



Equipe de recherche

Transition de la fécondité et

Santé de la reproduction

NOTES ET PROJETS N° 5

**PROPOSITIONS POUR DES RECHERCHES
APPLIQUÉES SUR LA PLANIFICATION
FAMILIALE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**
**De l'utilité de la recherche pour l'efficience des
programmes de population**

Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et
Agnès ADJAMAGBO



L'INSTITUT FRANÇAIS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
POUR LE DEVELOPPEMENT EN COOPERATION

Paris, Septembre 1997

Patrice VIMARD, démographe, directeur de recherche à l'ORSTOM, membre de l'équipe de recherche « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » (ETS) et du Laboratoire Population - Environnement (LPE).

Centre St Charles, Case 10, 13331 Marseille Cedex 3.

TÉL : (33) 4 42 22 46 31 FAX : (33) 4 42 22 46 31

Email : vimard@orstom.rio.net

KOFFI N'Guessan, démographe à l'ENSEA d'Abidjan.

08 BP 3

Abidjan 08 - Côte-d'Ivoire

TEL : (225) 44 08 40 FAX : (225) 44 39 88

Email : nguessan@ensea.ensea.ci

Agnès GUILLAUME, démographe à l'Orstom, membre de l'équipe de recherche « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » (ETS).

ISD, 15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

TEL : (33) 1 46 34 22 31 FAX : (33) 1 46 34 22 31

Email : aguillau@orstom.rio.net

Agnès ADJAMAGBO, socio-démographe, membre de l'équipe de recherche « Transition de la fécondité et santé de la reproduction » (ETS).

17 rue du Bassin Fosse

91650 Breuillet

TEL : (33) 1 46 34 22 31 FAX : (33) 1 46 34 22 31

© ETS/Orstom 1997

ISSN 1274-9516

Éléments de catalogage :

Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficacité des programmes de population / Patrice Vimard, Koffi N'Guessan, Agnès Guillaume et Agnès Adjamagbo- Paris : ETS, Orstom, 1997, 18 p. ; 30 cm. (Équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Notes et Projets n° 5, ISSN 1274-9516).

INTRODUCTION : DE LA RECHERCHE AUX PROGRAMMES D'INTERVENTION

Les conditions d'étude de la fécondité en Afrique subsaharienne ont subi durant ces cinq dernières années de profondes transformations au plan politique comme au plan scientifique. Ces nouvelles conditions fournissent l'occasion aux organismes de recherche et aux institutions responsables des programmes de planification familiale, et plus largement des politiques de population, de définir des principes de collaboration innovants. Ces principes devraient viser à une meilleure efficacité des projets de recherche et une évaluation plus scientifique des programmes de planification, dont l'efficacité réelle est discutée.

En effet, dans beaucoup de pays africains, les programmes de planification familiale semblent mal adaptés, à la fois dans le contenu des méthodes, l'information dispensée et le suivi des consultants masculins et féminins, aux croyances et aux attentes réelles des populations. En conséquence, il apparaît nécessaire de concevoir des programmes à partir d'une connaissance plus précise des populations auxquelles ils s'adressent et de mettre en oeuvre un suivi prolongé de leur application et de leur impact. Une conception et une évaluation plus rigoureuse de ces programmes apparaît en effet nécessaire à l'amélioration de leur accessibilité et de leur compatibilité aux données culturelles et économiques des populations concernées, seules susceptibles de permettre à terme leur efficacité croissante. Face à ce défi, une meilleure articulation entre les programmes de recherche sur la fécondité et la mise en oeuvre des activités de planification familiale apparaît comme un moyen privilégié pour pallier la faible applicabilité des recherches et le relatif décalage entre les programmes de planification et les réalités culturelles et sociales.

Après avoir cerné les changements récents dans les conditions scientifiques et politiques d'analyse de la fécondité, nous examinerons, dans cet article, ce que peuvent être les fondements et les modalités de projets de recherche appliquée sur la planification familiale, associant des équipes de recherche et des responsables des programmes de planification. Nous évoquerons ensuite les axes d'un programme en cours de réalisation en Côte-d'Ivoire¹.

LES NOUVELLES CONDITIONS D'ÉTUDE DE LA FÉCONDITÉ

La mise en évidence d'un début de transition selon des formes inédites

Les résultats des enquêtes les plus récentes, notamment celles relevant du projet des Enquêtes démographiques et de santé (EDS/DHS), et des analyses publiées durant ces dernières années permettent de considérer d'un regard nouveau l'évolution de la fécondité en Afrique subsaharienne en terme de tendance à la baisse comme en terme de modèle de transition.

¹ Cet article actualise une communication présentée lors du séminaire international ENSEA-ORSTOM « Transition de la fécondité et planification familiale en Afrique » (Abidjan, 16 au 19 mai 1995). Nous remercions les participants au séminaire pour leurs remarques ainsi que Christophe Guilmoto pour sa lecture critique d'une première version de l'article.

Alors que pendant longtemps les analystes sont restés perplexes devant le maintien d'une forte fécondité, voire son augmentation pour certaines populations, les chiffres récents montrent une diminution très significative des indices nationaux de fécondité dans des pays d'Afrique de l'Est et australe comme le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe ainsi qu'une baisse de la fécondité de la population noire d'Afrique du Sud. Des baisses, plus modestes mais bien réelles, sont constatées dans d'autres pays de cette Afrique de l'Est et australe, la Tanzanie et le Swaziland, et également dans des pays de l'Afrique de l'Ouest pourtant particulièrement marqués par la forte fécondité, le Nigeria et le Sénégal (CLELAND *et al.*, 1994 ; CALDWELL et CALDWELL, 1993). Outre cette diminution enregistrée à l'échelle nationale, des baisses significatives peuvent être notées dans de nombreuses villes d'Afrique subsaharienne, montrant par là que des processus de réduction de la fécondité sont en cours. Face à ces phénomènes, les questions de la rapidité de la baisse, de sa généralisation à toutes les couches de la population et du modèle de transition sont posées.

