disparités sociales. Cette synthèse explore l'impact du gradient social, relation inverse entre le statut socioéconomique et la santé, sur les comportements reproductifs dans la région. L'analyse repose sur 226 documents, issus de 831 publications parues entre 2000 et 2025. Les résultats révèlent un gradient social complexe, étroitement lié aux dynamiques de fécondité. L'éducation des femmes apparaît comme le déterminant le plus fréquemment rapporté, mentionné dans près de 77 % des études, confirmant son rôle central dans la réduction des naissances. L'amélioration du niveau de vie est associée à une baisse du nombre d'enfants, ce qui est cohérent avec les modèles classiques de la transition démographique. Les disparités spatiales demeurent importantes, notamment les écarts entre milieux urbains et ruraux, pouvant atteindre 2,7 enfants dans l'indice synthétique de fécondité. D'autres facteurs contribuent à ces dynamiques, notamment l'accès encore limité à la contraception (29 % des femmes en 2019) et le recul progressif de l'âge au mariage. Ces résultats montrent que la transition démographique en Afrique subsaharienne est loin d'être homogène et demeure étroitement tributaire des conditions sociales, économiques et territoriales. Ainsi, il est essentiel de concevoir des politiques ciblées, favorisant l'éducation, l'accès aux soins reproductifs et à l'information, tout en impliquant les figures religieuses et culturelles dans les actions de sensibilisation afin de réduire les écarts.

Mots clés : Gradient social, influence, fécondité, contraception, Afrique sub-saharienne

Abstract

Fertility in sub-Saharan Africa remains a major challenge, shaped by deep-rooted social disparities. This synthesis explores the impact of the social gradient, the inverse relationship between socioeconomic status and health, on reproductive behaviour in the region. The analysis is based on 226 documents selected from 831 publications released between 2000 and 2025. The results reveal a complex social gradient closely linked to fertility dynamics. Women's education has emerged as the most frequently reported determinant, mentioned in nearly 77% of the studies, confirming its central role in birth reduction. Improved living standards are associated with a decrease in the number of children, consistent with classic demographic transition models. Spatial disparities remain significant, particularly the gap between urban and rural areas, which reaches up to 2.7 children per total fertility rate. Other factors contribute to these dynamics, notably still-limited access to contraception (29% of women in 2019) and the gradual increase in the age of marriage. Altogether, these findings show that the demographic transition in sub-Saharan Africa is far from uniform and remains closely tied to social, economic, and territorial conditions. Given these observations, it is essential to design targeted policies that promote education, access to reproductive healthcare, and information, while involving religious and cultural figures in awareness campaigns to reduce these disparities.

Keywords: Social gradient, influence, fertility, contraception, sub-Saharan Africa.

1. Introduction

La fécondité en Afrique subsaharienne demeure parmi les plus élevées et constitue un enjeu majeur de santé publique et de développement. La région concentre 95 % des 16 millions de naissances annuelles chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde, associées à des risques accrus pour la santé maternelle et infantile (*Odior, 2018 ; Munakampe et al., 2021*). Les facteurs socioéconomiques et culturels, notamment l'accès limité à l'éducation, aux soins et à la planification familiale, entretiennent les grossesses précoces et non désirées, accentuant les inégalités et freinant la transition démographique (*Church et al., 2023*).

Le gradient social de santé illustre la relation inverse entre statut socioéconomique et résultats reproductifs (*Stevenson et al., 2016 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2025*). Appliqué à la fécondité, il montre l'influence de l'éducation, de la richesse, du statut matrimonial et de l'accès aux services. L'éducation est négativement corrélée à la fécondité, mais des normes sociales comme la valorisation des familles nombreuses ou les mariages précoces et polygames maintiennent des niveaux élevés (*Odior, 2018*).

L'utilisation de la contraception moderne reste faible dans le monde : en 2019, 29 % des femmes en âge de procréer y recouraient, contre 86 % en Asie de l'Est et 72 % en Amérique latine (*Bongaarts, 2020 ; Munakampe et al., 2021*). Ce déficit favorise une forte proportion de grossesses non planifiées, environ 40 % au niveau mondial, touchant particulièrement l'Afrique subsaharienne (*Church et al., 2023*). Les inégalités liées à la résidence, la richesse et l'éducation, augmentent les écarts (*Portail des inégalités de santé, 2020 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2025*).

La littérature mobilise plusieurs approches. La transition démographique relie baisse de fécondité au développement, à l'urbanisation et à l'éducation (*Bongaarts & Casterline, 2013 ; Bongaarts, 2020*), mais est critiquée pour son manque de contextualisation (*Shapiro & Hinde, 2017*). L'intersectionnalité analyse l'entrecroisement du genre, de la classe, de la résidence et

de l'âge (Siéné et al., 2020 ; Borzoiepour et al., 2024). La modernisation souligne l'impact des médias, de l'éducation et de l'emploi formel sur la diffusion de normes reproductives restreintes (Bankole, 1995 ; Odior, 2018), mettant en évidence le rôle des politiques publiques et des transformations socioéconomiques.

Les recherches empiriques confirment l'importance de la planification familiale et des politiques de santé reproductive. Les programmes de sensibilisation et de distribution de contraceptifs ont réduit la fécondité dans certaines sous régions, mais restent limités par des barrières socioculturelles, des croyances religieuses et des infrastructures insuffisantes (Church et al., 2023 ; Kassie et al., 2025). Des travaux récents soulignent aussi l'impact des conflits, crises économiques et changement climatique, qui aggravent les inégalités (Portail des inégalités de santé, 2020 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2025).

Dans ce contexte, cette revue systématique est faite pour analyser l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique subsaharienne. L'objectif est d'identifier les principaux déterminants sociaux, en mettant en évidence les disparités liées à l'instruction, au milieu de résidence et aux conditions de vie. Cette étude examine aussi le rôle des normes sociales, des rapports de genre et des politiques publiques, et propose une analyse comparative des dynamiques de transition démographique entre sous régions pour comprendre la diversité des configurations sociales et contextuelles.

2. Matériaux et Méthodes

Une approche structurée a été adoptée pour analyser l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne.

La présente étude est une revue systématique de littérature conduite conformément aux lignes directrices de la méthode Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Cette méthode constitue un cadre méthodologique internationalement reconnu visant à améliorer la transparence, la rigueur et la reproductibilité des revues systématiques, en assurant une description claire et structurée des différentes étapes du processus de sélection et d'analyse des études. L'adoption du protocole PRISMA est particulièrement pertinente dans le cadre de cette recherche, dans la mesure où elle porte sur un corpus hétérogène de documents (articles scientifiques, rapports institutionnels, documents statistiques et travaux universitaires) couvrant une longue période et plusieurs sous-régions de l'Afrique subsaharienne. Ce cadre permet de limiter les biais de sélection, de renforcer la traçabilité des décisions méthodologiques et de garantir la cohérence analytique des résultats synthétisés. Conformément aux recommandations PRISMA, le processus de revue s'est déroulé en quatre étapes successives : l'identification des études potentielles à partir de bases de données scientifiques et de moteurs de recherche spécialisés ; la sélection des documents sur la base des titres et résumés ; l'évaluation de l'éligibilité des études retenues après lecture intégrale, selon des critères d'inclusion et d'exclusion préalablement définis ; et l'inclusion finale des études jugées pertinentes pour l'analyse.

