

Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire

Amoakon ANOH, Raïmi FASSASSI, Patrice VIMARD

Introduction

En Afrique, les relations dans le temps entre l'adoption d'une politique démographique, la mise en œuvre de programmes de planification familiale, les progrès de l'utilisation de la contraception et la baisse de la fécondité sont variées et sont loin de présenter l'enchaînement logique de cette énumération. La diminution de la fécondité dans les milieux instruits et urbanisés est en effet le plus souvent antérieure aux programmes de planification familiale, qui sont généralement précédés par l'accès de certaines populations à des informations sur la contraception et à des moyens contraceptifs, dans des institutions communautaires ou dans le système de soin privé. En outre, l'évolution de différents pays africains nous montre que, de l'adoption d'une politique de fécondité à la mise en œuvre de programmes de planification familiale à l'échelle nationale, il existe souvent un décalage de plusieurs années, celles qui séparent les discours gouvernementaux de leur traduction en actes effectifs de la puissance publique. De même, elle nous enseigne que, du développement de ces programmes de planification familiale à la diffusion de la pratique contraceptive à toutes les couches de la population, il existe un processus complexe qui mène de la constitution d'une offre de moyens de contrôle des naissances à l'adéquation de cette offre à la demande réelle des populations (Vimard et Zanou, 2000).

Au-delà des relations dans le temps, on constate également que les liens de causalité ne sont pas toujours directs, dans la mesure où les phénomènes démographiques interfèrent avec d'autres évolutions tout aussi importantes, dans l'ordre institutionnel (modification des législations familiales), économique (avec succession de périodes de croissance et de crise), social (marqué par l'alphabétisation et l'urbanisation), culturel (constitution de nouvelles normes par l'accès aux médias modernes). Les phénomènes de la sphère démographique évoluent ainsi dans un espace socio-économique plus large, où les relations sont davantage dialectiques que linéaires et univoques, où chaque évolution, dépendante de transformations préalables, sera elle-même l'un des facteurs de changement ultérieur (Vimard, 2000). Cette diversité, cette complexité et cette absence d'autonomie de la sphère démographique ne doivent cependant pas nous empêcher de nous interroger sur l'histoire de tel ou tel pays au regard de la politique démographique, de son émergence et de ses effets sur la fécondité.

La Côte d'Ivoire constitue à cet égard un exemple éclairant. En effet, depuis le début des années 1980, ce pays présente l'intérêt de voir la pratique de la contraception se développer, le mode de contrôle de l'espacement des naissances évoluer, et la fécondité elle-même diminuer, en l'absence, jusqu'à ces dernières années, de politique de population et de programme national de planification familiale et dans une période caractérisée, au moins dans sa première phase, par un populationnisme relativement affirmé. Afin d'éclairer ce paradoxe, notre article analysera successivement l'évolution des positions gouvernementales en matière de population, la mise en œuvre progressive des services de planification familiale et de santé reproductive, et l'évolution de la pratique contraceptive et du contrôle de la fécondité, avant de conclure sur les fondements de la transformation du modèle de reproduction en Côte d'Ivoire¹.

L'évolution de la politique démographique ivoirienne : d'un populationnisme affirmé à un néomalthusianisme déclaré

Un populationnisme affirmé jusqu'en 1990

La position du gouvernement ivoirien en matière de fécondité et de croissance démographique a varié tout en demeurant du type populationniste jusqu'à la fin des années 1980. Cette option s'est matérialisée par un laisser-faire en matière de fécondité et d'immigration de 1960 à 1975. À partir du deuxième plan quinquennal (1976-1980), la recherche d'une croissance naturelle plus forte constituera le moyen essentiel pour concrétiser cette vision.

Les enquêtes permanentes des Nations unies auprès des gouvernements indiquent qu'en 1974, la Côte d'Ivoire considérait le taux d'accroissement de sa population comme trop bas ; elle se retrouvait dans cette catégorie avec des pays comme le Gabon, la Libye, le Maroc, la République centrafricaine, le Cameroun et le Cap-Vert (Makinwa-Adebusoye, 1993). En 1976, en revanche, le gouvernement ivoirien déclarait que le niveau de la fécondité et le taux d'accroissement naturel étaient satisfaisants et qu'il n'avait pas l'intention d'entreprendre des actions pour les influencer. La majorité des pays d'Afrique qui avaient répondu à l'enquête des Nations unies partageait cette position, notamment les pays francophones, parmi lesquels on peut citer les pays voisins de la Côte d'Ivoire

¹ Cette analyse a été produite dans le cadre d'un programme mené par l'IRD et l'ENSEA d'Abidjan sur « Santé de la reproduction, transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire, programme bénéficiant du soutien de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF). Les vues exprimées dans l'analyse sont celles des auteurs et n'engagent ni leurs institutions d'appartenance ni les autorités nationales concernées.

(Burkina Faso, Mali et Guinée) ainsi que le Togo et le Bénin. Les sources consultées n'indiquent pas la raison de l'évolution ivoirienne. Toutefois, on peut penser que ce revirement provient d'une meilleure connaissance de la réalité démographique ayant induit une prise de conscience du fait que le niveau de la fécondité observée se situe déjà à un maximum et qu'il est en conséquence irréaliste de parler de taux bas.

Les résultats des enquêtes suivantes des Nations unies, publiées au cours de la décennie 1980 (1983, 1986, 1989), révèlent que si le gouvernement ivoirien demeurait satisfait du niveau de la fécondité et du taux d'accroissement naturel, il envisageait désormais d'intervenir pour les maintenir. À cet égard, la Côte d'Ivoire se rapprochait du Mali, du Togo et de Sao Tomé et Príncipe. Mais, parmi ses voisins francophones, seul le Mali conservait une position officielle identique à celle de la Côte d'Ivoire ; la Guinée (en 1986) et le Burkina Faso (en 1989) considéraient la fécondité et l'accroissement naturel comme trop élevés et déclaraient intervenir pour les réduire (Sala-Diakanda, 2000).

Toutefois, il faut signaler que ces déclarations officielles du gouvernement ivoirien, fournies par les enquêtes des Nations unies, s'écartent quelque peu des informations disponibles dans les documents techniques comme les plans quinquennaux de 1976-1980 et de 1981-1985. Le point de divergence concerne la position et l'intervention en matière de croissance naturelle. Le plan de 1976-1980, qui, pour la première fois, accorde une place significative aux phénomènes démographiques dans la programmation du développement, avait retenu, entre autres objectifs, la « *recherche d'une croissance démographique plus consciente et plus harmonieuse, au niveau de la famille et au niveau national* ». Cet objectif, souligne le planificateur, devrait permettre « *une augmentation quantitative de la descendance vivante des mères* » d'une part, et « *une amélioration qualitative du niveau de santé des mères comme des enfants* » d'autre part (République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980).

Cette volonté permanente de disposer d'une population fortement croissante peut être illustrée à travers trois exemples de prises de position énoncées durant la décennie 1980. Ces exemples reflètent bien la position officielle de la classe politique depuis les années 1960, dans une ère de monopartisme, caractérisée par une pensée et un langage politiques uniques.

En décembre 1982, dans son allocution de clôture au séminaire sur « Population et développement en Côte d'Ivoire » à Abidjan, le Ministre de la Santé déclarait² : « *Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes que vous êtes, que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelque huit millions d'habitants, comprenant aussi bien la population autochtone que la population immigrée, est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit en effet de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait en 1980 une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000*

² Ce séminaire, tenu à Abidjan du 13 au 19 décembre 1982, a été organisé conjointement par les Ministères du Plan et de l'Industrie, de la Santé publique et de la Population, d'une part, et la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), d'autre part. Le discours du ministre a été lu par le Secrétaire d'État à l'Industrie.

km². Quant au Japon, sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km². Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît pas encore la menace d'explosion démographique. » (Fraternité Matin, 21 décembre 1982).

Dans le même ordre d'idée, le Directeur de la Statistique au Ministère du Plan affirmait, en juillet 1987, à l'occasion de la journée de célébration des cinq milliards d'habitants sur la terre : « [...] Il n'y a pas en Côte d'Ivoire un problème de population. S'il y a des zones connues [...] où il y a une forte concentration avec de problèmes sociaux, il y a par contre des zones pratiquement vides. [...] Il n'y a pas de problème démographique mais plutôt un problème de l'utilisation qu'on peut faire de notre population. » (Fraternité matin, 13 juillet 1987).

En janvier 1989, le Ministre de la Promotion de la femme réaffirmait le souhait des autorisés pour une population plus nombreuse dans son discours d'ouverture au séminaire sur « Approches aux programmes d'espacement des naissances » à Abidjan : « [...] la Côte d'Ivoire, pour longtemps encore, ne connaîtra pas de problème de surpopulation. [...] Il n'y a pas lieu de chercher à limiter les naissances pour dissiper des inquiétudes qui pourraient résulter d'une augmentation jugée trop rapide de la population africaine pour créer la psychose d'un « péril noir » par exemple ».

Ainsi, aux yeux des autorités ivoiriennes de cette époque, il n'existe pas de problème de population, et le besoin de ralentir la croissance de la population du pays ne se fait pas sentir. Au contraire, une croissance démographique élevée est souhaitable. Ces opinions en faveur d'une croissance de la population en Côte d'Ivoire rejoignent celles déjà émises par des représentants de la société civile dans le cadre des travaux de la première étude nationale prospective « Côte d'Ivoire 2000 », menés d'octobre 1973 à juin 1974.

L'idée d'un effet positif de la croissance et de la densité de la population sur le développement économique et social est le facteur essentiel à l'origine de cette attitude populationniste de la puissance publique. En outre, cette attitude s'articule avec les conceptions les plus profondes de la population concernant la représentation et le rôle de l'enfant dans la société et la famille.

Si, dans le contexte ivoirien des années 1970, les autorités et l'opinion publique considèrent qu'il n'y a pas de problème de population et que le besoin de ralentir la croissance de la population de leur pays ne se fait pas sentir, c'est à cause d'une conviction selon laquelle la croissance de la population a un effet positif sur le développement économique et social. Les effets bénéfiques d'une population nombreuse sont de divers ordres, notamment les gains liés aux économies d'échelles, l'incitation à travailler et à créer... La densité de peuplement est perçue, ici, comme le moyen par lequel la croissance démographique détermine la richesse des nations. Dans cette optique, la faible densité de la population à l'échelle nationale (17 habitants au km² en 1970, 25 en 1980 et 36 en 1990), à laquelle s'ajoutent des inégalités régionales, favorise le maintien de cette volonté d'une population croissante. La comparaison, citée plus haut, de la Côte d'Ivoire à quelques pays (comme le Japon et l'Italie) très différents sous l'angle de la densité de la population et surtout de la puissance économique montre bien

les termes de l'argumentation selon lesquels densité de la population et développement économique vont de pair.

Cette attitude de l'Etat se trouve confortée par les motivations des individus, de nature idéologique et socio-économique. Concernant la représentation de l'enfant, toute naissance est perçue comme positive du fait de la conception de la personne humaine qui amène à supposer que l'enfant est porteur de l'âme d'un membre de la communauté des ancêtres. Cette conception, qui est une survivance des croyances anciennes, fait de la limitation des naissances un sujet presque tabou. Du point de vue socio-économique, il faut mentionner comme facteurs d'une forte demande d'enfants, le travail que les enfants effectuent pour leurs parents, la sécurité qu'ils sont censés leur apporter durant leurs vieux jours, et le prestige social que confère une descendance nombreuse.

On pourrait ajouter à cette liste de facteurs explicatifs du maintien de l'attitude populationniste en Côte d'Ivoire, l'appartenance à l'aire coloniale française. Non seulement la France avait légué à ses colonies sa législation nataliste mais surtout elle a eu tendance à adopter une position nuancée lors des conférences internationales sur la population et le développement³.

Au total, le maintien de la position populationniste en Côte d'Ivoire ne relève pas uniquement de raisons d'ordre économique et matériel, mais elles sont aussi de nature culturelle et religieuse. Cette variété de facteurs à l'origine de l'attitude populationniste explique pourquoi l'amélioration des connaissances sur les relations entre la croissance rapide de la population et le développement économique et social, d'une part⁴, et la crise économique et les conséquences des programmes d'ajustement structurel en cours depuis le début des années 1980, d'autre part, n'ont pu entamer complètement la position des autorités politiques.

³ A Bucarest en 1974 par exemple, le délégué français (M. Michel Durafour, Ministre du Travail et de la Population) soutenait une position intermédiaire entre les pays (Etats-Unis, Inde, Indonésie, Bangladesh...) qui préconisaient l'implantation des programmes de planification familiale et ceux (Algérie et Argentine notamment) qui pensaient que le développement était le meilleur contraceptif (voir par exemple la relation faite en Côte d'Ivoire par le quotidien *Fraternité Matin* du 22 août 1974).