La question du modèle de la transition de la fécondité se dégage des analyses des processus de baisse de la fécondité dans les pays africains où elle a été la plus nette durant ces dernières années (Botswana, Kenya et Zimbabwe, ci-dessus cités). Dans ces pays, on note une quasi universalité de la diminution de la fécondité : celle-ci atteint dans le même temps tous les rangs de naissance - à la différence de ce qui a pu être constaté en Amérique latine et en Asie où la diminution a atteint en priorité les rangs de naissance élevés - l'ensemble des niveaux d'instruction, les zones rurales comme les milieux urbains... Ceci semble démontrer que les déterminants de la baisse ont une forte composante centrale, les facteurs socio-économiques et géographiques individuels et communautaires n'intervenant à la marge que sur l'intensité relative de la baisse de la fécondité sans atteindre son orientation générale. Dans le même temps, l'expérience de ces trois pays nous enseigne que pour l'Afrique subsaharienne, et à la différence d'autres parties du monde, jusqu'à ce jour, seule la mise en oeuvre de programmes publics forts de planification familiale est en mesure de faire baisser radicalement les indices de fécondité, comme dans ces pays où de 50 à 90 % des contraceptifs utilisés sont obtenus auprès du secteur gouvernemental (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993).

Le fait que ce modèle de transition, mis en évidence à partir de l'expérience de pays de l'Afrique australe et de l'Afrique de l'Est, soit distinct des modèles caractéristiques des pays latino-américains ou asiatiques apparaît un point intéressant qui mériterait d'être affiné au regard de la poursuite de la baisse de la fécondité et examiné à la lumière d'évolutions propres à d'autres pays d'Afrique subsaharienne où la baisse est amorcée. Le début de la transition dans certains pays montre que des schémas différents pourraient les caractériser ; par exemple, on peut relever, au Nord-Soudan, en Tanzanie et au Swaziland, une baisse initiale dans les jeunes générations et dans les couches urbanisées, grâce notamment à un recul de l'âge au premier mariage (CLELAND *et al.*, 1994).

En conséquence, la question du modèle de transition de la fécondité demeure posée ; on pourrait d'ailleurs émettre l'hypothèse que c'est le développement de programmes de planification familiale publics forts, et par conséquent relativement homogènes sur l'ensemble des territoires nationaux, qui permet la concrétisation d'une composante centrale. En revanche, dans les pays où la planification familiale se développe davantage par l'intermédiaire d'initiatives privées et d'ONG, soit de manière plus inégale selon les milieux humains, on pourrait assister à une plus grande hétérogénéité des évolutions en fonction de l'appartenance socio-économique, de l'âge... et par conséquent à un modèle de baisse de la fécondité différent de celui des pays africains pionniers en matière de transition.

Cette interrogation sur les modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne doit être d'ailleurs replacée dans une discussion plus générale des principes théoriques jusqu'ici

dominants en matière de transition démographique où les analyses sur l'Afrique peuvent trouver tout leur sens. En effet, la confrontation d'analyses les plus récentes au niveau mondial montrent une remise en cause de quelques principes communément admis : effet du développement sur la fécondité se traduisant par une baisse inéluctable de celle-ci, transition de la nuptialité préalable à celle de la fécondité, changement social nécessaire au déclin de la fécondité... Les expériences multiples de transition de la fécondité dans les pays en développement montrent actuellement en effet trois choses qui relativisent tous les modèles existants à vocation universelle. Tout d'abord, il n'existe pas de schéma unique de transition de la fécondité dans le Tiers Monde ; ensuite, on ne peut discerner de facteur obligé de transition ; enfin, comme pour les expériences de transition en Europe (KNODEL et VAN DE WALLE, 1979), la transition de la fécondité peut s'opérer dans des contextes socio-économiques très distincts². C'est à la lumière de ces remises en cause et de ces quelques acquis qu'il convient d'examiner l'évolution de la fécondité en Afrique subsaharienne.

Des conditions politiques nouvelles pour l'étude de la fécondité

Le rôle du politique dans l'évolution de la fécondité est actuellement réévalué dans les analyses récentes, que ces analyses montrent l'absence d'engagement des politiques sur les questions de population comme cause de l'inertie démographique de bien des pays en développement ou qu'elles nous enseignent l'impact décisif de politiques fortes sur la maîtrise de la croissance démographique.

« L'hésitation à opter pour des choix explicites de population » est un trait commun à bien des pays du Tiers-Monde, comme l'écrit Youssef Courbage après avoir examiné l'évolution syrienne (1994 : 748) ; hésitation en partie responsable du maintien d'une fécondité élevée. L'Afrique subsaharienne n'échappe pas à cette situation et des analyses récentes mettent l'accent sur le rôle déterminant de la très faible implication des politiques et des élites nationales africaines dans l'évolution démographique de leurs pays (CALDWELL, 1993 ; LOCOH, 1994). Les hommes politiques en Afrique subsaharienne sont restés en effet le plus souvent attachés aux valeurs pronatalistes par conviction profonde ou peur de choquer les opinions traditionalistes des populations ou bien encore pour des raisons économiques.

Mais cette mise en évidence du rôle joué par les politiques traditionalistes ou l'absence de politique dans la permanence de la fécondité élevée de l'Afrique subsaharienne intervient à un moment où l'on constate, comme on l'a vu précédemment, l'impact des programmes publics forts de planification familiale dans la baisse de la fécondité. Cette réévaluation générale de la place du politique dans l'évolution démographique de l'Afrique vaut pour d'autres continents comme le confirme l'analyse des expériences de transition de la fécondité en Asie qui, après trois décennies de débats quant au rôle des politiques, montre l'effet important de l'action gouvernementale, à travers la mise en oeuvre de programmes de planification familiale nationaux et centralisés, dans la baisse de la fécondité ; rôle qui peut aller, selon les pays, de l'effet accélérateur à l'impulsion décisive (CASTERLINE, 1994).