2.1. Sources et données collectées

Cette revue a recensé 226 études de la littérature scientifique récente à propos de l'Afrique (2000-2025). Les données incluent à la fois des hommes et des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), ce groupe démographique étant le plus pertinent pour la question de la fécondité.

Sont inclus dans cette revue, les articles parus entre l'an 2000 et 2025, ayant abordé les

Au total, 831 documents ont été initialement identifiés. Après suppression de 105 doublons, 726 documents ont été conservés pour l'étape de sélection. Une lecture approfondie des titres et résumés a conduit à l'exclusion de 412 documents jugés hors sujet, concernant une aire géographique non pertinente et ne couvrant pas la période étudiée. Les 314 documents restants ont été évalués en texte intégral afin de vérifier leur pertinence analytique et la qualité des données présentées, ce qui a conduit à l'exclusion de 88 articles supplémentaires en raison de l'absence d'analyse du gradient social, de données insuffisantes et d'une faible pertinence pour l'étude. Ainsi, 226 articles ont été finalement inclus dans la revue systématique. Les documents retenus traitent de manière globale de l'influence du gradient social et des aspects spécifiques de son impact sur la fécondité en Afrique sub-saharienne.

2.3. *Analyse des données*

Une grille d'analyse a été élaborée afin de recenser les différents documents retenus et d'assurer la traçabilité du processus d'analyse. Chaque document a été examiné à partir de critères préalablement définis, permettant de préparer et de faciliter l'application des tests statistiques. Les principaux critères concernaient la nature du document, son année de publication, sa langue ainsi que la région africaine à laquelle il se rapportait.

Les données ont été ensuite saisies dans une base Excel, apurées, codées et analysées à l'aide du logiciel Stata. Cette revue systématique adopte une démarche essentiellement descriptive et analytique. Elle s'attache à examiner les niveaux et les tendances récentes observés à l'échelle des sous-régions africaines. L'analyse met également en évidence les disparités spatiales entre pays, l'évolution des inégalités sociales liées au sexe, au niveau d'instruction des femmes, au milieu de résidence et au niveau de vie des ménages. Enfin, elle propose quelques éléments explicatifs majeurs susceptibles d'éclairer les changements constatés sur la fécondité des individus et, plus globalement, sur le dividende démographique.

Afin de renforcer la fiabilité des résultats synthétisés, une évaluation de la qualité méthodologique des études incluses a été réalisée en amont de l'analyse avec la grille d'appréciation qualitative des lignes directrices de la méthode Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) et Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), adaptés au caractère hétérogène des travaux retenus. Les critères examinés portaient sur la clarté des objectifs de recherche, la pertinence et la fiabilité des sources de données, la solidité des dispositifs méthodologiques, ainsi que la cohérence des analyses et des interprétations proposées. Chaque étude a fait l'objet d'une appréciation globale de qualité (faible, moyenne ou élevée), sans recours à un score chiffré, afin de privilégier une pondération interprétative.

Aussi pour permettre une lecture méthodique et un repérage de la synthèse de cette étude, deux checklists PRISMA sont annexées à ce document.

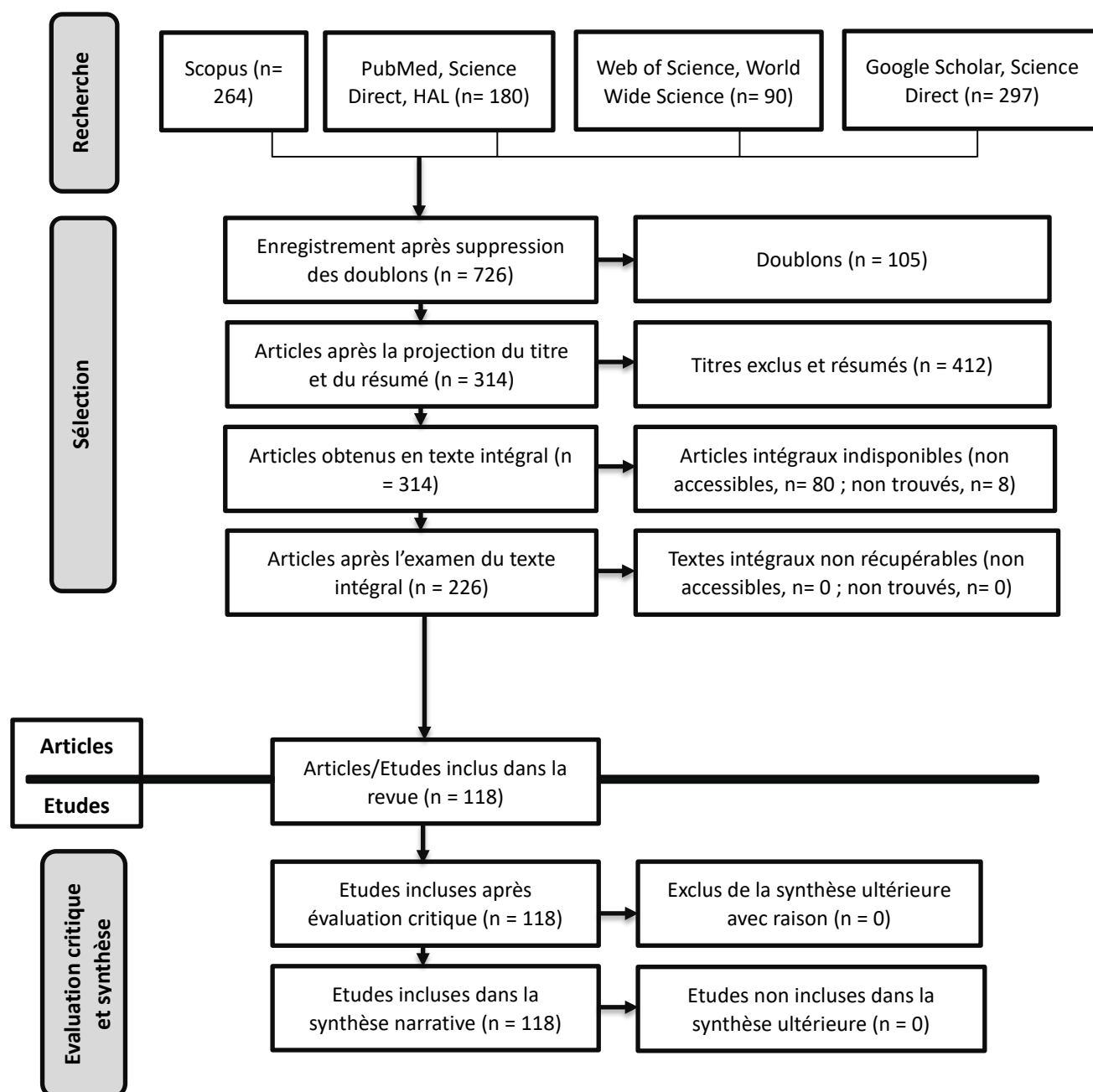


Figure 2. Diagramme de flux selon la méthode PRISMA

3. Résultats

3.1. Typologie des sources des données collectées

La revue s'est essentiellement basée sur des articles scientifiques qui constituent près de la moitié, soit 48,67% des sources des données collectées. Les rapports de recherche représentent 21,24% de l'échantillon suivis des documents institutionnels et démographiques qui représentent 15,04%.