⁴ Dans les années 1980, les connaissances s'étaient améliorées sensiblement grâce à la disponibilité des résultats de différentes opérations de collecte de données (recensements de la population en 1975 et 1988, enquête de fécondité de 1980-1981...) et à de nombreux colloques.

Un tournant idéologique sous contraintes : de la déclaration de politique de développement des ressources humaines de 1991 à la politique nationale de population de 1997

La politique de développement des ressources humaines a constitué l'un des volets essentiels du programme d'ajustement structurel (PAS) de la période 1991-1993⁵ tout en traduisant le changement d'attitude du gouvernement vis-à-vis des questions démographiques (Zanou, 1994). La déclaration adoptée par le gouvernement à ce sujet indiquait que la politique de développement des ressources humaines consistera à mettre en œuvre une véritable politique démographique orientée vers un développement durable (République de Côte d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991).

La pression des institutions internationales et la nécessité de diminuer les dépenses d'investissement de l'État très endetté expliquent pourquoi, malgré le maintien d'une densité faible de la population en comparaison de celle d'autres pays, et la persistance des considérations relatives aux conceptions de l'enfant, les discours des autorités ivoiriennes ont pris subitement des accents néomalthusiens. En outre, en dehors des programmes de gestion et de valorisation des ressources humaines préconisés par la Banque mondiale, une conjonction de facteurs internes et externes incitait également à ce tournant en matière de politique démographique.

Au niveau national, les plaidoyers de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF)⁶, les séminaires et colloques sur la population, l'accumulation de connaissances sur les données et les projections démographiques ont influencé les perceptions des officiels sur les questions de population. Les perspectives de population présentaient en effet un futur inquiétant pour les responsables politiques, de par la rapidité de la croissance envisagée. On avait annoncé 20 millions d'habitants pour l'an 2000 (*Fraternité Matin*, 24 août 1988), mais près de 4 millions manqueront à l'appel lors du recensement de 1998 puisque seulement 15,4 millions d'habitants y seront dénombrés ; d'autres sources, élaborées après le changement de position du gouvernement, prédisaient 23 millions en 2008 et 52 millions en 2028 et étaient reprises dans les discours politiques d'alors⁷.

⁵ Cette phase du PAS en Côte d'Ivoire comportait trois programmes : le programme d'ajustement du secteur financier (PASFI), le programme d'ajustement de la compétitivité (PASCO) et le programme de développement des ressources humaines (PDRH).

⁶ Citons par exemple le séminaire à l'intention des parlementaires sur « Santé, population et développement à Abidjan en novembre 1987. Ce même thème a été utilisé pour animer plusieurs autres séminaires dont la conférence départementale à l'intention des leaders communautaires à Bouaké le 18 janvier 1990.

⁷ Voir par exemple à ce sujet le discours du président de l'Assemblée nationale du 6 octobre 1993.

Au niveau régional, les conférences africaines de population (Accra 1971 ; Arusha 1984 ; Dakar/N'gor 1992) ont favorisé et consolidé les nouvelles compréhensions des problèmes de population. De plus, la constitution de groupes d'intérêt, comme le Conseil des parlementaires africains sur la population et le développement, créé en 1986, a accéléré l'évolution des perceptions des autorités concernant les problèmes démographiques. Au niveau mondial, les institutions internationales ont également contribué au revirement des positions des gouvernements comme celui de la Côte d'Ivoire, à travers notamment les conférences mondiales de population organisées par les Nations unies. La Côte d'Ivoire, absente à Bucarest, y fut représentée pour la première fois en 1984, à Mexico, par son ambassadeur au Mexique. La participation ivoirienne d'abord timide sera plus déterminée en 1994, au Caire, après le changement de position, puisque la délégation ivoirienne, conduite par le ministre de la Culture, comprenait une douzaine de hauts cadres de l'administration et des associations et cinq représentants de la presse.

La Conférence du Caire a conforté les nouvelles positions des autorités ivoiriennes dans la mesure où le programme d'action adopté lors de la conférence insiste sur la nécessité d'incorporer l'approche de la santé de la reproduction dans les politiques et programmes de développement économique et social avec des thèmes qui rejoignent les préoccupations du gouvernement. Rappelons en effet que cette approche, légitimée grâce au mouvement féministe, s'articule autour de trois concepts de base (les soins de santé en matière de reproduction, les droits reproductifs, le renforcement du pouvoir de la femme) et a des implications majeures, notamment la réorientation des politiques de population privilégiant la croissance de la population et ses conséquences économiques et sociales vers une perspective centrée sur la santé, le bien-être et la satisfaction des intentions reproductives individuelles.

En définitive, la politique de développement des ressources humaines de la Banque mondiale n'a fait qu'accélérer le changement de perception des autorités ivoiriennes concernant les problèmes de population au début des années 1990. La dégradation de la situation socio-économique, les interventions des institutions spécialisées des Nations unies et de l'AIBEF portaient en elles les germes de ce changement.

Cette politique de valorisation des ressources humaines a débouché sur l'adoption, en mars 1997, d'une déclaration de politique nationale de population (DPNP), plus orientée vers un développement durable (République de Côte d'Ivoire, Ministère délégué auprès du premier Ministre chargé du Plan et du développement industriel, 1997). La Côte d'Ivoire se retrouvait alors dans la même situation que bon nombre de pays avec lesquels elle a en partage la langue française, la majorité de ceux-ci n'ayant défini leur politique de population que récemment, dans le courant de la décennie quatre-vingt-dix. Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNP, un Programme national d'actions en matière de population (PNA) couvrant la période 2002-2006 a été adopté en mars 2002 (République de Côte d'Ivoire, Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification du Développement, 2002). Les questions de population qui y sont abordées sont celles retenues dans la DPNP.

La définition des objectifs et des grandes lignes d'action de la politique nationale de population (PNP) en Côte d'Ivoire est inspirée des principes et recommandations du plan mondial d'action sur la population qui, depuis Mexico en 1984, a préconisé l'approche de l'intégration des programmes de population dans les stratégies de développement économique et social (IPD). Son objectif général réside en « *l'amélioration du niveau de vie et du bien-être de la population par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi* » (République de Côte d'Ivoire, 1997).

Quant aux objectifs spécifiques de la politique nationale, ils relèvent de trois catégories : ceux qui concernent le mouvement démographique, ceux relatifs au contexte économique, social, culturel et environnemental, et ceux qui ont trait au renforcement des capacités de planification et de gestion des politiques et programmes de population.

Concernant la première catégorie, relative à l'objet de cet article, deux objectifs sont consacrés au mouvement démographique à l'échelle nationale : maîtriser la croissance naturelle de la population d'une part, sur lequel nous insisterons, et maîtriser la migration internationale d'autre part.

Les objectifs spécifiques consacrés à la croissance naturelle de la population n'ont pas été exprimés en terme de taux d'accroissement démographique mais plutôt au moyen des taux relatifs à la fécondité et à la mortalité. Ainsi, on attend une réduction de l'indice synthétique de fécondité de 5,7 enfants par femme en 1994 à 4,5 en 2005, d'une part, une baisse de moitié de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que de la morbidité et de la mortalité générales d'ici l'an 2015, d'autre part. Pour y parvenir, il est envisagé, entre autres lignes d'actions, de généraliser les programmes de planification familiale en vue d'accroître le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez l'ensemble des femmes de 5,7 % à 30 % d'ici 2015.

La première remarque que nous pouvons faire à ce stade concerne le rôle de la planification familiale. Si dans le passé, elle n'avait été admise que pour améliorer la santé des mères et des enfants, désormais son rôle s'étend à un objectif démographique. Il faut remarquer ensuite le caractère ambitieux de l'objectif retenu : le niveau de la prévalence contraceptive attendu est comparable à ceux atteints actuellement par les pays comme le Kenya (31 %) et le Botswana (32 %), ce qui revient à un développement accéléré de programmes en une vingtaine d'années. Qu'on se souvienne ici que la prévalence contraceptive au Ghana, qui dispose d'un programme depuis 1969, est de 20 % et que celle du Togo, qui mène des activités depuis 1975, s'établit à 14 %. C'est dire que, pour atteindre l'objectif retenu, la Côte d'Ivoire devra mettre en œuvre d'importants moyens⁸.

⁸ Pour plus de commentaires sur les objectifs de la politique nationale de population et les structures de gestion, on pourra consulter Vimard *et al.*, 2001.

La constitution progressive d'une offre de planification familiale

Des mesures générales en faveur de la santé des populations...

La politique sanitaire adoptée après l'accès à l'indépendance, le 7 août 1960, a conduit à une restructuration des conditions de fonctionnement de la médecine et à la mise en œuvre de nombreux programmes. En effet, la priorité fut donnée à la médecine préventive, à l'hygiène sociale et à l'éducation sanitaire du public, primauté qui permit de s'adresser aussi bien aux personnes saines qu'aux malades et qui fut favorable à la santé des mères et des enfants en ce qu'elle avait pour objet l'hygiène villageoise, la prévention des maladies infectieuses, la nutrition, la surveillance des femmes enceintes, la vaccination de masse, l'hygiène individuelle et collective.

Pour exécuter ces choix, les autorités sanitaires se sont appuyées à la fois sur des services fixes et mobiles. Quatre structures ont été particulièrement mises à contribution, à savoir : le service de Protection maternelle et infantile (PMI), l'Institut d'hygiène, les services des grandes endémies et, à partir de 1968, l'Institut national de la santé publique (INSP).

Cette organisation institutionnelle et les programmes développés ont permis de lutter efficacement contre une forte mortalité infanto-juvénile (201 décès avant un an pour mille naissances vivantes en 1958 à la veille de l'indépendance) résultant d'une variété de morbidité relative aux enfants (tétanos ombilical, rougeole, paludisme, poliomyélite, malnutrition, parasitoses, absence de vaccination, manque de soins appropriés et d'hygiène) ou à leurs mères (défaut de suivi et d'hygiène durant la grossesse, tuberculose, affections gynécologiques, tréponématose, parasitoses...). Certaines causes de décès telles que les maladies transmissibles (variole, fièvre jaune, rougeole) et les maladies parasitaires se sont ainsi trouvées mieux maîtrisées au début des années 1970. En conséquence, la mortalité infantile enregistre une baisse sensible aussi bien en milieu urbain (140 décès pour mille naissances vivantes en 1975 contre 175 pour mille en 1965) qu'en milieu rural (185 décès pour mille naissances vivantes contre 200 décès pour mille en 1965). Il existe, cependant, des inégalités entre les régions : Abidjan étant nettement privilégié, et le Nord et l'Ouest défavorisés par rapport à toutes les autres régions⁹.

Avec l'option résolument nataliste proposée par l'étude nationale prospective Côte d'Ivoire 2000 et adoptée par le plan quinquennal 1976-1980, l'orientation vers une

⁹ Les données sont extraites de : République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980*, volume III.

médecine préventive, l'hygiène sociale et l'éducation sanitaire¹⁰, en vigueur depuis les années 1960, se trouve consolidée en s'inspirant notamment de l'approche des soins de santé primaires préconisée par la communauté internationale dans les années 1970. Ainsi, le ministère de la Santé publique et de la population se réorganise au cours du quinquennat 1976-1980 et crée les bases de secteur de santé rurale¹¹. Celles-ci, reprenant les services des grandes endémies et de la médecine sociale, ont amélioré l'impact de la médecine de masse sur la population du milieu rural. Au début de l'année 1980, on comptait 20 bases de secteur de santé rurale.

Par ailleurs, des programmes spécifiques en matière de protection maternelle et infantile ont été mis en place. Citons par exemple le programme élargi de vaccination (PEV) visant à vacciner les enfants contre les maladies transmissibles les plus graves et les femmes enceintes contre le tétanos, d'une part, et le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques qui a comme but la réduction de la mortalité infanto-juvénile, d'autre part. On assiste également à l'augmentation de l'effectif des sages-femmes (1 260 en 1988 contre 781 en 1981, soit une sage-femme pour 3 932 femmes en âge de procréer contre une sage-femme pour 4 872).

Frappé de plein fouet par la crise économique des années 1980, ce système de santé s'est efforcé de maintenir des services acceptables en s'appuyant sur les financements extérieurs et sur le recouvrement des coûts des prestations de santé.