Malgré la timidité des politiques africains, on a assisté, depuis les années 1970, à une lente progression du nombre pays autorisant l'accès à des programmes de planification familiale, et

² Ce n'est pas le lieu ici de développer les différents schémas de transition de la fécondité dans les pays en développement et les contextes socio-économiques propres à celles-ci. On pourra se reporter à quelques analyses récemment publiées qui mettent bien en évidence cette diversité des expériences : pour les pays asiatiques à John B. Casterline (1994) ; pour l'Amérique Latine, à Maria E. Cosio-Zavala (1994) pour le cas mexicain et à George Martine (1996) pour le Brésil ; pour le Moyen-Orient, à Youssef Courbage (1994) pour la Syrie.

plus encore du nombre de ceux qui apportent un soutien financier direct à ces programmes ; soutien il est vrai encore faible si on le compare à l'effort réalisé dans les autres régions en développement (VIMARD, 1996). Cependant à la fin des années 1980, la crise joue un rôle décisif dans l'évolution de la position des gouvernements, notamment ceux de l'Afrique francophone, qui s'orientent peu à peu vers des politiques de réduction de la natalité ; cette évolution traduisant une prise de conscience des responsables politiques du décalage inquiétant entre la croissance démographique rapide et la dégradation de la situation économique, mais aussi la pression accrue des institutions internationales et des agences de coopération bilatérales et multilatérales qui imposent à des États surendettés des programmes de réduction de la croissance démographique dans les programmes d'ajustement structurel (LOCOH, 1991). Ce contexte politique nouveau s'exprime de différentes manières : l'adoption d'objectifs quantitatifs ambitieux de réduction de la croissance démographique comme au Nigeria en 1988 (LOCOH, 1994), l'adoption de politiques de population dans les pays du Sahel comme le Sénégal, le Mali, le Burkina-Faso et le Niger dans les années 1988-1991, la mise en oeuvre de recherches en vue de la formulation de politique comme au Cap-Vert, en Mauritanie, en Gambie, au Tchad et en Guinée Bissau (DABO KEFFING, 1993) ou, plus modestement, par des déclarations gouvernementales visant le ralentissement de la croissance démographique comme en Côte-d'Ivoire en 1991 (ZANOU, 1994). Suite à ces diverses évolutions, un plus grand nombre de pays est concerné par la mise en oeuvre de programmes de planification familiale accessibles à leur population.

Le désir croissant des pays africains de maîtriser leur croissance démographique, dans le cadre de leur politique de développement, a conduit les institutions internationales, les agences bilatérales de coopération et les ONG spécialisées dans le domaine de la population à accroître leurs actions en matière de planification familiale, d'autant plus que la crise économique a souvent entraîné les États à déléguer un rôle important, voire majeur, à ces organismes dans le fonctionnement et le financement des programmes de population³, comme dans la mise en oeuvre de grands programmes de recherche.

Cette importance croissante de la question démographique pour les pays francophones en développement, en Afrique mais aussi en Asie du Sud-Est, a également conduit la France à réévaluer la place des problèmes de population dans sa politique de coopération. Ceci s'est traduit notamment par une volonté de s'engager dans des actions de coopération internationale (multilatérale et bilatérale) en matière de population ; actions de coopération dotées de quatre domaines d'intervention prioritaires : collecte des données démographiques, recherche, formation, politique de population. Dans ce cadre une attention particulière aux actions et aux recherches dans le domaine de la fécondité est souhaitée⁴.

Cette impulsion nouvelle, encore fragile, a enregistré quelques traductions dans le domaine des programmes de population, avec un appui à une coopération Sud-Sud en Asie du Sud-Est favorisant la dissémination de l'expérience indonésienne en matière de planification familiale au Laos et au Viet Nam ; dans le domaine de la recherche avec notamment la création du Centre français sur la population et le développement, le CEPED, et la constitution d'un Groupe international de partenaires population-santé, le GRIPPS, qui permettent de renforcer les collaborations scientifiques avec les institutions du Sud.

³ Cette délégation peut pallier à court terme les carences financières des budgets publics, mais elle fragilise à plus long terme la diffusion de la contraception, ainsi qu'on le constate dans les pays touchés par un désengagement des bailleurs de fonds comme le Cameroun et la Côte-d'Ivoire avec le départ de l'USAID.

⁴ Pour plus de détail sur les fondements de cette action on pourra se reporter au rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille sur « La coopération française avec le Tiers-monde en matière de population » (1991).

UNE MÉTHODOLOGIE POUR DES RECHERCHES APPLIQUÉES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Si l'on peut considérer que l'Afrique subsaharienne se trouve engagée dans une phase de diffusion croissante de programmes de planification familiale qui contribuera à une transition plus ou moins rapide, de la fécondité, d'autres éléments interviennent également sur l'évolution de la reproduction démographique.

D'une part, l'ensemble des relations « population-développement » se trouve bouleversé par les transformations socio-économiques que connaît le continent dans le cadre de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel mis en oeuvre pour y répondre. Ainsi, les évolutions (scolarisation, urbanisation, insertion dans une économie marchande, diffusion de normes culturelles occidentales...) qui avaient conduit à des mutations dans les comportements de régulation de la fécondité traditionnelle sont aujourd'hui susceptibles de ralentissement, avec toutes les conséquences sur la natalité qui pourraient en résulter.

D'autre part, la diffusion du sida atteint directement les groupes reproductifs : leur poids démographique dans l'ensemble de la population peut s'en trouver diminué dans le futur et leurs comportements reproductifs risquent également d'être modifiés de par l'effet des méthodes de prévention sur la fécondité. Dans le même temps, la baisse de la mortalité des enfants, qui contribue à modifier les idéaux de forte fécondité, se trouve ralentie et elle pourrait à moyen terme se voir inversée.

Le contenu des recherches appliquées

Compte tenu des éléments qui déterminent actuellement la tendance de la fécondité en Afrique subsaharienne, et de ceux qui devraient dans l'avenir influencer sur cette évolution, deux points essentiels doivent être considérés dans une approche de la planification familiale :

- a) la régulation traditionnelle des naissances et son évolution récente ;
- b) la demande de planification familiale moderne et l'adaptation de l'offre.

La régulation traditionnelle des naissances et son évolution récente

Pour bien des populations africaines des pays, notamment francophones, qui n'ont pas encore mis en oeuvre de programme de planification familiale à l'échelle nationale, la régulation de la fécondité est exercée par des pratiques sociales et des méthodes naturelles dites « traditionnelles » qui visent dans le même temps une natalité élevée et une préservation de la santé des enfants, par un intervalle entre les naissances suffisamment important. Ces pratiques sont essentiellement de trois ordres : mariage féminin précoce et généralisé, abstinence post-partum et allaitement prolongés, pratiques dont les effets ne sont pas toujours clairement perçus par les intéressés.