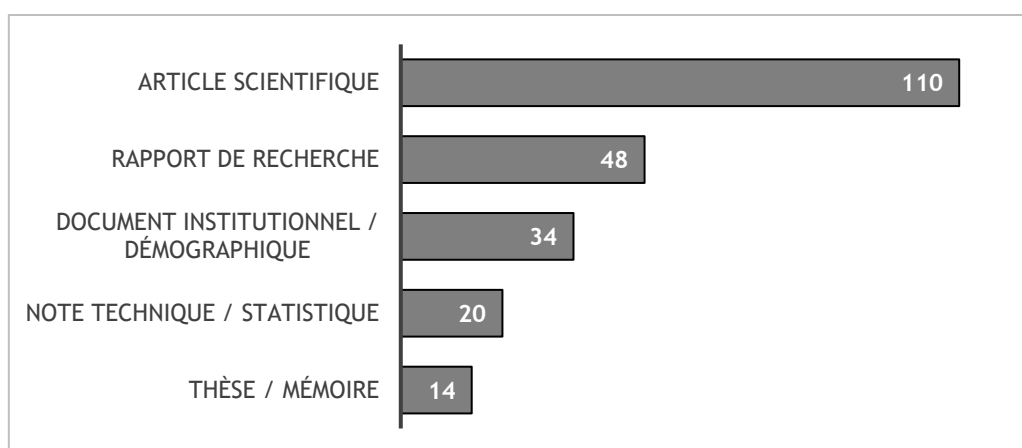


Figure 3. Typologie des sources des données collectées

Source : Analyse de l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne de 2000 à 2025

3.2. Classification spatiale des sources

Sur les 226 sources exploitées, 54 études se sont intéressées à l'Afrique subsaharienne dont l'Afrique de l'Ouest, 34 études à l'Afrique centrale, 35 études à l'Afrique de l'Est, et 30 études à l'Afrique australe. Toutefois, on retrouve 73 études intéressant simultanément des pays de deux ou plusieurs sous-régions subsahariennes (Analyse de l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne de 2000 à 2025).

3.3. Quantification des déterminants sociaux de la fécondité

Une analyse quantitative des 226 études a permis de dresser un panorama des facteurs centraux de la fécondité en Afrique subsaharienne. Les déterminants démographiques, notamment l'instruction et la littératie en santé des femmes (76,99 % des études), et le niveau de vie (73,45 %) dominent largement la discussion scientifique et institutionnelle. L'utilisation de la contraception et l'offre de planification familiale sont les thèmes les plus fréquents, suivis par l'instruction des femmes et l'âge au premier mariage. Le clivage urbain/rural et les politiques de population apparaissent également comme majeurs.

La forte prévalence de ces facteurs ne se limitait pas à leur reconnaissance : elle traduisait un consensus scientifique sur leur statut de déterminants fondamentaux de la fécondité en Afrique subsaharienne. La recherche se concentre sur ces variables car elles sont considérées comme les principaux leviers pour influencer les comportements reproductifs et accélérer la transition. En revanche, des facteurs comme l'avortement, la stérilité ou l'impact du VIH/Sida, bien que significatifs, étaient moins souvent quantifiés, en raison de la difficulté d'obtenir des données fiables ou de leur portée plus spécifique.

Tableau 1. Classification des études selon les facteurs d'influence identifiés.

Catégorie de facteurs et déterminants	Nombre total d'études
Facteurs socio-démographiques	
Niveau d'instruction (femmes/filles) / Littératie en santé	174 (76,99%)
Milieu de résidence (Urbain/Rural) et Urbanisation	86 (38,05%)
Niveau d'éducation du conjoint	4 (1,77%)
Comportements de fécondité et santé reproductive	
Contraception / Planification Familiale (offre et demande)	114 (50,44%)
Nuptialité (Âge au mariage, polygamie, célibat, divorce)	70 (30,97%)
Allaitement / Abstinence post-partum	29 (12,83%)
Avortement	29 (12,83%)
Désir d'enfants / Taille idéale de la famille	22 (9,73%)
Stérilité / Infécondité	21 (9,29%)
Sexualité pré-nuptiale / Fécondité des adolescentes	11 (4,87%)
Facteurs socio-économiques	
Niveau de vie / Pauvreté / Richesse / Coût de l'enfant	166 (73,45%)
Statut / Activité professionnelle (femme, conjoint)	59 (26,11%)
Crise économique / Ajustement structurel	27 (11,95%)
Développement économique (national/régional)	16 (7,08%)
Emploi / Profession du conjoint	5 (2,21%)
Facteurs Socio-culturels et Normatifs	
Normes sociales / familiales / Rôles de genre	47 (20,80%)
Religion	37 (16,37%)
Ethnie	34 (15,04%)
Statut et autonomie de la femme / Égalité des genres	21 (9,29%)
Mariage (polygamie, type d'union, instabilité)	19 (8,41%)
Rapports de genre / Rôle du conjoint dans la décision de reproduction	8 (3,54%)
Facteurs Institutionnels et Politiques	
Politiques de population / Rôle de l'État / Gouvernance	56 (24,78%)
Aide internationale / Bailleurs de fonds	10 (4,42%)
Stabilité politique / Conflits / Guerres	9 (3,98%)
Programmes de santé / Services de santé	5 (2,21%)
Facteurs Sanitaires et Environnementaux	
Mortalité (infantile, juvénile, maternelle)	42 (18,58%)
Santé / Santé de la reproduction	22 (9,73%)
VIH/Sida	22 (9,73%)
Environnement / Climat / Accès aux terres	5 (2,21%)
Migrations (comme facteur influençant la fécondité)	4 (1,77%)
Facteurs informationnels	
Accès aux médias / Communication	4 (1,77%)

Source : analyse de l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne de 2000 à 2025

3.4. Influence du gradient social sur la fécondité

L'analyse des données agrégées a révélé que la fécondité en Afrique subsaharienne reste profondément structurée par un gradient social multidimensionnel. Ce gradient s'observait à travers les variables classiques que sont l'instruction, la richesse et le lieu de résidence, mais

aussi à travers des facteurs socio-culturels comme les normes familiales, l'ethnie et les rapports de genre.