L'orientation de la politique sanitaire adoptée, vers la médecine préventive en conjonction avec la stratégie des soins de santé primaires préconisée depuis Alma Ata en 1978, a été le facteur clef qui a permis à la planification familiale à but sanitaire d'avoir droit de cité en Côte d'Ivoire. La modification des lois sur les méthodes de régulation des naissances au début des années 1980 participe de la volonté d'assurer aux femmes et aux enfants une meilleure santé. Auparavant, la loi française du 31 juillet 1920, visant à lutter contre la dénatalité en France au sortir de la guerre, héritée de la colonisation, interdisait en Côte d'Ivoire l'avortement ainsi que la publicité, l'importation et la vente de produits contraceptifs, ce qui avait fortement restreint l'accès aux méthodes de régulation des naissances. L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981, instituant le nouveau code pénal, abroge la loi du 31 juillet 1920 (Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire, 4 janvier 1982). L'accès aux méthodes réversibles est ainsi libéralisé tandis que de

¹⁰ Il faut noter que si la priorité a été accordée à la médecine préventive, la médecine curative n'a pas été délaissée. Ainsi, on a pu assister à un accroissement de l'infrastructure sanitaire notamment à Abidjan et dans certains chefs-lieux de région comme Bouaké, Abengourou, Korhogo, Yamoussoukro, Daloa...

¹¹ « Au niveau du département ou d'un ensemble de départements, une base de (secteur de) santé rurale est une formation sanitaire polyvalente chargée d'assurer dans son ressort géographique des activités de dépistage, de prévention, de traitement et d'éducation en soutien aux formations rurales existantes par des services spécialisés. Elle assure des soins de santé de masse auprès de l'ensemble de la population par des moyens fixes et mobiles. Elle exerce la supervision technique de l'ensemble des formations rurales de son ressort et gère les moyens de celles-ci. Elle est placée sous l'autorité d'un médecin-chef... (article 6 du décret n° 91-814 du 11 décembre 1991 portant classification des établissements sanitaires et sociaux).

nouvelles lois sont mises en place qui assouplissent quelque peu les anciennes lois sur l'avortement¹². Par contre, la stérilisation demeure interdite¹³.

... mais une faible implication du secteur public envers la planification familiale

Les méthodes réversibles les plus courantes comme la pilule, l'injectable, le stérilet et le préservatif resteront, cependant, autorisées sans soutien direct de l'Etat jusqu'à la fin de la décennie 1980. Les pays voisins comme le Ghana et le Mali et les pays pionniers comme le Kenya ont à cet égard une avance notable sur la Côte d'Ivoire puisqu'ils accordent un soutien direct à la dissémination des méthodes contraceptives depuis les années 1970.

Mais, compte tenu du populationnisme des autorités, aucun programme de planification familiale n'est instauré en Côte d'Ivoire à cette époque. Néanmoins, le secteur public et surtout le secteur privé ont lancé quelques activités en matière de planification familiale.

L'implication du secteur public sera limitée en effet à la diffusion de l'information sur la planification familiale, notamment dans le cadre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF) développé dans les institutions d'éducation féminine. Dans ces conditions, l'attention accordée par la Côte d'Ivoire au mot d'ordre du plan d'action mondial de la population, préconisant que de 1974 à 1985 « *toute personne désirant avoir des renseignements sur le contrôle des naissances et se procurer les moyens nécessaires, sera à même de le faire à l'aide des services publics* », est restée dans un premier temps très faible.

Contrairement au secteur public, le secteur privé a mis l'accent à la fois sur l'information et sur la diffusion des méthodes de régulation des naissances. Ce secteur a été dominé par l'AIBEF. Créée en septembre 1979, cette association n'est devenue opérationnelle qu'en 1986 avec l'ouverture de ses premières cliniques à Abidjan (Bamsié et Kouamé, 1992). En 1989, l'association disposait de trois cliniques. Elle avait pu organiser également des projections de films, des conférences et des séminaires dont celui à l'intention des parlementaires sur « Santé, population et développement » à Abidjan en novembre 1987. D'autres acteurs, comme le mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROVIFA) et Pathfinder, ont eu des actions plutôt marginales. Vers la fin des années 1980, ces intervenants du secteur privé ont collaboré avec le ministère de la Promotion de la femme pour la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF).

¹² Concernant l'avortement, on est passé de l'illégalité à la catégorie des lois à caractère très restrictif, qui n'autorisent l'avortement que pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Sa pratique effective est soumise à une condition supplémentaire : deux médecins, en dehors du médecin traitant, doivent confirmer que cet avortement est nécessaire pour sauvegarder la vie de la mère menacée. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives (articles 366 à 369 du code pénal).

¹³ L'article 343 du code pénal précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort.

L'approche clinique¹⁴ a été la stratégie d'activité dominante au cours de ces années 1980, comme il est fréquent dans une phase de démarrage des activités dans les contextes socioculturels très peu favorables à la planification familiale.

Signalons, pour terminer sur ce plan, que ces activités n'étaient tolérées que dans un but sanitaire. Du point de vue des autorités en effet, la planification des naissances en Côte d'Ivoire est, selon le ministre de la Promotion de la femme : « *synonyme d'espacement des naissances, dans le seul but de préserver la santé de la mère et de l'enfant au sens où l'entend l'OMS, c'est-à-dire un état général de bien-être physique, social et psychique qui va sauvegarder l'équilibre familial et assurer à la jeunesse des moyens naturels de protection* » (discours d'ouverture au séminaire sur « Approches aux programmes d'espacement des naissances », janvier 1989).

Certaines personnes, qui s'étaient écartées de cette ligne, s'étaient vues rappeler à l'ordre. Ce fut le cas par exemple, lors du séminaire sur « Population et développement en Côte d'Ivoire » à Abidjan en 1982 (Zanou, 1994) et, aussi, après le discours sur la planification familiale prononcé par le Président de l'AIBEF au Centre pilote de Port-Bouët (commune d'Abidjan) à l'intention des jeunes de cette commune le 18 août 1988¹⁵.

Aussi, en définitive, la disponibilité de la planification familiale reste-t-elle très limitée à la fin des années 1980, même s'il y a eu une avancée notable en comparaison des décennies précédentes.

De la mise en place des premiers services publics de planification familiale...

La déclaration de politique de développement des ressources humaines (DPDRH) en juin 1991, qui constitue le premier repère concret du changement d'attitude et de politique démographiques, envisage dans ce cadre la planification familiale dans son double rôle sanitaire et démographique, contrairement aux années 1980 durant lesquelles seul le rôle sanitaire avait été mis en avant.

¹⁴ Dans l'approche clinique, la population cible du programme est constituée par les couples qui expriment une demande de planification familiale, et la distribution des méthodes s'effectue exclusivement dans les cliniques consacrées à la planification familiale (voir par exemple à ce sujet, United Nations, 1985).

¹⁵ Suite au compte rendu fait par le quotidien *Fraternité matin* dans sa livraison du 24 août 1988, le ministre de la Santé, sur instruction du président de la République, a fait un rappel à l'ordre au président de l'AIBEF (le professeur Samba Diarra) et fait annuler une conférence programmée à l'intention des membres du Conseil économique et social (source : entretien avec le professeur Samba Diarra, mars 1999).

Les premières bases d'un cadre de référence cohérent relatif aux activités de planification familiale en Côte d'Ivoire ont été posées par le séminaire national sur « la planification familiale », à Grand Bassam en avril 1991. Ce séminaire a permis de dégager trois grands objectifs de politique de planification familiale :

- promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses à risques et l'espacement des naissances ;
- prévenir la stérilité par le dépistage, le traitement des MST et l'infécondité ;
- contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances (Bamsié et Kouamé, 1992).

Un premier programme pilote de planification familiale fut initié sur cette base en 1992, dans le département d'Aboisso dans le sud-est du pays, avec l'appui du FNUAP.

Puis, l'adoption du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-16 septembre 1994), ratifié par la Côte d'Ivoire, a accéléré l'évolution amorcée depuis le début de la décennie. Celle-ci s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan de santé reproductive et de planification familiale, la création d'instances nationales pour impulser les différentes actions en la matière et la mise en œuvre de programmes pilotes à Bondoukou, Bouaflé et Tanda.

Depuis 1999, la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique de santé de la reproduction et de planification familiale auquel les différentes organisations offrant des services, qu'elles soient étatiques, para-étatiques ou privées, sont censées se conformer. Ce document constitue la référence en la matière dans la mesure où il « *définit les objectifs, les stratégies et les activités complémentaires à développer pour l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre plus global de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction* » (République de Côte d'Ivoire, 1999).

Cette évolution s'est accompagnée d'une certaine instabilité de l'instance centrale chargée de la Coordination des programmes. En novembre 1991, fût créé le Bureau national de coordination de la planification familiale (BNCPF) au cabinet du ministre de la Santé et de la protection sociale. Son rôle était de définir les politiques, normes et standards en matière de prestation de services de planification familiale, d'assurer la coordination des activités de tous les intervenants dans le domaine au niveau national, de servir d'intermédiaire entre les intervenants et le ministère. En mars 1993, la direction de la Population et du développement social (DPDS) au ministère de la Santé publique prit la relève et, en mars 1996, c'est à la direction exécutive du Programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale (DEPNRPF) qu'a échu ce rôle¹⁶. Ainsi, ce sont trois équipes de direction qui se sont succédé, en moins de dix ans, à la tête de la structure centrale de gestion de la politique de planification familiale en Côte d'Ivoire.

¹⁶ Depuis 2000, cette direction est appelée de fait, sans que ce changement se soit traduit par une décision réglementaire, direction de la Coordination du programme national de santé de la reproduction et de la planification familiale, ce qui donne une idée plus précise de sa mission exacte.

Cette instabilité de l'instance centrale de coordination, qui se conjugue avec la faible information sur le plan directeur de la santé de la reproduction, ne permet pas d'assurer la complémentarité des actions du secteur public, du privé, des institutions communautaires et des partenaires au développement et la synergie de leurs différentes interventions. Tout ceci est préjudiciable aux performances des activités de planification familiale tant dans leurs dimensions quantitatives que qualitatives.

Malgré ces contraintes, la mobilisation de plusieurs acteurs, du public comme du privé, des communautés bénéficiaires et des partenaires au développement est réelle. Ceci a favorisé le démarrage de plusieurs projets inscrivant les soins de la santé en matière de reproduction dans leurs objectifs. En terme de résultats, on dénombre en 2000 près de 230 centres de planification familiale. Mais ces centres sont répartis de façon inégale selon les régions. Quatre groupes de régions peuvent être distingués.

Le premier, le plus favorisé, est composé de la région des Lagunes, notamment la ville d'Abidjan, et de la région du Sud Comoé. À Abidjan, l'AIBEF compte quatre centres de prestation de services et un programme de distribution à base communautaire à Yopougon ; le ministère dispose de cinq centres dont trois sont gérés par l'AIBEF. En dehors de ces centres, qui disposent d'une gamme variée de méthodes, il faut noter les points de distribution de préservatif approvisionnés quasi exclusivement par PSI et ECODEV. Dans la région du sud Comoé, qui abrite le projet pilote de planification familiale soutenu par le FNUAP, on compte une trentaine de points de prestation de services de planification familiale disposant d'une gamme variée de méthodes.

Le second groupe de régions, moyennement doté, compte également deux régions : celle de la Vallée du Bandama et celle des Savanes. Il s'agit de régions où existent au moins 3 centres disposant d'une gamme complète de méthodes, desservies surtout par l'AIBEF, soit pour son propre compte soit, moins fréquemment, pour celui du ministère de la Santé. L'AIBEF y développe la stratégie de distribution à base communautaire.

Dans le troisième groupe, comptant 9 régions (Moyen Comoé, Lacs, Sud Bandama, Haut Sassandra, Marahoué, 18 Montagnes, Denguélé, Zanzan, Bas Sassandra), la présence des points de prestation de services de planification familiale est plutôt rare.

Dans le quatrième groupe, composé de 6 régions (Agneby, Fromager, Moyen Cavaly, Worodougou, Bafing, N'zi Comoé), aucun centre n'est signalé.

Les données disponibles révèlent que certains centres de planification familiale ouverts par le ministère de la Santé il y a quelques années ont dû abandonner cette activité. C'est le cas de la région du Fromager qui disposait de trois centres en 1993 mais n'en comptait plus aucun en 1997, et de la région des Savanes où 7 centres du ministère, enregistrés en 1993, ne sont plus signalés en 1999.

Les écarts entre les régions ne sont pas dus uniquement à un manque d'intérêt des responsables des activités de la planification familiale pour certaines régions ; parfois l'effort déployé est contrarié par le dysfonctionnement des services de santé ou par la faible adhésion des populations qui menacent la pérennité des activités.