Cependant, malgré cette absence de planification moderne, la fécondité n'est pas stable. Elle évolue, de manière significative, en intensité (à la baisse comme à la hausse, selon les milieux socio-économiques), comme en terme de référent idéologique. En effet, certains mécanismes de régulation traditionnelle tendent à être moins utilisés ou même à être abandonnés. De plus, l'insertion de ces populations dans de nouveaux modes de production et de reproduction sociale transforme leurs idéaux de reproduction démographique. Quant à la crise économique et aux programmes d'ajustement structurel, à la source de déséquilibres sociaux importants, on ne peut

qu'en attendre des répercussions dans l'ordre démographique (VIMARD, 1996). Le premier thème des recherches sur la planification familiale doit donc porter sur cette évolution de l'utilisation des moyens traditionnels de régulation familiale.

La planification familiale : de la demande à l'offre

Le second thème de recherche concerne les méthodes modernes de planification familiale. Il s'agit ici de considérer la planification familiale comme un véritable objet de recherche en privilégiant deux aspects : celui de la demande et celui de l'offre. En effet, si dans la plupart des pays il n'existe pas de programme national de planification familiale, des expériences, de plus en plus nombreuses, sont en cours dans des centres gérés par des organisations non gouvernementales et des institutions privées et certaines informations sont diffusées par les centres de PMI ou à travers des réseaux privés (famille, ami, association de femmes, marché...).

Cette offre, encore limitée, se conjugue, d'une part, avec l'évolution des idéaux de fécondité, liée notamment à la diffusion de la scolarisation et à l'inscription dans des activités modernes, et, d'autre part, avec les effets de la crise économique, qui rendent plus difficile l'élevage d'une nombreuse descendance, pour créer une certaine demande de planification, implicite souvent ou plus explicite quelquefois. De plus, l'aspiration des populations à une amélioration de leur état de santé augmente l'intérêt des couples pour la planification familiale, considérée comme un moyen de réduction des risques de morbidité et de mortalité des mères et des enfants, par la diminution des avortements et des grossesses à risque et par la maîtrise plus grande de l'intervalle entre naissances qu'elle apporte. Ces éléments accroissent et diversifient la demande pour une régulation qui, selon les âges de la vie, est voulue pour retarder la venue du premier enfant, allonger l'intervalle entre les naissances ou arrêter définitivement la constitution de la descendance.

Enfin, la forte prévalence du sida dans bien des pays africains, avec une importante contamination par voie hétérosexuelle et materno-foetale, a suscité l'élaboration de campagnes de prévention et conduit certains couples à adopter de nouveaux comportements sexuels et donc reproductifs. Il convient de prendre en compte ces nouvelles données dans l'analyse de la demande et de l'offre en matière de planification familiale.

Objectifs des programmes de recherche appliquée

L'objectif général de tels programmes réside en la réalisation des recherches nécessaires au développement de programmes de planification familiale efficaces et pertinents, prenant en considération les particularités des différents milieux humains, urbains comme ruraux. Compte tenu de cet objectif central, une recherche appliquée en ce domaine doit comporter trois objectifs spécifiques qui doivent être réalisés successivement :

- a) l'analyse de la demande et l'évaluation de l'offre de planification familiale ;
- b) le suivi de l'élaboration et de la mise en place de nouveaux programmes de planification et du renforcement des activités existantes ;
- c) l'évaluation de l'impact des programmes de planification.

Premier objectif spécifique : analyse de la demande et évaluation de l'offre de planification familiale

L'analyse de la demande doit reposer sur une connaissance préalable :

- 1) des niveaux et facteurs de la fécondité dans les différents groupes socio-économiques. Ceci comporte l'étude :
 - a) de l'évolution de l'intensité et du calendrier de la fécondité ;
 - b) des modifications des mécanismes traditionnels de la régulation de la fécondité, dans les différentes générations de femmes ;
 - c) de l'utilisation actuelle de la contraception moderne : prévalence des différentes méthodes, facteurs de choix, abandon et continuation.
- 2) de la santé maternelle et infantile : ce volet comprend l'analyse des niveaux et facteurs de la mortalité des mères et des enfants et de l'influence des maladies sexuellement transmissibles sur les pratiques thérapeutiques, les déterminants sociaux et comportementaux de la santé familiale.

La demande de planification familiale dépend des transformations récentes des idéaux de la reproduction démographique, dans le cadre des changements socio-économiques d'ensemble. Il convient donc d'appréhender, notamment par une approche anthropologique, l'évolution des référents idéologiques de la fécondité, en considérant les conséquences de la dérégulation actuelle du système de droits et obligations en Afrique sur l'émergence d'idéaux de contrôle ou de réduction de la fécondité. En retour, il convient d'apprécier la place des évolutions de la reproduction biologique dans les modes d'ajustement aux ruptures économiques, sociales et culturelles qui se produisent actuellement en Afrique.

Pour ce qui concerne la demande proprement dite, il s'agit d'évaluer les besoins exprimés directement ou de manière implicite, par la femme comme par l'homme, ainsi que le type de planification demandée : contraception de recul de l'âge à la première naissance, contrôle de l'espacement des naissances, contraception d'arrêt. A ce stade, les déterminants socio-économiques et les processus d'émergence et de formalisation de cette demande doivent également être appréciés. En outre, la demande de planification en tant que méthode d'amélioration de l'état de la santé familiale doit être également prise en compte (demande de suivi pré et post-natal, d'accouchement au dispensaire...).

En ce qui concerne l'évaluation de l'offre de planification familiale, il est important de définir comment les femmes accèdent actuellement à ces méthodes. Il s'agit d'étudier dans ce contexte le rôle joué par les centres de santé (dispensaires, hôpitaux, PMI, cliniques des ONG actives en la matière...), les associations (associations de femmes, association de santé communautaire...), dans la diffusion d'informations concernant la planification familiale. De même, il est important de voir qu'elles sont les relations existantes avec les programmes nationaux de lutte contre le sida et la diffusion de message de prévention. La relation entre prévention et planification est-elle évidente pour les populations et pour les institutions ? Ceci suppose des enquêtes auprès des médiateurs institutionnels (structures sanitaires, ONG, Institutions de coopération bilatérale et multilatérale, Agences internationales...).

Le problème de l'inadéquation entre la demande exprimée par les populations et l'offre fournie par les programmes actuels de planification est bien sûr essentiel à aborder. Les interdits

culturels, religieux et politiques en vigueur dans chaque groupe socio-économique sont, à ce titre, importants à identifier.