3.4.1. Éducation et la littératie en santé des femmes : principal moteur de la transition

Une analyse quantitative de 226 études a montré que les déterminants démographiques (instruction et littératie en santé, 76,99 %) et socio-économiques (niveau de vie, 73,45 %) dominaient la recherche sur la fécondité en Afrique subsaharienne. L'utilisation de la contraception et l'offre de planification familiale étaient les thèmes les plus fréquents, suivis par l'instruction des femmes et l'âge au premier mariage. Le clivage urbain/rural et les politiques de population apparaissaient également centraux, traduisant un consensus sur leur rôle fondamental dans la transition démographique. En revanche, des facteurs comme l'avortement, la stérilité ou l'impact du Virus de l'Immunodéficience Humaine et du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (VIH/Sida), bien que significatifs, étaient moins étudiés en raison de données limitées ou de leur portée spécifique.

3.4.2. Clivage urbain-rural : un gradient spatial persistant

Le milieu de résidence constituait un gradient social majeur : la fécondité était systématiquement plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural, avec des écarts d'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) allant de 2,3 à 2,7 enfants selon les pays (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Cameroun). Cet état des choses s'explique par un niveau d'instruction plus élevé, une indépendance économique accrue des femmes, un meilleur accès à la planification familiale et des coûts d'élevage plus élevés.

3.4.3. Influence du statut socio-économique et du statut d'emploi

Le niveau de vie était un gradient social majeur : la fécondité était nettement plus élevée chez les femmes des ménages pauvres, avec des écarts atteignant trois enfants entre quintiles extrêmes. Au Cameroun, l'Indice Synthétique de Fécondité est de 7,0 enfants dans le quintile le plus pauvre contre 3,3 dans le plus riche, illustrant l'ampleur des inégalités. Cette forte fécondité est interprétée comme une stratégie de survie, les enfants représentant main-d'œuvre et assurance vieillesse, tandis que l'accès à la planification familiale reste limité. L'emploi salarié formel était associé à une fécondité plus faible, mais le secteur informel (jusqu'à 89 % des femmes en Afrique de l'Ouest) atténuait cet effet. La variable clé était l'autonomie économique et le pouvoir de négociation des femmes, confirmés par une étude au Nigéria montrant un effet positif sur la planification familiale.

3.4.4. Poids persistant des déterminants socio-culturels et des rapports de genre

Les facteurs socio-culturels ont joué un rôle clé dans le maintien d'une fécondité élevée : normes pronatalistes, mariage précoce et polygamie, encore fréquents en Afrique de l'Ouest et centrale. Les hommes ont exprimé un désir d'enfants plus élevé que les femmes (5,7 contre 4,8 en moyenne), ce qui constituait une barrière à la baisse de la fécondité. La religion et l'ethnie ont aussi influencé les comportements, mais leur effet disparaissait souvent une fois les variables socio-économiques contrôlées, comme au Gabon. Ainsi, l'instruction et le niveau de vie apparaissaient comme les principaux déterminants, les facteurs culturels jouant surtout un rôle de modérateur.

3.4.5. *Influence des comportements de santé reproductive sur la fécondité : les déterminants proches*

Le gradient social a influencé la fécondité particulièrement grâce à l'utilisation de la contraception et l'âge au mariage. La prévalence contraceptive était plus élevée chez les femmes instruites, urbaines et actives dans le secteur formel, tandis que l'accès limité en milieu rural ou pauvre demeurait une barrière majeure. L'élévation du niveau d'instruction et l'urbanisation avaient entraîné un recul de l'âge au premier mariage, réduisant la durée d'exposition au risque de procréation et constituant un mécanisme clé de la baisse de la fécondité.

Le désir de contrôle des naissances apparaissait déterminant chez les jeunes générations, qui se mariaient plus tard et recouraient davantage à l'avortement. Cependant, au Bénin, une hausse des grossesses précoces chez les cohortes récentes a illustré des dynamiques complexes. Les jeunes ont exprimé un désir d'enfants plus faible que leurs aînées, mais ce désir était resté élevé, freinant une baisse rapide de la fécondité malgré des comportements plus modernes.

3.5. *Analyse des dynamiques de transition et des inégalités*

3.5.1. *Interactions, synergies et effets combinés des déterminants*

Les analyses multivariées ont montré que les déterminants de la fécondité interagissaient de façon complexe. La mortalité infanto juvénile était restée le facteur le plus fortement associé à la fécondité, suivie par la proportion de femmes analphabètes et l'accès à l'électricité, indicateur de modernité. L'effet de l'éducation ou de la richesse étaient renforcé lorsqu'il s'accompagnait d'une faible mortalité infantile, réduisant le besoin de naissances de remplacement.

L'application du modèle de *Bongaarts* a illustré les mécanismes d'inhibition : au Cameroun, l'infécondité post partum, le mariage et la contraception ont respectivement réduit la fécondité de 38 %, 31 % et 17 %. Une comparaison entre le Kenya, le Ghana et la Côte d'Ivoire a révélé des trajectoires distinctes, avec un effet contraceptif plus fort au Kenya (30 %) qu'au Ghana (14 %) ou en Côte d'Ivoire (9 %), où l'infécondité post partum est demeuré le principal frein. Ces divergences ont souligné la nécessité d'adapter les politiques aux réalités locales.

3.5.2. *Hétérogénéité de la transition et maintien des inégalités*

L'hétérogénéité de la fécondité en Afrique subsaharienne a varié selon les sous-groupes géographiques et générationnels. La transition était plus avancée en Afrique australe et de l'Est, tandis que l'Ouest et le Centre restent en retard. Plusieurs études ont signalé une stagnation autour de 4 ou 5 enfants par femme, liée au faible gradient social. Les populations pauvres, rurales et peu instruites étaient peu touchées, la demande d'enfants restant forte. Dans les pays en début de transition (Nigéria, Côte d'Ivoire, Sénégal), la baisse concernait surtout les groupes favorisés, accentuant les inégalités, alors qu'au Kenya et au Rwanda, mieux engagés, la fécondité avait diminué dans toutes les couches sociales.

La corrélation avec les inégalités de revenus (coefficient de GINI) a montré que les pays à forte fécondité, comme le Niger, ont des coefficients de Gini plus faibles que ceux avancés dans la transition, comme l'Afrique du Sud. Cela reflète une pauvreté généralisée plutôt qu'une meilleure condition de vie. Dans les pays plus avancés, la transition avait commencé avec les élites urbaines, créant de nouvelles inégalités reproductives qui se sont ajoutés aux fortes inégalités de revenus et ont limité l'accès des plus défavorisés aux services de santé et d'éducation, freinant le dividende démographique.