... à l'amélioration progressive des droits reproductifs

L'émergence très progressive d'activités de planification familiale en Côte d'Ivoire s'est développée dans un cadre plus général d'amélioration des droits reproductifs et du renforcement du pouvoir des femmes en matière de procréation, deux dimensions de la santé de la reproduction qui influencent aussi bien l'offre que la demande de planification familiale. Dans ces domaines, la Côte d'Ivoire a, aujourd'hui, des acquis significatifs (tableau 1).

Signalons tout d'abord que la filiation de type matrilineaire, qui concerne un peu plus de la moitié de la population ivoirienne en 1998, est favorable à l'autonomie des femmes. Ensuite, la modification des règles matrimoniales, adoptée en 1964, de même que la libéralisation, en 1982, de l'accès aux méthodes contraceptives réversibles, a permis une amélioration de l'autonomie des femmes. Par contre, les lois sur l'avortement et la stérilisation sont demeurées très restrictives comme on l'a signalé, et les avis actuels divergent quant à leur assouplissement.

Tableau 1 – Quelques acquis en matière de droits reproductifs, classés par ordre chronologique

Domaines	Acquis
Régime matrimonial	La loi 64 375 relative au mariage fixe l'âge minimum légal au premier mariage à 18 ans révolus pour la femme et à 20 ans révolus pour l'homme ; elle rend obligatoire le consentement personnel de chacun des futurs époux à leur mariage et interdit la polygamie et le versement d'une compensation matrimoniale, 1964.
Accès à la contraception	L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981 libéralise l'accès aux méthodes courantes de contraception.
Accès à la stérilisation	L'article 343 du code pénal de 1982 précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort*.
Accès à l'avortement	L'avortement est régi par les articles 366 à 369 du code pénal de 1982. L'avortement thérapeutique est autorisé pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives.
Violence sexuelle	Le viol est réprimé par l'article 354 du code pénal de 1982. Loi n° 98/757 du 23 décembre 1998 réprimant les mutilations sexuelles assimilées à une forme de violence à l'égard des femmes. Loi n° 98/756 du 23 novembre 1998 réprimant le harcèlement sexuel, le travail forcé et l'union précoce ou forcée.
Exclusion	Ratification de la convention des Nations unies visant à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1995.

* Mais, dans la nouvelle constitution, adoptée par référendum en 2000, la peine de mort a été abolie.

En outre, depuis la dernière décennie, aucune forme d'exclusion à l'égard des femmes n'est autorisée puisque la Côte d'Ivoire a ratifié la convention des Nations Unies visant à l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.

Aujourd'hui, certains droits reproductifs se trouvent inscrits dans la nouvelle constitution : l'État doit assurer à tous les citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi (article 7) ; les mutilations et toutes les formes d'avilissement de l'être humain sont interdites et punies par la loi (article 3).

De même l'égalité entre les sexes se trouve affirmée dans l'article 17 : « *Toute personne a le droit de choisir librement sa profession ou son emploi. L'accès aux emplois publics ou privés est égal à tous. Est prohibée toute discrimination dans l'accès ou l'exercice des emplois fondée sur le sexe, les opinions politiques, religieuses ou philosophiques.* »

Le Ministère consacré aux problèmes des femmes, créé depuis 1977, le Plan national d'action pour la femme, la constitution de sections féminines dans les partis politiques, ainsi que l'essor des ONG féminines¹⁷ au cours de la dernière décennie devraient permettre de renforcer les acquis en matière de droits reproductifs et de pouvoir des femmes, et d'améliorer la transposition dans la réalité des textes juridiques adoptés. La politique actuelle de la Côte d'Ivoire a tendance à encourager davantage la mise en application des droits reproductifs déjà reconnus qu'à en susciter de nouveaux, nouveaux droits qui sont souvent considérés comme des répliques d'exemples tirés de contextes culturels différents. L'accès à la scolarisation et à l'alphabétisation constitue, pour les autorités, le meilleur gage de progrès – ainsi que le suggère le slogan mobilisateur « l'homme qui ne sait pas lire est comme un aveugle dans la forêt » lancé au début de l'indépendance en 1960 –, et est jugé suffisant pour permettre aux femmes de maîtriser leur santé et leur fécondité, et d'accéder aux postes de décisions.

Cette recherche d'une meilleure traduction dans les faits de la législation a toute son importance dans un pays comme la Côte d'Ivoire où, comme dans beaucoup de pays en développement, il existe un décalage entre les lois récemment adoptées et les pratiques en vigueur. On note ainsi la persistance de nombreuses inégalités entre hommes et femmes. Celles-ci concernent en tout premier l'éducation. Si l'analphabétisme des

¹⁷ On peut citer notamment l'AID-Afrique (Association Internationale pour la Démocratie en Afrique), l'AFJCI (Association des Femmes Juristes) qui lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, l'AIDF (Association ivoirienne pour la défense des droits de la femme), la MIFED (Mouvement International des Femmes Démocrates) qui lutte pour l'amélioration des conditions de vie de la femme dans la perspective d'une société démocratique, le CODDEF (Collectif des Femmes pour la Défense des Droits de la Femme et de l'Enfant). On pourrait ajouter à cette liste le Comité National de Lutte contre les violences faites aux femmes qui est une structure rattachée au cabinet du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant. Créée en 2000, cette structure, de type interministérielle, est composée des représentants des Ministères de la Santé, de la Justice, de la Sécurité, de l'Éducation nationale, de l'Agriculture, de la Primature, des Organisations Internationales et des ONG intervenant dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes. Elle est chargée d'assister le ministère dans la définition des programmes et des actions à conduire pour réduire les inégalités sociales. Ce comité mène des activités de suivi et de prise en charge de cas sur le terrain (écoute, visites à domicile, assistances, orientation...)

femmes adultes a reculé depuis les années 1960 (le taux d'alphabétisation étant passé de 5 % en 1970 à 30 % en 1995), l'instruction des femmes reste plus faible que celle des hommes, alphabétisés à 50 % en 1995, quel que soit le niveau : 35,3 % des hommes ont une instruction supérieure au primaire contre seulement 15,3 % des femmes.

Ces inégalités constituent l'une des causes des résultats médiocres de la Côte d'Ivoire en matière de santé de la reproduction, qui donnent la mesure de tout l'effort qui reste à accomplir. Le risque de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement demeure élevé puisque le taux de mortalité maternelle atteint 597 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1994. La couverture prénatale et obstétricale est insuffisante, si 85 % des femmes en grossesse bénéficient d'au moins une consultation prénatale durant les années 1990, seulement 35 % peuvent avoir 4 consultations ou plus, qui constituent la norme admise pour un suivi efficient, et seulement 47 % d'entre elles accouchent avec l'assistance d'une personne qualifiée (tableau 2).

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est encore élevée, même si elle a connu une baisse importante dans les années 1960 et 1970 avant un retournement récent de tendance (201 pour mille en 1960, 150 pour mille dans les années 1980, 181 pour mille en 1998-1999). Quant à la couverture vaccinale, elle est plutôt moyenne, malgré les progrès durant la décennie 1990 : la proportion des enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu tous les antigènes prescrits par le programme élargi de vaccination (PEV) est passée de 41 % en 1994 à 51 % en 1998-1999 (tableau 2).

Tableau 2 – Quelques indicateurs du niveau de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, de 1960 à 1999

Indicateurs	1960	EIF 1980-1981	EDS 1994	EDS 1998-1999
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	597	-
Couverture prénatale (au moins 1 visite, en %)	-	-	83,2	85,4
Naissances avec assistance de personnel qualifié (en %)	-	-	45,4	47,1
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000)	201	150	149,5	181
Vaccination des enfants de 12-23 mois (en %) :				
- BCG	-	-	73,8	83,7
- DTCoq3	-	-	51,4	60,9
- Rougeole	-	-	53,1	66,2
- Polio 3	-	-	51,4	60,6
- toutes	-	-	4,5	50,7

Sources : 1960 et 1980-1981 : direction de la Statistique, 1984 ; 1994 : N'Cho *et al.* 1995 ; 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

Les statistiques sur les violences sexuelles (viol, rapt, inceste, excision, sévices...) sont difficiles à obtenir, voire inexistantes, sauf en ce qui concerne l'excision pour laquelle les enquêtes démographiques et de santé ont collecté des données précieuses. Cette pratique a une ampleur élevée¹⁸, bien qu'elle soit essentiellement circonscrite à quelques groupes ethniques. Dans la population totale, en 1998-99, 44,5 % de femmes ont subi une excision, et toutes les classes d'âges sont concernées. Dans 93 % des cas, l'intervention a été réalisée par une accoucheuse traditionnelle, une vieille femme ou une exciseuse. Le personnel médical est intervenu dans moins de 1 % des cas. Les conséquences pour la santé sont nombreuses. Outre les complications immédiates (douleur aiguë, hémorragie...), ces mutilations sexuelles peuvent entraîner des kystes, des lésions du canal urinaire, des troubles du comportement (OMS, 1997).

Le décalage entre les lois et règlements adoptés et les pratiques en vigueur se rencontre également en matière d'accès à la contraception des femmes mariées, ce qui freine les progrès de la planification familiale et des droits reproductifs des femmes. Ainsi, si dans les textes, l'autorisation du conjoint n'est pas exigée pour obtenir un moyen contraceptif, dans les faits, le personnel de santé demande que la femme vienne avec son mari ou qu'elle apporte une pièce d'état civil de celui-ci comme preuve de son accord. Le personnel de santé se livrait à ce type de pratique en réaction aux nombreuses plaintes des époux pour la délivrance de contraceptif sans leur accord. Et, aujourd'hui, ce sont les responsables du programme national de planification familiale eux-mêmes qui recommandent aux prestataires de service d'obtenir l'accord des conjoints. Cette contrainte ne permet pas aux femmes d'acquérir une pleine autonomie dans le contrôle de leurs naissances, d'autant plus que dans ce domaine, leur pouvoir de négociation est souvent réduit, notamment en milieu rural. Dans ce milieu tout particulièrement, les prérogatives masculines prédominent largement et la concertation entre les époux est peu fréquente en matière de taille de la descendance. Les hommes considèrent qu'ils doivent être les seuls à décider puisqu'ils assurent l'essentiel des dépenses relatives à l'entretien et à l'éducation des enfants, leur pouvoir dans le contrôle de la reproduction découlant de leur rôle prééminent dans l'économie agricole commerciale (Adjamagbo et Guillaume, 2001).

En définitive, ces données indiquent que, malgré les interventions mises en œuvre durant les décennies précédentes, de nombreuses difficultés subsistent dans les différents aspects de la santé de la reproduction¹⁹.

¹⁸ Les données sont extraites de INS et ORC Macro, 2001.

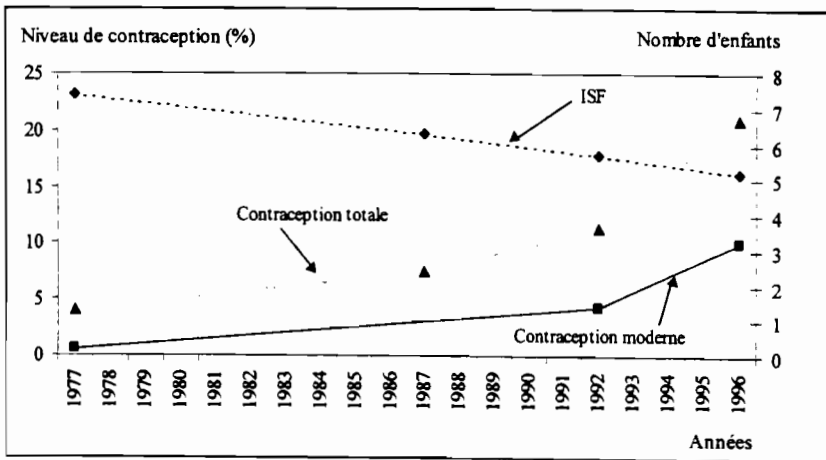
¹⁹ Pour une lecture plus complète des résultats de la Côte d'Ivoire en matière de santé reproductive, on pourra se reporter à Anoh, 2002.

Baisse de la fécondité et évolution de son contrôle : l'émergence de la contraception

Le début de la baisse de la fécondité

En Côte d'Ivoire, l'indice synthétique de fécondité passe de 7,4 enfants par femme pour en 1975-1979 à 6,3 en 1987-1988, 5,7 en 1989-1994 et 5,2 en 1994-1999²⁰ (figure 1). On observe ainsi une diminution constante de la fécondité de la période la plus ancienne – marquée par une forte fécondité, supérieure à plus de 7 enfants par femme – à la période la plus récente. Cette baisse de l'indice synthétique de fécondité est confirmée par la diminution des taux de fécondité par âge, calculés par période de cinq années, jusqu'en 1998-99, date de la dernière mesure de ce type, pour les femmes mariées comme pour l'ensemble des femmes (INS et ORC Macro, 2001).