Cette première phase d'une recherche appliquée doit déboucher sur des recommandations sur lesquelles s'appuieront les actions entreprises lors de la deuxième phase.

Deuxième objectif spécifique : suivi de l'élaboration et de la mise en place de nouveaux programmes de planification et du renforcement des activités existantes

La réalisation de ce deuxième objectif nécessite une parfaite articulation entre les équipes de recherche et les organismes responsables des programmes de planification familiale.

Les analyses précédentes doivent permettre de concevoir des programmes susceptibles de répondre aux attentes des populations, ainsi qu'à leur perception de la planification familiale. En outre, les programmes déjà existants peuvent être réorientés à la lumière des recommandations émises. En effet, les données recueillies durant la première phase permettent d'orienter les messages d'informations, de proposer les méthodes contraceptives les plus acceptables par les populations, et d'identifier des structures sanitaires et des personnes-ressources pour la mise en place de nouvelles activités de planification familiale.

Différents types d'actions complémentaires doivent être envisagés. Ces actions peuvent être précisées en fonction des besoins exprimés et en tenant compte des interventions déjà entreprises par les institutions de santé. Ainsi, des interventions en IEC auprès de populations cibles définies (par exemple les adolescents concernés par les grossesses précoces...), auprès des personnels de santé ou autres médiateurs intervenant dans la promotion de ces méthodes peuvent être organisées sur la base de messages adéquats définis à partir de l'analyse des attentes et des connaissances des population.

Des activités de formation des personnels de santé ou association chargées de la diffusion des méthodes (associations de femmes par exemple) peuvent également être entreprises sur la base de ces analyses.

Troisième objectif spécifique : évaluation de l'impact des programmes de planification

Au fur et à mesure de leur mise en place et de leur extension, le fonctionnement et l'impact des programmes de planification familiale doivent être évalués afin de pouvoir proposer d'éventuelles adaptations et réorientations. Il convient ici notamment d'analyser les pratiques des différents intervenants en ce domaine, la bonne adaptation du contenu et des méthodes proposées aux populations, et de mesurer l'impact de ces programmes sur la prévalence des différents types de contraception et l'évolution de la fécondité dans les différents groupes concernés. Cette évaluation doit reposer sur :

- des enquêtes auprès de sous-populations spécifiques pour mesurer l'évolution de la prévalence dans l'utilisation des méthodes de planification ;
- un suivi des consultant(e)s pour évaluer les taux d'acceptation et de continuation des méthodes, les motifs d'abandon ou de changement de méthodes ;

- des enquêtes auprès des personnels de santé concernés par le programme pour mesurer l'impact du programme mis en place : fréquentation des centres, prestations délivrées, type de méthodes prescrites⁵.

UN EXEMPLE DE RECHERCHE APPLIQUÉE EN CÔTE-D'IVOIRE

Cette méthode de recherche appliquée trouve actuellement diverses applications en Côte-d'Ivoire, en milieu rural, à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire) et à Aboisso (sud-est ivoirien), comme en zone urbaine, à Yopougon, une commune de la ville d'Abidjan ; applications réalisées dans le cadre d'un programme général de recherche réalisé conjointement par l'ENSEA et par l'ORSTOM. Nous présenterons succinctement dans cet article les expériences de Sassandra et d'Aboisso, qui ont fait l'objet de nombreux textes, et développerons celle de Yopougon plus récente.

Programme sur la planification familiale à Sassandra

Le recueil des données relatives à la fécondité et à la santé de la reproduction a été réalisé au sein du Laboratoire de Population de Sassandra (LPS) mis en place par l'ENSEA et l'ORSTOM pour analyser les dynamiques de peuplement dans la région de Sassandra. L'analyse quantitative et qualitative de ces données a permis de dresser un bilan de l'évolution de la demande en matière de planification familiale et des comportements de fécondité des différents groupes socio-économiques de la région (GUILLAUME et VIMARD, 1994 ; ADJAMAGBO *et al.*, 1997).

Sur la base de ce bilan, des « Propositions pour la mise en place d'un programme de planification familiale et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida à Sassandra » (1994) ont été émises ; propositions qui ont servi à l'élaboration d'un programme de planification familiale actuellement en cours d'installation par le Secteur de Santé Rurale de Sassandra, grâce à un concours financier et opérationnel du FNUAP.

Le projet va entrer par conséquent dans sa deuxième phase de réalisation par la mise en place d'activités de planification familiale dans différents centres de santé du département de Sassandra, articulées avec des actions de prévention contre les MST et le sida.

Après cette période de mise en oeuvre, il est prévu d'entreprendre la troisième phase du projet relative au suivi et à l'évaluation des activités de planification familiale à travers un suivi des consultantes et des enquêtes auprès des personnels de santé ainsi que de sous-populations spécifiques.

Programme sur la planification familiale dans le département d'Aboisso

Dans le cadre de l'exécution d'un programme de planification familiale dans le département d'Aboisso, initié en 1992 par le Ministère de la Santé et de la Population et soutenu par le FNUAP, une première enquête d'étude de la fécondité et d'évaluation des activités de

⁵ On trouvera une présentation complète de cette méthodologie dans le document « Projet de programme de recherche appliquée sur la planification familiale en Côte-d'Ivoire » (1994).

planification a été entreprise par l'ENSEA en août 1993 afin d'apprécier les conditions de mise en oeuvre de ce programme. Les analyses et les premières conclusions de cette étude sur les facteurs de blocage matériels et culturels ont permis un certain nombre de recommandations contribuant à une meilleure orientation des activités de planification visant à une couverture plus large de la région et à des résultats supérieurs en terme de satisfaction des consultantes (KOFFI *et al.*, 1994).

Après la réorientation des activités, une deuxième phase d'évaluation a été réalisée au début de 1995 à travers une exploitation du registre des consultantes et des entretiens qualitatifs d'un sous-échantillon de ces consultantes. Cette étude a permis d'évaluer le degré de satisfaction des utilisatrices par rapport aux prestations offertes et les problèmes dans le fonctionnement du programme (KOFFI et SIKI, 1995).

L'articulation du développement du programme de planification familiale et des études de suivi devrait se poursuivre dans les années à venir, sur la base de cette association d'enquêtes quantitatives et qualitatives. Ces enquêtes s'attacheront notamment à analyser la faible mobilisation autour de ce programme pilote et à déterminer les efforts importants qui restent à entreprendre pour que les populations expriment leurs besoins réels en planification familiale et pour améliorer la qualité des services (ANOI, 1997).