Tableau 2. Récapitulatif de la classification des facteurs par sous-région.

Région	Déterminants Socio-économiques et Démographiques (Amartya Sen)	Déterminants Proches et comportements sexuels (Bongaarts)	Déterminants Socio-culturels	Facteurs Sanitaires et Politiques (Amartya Sen)
Afrique de l'Ouest	<p>Niveau d'instruction : Facteur majeur de différenciation de la fécondité.</p> <p>Littératie en santé : Le niveau secondaire est un seuil critique.</p> <p>Milieu de résidence (urbain/rural) : Forte disparité, avec une fécondité plus faible dans les capitales (Dakar, Ouagadougou, Accra, Lomé).</p> <p>Niveau de richesse/pauvreté : La précarité favorise une entrée précoce en vie féconde. Des résultats récents montrent une hausse de la fécondité précoce chez les plus riches au Bénin.</p> <p>Emploi et autonomie des femmes : Rôle complexe dû au secteur informel. L'emploi du conjoint module l'effet. L'autonomisation est un facteur clé.</p> <p>Crise économique : Facteur de changement des comportements.</p> <p>Urbanisation et migrations : Contribuent à la baisse de la fécondité.</p>	<p>Nuptialité : L'âge au mariage augmente, mais reste précoce dans le Sahel. La polygamie est en léger recul mais reste élevée.</p> <p>Contraception : Rôle encore modeste dans la baisse de la fécondité.</p> <p>Espacement traditionnel : Allaitement et abstinence post-partum jouent un rôle important.</p> <p>Avortement : Rôle non négligeable en milieu urbain, notamment en Côte d'Ivoire.</p>	<p>Normes sociales et structures familiales : Forte valorisation de la fécondité, préférence pour les familles élargies, gestion lignagère et confiage des enfants.</p> <p>Demande d'enfants : Reste élevée.</p> <p>Ethnie et religion : Facteurs d'influence au Bénin, bien que leur rôle soit dynamique.</p> <p>Exposition aux médias (TIC) : Facteur de modernisation des comportements.</p>	<p>Politiques de population et programmes de PF : Adoptés dans la plupart des pays, mais avec des effets variables.</p> <p>Mortalité infanto-juvénile : Niveau encore élevé.</p> <p>VIH/Sida : Impact sur la mortalité et les structures familiales (orphelins).</p>
Afrique centrale	<p>Niveau d'instruction : Très fort gradient social, les femmes instruites ayant une fécondité deux fois plus faible au Cameroun.</p> <p>Milieu de résidence : Forte disparité urbain/rural.</p> <p>Niveau de richesse/pauvreté : Les plus pauvres ont la fécondité la plus élevée.</p>	<p>Variables intermédiaires : L'infécondité post-partum, le mariage et la contraception sont les trois principaux freins à la fécondité au Cameroun.</p> <p>Nuptialité : Âge au mariage en hausse.</p>	<p>Ethnie et religion : Facteurs significatifs et pronatalistes au Cameroun.</p> <p>Demande d'enfants : Reste élevée.</p>	<p>Stérilité pathologique : A longterm maintenu une fécondité plus faible que dans d'autres régions.</p>
Afrique de l'Est	<p>Niveau d'instruction : Rôle important, mais</p>	<p>Contraception : Principal levier de</p>	<p>Demande d'enfants : Baisse</p>	<p>Politiques de planification</p>

	semble avoir un impact moins prononcé sur la baisse de la fécondité qu'en Afrique de l'Ouest. Milieu de résidence : Baisse généralisée touchant villes et campagnes.	la transition de la fécondité, avec une prévalence nettement plus élevée qu'en Afrique de l'Ouest (notamment au Kenya). Espacement traditionnel : Durée de l'abstinence post-partum très courte. Nuptialité : Âge au mariage en recul.	plus marquée que dans d'autres régions.	familiale : Rôle crucial des programmes nationaux anciens et soutenus. Mortalité infanto-juvénile : Facteur important de la transition.
Afrique australe	Niveau d'instruction et milieu de résidence : La baisse de la fécondité est généralisée et touche tous les groupes sociaux. Pauvreté : Facteur poussant les femmes à réguler leur fécondité pour des raisons de survie.	Nuptialité : Transformations spectaculaires, avec l'âge au mariage le plus élevé du continent et un célibat important. Contraception : Pratique la plus élevée d'Afrique subsaharienne.	Désintégration de la vie familiale : Perturbation des unions par les migrations.	VIH/Sida : Épidémie ayant un impact majeur sur la mortalité et la fécondité. Programmes de PF : Très efficaces et anciens.
Synthèse - Afrique subsaharienne	Niveau d'instruction des femmes : Déterminant le plus puissant et le plus constant de la baisse de la fécondité. Développement socio-économique et niveau de vie : Corrélation forte avec la fécondité, mais variable selon les contextes. Urbanisation : Facteur de baisse, mais relation non linéaire et hétérogène. Emploi des femmes : Rôle complexe dû à la prédominance du secteur informel. Égalité des genres et autonomie des femmes : Facteur de plus en plus reconnu comme décisif.	Contraception : Rôle croissant mais encore insuffisant pour expliquer toute la baisse. Nuptialité : Âge au mariage en hausse et polygamie en léger recul, mais avec de fortes disparités régionales. Allaitement et abstinence post-partum : Restent des freins majeurs à la fécondité, surtout en Afrique de l'Ouest et centrale. Avortement : Rôle non négligeable mais mal mesuré.	Demande d'enfants : Reste élevée (souvent > 4 enfants) et constitue un frein à la baisse rapide. Les hommes désirent systématiquement plus d'enfants que les femmes. Normes pronatalistes et structures familiales : Poids important des valeurs lignagères. Religion et ethnie : Influence variable selon les contextes.	Mortalité infantile et juvénile : Facteur le plus fortement corrélé à la fécondité au niveau agrégé. VIH/Sida : Impact complexe, à la fois biologique et comportemental, sur la fécondité. Politiques de population : Leur efficacité dépend de la volonté politique et du contexte.

Source : analyse de l'influence du gradient social sur la fécondité en Afrique sub-saharienne de 2000 à 2025

En synthèse, la méta analyse révèle un lien robuste entre gradient social et fécondité en Afrique subsaharienne. Les groupes favorisés ont adopté des comportements de faible fécondité, via

report du mariage et usage de la contraception. À l'inverse, les groupes défavorisés ont maintenu une fécondité élevée, expliquant lenteur, hétérogénéité et parfois stagnation de la transition démographique sur le continent.