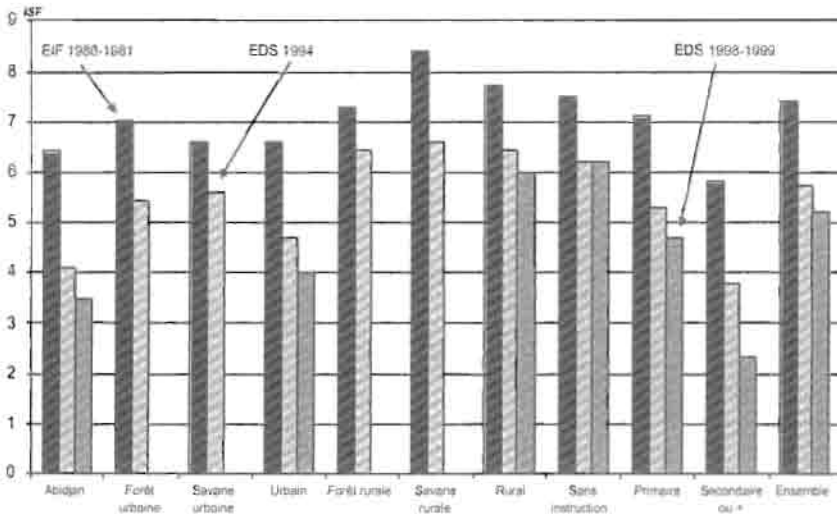
Figure 1– Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive selon la période, 1975-1999



²⁰ La première mesure procède de l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF ; Direction de la Statistique, 1984). La deuxième concerne la donnée observée (6,3) du recensement général de la population et de l'habitat de 1988, qui nous paraît plus pertinente que l'indice ajusté de 6,8 (RGPH ; Abbas, 1992). Les deux dernières mesures ont été effectuées lors des enquêtes démographiques et de santé de Côte d'Ivoire de 1994 (EDSCI-I ; Nch'o *et al.*, 1995) et de 1998-1999 (EDSCI-II ; INS et ORC Macro, 2001), qui représentent les sources les plus récentes de données sur la population à l'échelle nationale. Dans la suite du texte nous utiliserons le sigle EDS, complété du rang ou de l'année, pour désigner ces enquêtes.

Le différentiel de fécondité entre les milieux de résidence et les niveaux d'instruction, déjà marqué à la fin des années 1970, s'accroît au fil du temps. Les indices synthétiques de fécondité varient, en 1975-1979, de 8,4 pour la savane rurale, milieu rural le plus traditionnel, à 6,4 pour Abidjan, la capitale économique, et de 7,5 pour les femmes sans instruction à 5,8 pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur (Direction de la Statistique, 1984). Ces écarts se creusent durant les décennies 1980 et 1990 dans la mesure où la baisse de la fécondité fut, d'une façon générale, plus forte dans les groupes où elle était la moins élevée, c'est-à-dire dans les groupes urbains et instruits, où la baisse est sans aucun doute antérieure à 1980 (figure 2). Pour la période 1989-1994, l'indice synthétique de fécondité varie de 4,1 pour Abidjan à 6,4 pour les femmes en milieu rural, et pour la période 1995-1999, de 3,4 à Abidjan à 6,0 en zone rurale. Par ailleurs, il se maintient à 6,2 pour les femmes sans instruction en 1989-1994 comme en 1995-1999, mais pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur, il diminue de 3,8 à 2,3 enfants par femme. La baisse de la fécondité du moment a été particulièrement forte durant les décennies 1980 et 1990 chez les femmes d'Abidjan (-3,0 enfants) et chez celles de niveau secondaire ou supérieur (-3,5 enfants). Durant la décennie 1990, la baisse de la fécondité a été aussi légèrement plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural (-0,7 contre -0,4 enfant)²¹.

Figure 2 – Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et l'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999



²¹ Dans notre analyse, nous suivons la stratification adoptée, depuis les années 1980, pour la constitution des plans de sondage et la publication des résultats par l'Institut national de la statistique. Celle-ci croise chacune des deux zones écologiques du pays, forêt, située au sud, et savane, située au nord, avec les milieux de résidence rural et urbain ; Abidjan constituant une strate à part.

Ce rôle de l'urbanisation et de la scolarisation sur la baisse de la fécondité est attesté par de nombreuses études (Muhuri *et al.*, 1994), comme par l'analyse de l'évolution récente de quelques pays d'Afrique subsaharienne comme le Cameroun, le Ghana, le Nigeria, le Kenya et le Sénégal (Vimard, 1996). On remarque en outre une baisse, plus faible mais non négligeable, chez les femmes sans instruction (-1,3 enfants par femme en 15 ans, avec une stabilité par la suite) et chez l'ensemble des femmes rurales (-1,3 enfants par femme en 15 ans, puis -0,4 enfant par femme en 5 ans).

Les femmes résidant en milieu urbain de Savane et celles vivant dans les zones forestières rurales représentent les deux groupes où la baisse de la fécondité a été la plus faible entre 1980 et 1994. Dans les villes de la région des Savanes, les femmes sont, en proportion notable, agricultrices ou épouses d'agriculteurs, membres de groupes sociaux restés encore très traditionnels dans leurs comportements de reproduction et qui doivent compter sur leurs enfants pour les aider dans leurs activités agricoles. Quant aux populations forestières, souvent immigrées d'autres régions et fréquemment d'origine étrangère, elles sont encore pour une part engagées dans le développement d'un front pionnier qui requiert également une main-d'œuvre familiale, même si, depuis la fin des années 1980, l'épuisement rapide des terres disponibles a tendance à restreindre les courants d'immigration et la dynamique démographique de ces populations (Adjamagbo *et al.* 1995 ; Balac, 2002).

L'intensité de la baisse de la fécondité du moment en Côte d'Ivoire, de 2,2 enfants en deux décennies (1980 et 1990), se situe globalement entre celle de plusieurs pays d'Afrique de l'Est, comme le Kenya où la baisse a été de 3,4 enfants durant la même période, et celle d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, comme le Sénégal qui a connu dans le même temps une baisse de 1,4 enfant.

Les progrès de la prévalence contraceptive

L'évolution à l'échelle nationale

Si en 1980-1981, juste avant sa libéralisation, la pratique de la contraception était restreinte à 0,6 % des femmes pour les méthodes modernes et à 3,2 % pour les méthodes traditionnelles, elle est nettement plus forte en 1994 où elle concerne respectivement 5,7 % des femmes pour les méthodes modernes et 10,8 % pour les méthodes traditionnelles, soit une multiplication par quatre de la prévalence contraceptive totale, de 3,8 % à 16,5 %. En 1998-1999, cette progression de la pratique contraceptive se confirme : la prévalence est de 20,7 % pour l'ensemble des méthodes, soit plus de 5 fois celle de 1980-1981, 9,8 % des femmes utilisant une méthode moderne et 10,9 % une méthode traditionnelle (figure 1). Cette augmentation de la prévalence contraceptive concerne également les femmes mariées : de 11 % à 15 % pour l'ensemble des méthodes et de 4 % à 7,3 % pour les méthodes modernes entre 1994 et 1998-1999 (tableau 3 ; figure 3).

Environ 2,5 % des femmes déclaraient avoir utilisé, au moins une fois au cours de leur vie, une méthode moderne en 1980-1981 et elles sont près de 10 fois plus à le faire en 1994 (23,5 %) et près de 13 fois plus en 1998-1999 (32,6 %). L'utilisation des moyens de contraception, toutes méthodes confondues, est moins fréquente chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes (15 % contre 21 % en 1998-1999). Ceci est dû à la forte prévalence contraceptive chez les femmes sexuellement actives et qui ne sont pas en union : chez celles-ci, plus d'une femme sur deux emploie en 1998-99 un moyen quelconque de contraception (56 % exactement) dont 27 % un moyen moderne et 29 % un moyen traditionnel. Il en est de même chez les hommes, pour lesquels l'utilisation d'une méthode quelconque de contraception est plus forte pour l'ensemble des hommes que pour les hommes mariés (en 1998-1999, elle est de 32,9 % contre 27,5 %). Cette différence est due uniquement à l'écart dans l'utilisation de méthodes modernes qui est presque le double pour l'ensemble des hommes de ce qu'elle est pour les hommes mariés (21 % contre 13 % en 1998-1999) ; les méthodes traditionnelles étant pratiquées par 11 % des hommes mariés et 13 % de l'ensemble des hommes en 1998-1999 (Direction de la Statistique, 1984 ; N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001).

Figure 3 – Utilisation d'une méthode quelconque de contraception par les femmes en union selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999

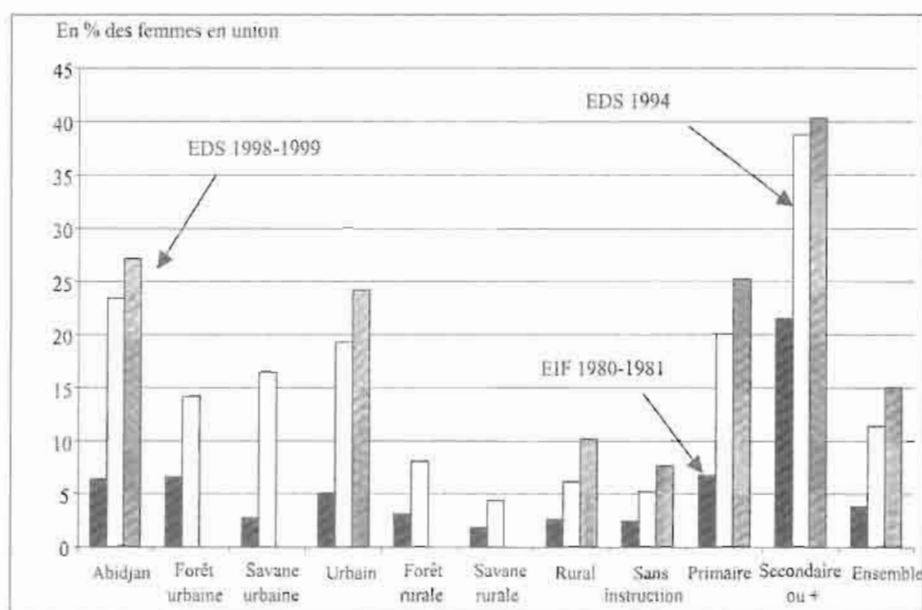


Tableau 3 – Connaissance et utilisation de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999

	EIF, 1980-1981			EDS, 1994				EDS, 1998-1999			
	Toutes les femmes		Femmes exposées	Femmes en union			Hommes en union	Femmes en union			Hommes en union
	Connaissance d'1 méthode quelconque	Utilisation au moins 1 fois d'1 méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode quelconque	Connaissance d'1 méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode moderne	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode moderne	Connaissance d'1 méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode moderne	Utilisation lors de l'enquête d'1 méthode moderne
Milieu de résidence											
Abidjan	77,1	56,2	6,4	91,2	23,4	9,6	12,5	96,1	27,1	11,6	21,0
Forêt urbaine	84,3	68,2	6,6	85,5	14,2	5,0	9,0	-	-	-	-
Savane urbaine	77,7	56,4	2,7	85,9	16,4	7,9	13,6	-	-	-	-
Ensemble urbain	81,5*	63,5*	5,1*	88,8	19,3	8,0	11,9	94,6	24,2	12,4	21,7
Forêt rurale	83,5	67,9	3,1	72,7	8,1	2,5	4,1	-	-	-	-
Savane rurale	83,1	71,2	1,8	51,7	4,4	1,6	4,9	-	-	-	-
Ensemble rural	83,4	69,0	2,6	65,9	6,1	2,2	4,4	86,2	10,2	4,6	8,1
Niveau d'instruction											
Aucun	80,9	66,5	2,4	64,9	5,2	2,2	2,3	83,7	7,7	4,4	3,4
Primaire	82,6	59,6	6,8	94,5	20,0	7,6	8,8	99,2	25,2	10,4	15,7
Secondaire et plus	90,6	64,3	21,5	98,8	38,7	13,2	15,8	100,0	40,3	19,6	25,4
Ensemble	81,8	65,4	3,8	74,2	11,4	4,3	7,1	89,1	15,0	7,3	13,1

Sources : EIF : Direction de la Statistique, 1984 ; EDS 1994 : N'Cho et al. 1995 ; EDS 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

*Autres villes qu'Abidjan. - : non communiqué

Si la connaissance des méthodes de contraception, toutes méthodes confondues, n'a guère évolué entre 1980-1981, date à laquelle elle concernait déjà plus de 80 % de l'ensemble des femmes, et 1994, elle s'est nettement améliorée ensuite, de 1994 à 1998-1999 puisqu'elle passe de 78 % à 92 % chez les femmes en union et de 90 % à 95 % chez les hommes en union. Par contre, la connaissance des méthodes modernes a beaucoup progressé puisqu'en 1980-1981 seulement 16 % des femmes connaissaient la pilule contre 62 % en 1994 et 77 % en 1998-1999, 11 % le préservatif contre 68 % en 1994 et 87 % en 1998-1999, et 8 % le stérilet contre 25 % en 1994 et 34 % en 1998-1999. Globalement la connaissance de méthodes modernes concerne, en 1994, 71,5 % de l'ensemble des femmes en union et 89 % en 1998-1999²². Cette progression de la connaissance des méthodes contraceptives ces dernières années est parallèle à une amélioration de la diffusion des messages sur la planification familiale dans les médias (radio, télévision, journaux, affiches...). Ainsi, dans les mois précédant l'enquête démographique et de santé de 1998-1999, ce sont 40 % des femmes qui ont été touchées par de tels messages à travers au moins l'un de ces supports, la radio (32 %) et la télévision (27 %) étant les médiateurs les plus efficaces en la matière, alors qu'elles ne touchaient ensemble que 14 % des femmes en 1994 (N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001).