Programme sur la planification familiale à Yopougon (Abidjan)

Présentation et méthodologie de l'enquête

Le programme mené à Yopougon entre actuellement dans la deuxième phase de sa réalisation, à savoir le suivi de l'amélioration et l'extension des programmes de planification familiale à partir des recommandations émises au terme de la première phase. Il est réalisé conjointement par différentes institutions : la Direction Sud du ministère de la Santé et de la Population et la Coopération française à travers le Programme Santé Abidjan (PSA), le FNUAP, l'ENSEA et l'ORSTOM. Les activités de cette deuxième phase devraient s'étendre au delà de la seule commune de Yopougon pour concerner l'ensemble de la ville d'Abidjan.

La première phase du programme a débuté en avril 1996. Elle a consisté en une série d'enquêtes quantitative et qualitative. Une enquête quantitative, menée auprès d'un échantillon d'environ 1 000 hommes et femmes en âge fécond, qui incluait une fiche collective pour recenser les membres des ménages et plusieurs questionnaires sur les conditions de vie des ménages, les attitudes et comportements de fécondité, l'histoire des maternités, la santé des enfants (de moins de cinq ans) et la nuptialité.

Des enquêtes qualitatives, de nature plus sociologique, ont été conduites également auprès de différentes populations afin de saisir la dimension sociale de la procréation et d'analyser l'offre en matière de planification familiale. Des entretiens ont été menés auprès d'hommes et de femmes enquêtés lors de l'enquête quantitative, de consultants dans les services de planification familiale, de responsables des programmes existants (programme de planification familiale, de lutte contre le sida...), de prestataires de services, de thérapeutes traditionnels, de vendeurs ambulants ou sur les marchés, de leaders religieux, d'associations, notamment l'Association Ivoirienne de Bien-Etre Familial (AIBEF), de personnels des centres de santé où aucun service de planification familiale n'est dispensé, et enfin de personnes-relais des centres de santé qui assurent la diffusion des méthodes après prescription dans les centres de santé. Les principaux

résultats de ces recherches, présentés lors d'un séminaire qui s'est tenu à Abidjan en février 1997, sont les suivants⁶.

Une fécondité forte et une pratique variable de la contraception

La fécondité à Yopougon se maintient à des niveaux élevés, supérieurs à ceux de l'ensemble de la ville d'Abidjan si l'on compare ces données aux résultats de l'enquête démographique et de santé de 1994. Ce niveau de fécondité varie entre hommes et femmes et selon les caractéristiques socio-économiques des individus, révélant l'émergence de comportements de planification familiale dans certaines catégories sociales. Cette émergence se confirme d'ailleurs lorsque l'on analyse le désir de planification familiale exprimé aussi bien en termes de souhait d'espacer ou de restreindre sa descendance que de nombre d'enfants désirés, mais également lorsque l'on étudie les pratiques en matière de contraception des différentes populations.

L'analyse de la connaissance de la contraception révèle une bonne connaissance des méthodes contraceptives quel que soit le type de méthodes, méthodes modernes comme naturelles, avec une moindre connaissance chez les femmes que chez les hommes, et un décalage dans les degrés de connaissance de la contraception entre époux qui laisse supposer une certaine absence de discussion sur ces questions au sein du couple.

Ces niveaux de connaissance sont variables dans les différents groupes de population : ils progressent de façon remarquable avec le niveau scolaire des individus. Ils sont également liés à la catégorie sociale d'appartenance des individus et à leur appartenance religieuse, en référence aux interdits liés à ces pratiques, notamment chez les musulmans : cette influence de la religion est confirmée par une pratique différente de la contraception selon l'appartenance ethnique des individus.

La pratique de la contraception dépend, comme on pouvait s'y attendre, du degré de connaissance des méthodes et bien évidemment de l'offre des prestations. Cependant il existe un décalage important entre degré de connaissance et niveau de pratique des méthodes contraceptives. Malgré des degrés de connaissance très élevés des méthodes modernes de contraception (supérieurs à 90 %) et des méthodes naturelles (environ 65 %), la prévalence de la pratique actuelle se situe entre 17 et 22 % pour les hommes et les femmes, pour ces deux types de méthodes. Ce décalage entre connaissance et pratique est certainement dû à la permanence de certains idéaux en matière de fécondité (nécessité d'avoir une descendance nombreuse) et dénote vraisemblablement certaines réticences vis à vis de ces méthodes (voir infra).

Le taux d'utilisation actuelle de la contraception diffère selon le type de méthode. On observe une forte proportion d'utilisation des méthodes naturelles (méthode des cycles, etc.) qui, bien que peu efficaces, sont autant utilisées que les méthodes modernes (pilule, stérilet, préservatif, spermicides, etc.). Les personnes enquêtées déclarent fréquemment une certaine réticence à utiliser les méthodes modernes à cause de leurs effets secondaires ou invoquent le manque de disponibilité et d'information. Ainsi selon les déclarations de certaines femmes, ces méthodes sont jugées comme « mauvaises pour la santé », déclarations qui justifient leur non utilisation ou l'arrêt de leur utilisation.

La pratique actuelle est variable selon les individus. Les besoins des femmes comme des hommes changent selon le moment du cycle de vie familiale (début ou fin de vie féconde) et selon la

⁶ Pour une présentation détaillée de ces résultats, le lecteur pourra se reporter à Touré *et al.*, 1996, 1997.

parité, ce qui a des effets sur le choix des méthodes et leur prévalence. Des facteurs culturels interviennent également dans les décisions relatives à ces pratiques : la perception de la valeur accordée à l'enfant, par les individus comme par le groupe social, la peur d'être mal jugée ou d'être considérée comme stérile mais aussi l'appartenance religieuse qui peut déterminer un certain nombre d'interdits. Ainsi le degré d'acceptation de ces méthodes varie-t-il, allant du refus total d'utilisation à l'acceptation des méthodes modernes, prises comme instruments de parenté responsable ou acceptées pour préserver la santé de la mère et de l'enfant. Ces facteurs culturels doivent donc être pris en compte dans le type de méthode conseillée, sachant que les méthodes naturelles sont souvent les seules tolérées.