4. Discussion

Cette méta analyse de 226 études, a confirmé l'existence d'un gradient social multidimensionnel structurant la fécondité en Afrique subsaharienne. L'éducation, le niveau socioéconomique et le milieu de résidence se sont identifiés comme les principaux déterminants de la transition démographique. Ces dynamiques ne se réduisent pas à des corrélations mécaniques, mais s'inscrivent dans des contextes sociaux, culturels et politiques complexes, marqués par paradoxes, hétérogénéités régionales et trajectoires différenciées (*Odiro, 2018 ; Munakampe et al., 2021 ; Kassie et al., 2025*). La discussion s'est organisée autour de quatre axes : le rôle ambivalent de l'éducation comme levier de baisse de la fécondité ; la persistance des gradients socioéconomiques et géographiques ; l'hétérogénéité des trajectoires de transition et des mécanismes sous-jacents ; enfin, l'interaction entre les déterminants et leurs implications pour les politiques publiques.

4.1. Éducation : un levier central mais ambivalent

L'un des résultats les plus constants était le rôle déterminant de l'instruction, surtout au secondaire, dans la baisse de la fécondité. L'éducation retardait le mariage, augmentait l'usage de la contraception et accroissait le coût d'opportunité de la maternité, confirmant *Tabutin & Schoumaker (2020)* et *Vimard et al. (2007)*.

Cependant, des études récentes de *Donaldson et al. (2016) ; Bongaarts (2020) ; Ahinkorah et al. (2024) ; Mintogbe (2024) ; Zinvi et al. (2024)* ont observé une entrée en vie féconde précoce chez des adolescentes instruites et favorisées. Ce paradoxe, lié à un affaiblissement du contrôle parental et à une autonomie sexuelle sans accès suffisant à l'éducation sexuelle et contraceptive, a mis en lumière les limites d'une lecture linéaire du lien entre l'éducation et la fécondité. Un « effet de modernisation » pourrait l'expliquer : l'exposition accrue aux médias et aux pairs a favorisé une émancipation précoce sans régulation immédiate de la fécondité. L'éducation est demeurée un levier essentiel, mais ses effets dépendent des contextes sociaux et des politiques d'accompagnement, qui renforcent la littératie en santé et les comportements reproductifs optimaux.

4.2. Hétérogénéité des transitions et mécanismes sous-jacents

La transition démographique en Afrique subsaharienne est restée hétérogène. En Afrique de l'Est et Australe, la diffusion de la contraception moderne soutenue par des programmes volontaristes a réduit la fécondité (*Vimard et al., 2001*). En Afrique de l'Ouest, la baisse reposait davantage sur l'espacement des naissances, le recul du mariage et les mutations familiales que sur l'usage massif de contraceptifs modernes (*Locoh, 2002*). Les solidarités familiales étendues (*Bougma & Rossier, 2024*) et les normes de genre (*Andro & Hertrich, 2001*) maintiennent une forte demande d'enfants, freinant la transition.

Cette diversité est accompagnée de stagnations dans plusieurs pays, avec 4 à 5 enfants par femme. *Sandron et al (2013)* et *Schoumaker et al (2009)* ont relié ces stagnations aux inégalités sociales persistantes et aux faiblesses des politiques de population, souvent impulsées par des bailleurs plutôt que par des dynamiques locales (*Locoh & Makdessi, 2000*). La transition reste ainsi inachevée et fragmentée.

4.3. Interactions des déterminants et les implications politiques

Les résultats de la méta analyse ont montré que les facteurs de fécondité ont interagi de façon complexe. La baisse de la mortalité infantile et l'accès à l'électricité ont renforcé l'effet de

l'éducation et du niveau de vie. L'analyse par déterminants proches, selon le modèle de Bongaarts, a révélé des trajectoires distinctes : au Kenya, la contraception était centrale, tandis qu'au Ghana et en Côte d'Ivoire, l'infécondité post-partum est restée déterminante (Vimard, 2001).

Ces constats montrent qu'il n'existe pas de solution unique et que les politiques devraient s'adapter aux réalités locales. La capture du dividende démographique dépendait de la réduction des inégalités, de l'éducation des filles, de l'accès équitable à la planification familiale et de la création d'emplois décents. Lutz *et al.* (2019), ont évoqué un « dividende de l'éducation ». Mais dans un contexte d'informalité et de sous-emploi (BAD, 2024), la fenêtre d'opportunité pourrait se refermer sans politiques intégrées.

5. Conclusion

En conclusion, la lenteur de la transition démographique pourrait s'expliquer par la persistance de gradients sociaux. L'éducation des femmes et les infrastructures sanitaires sont les leviers majeurs pour accélérer la baisse de la fécondité et permettre à l'Afrique subsaharienne de capter son dividende démographique. Les constats montrent que la transition ne peut être comprise par une lecture linéaire du développement. Les approches du gradient social et de l'intersectionnalité mettent en lumière les désavantages cumulés, tandis que la modernisation souligne le rôle de l'éducation, des médias et de l'emploi.

Les résultats suggèrent que, tant que les gains ne se diffuseront pas équitablement aux populations pauvres et rurales, la fécondité pourrait rester élevée, freinant le développement durable. Malgré une recherche étendue, certains travaux locaux ou non indexés peuvent être omis, ce qui invite à interpréter les résultats avec prudence.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Nous remercions particulièrement le personnel de l'Institut régional de santé publique Comlan Alfred Quenum (IRS-CAQ) et de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) pour leur soutien logistique et technique.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts lié à la publication de cet article. Aucune des parties impliquées dans cette recherche n'a reçu de financement ni de soutien susceptible d'influencer les résultats ou les conclusions de cette étude. Nous affirmons notre engagement envers l'intégrité scientifique et la transparence dans la recherche.

Références

- Ahinkorah, B., O., Aboagye, R., G., Mohammed, A., Duodu, P., A., Adnani, Q., E., S., et Seidu, A.-A. (2024). Inégalités socio-économiques et liées au lieu de résidence en matière de fécondité chez les adolescentes dans 39 pays africains. *Reproductive Health Journal*, 21(72), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01806-0>.
- Andro, A., & Hertrich, V. (2001). La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? *Population*, 56(5), 721-772.
- Bankole, A. (1995). Fertilité désirée et comportement en matière de fécondité chez les Yorubas du Nigéria : une étude des préférences des couples et de la fécondité ultérieure.