Les données de l'EDS de 1998-99 révèlent des différences de connaissance des méthodes modernes selon le milieu de résidence (de 96 % à Abidjan à 86 % en milieu rural) et le niveau d'instruction (de 100 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure à 84 % pour les femmes sans instruction) qui recouvrent les écarts constatés dans l'utilisation (tableau 3), mais ces différences dans la connaissance sont nettement moindres qu'auparavant. Pour les catégories de femmes les plus engagées dans la pratique contraceptive, les récents progrès de l'utilisation des moyens contraceptifs correspondent à une amélioration des connaissances.

En 1998-1999, comme en 1994, les méthodes les plus utilisées par les femmes sont, pour les moyens modernes, la pilule (3,7 %) et le condom (4,4 %) et, pour les moyens traditionnels, la continence périodique (9,4 %). Quant à la pratique masculine, elle concerne essentiellement le condom (17,1 %) pour les méthodes modernes, et la continence périodique (9,9 %) pour les méthodes traditionnelles. Il convient de noter l'importance de l'utilisation des méthodes naturelles (continence périodique et retrait) qui, bien que moins efficaces que les méthodes modernes, sont fréquemment employées. Ces pratiques traduisent le réel désir de maîtrise de la fécondité de la part de la population, et l'on peut penser qu'avec un accès meilleur et moins coûteux à la planification familiale et le développement d'une meilleure acceptabilité des méthodes modernes par des campagnes d'IEC (information, éducation, communication), certaines des utilisatrices de moyens naturels recourraient à des méthodes plus efficaces.

Les écarts de niveau de fécondité entre les groupes de population se retrouvent dans la pratique contraceptive. L'utilisation des méthodes de planification des naissances est plus forte en milieu urbain, et tout particulièrement à Abidjan, qu'en milieu rural. Ainsi,

²² On ne possède pas de données globales sur les connaissances, toutes méthodes modernes confondues, en 1980-1981.

l'écart va de 6,9 % pour le milieu rural à 23,4 % à Abidjan en 1994, et de 10,2 % à 27,1 % pour les deux milieux en 1998-1999. Ces différences sont également accentuées pour les méthodes modernes, avec une utilisation qui concerne 2 % des femmes en 1994 et 4,6 % en 1998-1999 pour les zones rurales, contre respectivement 8 % et 12,4 % pour l'ensemble des villes, soit une prévalence près de trois fois plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les écarts selon le niveau d'instruction sont encore plus accusés : ainsi les femmes en union sans instruction ne sont que 5,2 % en 1994 et 7,7 % en 1998-1999 à utiliser une méthode contraceptive (2,2 % et 4,4 % utilisant respectivement un moyen moderne) ; au contraire les femmes d'instruction secondaire ou supérieure sont 38,7 % et 40,3 % à le faire (13,2 et 19,6 % utilisant une méthode moderne), soit un écart de 1 à 6. La contraception masculine moderne est près de 3 fois plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural et plus de 7 fois plus fréquente chez les hommes de niveau secondaire et supérieur que chez les hommes non scolarisés (tableau 3). La résidence urbaine et la scolarisation se révèlent des facteurs importants de la pratique contraceptive et, par conséquent, l'urbanisation et les progrès de la scolarisation devraient contribuer à la croissance de la contraception dans les années à venir.

En 1994, les utilisatrices de moyens modernes de contraception s'approvisionnent en majorité (53 %) auprès du secteur médical privé, et seulement pour un quart d'entre elles auprès du secteur public de santé, près de 18 % s'approvisionnant auprès du secteur privé non médical (boutique, bar, boîte de nuit, commerces informels, connaissances...). En 1998-1999, 5 ans après, la part du secteur médical privé a nettement diminué (35,8 %), au profit du secteur public de santé (30,8 %) et surtout du secteur privé non médical (32,2 %) dont l'importance dans l'approvisionnement a presque doublé (tableau 4). Ainsi, les poids respectifs des différents secteurs se sont nettement rapprochés durant la décennie 1990.

Tableau 4 – Sources d'approvisionnement des moyens de contraception modernes en 1994 et 1998-1999

	1994		1998-1999	
	Pour 100 utilisatrices	Pour 100 femmes	Pour 100 utilisatrices	Pour 100 femmes
Secteur public de santé	25,5	1,5	30,8	3,1
Secteur médical privé	53,0	3,0	35,8	3,6
Autre secteur privé	17,7	1,0	32,2	3,3
NSP/ND	3,8	0,2	1,2	0,1
Effectif de femmes	460	8 099	299	3 040

Sources : 1994 : N'Cho *et al.* 1995 ; 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

L'effet d'un programme pilote de planification familiale à l'échelle locale

Lorsque fonctionne un programme de planification familiale local, comme à Aboisso, la pratique contraceptive est plus répandue et progresse plus rapidement et les méthodes modernes constituent la base de cette pratique (Koffi *et al.*, 2000). À Aboisso, la proportion de femmes qui utilisent une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête s'élève à 27,5 % chez l'ensemble des femmes et à 21,5 % chez les femmes en union. Dans l'ensemble du pays, cette proportion s'établit à 20,7 % chez l'ensemble des femmes et à 15 % chez les femmes en union, selon les données de l'enquête démographique et de santé de 1998-1999. Cet écart persiste si l'on se limite aux méthodes modernes : 14,7 % chez l'ensemble des femmes et 13,1 % chez les femmes en union à Aboisso contre 9,8 % et 7,3 %, respectivement dans l'ensemble du pays (tableau 5).

Tableau 5 – Prévalence et progression de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire et à Aboisso (en %)

	Ensemble des femmes		Femmes en union	
	Ensemble des méthodes	Méthodes modernes	Ensemble des méthodes	Méthodes modernes
Côte d'Ivoire				
EDSCI 1994	16,50	5,70	11,40	4,30
EDSCI 1998-1999	20,70	9,80	15,00	7,30
Coefficient multiplicateur	1,25	1,72	1,32	1,70
Taux d'accroissement annuel moyen	5,20	12,80	6,30	12,50
Aboisso				
1993	19,10	6,80	14,0	4,10
1999	27,50	14,70	21,50	13,10
Coefficient multiplicateur	1,44	2,16	1,54	3,20
Taux d'accroissement annuel moyen	6,30	13,70	7,40	21,40

Sources : N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001 ; Koffi *et al.*, 2000 ; IRD-ENSEA, Enquête Aboisso, août 1999.

Par ailleurs, la progression du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est plus rapide à Aboisso que dans l'ensemble du pays. Parmi l'ensemble des femmes d'Aboisso, la proportion de celles qui utilisent une méthode quelconque est passée de 19,1 % en 1993 à 27,5 % en 1999, soit une multiplication par 1,44 et un taux d'accroissement annuel moyen de 6,3 % tandis que la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne passait de 6,8 % à 14,7 %, soit une multiplication par 2,16 et un taux d'accroissement annuel moyen de 13,7 % au cours de la même période. Chez leurs

homologues dans l'ensemble du pays, le taux d'accroissement annuel moyen pour la période proche de 1994 à 1998-1999 est légèrement plus faible : 5,2 % pour l'ensemble des méthodes et 12,8 % pour les méthodes modernes.

Le contraste est plus prononcé si l'on considère les seules femmes en union, tout particulièrement pour les méthodes modernes. À Aboisso, le taux d'accroissement annuel moyen a été de 7,4 % pour l'ensemble des méthodes et de 21,4 % pour les méthodes modernes au cours de la période de 1993 à 1999 ; dans l'ensemble du pays ces taux s'élevaient respectivement à 6,3 % et 12,5 % entre les deux enquêtes démographiques et de santé (Anoh, 2001).

L'évolution de l'exposition au risque de grossesse : la nuptialité et les pratiques d'espacement des naissances

L'évolution de la contraception s'effectue en articulation avec les transformations qui affectent les autres comportements liés à la reproduction : la nuptialité et les pratiques d'espacement des naissances. Celles-ci déterminent, elles aussi, le risque de grossesse en définissant la durée d'exposition à ce risque.

La diminution de la durée de la vie en union vécue par les femmes : du recul de l'âge au premier mariage à l'augmentation de la divortialité.

Comme la croissance de la prévalence contraceptive, l'évolution de la nuptialité apparaît comme l'un des facteurs de la baisse de la fécondité. On note en effet une forte diminution de la proportion de femmes en union à tous les âges entre 1980-1981 (EIF) et 1998-99 (EDS-II) : à 20-24 ans, 36 % des femmes sont célibataires en 1998-1999 contre 10 % seulement en 1980-1981. Cependant, le célibat définitif ne s'est pas développé et le recul de la nuptialité féminine se limite à un report des premières unions. Ainsi, on constate un retard sensible de l'âge au premier mariage, engagé au début des années 1980, qui s'accélère pour les générations les plus jeunes. En 1998-99, l'âge médian au premier mariage passe de 18,5 années pour les femmes des générations 1950-1954 à 19,7 pour les femmes des générations 1970-1974 (N'Cho *et al.* 1995). L'analyse des données du moment nous montre un recul plus important de l'âge au premier mariage des femmes : de 18,4 ans lors du recensement de 1975 à 20,9 ans lors de l'EDS de 1994, soit un retard de 2,5 années en une vingtaine d'années et de 2,1 ans entre l'EIF de 1980-1981 et l'EDS de 1994 (Hertrich et Pilon, 1996). La résidence en milieu urbain et la scolarité prolongée se révèlent être des facteurs importants de retard de l'âge au premier mariage et, par ce fait également, l'urbanisation croissante et les progrès de la scolarisation contribuent à la baisse de la fécondité (Vimard *et al.* 2001).

Outre le recul de l'âge au premier mariage, la diminution de la nuptialité des femmes non célibataires contribue à la baisse de la fécondité. On constate en effet qu'entre 1975 et 1994, le recul de la durée de vie féconde passée en union²³ par les femmes (de 77 % à 71 %) provient tout autant d'une croissance du temps passé en divorce (de 3 % à 7 %) que du temps passé en célibat (de 15 % à 18 %), le temps passé en veuvage restant égal (Hertrich et Pilon, 1996). On peut donc penser que l'accroissement du temps passé en état de divorce joue un rôle comparable au recul de l'âge au premier mariage dans cet impact de la nuptialité sur la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire. Des estimations montrent que le recul de l'âge au premier mariage entraînerait une baisse de la fécondité de 0,3 enfant par femme²⁴, de même que l'accroissement du temps passé en état de divorce ; l'évolution de la nuptialité serait ainsi la cause d'un peu moins de 40 % de la baisse de la fécondité durant la période 1981-1994.

L'évolution des pratiques d'espacement des naissances

L'évolution des facteurs sociobiologiques²⁵ de l'intervalle intergénéral est importante pour celle de la fécondité. Il a souvent été constaté dans les pays d'Afrique subsaharienne qu'une première phase de développement entraînait un relatif abandon de ces pratiques d'espacement avec un raccourcissement de la durée d'allaitement et un moindre respect de l'abstinence post-partum. Ceci se traduit alors par un raccourcissement de l'intervalle entre les naissances et une hausse de la fécondité, avant que les méthodes traditionnelles d'espacement ne soient remplacées par des moyens modernes de contraception.