La connaissance et par conséquent l'utilisation des méthodes contraceptives augmentent fortement avec le niveau d'instruction des individus : ce qui montre l'importance de l'éducation pour la planification familiale. Parallèlement, le niveau d'utilisation dépend fortement du degré de connaissance des pratiques contraceptives, d'où l'importance d'une sensibilisation généralisée à ces pratiques.

Les sources d'information et d'approvisionnement sont multiples (secteur de santé, AIBEF, médias) avec un rôle important de tout un réseau « informel » d'information comme de distribution (famille, amis, relations professionnelles, associations...) ainsi que de tout le secteur de diffusion parallèle (kiosque, marché...). Cette mise en évidence du rôle joué par les réseaux informels dans la diffusion de l'information sur les méthodes contraceptives révèle la nécessité de sensibiliser un large public, hommes comme femmes, à ces méthodes et non pas uniquement le personnel médical ou para-médical.

Le sida : une menace connue par tous mais de façon très imparfaite et peu intégrée aux questions de procréation

La connaissance du sida dans la population de Yopougon apparaît généralisée mais très imparfaite : si tous ou presque ont entendu parler du sida, seul le risque de transmission par relations sexuelles est connu de façon à peu près satisfaisante, et encore pas par tous. Le risque de transmission par le sang ou par les objets souillés de sang est mal connu. Les risques de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement est très peu cité spontanément, mais il est en fait connu par une partie des personnes enquêtées et assimilé au risque de transmission par le sang. Le risque de transmission par allaitement est presque inconnu.

L'information sur le préservatif et le sida vient essentiellement des médias. Elle passe peu par le secteur sanitaire, qui a un rôle tout à fait secondaire et qui se trouve à égalité avec l'entourage : famille, amis, conjoint... Même dans l'accès aux préservatifs, les structures sanitaires, pharmacies et centres de planning familial compris, ne jouent pas un rôle prépondérant, face au secteur informel (marché, entourage). Ce rôle de l'entourage et du secteur informel, tant pour l'information sur le préservatif et les MST que pour la distribution des préservatifs, apparaît particulièrement important pour les groupes à faible niveau d'instruction, pour les jeunes, pour les individus en union polygame, pour les musulmans, et pour les artisans et les petits commerçants.

Les relations entre la prévention du sida et la planification familiale sont difficiles à cerner. L'analyse de l'utilisation du préservatif en montre bien toutes les difficultés : le préservatif est à la fois un instrument de contraception et un moyen de se protéger des maladies sexuellement transmissibles. Bien sûr, il peut être utilisé par un même individu pour ses deux fonctions, mais on voit aussi apparaître des types d'utilisation du préservatif différents entre les groupes de population, et en particulier entre les hommes et les femmes : les hommes utilisent le préservatif plutôt avec des partenaires occasionnels, les femmes plutôt avec leur partenaire habituel et de

façon régulière. En simplifiant à l'extrême, on pourrait conclure que les hommes utilisent plutôt le préservatif pour se protéger des MST, les femmes plutôt pour planifier les naissances. Cette différence d'attitude face au préservatif vient sans doute d'une différence de comportement sexuel, les hommes ayant plus de partenaires occasionnels que les femmes. Cela pourrait expliquer, entre autres, la différence de niveau d'utilisation du préservatif entre hommes et femmes : les hommes utilisent beaucoup plus le préservatif que les femmes, car le préservatif est le seul moyen de protection contre les MST dont ils disposent, tandis que les femmes, si elles veulent planifier leur fécondité, disposent d'autres méthodes (contraception hormonale, méthodes naturelles ou traditionnelles).

Il apparaît clairement que les canaux d'information sur le sida et la prévention des MST sont sensiblement différents des canaux d'information sur la planification familiale ; en particulier, la prévention du sida ne passe quasiment pas par les structures sanitaires et les centres de planification familiale. L'attitude par rapport au test de dépistage en est un exemple révélateur. Ce test, s'il est connu par l'ensemble de la population, reste en marge de toute décision de procréation. Les centres de santé et PMI ne sont cités comme lieu où l'on peut faire le test que par 5 % des personnes : cela montre que le test reste dans l'esprit de la population une démarche à part qui n'est pas intégrée dans les relations habituelles avec les centres de santé ou ceux liés avec la procréation (PMI). Il est possible que l'indisponibilité des tests dans ces établissements et la moindre proposition de les pratiquer, par le personnel soignant, explique ce faible taux de réponses. Ainsi, les conséquences éventuelles du sida sur la planification familiale et les choix reproductifs ne sont-elles pas prises en compte.

Ces quelques conclusions quant aux comportements de fécondité et à la pratique contraceptive mais aussi quant à la connaissance du sida et à la prévention ont permis de mettre en évidence des comportements différentiels et des populations cibles pour des interventions, et d'identifier certaines lacunes dans les connaissances. Elles serviront de base à l'implantation ou la redéfinition des programmes dans différents centres de santé de la ville d'Abidjan, objet d'une deuxième phase du programme qui devrait elle-même déboucher sur une troisième étape, de suivi des activités de planification familiale et d'évaluation de leur impact.

CONCLUSION

Les transformations politiques et scientifiques des conditions d'analyse de la fécondité en Afrique subsaharienne rendent aujourd'hui possible une meilleure articulation des recherches des institutions scientifiques et des activités de planification familiale des différents opérateurs oeuvrant dans le domaine de population. Cette articulation permettrait de renverser un certain ordre actuel qui se caractérise par le peu de retombées opérationnelles des recherches sur la fécondité comme par la trop faible efficacité des programmes de diffusion de la contraception.

Or l'aspiration de la plupart des pays africains à une réduction de leur croissance démographique comme celle des populations à une maîtrise de leur fécondité pose le problème de la disponibilité effective de moyens de planification des naissances. Ces moyens doivent être efficaces, connus, accessibles et acceptables par les individus, selon les termes de Ansley J. Coale (1973 : 65). En conséquence, une conception et une réalisation plus adaptées des activités de planification aux contextes culturels et économiques des populations apparaissent nécessaires. Il semble que cette

adaptation pourrait être recherchée dans le cadre d'une synergie entre recherche et action lors de la mise en place et du développement des programmes de planification familiale.