- Population Studies, 49(2), 317-328.
- Bankole, A. (1995). Le rôle des médias de masse dans la promotion de la planification familiale au Nigéria. Documents de travail DHS, n° 13.
- Banque Africaine de Développement. (2024). *Perspectives économiques régionales pour l'Afrique de l'Ouest 2024*. Groupe de la Banque africaine de développement.
- Bongaarts, J. (2011). Les causes du ralentissement des transitions de fécondité. *Studies in Family Planning*, 42(3), 195-204.
- Bongaarts, J. (2020). L'impact du déclin de la fécondité sur la taille et la structure de la population. Population Council.
- Bongaarts, J. (2020). Les déterminants immédiats de la fécondité. Dans *International Encyclopedia of Human Geography* (2e éd., p. 268-274). Elsevier.
- Bongaarts, J. (2020). Tendances de la fécondité et des préférences en matière de fécondité en Afrique subsaharienne : le rôle de l'éducation et des programmes de planification familiale. *Genus*, 76(32), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00098-z>.
- Bongaarts, J., et Casterline, J. (2013). Transition de la fécondité : l'Afrique subsaharienne est-elle différente ? *Population and Development Review*, 38(1), 153-168. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00557.x>.
- Bongaarts, J., et Casterline, J. B. (2013). Transition de la fécondité : l'Afrique subsaharienne est-elle différente ? *Population and Development Review*, 38(Suppl. 1), 153-168.
- Bongaarts, J., et Watkins, S., C. (1996). Interactions sociales et transitions contemporaines de la fécondité. *Population and Development Review*, 1, 639-682. Borzoiepour, S., Alizadeh, G., Jafary, H. et Khodayari Zarnaq, R. (2024). Identification des facteurs influençant le taux de fécondité total : une revue systématique. *Health Scope*, 13(3), e139351. <https://doi.org/10.5812/healthscope-139351>.
- Borzoiepour, S., et al. (2024). Analyse intersectionnelle des inégalités socio-économiques en matière de taux de fécondité. *Journal of Public Health*.
- Bougma, M., & Rossier, C. (2024). Réseau familial et fécondité à Ouagadougou : quelles implications pour la collecte de données publiques ? Dans G. Duthé et al. (Eds.), *Promouvoir et confronter les sources statistiques existantes pour répondre aux enjeux démographiques en Afrique subsaharienne*. Presses de l'Université du Québec.
- Church, A., C., Ibitoye, M., Chettri, S. et Casterline, J., B. (2023). Soutiens traditionnels et facteurs contemporains perturbant les désirs de fécondité élevés en Afrique subsaharienne : une revue exploratoire. *Reproductive Health*, 20(86), 2-16. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01627-7>.
- Church, K., et al. (2023). Obstacles à l'adoption de la planification familiale en Afrique subsaharienne. *The Lancet Global Health*.
- Donaldson, P., J., Bongaarts, J., Cleland, J., G., DaVanzo, J., Eloundou-Enyegue, P., Ezeh, A. et Kobiané, J. F. (2016). Résumé de l'atelier sur les tendances récentes en matière de fécondité en Afrique subsaharienne. *Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine*, 1, 1-78. <https://doi.org/10.17226/21857>.
- Kassie, A., et al. (2025). The role of religion in contraceptive use. *Journal of Religion and Health*.
- Kassie, A., T., Zegeye, A., F., Bazezew, A., M., Mamo, E., Y., Gebru, D., M., & Tamir, T., T. (2025). Determinants of pressure to conceive among reproductive age women in Sub-Saharan Africa : A multilevel analysis of recent Demographic and Health Surveys in five countries. *PLOS Global Public Health*, 4(24), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004244>.
- Locoh, T. (2002). Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest. Document de base pour la réunion d'experts sur l'achèvement de la transition de la fécondité, Division de la population des Nations

- Unies.
- Locoh, T. (2003). Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne. Dans V. Hertrich & S. Keïta (Eds.), *Questions de population au Mali* (pp. 129-158). Le Figuier.
- Locoh, T., & Makdessi, Y. (2000). Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne. In P. Vimard & B. Zanou (Eds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique* (pp. 263-296). L'Harmattan
- Lutz, W., Cuaresma, J.C., Kebede, E., Prskawetz, A., Sanderson, WC et Striessning, E. (2019). L'éducation plutôt que la structure par âge apporte un dividende démographique. *PNAS*, 116(26), 12798-12803.
- Mintogbe, M. M.-M. (2024). *Entrée précoce en vie féconde au Bénin : Tendances, Facteurs explicatifs et Changements dans le temps* [Thèse de doctorat en Démographie, Université de Parakou].
- Munakampe, M., N., Fwemba, I., Zulu, J., M. et Michelo, C. (2021). Association entre le statut socio-économique et la fécondité chez les adolescents de 15 à 19 ans : une analyse de l'Enquête démographique et de santé de Zambie (EDS) 2013/2014. *Reproductive Health Journal*, 18(182), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01230-8>
- Odior, EO (2018). Théorie de la modernisation et baisse de la fécondité au Nigéria. *Journal des sciences sociales*.
- Odior, E., S. (2018). Facteurs socio-économiques qui déterminent l'évolution de la fécondité par rapport au développement durable au Nigéria. *Journal du développement durable en Afrique*, 20(2), 87-102.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2025). *Changement climatique et santé reproductive*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2025). *Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé, 2025* (p. 248). Organisation mondiale de la santé (OMS).
- Portail des inégalités de santé. (2020). *Facteurs contextuels et inégalités de santé*.
- Portail des inégalités de santé. (2020). *Gradient social ou gradient socio-économique en santé* (p. 7). Portail des inégalités de santé. <https://health-inequalities.eu/glossary/social-gradient-or-the-socio-economic-gradient-in-health/> Consulté le 15/06/2025.
- Sandron, F. (2013). Les facteurs socioéconomiques dans la stagnation de la baisse de la fécondité : une revue de la littérature. Dans B. Masquelier & D. Tabutin (Eds.), *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques* (pp. 13-30). Presses Universitaires de Louvain.
- Schoumaker, B. (2009). Les blocages dans les transitions de fécondité en Afrique subsaharienne : revisiter les données probantes. *Études sur la planification familiale*, 50(3), 257-278.
- Sène, A.M. (2017). Évolution de la fécondité et enjeux de développement. *Population & Avenir*, 735(5), 15-17.
- Shapiro, D. et Hinde, A. (2017). Sur le rythme de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne. *Recherche démographique*.
- Shapiro, D., et Hinde, A. (2017). Sur le rythme du déclin de la fécondité en Afrique subsaharienne. *Demographic Research*, 37(40), 1327-1338. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.37.40>.
- Stevenson, M., Thompson, J., de Sá, T., H., Ewing, R., Mohan, D., et McClure, R. (2016). Utilisation des sols, transport et santé des populations : estimation des bénéfices sanitaires des villes compactes. *Lancet*, 388(1), 2925-2935.
- Tabutin, D. et Schoumaker, B. (2001). Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique sub-saharienne. Communication présentée à la XXIVe Conférence générale de l'UIESP.