En Côte d'Ivoire, la durée moyenne d'allaitement ne diminue pas d'une observation à l'autre, et on note au contraire un allongement de la durée de l'allaitement total. En 1980-1981, la durée de l'allaitement sans aucun complément alimentaire était de 6,3 mois et la durée moyenne d'allaitement de 16,2 mois. En 1998-99, ces moyennes sont respectivement de 3,5 et 20,2 mois (INS et ORC Macro, 2001). Dans la mesure où la durée d'allaitement s'accroît, il est normal qu'il en soit de même pour celle de l'aménorrhée post-partum, pour laquelle on dénote un allongement relatif, de 8,7 mois à 12,6 mois. Quant à l'abstinence post-partum, elle apparaît toujours respectée, avec une

²³ La durée de vie féconde passée en union et dans les autres situations matrimoniales est calculée à partir des répartitions selon l'état matrimonial observées aux différentes opérations de collecte.

²⁴ Ceci en faisant les hypothèses qu'il n'y a pas de décalage du calendrier de la fécondité et que le recul de l'âge au premier mariage n'entraîne pas de croissance du nombre des naissances pré-nuptiales. Or, en Côte d'Ivoire, on a pu enregistrer, en 1980-1981, que 28,5 % des femmes avaient eu une première conception pré-nuptiale et 16 % une première naissance pré-nuptiale, ce qui démontre que les « *relations sexuelles [...] peuvent et ont souvent lieu avant l'union* » (Direction de la Statistique, 1984). Ce domaine n'a pas été étudié lors des EDS, mais ces enquêtes montrant que l'âge aux premiers rapports sexuels a tendance à diminuer légèrement dans les générations de femmes les plus jeunes, on peut penser que ce phénomène perdure, voire s'amplifie, ce qui est conforme à ce que l'on peut observer dans d'autres pays (Delaunay, 1994 ; Mboup, 2000).

²⁵ L'abstinence post-partum et l'allaitement maternel qui intervient, lui, par l'intermédiaire de l'aménorrhée post-partum dont il tend à prolonger la durée.

augmentation de sa durée, de 11,5 mois à 15,0 mois²⁶. Là encore, on note des différenciations entre les catégories sociales : l'allaitement prolongé et l'abstinence post-partum tendent en effet à être moins suivis en ville, surtout à Abidjan, et dans les milieux instruits²⁷.

Conséquences de cette relative stabilité des facteurs sociobiologiques de l'intervalle entre les naissances, celui-ci a peu changé durant les deux dernières décennies. La durée moyenne entre deux grossesses était estimée à 34 mois à l'EIF de 1980-1981 et la durée médiane entre deux naissances est de 33,2 mois à l'EDS de 1994, et de 35,5 mois lors de l'EDS de 1998-99. Confirmant les résultats enregistrés en 1994, il est intéressant de remarquer à cette dernière date que, malgré des moindres durées d'allaitement, d'abstinence et d'aménorrhée, les intervalles intergénésiques sont plus longs à Abidjan (40,9 mois) que dans les autres villes (38,3 mois) et en milieu rural (34,1 mois), et plus longs pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (42,3 mois), que pour celles d'instruction primaire (36,4 mois) ou sans instruction (34,8 mois). La séparation est ici très claire entre les femmes urbaines et celles d'instruction secondaire ou supérieure, et les autres femmes. L'utilisation plus fréquente de la contraception, et notamment de la contraception moderne, est un facteur notable de l'allongement de l'intervalle intergénésique, qui intervient malgré un moindre suivi des pratiques traditionnelles d'espacement. Le rôle des avortements provoqués, sur lequel nous reviendrons dans la partie suivante, doit également être souligné. Le recours à ces avortements, qui semble s'être accru dans les dernières années, apparaît nettement plus fréquent en milieu urbain. Il tend à intervenir comme un moyen de contrôle des naissances pour des femmes qui sont confrontées à des échecs de la contraception ou qui ne veulent pas d'enfants sans pouvoir accéder à des méthodes contraceptives, pour des raisons de non accessibilité aux services de planification familiale ou de coût trop important (Desgrées du Loû *et al.* 1999 ; Guillaume *et al.* 1999).

La différenciation du mode de contrôle de la fécondité

L'utilisation du modèle de Bongaarts (1978), tel qu'il a été complété pour une application aux populations d'Afrique subsaharienne par Jolly et Gribble (1996), permet de mesurer les effets inhibiteurs des déterminants proches de la fécondité, dont la combinaison nous renseigne sur le type de contrôle de cette fécondité. Ce type de contrôle diffère bien entendu selon les populations et il évolue tout particulièrement en fonction de l'utilisation croissante des moyens de contraception qui, en Côte d'Ivoire comme dans beaucoup d'autres pays en développement, est fortement liée, ainsi que nous venons de le voir, à la résidence et surtout à l'instruction (National Research Council, 1993 ; Bangha, 2000). En regroupant les femmes selon leur milieu de résidence (Abidjan, autres villes,

²⁶ Ces mesures doivent être prises avec précaution, et l'on peut penser ici que les variations tiennent autant à la méthodologie différente des enquêtes qu'à l'évolution réelle des phénomènes.

²⁷ Pour une analyse des différences en ces domaines, on pourra se reporter à Vimard *et al.*, 2001.

villages) et leur niveau d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire ou plus), nous obtenons trois grandes catégories de femmes :

- la catégorie *traditionnelle*, qui comprend les femmes non instruites, quel que soit leur milieu de résidence ;
- la catégorie *intermédiaire*, qui comprend les femmes d'instruction primaire, quel que soit leur milieu de résidence, et les femmes d'instruction secondaire ou supérieure résidant en milieu rural ;
- la catégorie *moderne*, qui comprend les femmes d'instruction secondaire ou supérieure résidant en milieu urbain.

Ces trois catégories présentent des types de contrôle de la fécondité et des niveaux de fécondité fort différents (tableau 6). En effet, si l'effet inhibiteur de la contraception varie selon les groupes (respectivement 3 %, 10 % et 20 %), il en est de même de l'effet de l'infécondabilité post-partum qui évolue en sens inverse (46 %, 42 % et 37 % respectivement) et surtout de l'effet inhibiteur du mariage (respectivement 11 %, 17 % et 32 %) et de l'avortement (1 %, 10 % et 15 % respectivement) qui varient dans le même sens que celui de la contraception. Le contrôle de la fécondité par les femmes de la catégorie *traditionnelle* repose donc essentiellement sur les pratiques de régulation de l'espacement des naissances utilisées durant la période post-partum. Chez les femmes de la catégorie *intermédiaire*, celles-ci dominent également, mais de façon moins prononcée, et le contrôle de la fécondité fait davantage appel aux comportements matrimoniaux et, dans une moindre mesure, à la contraception et à l'avortement dont les effets inhibiteurs sont de même intensité. Pour le contrôle de leur fécondité, les femmes du groupe *moderne* recourent de manière plus équilibrée aux différentes pratiques inhibitrices : l'effet des pratiques post-partum est le plus important mais celui du modèle de nuptialité en est proche et ceux de la contraception et de l'avortement sont peu éloignés. Dans ce dernier groupe, l'inhibition par l'avortement²⁸ représente 75 % de celle par la contraception, ce qui confirme son importance dans les groupes non traditionnels, et révèle dans le même temps le décalage entre la demande de planification familiale de la part des femmes et l'offre qui leur est faite, trop faible pour y répondre. Quant à l'effet inhibiteur de la stérilité, il est très réduit car la stérilité primaire est peu présente dans les populations ivoiriennes.

À l'échelle nationale, toutes catégories confondues, la hiérarchie des différents facteurs de contrôle de la fécondité est nette : l'effet inhibiteur de l'infécondabilité post-partum est très prédominant (44 %), devant celui du mariage (16 %) et ceux de la contraception et de l'avortement (autour de 6-7 %). L'effet de l'infécondabilité post-partum perdure dans les différents groupes, même s'il s'atténue peu à peu, alors que les effets inhibiteurs

²⁸ Grâce aux résultats récents sur la pratique de l'avortement dans différentes populations en Côte d'Ivoire (Guillaume *et al.*, 1999), issus d'enquêtes réalisées par l'ENSEA et l'IRD, nous avons pu le prendre en compte dans nos calculs. Les indices d'avortement ont été ici calculés pour une population de respectivement 1 481, 675 et 467 femmes pour les 3 groupes, soit un effectif total de 2 623 femmes résidant dans deux milieux géographiques : Abidjan et Niakaramandougou.

du mariage, de la contraception et de l'avortement progressent sensiblement. Davantage qu'un remplacement strict des méthodes traditionnelles de contrôle des naissances par des comportements plus novateurs, on assiste à l'association de ces comportements avec des pratiques de recul de l'âge au premier mariage, de contraception et même d'interruption volontaire des grossesses au fur et à mesure de l'insertion des femmes dans un espace socio-économique plus moderne. On remarque ainsi, dans la catégorie des femmes urbanisées d'instruction secondaire ou supérieure, un effet cumulatif des différentes pratiques de contrôle de la fécondité (tableau 6).

Tableau 6 – Effets inhibiteurs de la fécondité, de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum, de l'avortement et de la stérilité selon la catégorie de femmes en 1994

	Catégorie traditionnelle	Catégorie intermédiaire	Catégorie moderne	Ensemble
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,804	0,692	0,533	0,740
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,106	1,195	1,272	1,129
Indice de mariage (Cm)	0,889 (11,10 %)*	0,827 (17,32 %)	0,678 (32,17 %)	0,835 (16,49 %)
Indice de contraception (Cc)	0,969 (3,11 %)	0,899 (10,07 %)	0,805 (19,52 %)	0,934 (6,55 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,543 (45,68 %)	0,581 (41,86 %)	0,634 (36,63 %)	0,562 (43,81 %)
Indice d'avortement (Ca)	0,993 (0,7 %)	0,897 (10,3 %)	0,854 (14,6 %)	0,939 (6,1 %)
Indice de stérilité (Ip)	0,994 (0,6 %)	1,021 (-2,11 %)	1,045 (-4,52 %)	0,995 (0,45 %)
ISF estimé, à partir d'une fécondité théorique de 15,3	7,1	6,1	4,7	6,3
ISF observée	5,9	5,1	3,7	5,7
Écart ISF estimé – ISF observé	1,2	1,0	1,0	0,6
Effectif de femmes	5 118	2 013	966	8 097

Source : calculs propres.

* Pourcentage d'inhibition entre parenthèses.

Compte tenu de l'association croissante des différents comportements de réduction de la fécondité avec l'instruction et la résidence urbaine des femmes, la fécondité estimée diminue fortement d'une catégorie à l'autre : 7,1 pour la catégorie *traditionnelle*, 6,1 pour la catégorie *intermédiaire* et 4,7 pour la catégorie *moderne*. Il en est de même pour la fécondité observée : 5,9 pour la catégorie *traditionnelle*, 5,1 pour la catégorie *intermédiaire* et 3,7 pour la catégorie *moderne*. La différence, égale ou supérieure à 1 enfant, entre l'ISF estimé à l'aide des différents coefficients d'inhibition, à partir d'une fertilité

théorique de 15,3 généralement admise²⁹, et l'ISF observé dans chacune des catégories montre que les effets inhibiteurs que nous avons estimés ne rendent pas complètement compte de l'ensemble du contrôle de la fécondité (tableau 6). Nous pouvons par conséquent supposer que d'autres pratiques de limitation de la fécondité que celles considérées ici sont utilisées (comme par exemple la non cohabitation ou la séparation temporaire des conjoints pour des motifs familiaux ou professionnels), ou que les effets inhibiteurs mesurés sont sous-estimés. Ceci pourrait être le cas par exemple de l'avortement, dont nous pouvons penser qu'il demeure sous enregistré dans les enquêtes récentes, malgré les progrès récents dans la connaissance de ce phénomène comme moyen de limitation des naissances (Desgrées du Loué *et al.* 1999).

Conclusion : croissance économique, crise et transformations du modèle de reproduction

La comparaison des modes de contrôle de la fécondité dans les différentes catégories de femmes montre que la croissance progressive de l'inhibition de la fécondité par l'emploi de méthodes contraceptives va de pair avec celle liée au recours à l'avortement et aux pratiques matrimoniales comme avec l'affaiblissement, encore tout relatif, de l'inhibition liée à l'utilisation des moyens traditionnels d'espacement des naissances. Ainsi, la progression de la pratique contraceptive, naturelle et moderne, participe-t-elle d'une évolution plus générale du contrôle de la reproduction. Cette évolution associe le maintien relatif des pratiques sociales de régulation des naissances (allaitement prolongé, abstinence post-partum) avec l'adoption d'un ensemble de comportements visant une maîtrise individuelle plus grande de la fécondité, notamment par les femmes elles-mêmes³⁰ : modification du cycle de la vie conjugale (par le retard du premier mariage et la divortialité tout particulièrement), inhibition de la fertilité par des méthodes contraceptives, interruption volontaire des grossesses. Cette évolution des modes de contrôle de la fécondité s'accompagne d'une baisse très nette de la fécondité.