Les propositions méthodologiques faites dans cet article en vue de concevoir des programmes de recherche appliquée et le début de premières expériences réalisées en Côte-d'Ivoire dans cet esprit montrent qu'il est possible d'avancer dans cette voie pour peu que les différents intervenants en la matière décident d'unir leurs efforts. Si, dans beaucoup de pays africains, les programmes de planification familiale semblent mal adaptés, ces efforts conjugués permettraient de mettre en évidence et de corriger les dysfonctionnements dans les activités de planification, et faciliteraient par là même la prise en charge, sur le moyen et le long terme, de leurs programmes de population par les acteurs nationaux

BIBLIOGRAPHIE

- ADAJMAGBO (A.), VIMARD (P.), et GUILLAUME (A.), 1997, « Fécondité et demande de planification familiale à Sassandra », in GUILLAUME (A.), KOFFI (N.) et IBO (J.) (éds.), *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)*, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, Paris, 1997 : 269-286.
- ANOH (A.), 1997, L'offre récente de services de planification familiale à Aboisso, *Bulletin du GIDIS-CI*, n° 15, GIDIS-CI, Abidjan, mai 1997 : 57-72.
- CALDWELL (J.C.) et CALDWELL (P.), 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, 19, 2, 225-262.
- CALDWELL (J.C.), 1993, « Les tendances démographiques et leurs causes : le cas de l'Afrique est-il différent ? », in CHASTELAND (J.C.), VERON (J.) et BARBIERI (M.) (éds), *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, Congrès et Colloques n° 13, INED-CEPED, PUF, Paris, 1993 : 22-45.
- CASTERLINE (J.B.), 1994, « Fertility Decline in Asia », in LOCOH (T.) et HERTRICH (V.) (éds), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 1994 : 69-86.
- CLELAND (J.), ONUOHA (N.), et TIMAEUS (I.), 1994, « Fertility Change in Sub-Saharan Africa : a Review of the Evidence », in LOCOH (T.) et HERTRICH (V.) (éds), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège, 1-20.
- COALE (A. J.), 1973, « The demographic transition reconsidered », *International Population Conference, Liège, 1973*, Liège, UIESP, 1973, vol. 1 : 53-72.
- COSIO-ZAVALA (M.E.), 1994, *Changements de la fécondité au Mexique et politiques de fécondité*, L'Harmattan, Paris.
- COURBAGE (Y.), 1994, « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, 3, 725-750.
- DABO KEFFING, 1993, « Les politiques de population au Sahel », in *Congrès International de la Population, Montréal 1993*, UIESP, vol. 3 : 417-442.
- GUILLAUME (A.) et VIMARD (P.), « Fécondité, crise économique et différenciations sociales à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire) », in KOFFI (N.), GUILLAUME (A.), VIMARD (P.) et ZANOU (B.) (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, 1994 : 143-168.
- HAUT CONSEIL DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1991, *La coopération française avec le Tiers Monde en matière de population*, La Documentation Française, Paris.
- KNODEL (J.) et VAN DE WALLE (E.), 1979, « Lessons from the past : policy implications of historical fertility studies », *Population and Development Review*, vol. 5, n° 2 : 217-245.
- KOFFI (N.) et SIKA (G.L.), 1994, « Planification familiale dans le sud-est de la Côte-d'Ivoire : obstacle au programme », communication au séminaire international ENSEA-ORSTOM « *Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique* », Abidjan, mai 1995, 19 p.
- KOFFI (N.), KOUYE (M.P.) et SIKA (G.L.), 1994, La planification familiale dans le département d'Aboisso (sud-est de la Côte-d'Ivoire), ENSEA, Abidjan.
- LOCOH (T.), 1991, La coopération internationale en population en Afrique sub-saharienne, *Cahiers du CIDEP*, n° 11 : 51-65.
- LOCOH (T.), 1994, « Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? Leçons de 20 années de programmes de planning familial », in KOFFI (N.), GUILLAUME (A.), VIMARD (P.) et ZANOU (B.) (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, ORSTOM, Paris, 1994 : 267-290.

Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale

NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993, *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington, D.C..

Projet de programme de recherche appliquée sur la planification familiale en Côte-d'Ivoire, ENSEA-ORSTOM-FNUAP-Direction de la Santé-MCAC, Abidjan.

Propositions pour la mise en place d'un programme de planification familiale et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida à Sassandra, ENSEA-ORSTOM-FNUAP, Abidjan, 1994.

TOURE (L.), KAMAGATE (Z.), DESGREES DU LOU (A.) et GUILLAUME (A.), 1996, Santé de la reproduction et planification familiale, Poster présenté à la Conférence de la Société Africaine de Gynéco-Obstétrique (SAGO) - Société Ivoirienne de Gynéco-Obstétrique (SIGO), ENSEA, ORSTOM, FNUAP, Programme Santé Abidjan, Abidjan, décembre 1996.

TOURE (L.), KAMAGATE (Z.), GUILLAUME (A.), DESGREES DU LOU (A.), 1997, *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*, ENSEA - ORSTOM - Direction Régionale de la Santé - FNUAP - MCAC, Abidjan, janvier 1997, 66 p. + annexes.

VIMARD (P.), 1996, « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in COUSSY (J.) et VALLIN (J.) (éds.), *Crise et population en Afrique*, Les Études du CEPED n° 13, CEPED, Paris : 293-318.

ZANOU (B.), 1994, « Vers une politique de population en Côte-d'Ivoire », in KOFFI (N.), GUILLAUME (A.), VIMARD (P.) et ZANOU (B.) (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, Orstom-Éditions, Paris : 369-379.

PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

Documents de recherche

- n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain - André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p.
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien - Christophe Z. GUILMOTO, 22 p.
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise - Patrice VIMARD, 31 p.
- n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain - Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.

Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p.
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche - Valérie DELAUNAY, 17 p.
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 - Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne. Une revue commentée de la littérature - Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.
- n° 5 : Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficacité des programmes de population - Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et Agnès ADJAMAGBO, 18 p.

Reproduit en France par INSTAPRINT S.A.
1-2-3, levée de la Loire – LA RICHE – B.P. 5927 – 37059 TOURS Cedex 1
Tél. 02 47 38 16 04

Dépôt légal 3^{ème} trimestre 1997

L'ETS regroupe des chercheurs de l'ORSTOM, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, nutrition...), qui se sont réunis sur des problématiques liées à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, ORSTOM/LPE, Case 10, Centre St. Charles,
3 place V. Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 04 42 22 46 31

Email : vimard@orstom.rio.net