- Tabutin, D. et Schoumaker, B. (2004). La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. *Population*, 59(3-4), 521-622.
- Tabutin, D. et Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^e siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75(2-3), 249-366.
- Vimard, P. (1996). Evolutions de la fécondité et crises africaines. Dans J. Coussy & J. Vallin (Eds.), *Crise et population en Afrique* (pp. 293-318). CÉPÉD.
- Vimard, P. (1996). Evolutions de la fécondité et crises africaines. Dans J. Coussy & J. Vallin (Eds.), *Crise et population en Afrique* (pp. 293-318). CÉPÉD.
- Vimard, P. (1997). Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne. *Autrepart*, (2), 143-159.
- Vimard, P. (2007). Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne. Dans B. Ferry (Ed.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain* (pp. 329-367). AFD ; CÉPÉD ; Karthala.
- Vimard, P. et Fassassi, R. (2001). Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ? Dans F. Gendreau & M. Poupard (Eds.), *Les transitions démographiques des pays du Sud* (pp. 157-169). AUPELF-UREF ; ESTIMATION.
- Vimard, P. et Fassassi, R. (2007). La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. Dans B. Ferry (Ed.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain* (pp. 197-251). AFD ; CÉPÉD ; Karthala.
- Vimard, P., & Zanou, B. (éd.). (2000). *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. L'Harmattan.
- Vimard, P., Fassassi, R. et Talnan, E. (2001). Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne : Un bilan autour des exemples du Kenya, du Ghana et de la Côte d'Ivoire. Communication présentée à la XXIV^e Conférence générale de l'UIESP.
- Vimard, P., Fassassi, R. et Talnan, E. (2007). Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. Dans A. Adjamagbo, P. Msellati, & P. Vimard (Eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : Nouveaux contextes et nouveaux comportements* (pp. 169-210). Académie Bruylant.
- Zinvi, FDD (2024). *Emploi et désir d'enfant : Une analyse des préférences de fécondité en milieu urbain en Afrique subsaharienne* [Thèse de doctorat en Démographie économique et sociale, Université de Montréal].

Annexes

Checklist PRISMA 2020 – Résumé

N°	Item	Description	Section	Page
1	Titre	Indiquez clairement qu'il s'agit d'une revue systématique	Page de titre	1
2	Objectifs	Décrivez l'objectif principal ou la question de recherche	Résumé et introduction	1 - 2
3	Sources d'information	Indiquez les bases de données et autres sources utilisées, ainsi que les dates de recherche	Matériaux et Méthodes	2 - 3
4	Critères d'éligibilité	Précisez les critères d'inclusion et d'exclusion des études	Matériaux et Méthodes	3
5	Sélection des études	Expliquez brièvement comment les études ont été identifiées et sélectionnées.	Matériaux et Méthodes	4
6	Méthodes de synthèse	Décrivez les méthodes utilisées pour synthétiser les données (analyse qualitative ou méta-	Matériaux et Méthodes	4

		analyse)		
7	Résultats – Études incluses	Indiquez le nombre d'études et de participants inclus	Diagramme de flux selon la méthode PRISMA	5 - 6
8	Résultats principaux	Présentez les résultats clés ou estimations principales.	Résultats	5 - 12
9	Limites des preuves	Décrivez brièvement les principales limites (biais, hétérogénéité, etc.)	Limites de l'étude	13 - 14
10	Conclusions	Présentez la conclusion générale et ses implications.	Conclusion	14
11	Enregistrement de la revue	Indiquez le numéro d'enregistrement (ex. PROSPERO), s'il existe.	Pas d'enregistrement PROSPERO. Avis favorable du COMITE LOCAL d'ETHIQUE pour la RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) REF : 1081/2024/CLERB-UP/P/SP/R/SA du 04 juin 2025	-
12	Financement et conflits d'intérêts	Mentionnez les sources de financement et les conflits d'intérêts éventuels	Remerciements et déclaration de conflits d'intérêts	14

Checklist PRISMA 2020 – Texte

N°	Item	Description	Section	Page
1	Titre	Identifier clairement l'article comme une revue systématique	Page de titre	1
2	Résumé	Fournir un résumé structuré conforme à la checklist PRISMA pour les	Résumé	1
3	Contexte	Décrire le contexte et justifier la question de recherche.	Introduction 1 ^{er} à 5 ^{ème} Paragraphe	1 - 2
4	Objectifs	Définir les objectifs explicites de la revue	Introduction 6 ^{ème} Paragraphe	2
5	Enregistrement	Indiquer si la revue a été enregistrée et où trouver le protocole	Pas d'enregistrement dans PROSPERO. Avis favorable du COMITE LOCAL d'ETHIQUE pour la RECHERCHE BIOMEDICALE de l'Université de Parakou (CLERB-UP) REF : 1081/2024/CLERB-UP/P/SP/R/SA du 04 juin 2025	-
6	Critères d'inclusion	Décrire les critères d'inclusion et d'exclusion des études	Matériaux et Méthodes	3
7	Information sources	Décrire toutes les sources d'information utilisées et les dates de recherche.	Matériaux et Méthodes	3
8	Stratégie de recherche	Décrire la stratégie de recherche détaillée pour au moins une base de données	Matériaux et Méthodes	4
9	Processus de sélection	Décrire le processus de sélection des études	Matériaux et Méthodes	4
10	Collecte des données	Décrire les méthodes d'extraction et de collecte des données.	Matériaux et Méthodes	4
11	Variables	Lister et définir toutes les variables étudiées.	Matériaux et Méthodes	4

12	Risque de biais	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais des études incluses.	-	-
13	Méthodes de synthèse	Décrire les mesures de synthèse et les méthodes statistiques utilisées.	Matériaux et Méthodes	4 - 5
14	Risque de biais	Décrire comment le risque de biais a été pris en compte dans les analyses	-	-
15	Évaluation de l'hétérogénéité	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer l'hétérogénéité	Matériaux et Méthodes	4 - 5
16	Sensibilité	Décrire les méthodes supplémentaires (analyses de sensibilité, sous-groupes, etc.).	Matériaux et Méthodes	4 - 5
17	Diagramme de flux	Fournir un diagramme de flux décrivant le processus de sélection des études	Diagramme de flux selon la méthode PRISMA	5
18	Caractéristiques des études	Décrire les caractéristiques des études incluses	Résultats	5 - 12
19	Évaluation du risque de biais	Présenter l'évaluation du risque de biais pour chaque étude	-	-
20	Résultats individuels	Présenter les résultats individuels des études	Résultats	5 - 12
21	Résultats des synthèses	Présenter les résultats des synthèses (incluant les méta-analyses).	Résultats	5 - 12
22	Certitude des preuves	Présenter l'évaluation de la certitude globale des preuves lorsque possible	-	-
23	Résumer des principaux résultats.	Résumer les principaux résultats	Discussion	13 - 14
24	Limites des preuves	Discuter les limites des preuves incluses	Limites	13 - 14
25	Limites de la revue	Discuter les limites de la revue elle-même	Limites	13 - 14
26	Interprétation des résultats	Interpréter les résultats en tenant compte des autres preuves disponibles	Conclusion	14
27	Financement et Conflits d'intérêts	Déclarer les sources de financement et les conflits d'intérêts	Remerciements et déclaration de conflits d'intérêts	14

© 2026 SEIBOU, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.