L'augmentation de la prévalence contraceptive et la baisse de la fécondité sont plus fortes dans les catégories urbaines et scolarisées, c'est-à-dire celles qui ont le plus bénéficié du développement économique et social de ces dernières décennies, avec l'accroissement de leurs revenus et de leur capital culturel comme avec l'amélioration de leurs conditions de vie et d'habitat. Plus précisément, les populations les plus concernées par l'évolution de leur modèle de reproduction sont celles qui ont l'accès le plus aisé aux

²⁹ Il s'agit du niveau de la fertilité égal à la fécondité légitime naturelle en l'absence d'allaitement maternel (Bongaarts, 1978).

³⁰ On observe tout particulièrement ce contrôle individuel de la fécondité chez les femmes seules sexuellement actives, dont la prévalence contraceptive est particulièrement élevée : 50,4 % contre 10,1 % pour les femmes mariées (Fassassi et Vimard, 2002).

différents services et points d'approvisionnement en matière de méthodes contraceptives. Pour ces populations, urbaines et instruites, cette accessibilité est facilitée par tout un ensemble de facteurs géographiques, économiques et culturels. On remarque également que l'utilisation de la contraception moderne démarre véritablement dans les années 1980, au moment où son accès est libéralisé, et se renforce dans les années 1990, lorsque le revirement des positions gouvernementales conduit à un engagement, encore tout relatif, du système public de santé envers la planification familiale, comme on a pu le constater à Aboisso avec de relatifs succès en matière de pratique contraceptive.

L'évolution du modèle de reproduction apparaît de ce fait directement liée au développement socio-économique et à la politique démographique. Cependant, il faut également considérer que cette évolution a débuté durant la décennie 1980, période de crise marquée par la diminution des revenus et de la scolarisation et la précarité croissante des conditions d'existence de maintes catégories de la population ; cette évolution se poursuivant dans les années 1990, dans une période jugée comme plus satisfaisante au plan socio-économique avec un retour de la croissance mais aussi un maintien, voire un accroissement de la précarité.

La situation ivoirienne est plus un paradoxe qu'une réelle contradiction comme le confirme l'exemple d'autres pays dotés à un moment d'une fécondité très forte, comme la Côte d'Ivoire, et qui ont bénéficié d'une baisse de celle-ci dans des périodes de récession, telle la Syrie (Courbage, 1994), ou de stagnation économique, tel le Kenya (Robinson, 1992). En effet, il importe, pour saisir l'effet démographique de la crise, de la resituer dans l'histoire économique du pays concerné et on ne peut comprendre ses conséquences sans appréhender l'ensemble des changements socio-économiques préalables. Notamment, il apparaît que si la transition de la fécondité intervient ou s'accélère en période de difficultés comme en Côte d'Ivoire, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement de la culture traditionnelle, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur et accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens, comme cela transparait de l'évolution de la fécondité au Kenya, au Sénégal, au Ghana, au Nigeria et au Cameroun (Vimard, 1996). Le changement des positions gouvernementales en matière démographique, dont la crise est l'une des origines, accompagne ce processus. Dans un premier temps, il suscite, par les discours des autorités, une modification des références relatives à la taille de la famille ; dans un second temps, il facilite l'action des associations puis des services publics en matière de planification familiale.

Mais les impacts de la crise doivent être différenciés selon les catégories socio-économiques. À ce titre, on est frappé en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays d'Afrique, par le contraste entre le renforcement des comportements de transition que la crise provoque dans les classes aisées, qui ont les moyens d'accéder aux sources privées d'approvisionnement en contraceptifs, et le maintien des obstacles à l'utilisation de la contraception pour les plus pauvres. Pour ceux-ci, les difficultés du secteur public de santé, dont les prestations deviennent payantes, et l'absence d'implantation systématique

des services de planification familiale dans les centres de santé, rendent les contraceptifs difficilement accessibles.

En définitive, on peut considérer que la crise suscite une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements de fécondité ne correspondent plus aux cadres économiques et sociaux nouveaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement, au-delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme on a pu le constater au Kenya et au Ghana au début de la décennie 1990 (Mboup, 2000).

Cependant il faut admettre que le rythme de progression de la planification familiale moderne et de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire, comme partout ailleurs en Afrique subsaharienne, dépendra, pour une large part, de l'évolution de la reproduction dans les couches pauvres de la population. À cet égard, la généralisation des services de planification familiale à l'ensemble des milieux géographiques et sociaux demeure le point critique des années à venir. La diffusion de la contraception et la réalisation des aspirations des individus à la maîtrise de leur fécondité sont et seront liées à la capacité du gouvernement à développer, ou à permettre le développement par des institutions privées, de services de planification familiale de qualité acceptable et accessibles à tous.

Bibliographie

- Abbas S., 1992 - *Fécondité* - Abidjan, 22 p. multigr. (Communication présentée au séminaire national sur « Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028 », Abidjan, 18-20 novembre 1992).
- Adjamagbo A., Guillaume A. et Vimard P., 1995 - *Évolution de la fécondité et espaces socio-économiques à Sassandra (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)* - Abidjan, 20 p., multigr. (Communication présentée au séminaire international ENSEA-ORSTOM « Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique », Abidjan, 16-19 mai 1995).
- Adjamagbo A. et Guillaume A., 2001 - « Relations de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart*, n° 19, p. 11-27.
- Anoh A., 2002 - « Santé de la reproduction et politiques de développement en Côte d'Ivoire avant le Caire », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N. (éds.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan, pp.53-76.
- Anoh A., 2001 - *Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire* - Paris. 439 p. + 36 p. annexes. (Thèse de Doctorat de Démographie, Université de Paris X-Nanterre, octobre 2001).
- Bangha M.W., 2000 - « La planification familiale dans les pays en développement, avec une attention particulière à l'Afrique », in : VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 47-71 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Balac R., 1997 - « Dynamiques migratoires et économie de plantation », in : TAPINOS G.P., HUGON P. et VIMARD P. (éds.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle* - Paris, Karthala, p. 195-231.
- Bamsie R. et Kouamé K., 1992 - *La planification familiale en Côte d'Ivoire : bilan et perspectives* - Abidjan, 13 p. (Communication au séminaire national sur « Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028 », Abidjan, 18-20 novembre 1992).
- Bongaarts J., 1978. — « A framework for analyzing the proximate determinants of fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, p. 105-131.
- Courbage Y., 1994 - « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, n° 3, p. 725-750.
- Delaunay V., 1994 - *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais* - Paris, CEPED, 326 p. (Les Études du CEPED, n° 7).
- Desgrées du Lou A., Mselatti P., Viho I. et Welfens-Ekra C., 1999 - « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, vol. 54, n° 3, p. 427-446.
- Direction de la Statistique, 1984 - *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981. Rapport principal. Volume I : Analyse des principaux résultats. Volume II : Tableaux statistiques.* - Abidjan, Ministère de l'Économie et des finances.
- Fassassi R. et Vimard P., 2002 - « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire ». in Guillaume A., Desgrées du Lou A., Zanou B. et Koffi N. (éds.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan, pp. 189-216
- Fraternité Matin*, 11 septembre 1994.
- Fraternité Matin*, 13 juillet 1987.
- Fraternité Matin*, 21 décembre 1982.
- Fraternité Matin*, 22 août 1974.
- Fraternité Matin*, 24 août 1988.
- Guillaume A., Desgrées du Lou A., Koffi N. et Zanou B., 1999 - *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire* - Abidjan, ENSEA/IRD, 54 p. (Études et Recherches n° 27).
- HERTRICH V. et PILON M., 1996 - *Évolution de la nuptialité en Afrique* - Paris, CEPED, 40 p. multigr.

- INS (Institut National de la Statistique) et ORC Macro, 2001 - *Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999* - Abidjan, Calverton, 298 p.
- Jolly C. L. et Gribble J. N., 1996 - « Les déterminants proches de la fécondité », in : Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (éds.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, p. 71-118 - Paris, INED/PUF, 371 p. (Travaux et Documents, n° 135).
- Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire*, 4 janvier 1982.
- Koffi N., Sika L. et Anoh A., 2000 - « Une expérience pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso (Côte d'Ivoire) », in : Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 111-130 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Makinwa-Adebusoye P., 1993 - « Content of population policies : African countries », in : United Nations, *Population Policies and programmes, Proceedings of United Nations Expert Group Meeting on Population Policies and programmes*, p. 42-52 - Cairo, United Nations.
- Mboup G., 2000 - « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in : VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 133-170 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Muhuri P.K., Blanc A.K. et Rutstein S.O., 1994 - *Socioeconomic differentials in fertility* - Calverton, Maryland, Macro International Inc., 79 p. (Demographic and Health Surveys, Comparative Studies n° 13).
- National Research Council, 1993 - *Factors affecting contraceptive use in sub-saharan Africa* - Washington, D. C, National Academy Press, 252 p.
- N'Cho S., Kouassi L., Koffi K. A., Schoemaker J., Barrère M., Barrère B. et Poukouta P., 1995 - *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994* - Institut national de la statistique/Macro International Inc., 294 p.
- OMS, 1997 - *Les mutilations sexuelles féminines* - Aide mémoire n° 153, avril 1997, 4 p.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980 - *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980*, volume III, p. 455-487 - Abidjan
- République de Côte d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991 - *Politique de population pour le développement* - Abidjan, 17 p. + annexes.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère délégué auprès du premier ministre chargé du Plan et du développement industriel, 1997 - *Déclaration de politique nationale de population*, Abidjan, 40 p.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé publique, Direction exécutive du programme national de la Santé de la reproduction et de la planification familiale, 1999 - *Programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale*. - Abidjan, 108 p.
- République de Côte d'Ivoire, Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification du Développement, 2002, Programme national d'actions en matière de population 2002-2006, Bureau national de Population, 121 p.
- Robinson W.C., 1992 - « Kenya enters the fertility transition », *Population Studies*, vol. 46, n° 3, p. 445-457.
- Sala-Diakanda M., 2000 - « Les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité », in : Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 13-45 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- United Nations, 1985 - *Studies to enhance the evaluation of family planning programmes* - New York, United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, Population Studies n° 87, ST/ESA/SER.A/87.
- Vimard P., 1996 - « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in : COUSSY J. et VALLIN J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, p. 293-318 - Paris, CEPED, 580 p. (Les Études du CEPED n° 13).
- Vimard P., 2000 - « Postface », in : PILON M. et GUILLAUME A., *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, p. 295-300 - Paris, Éditions IRD, 321 p. (Collection Colloques et Séminaires).

- Vimard P. et Zanou B. (dir.), 2000 - *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique* - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Vimard P., Anoh A. et Guillaume A., 2002 - « La croissance démographique », in : Tapinos G.P., Hugon P. et Vimard P. (éds.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle* - Paris, Karthala, pp. 41-121.
- Zanou C.B., 1994 - « Vers une politique de population en Côte-d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique », in : Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou C.B. (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, p. 369-379 - Paris. ORSTOM, 437 p. (Collection Colloques et Séminaires).



Groupement d'intérêt scientifique
INED - IRD - PARIS I - PARIS V - PARIS X

Les politiques de planification familiale

Cinq expériences nationales



Éditrice scientifique

Arlette GAUTIER

IRD

Laboratoire Population-Environnement-Développement

Sommaire

INTRODUCTION <i>Arlette Gautier</i>	1
LES FEMMES, LA CASTE ET L'ÉTAT CINQUANTE ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN INDE <i>Christophe Z. Guilmoto</i> <i>P.M. Kulkarni</i>	25
LA PLANIFICATION FAMILIALE EN CHINE, POUR OU CONTRE LA FEMME ? BILAN DE TROIS DÉCENNIES <i>Isabelle Attané</i>	75
LA POLITIQUE DE POPULATION AU MEXIQUE <i>Carole Brugeilles</i>	115
FAMILLE ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EN TUNISIE UNE POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE INTÉGRÉE <i>Bénédicte Gastineau</i> <i>Frédéric Sandron</i>	165
POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE EN CÔTE D'IVOIRE <i>Amoakon Anoh</i> <i>Raïmi Fassassi</i> <i>Patrice Vimard</i>	195
Table des matières	233
Liste des tableaux	237
Liste des graphiques, figures, cartes, annexes	239