

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

ENSEA

Ecole Nationale Supérieure de Statistique
et d'Economie Appliquée

SANTÉ DE LA REPRODUCTION EN AFRIQUE

Édité par

Agnès Guillaume
Annabel Desgrées du Loû
Benjamin Zanou
Koffi N'Guessan



FNUAP

Fonds des Nations Unies
pour la Population



Institut de Recherche
pour le Développement

Abidjan, 2002

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

ENSEA

**Ecole Nationale Supérieure de Statistique
et d'Economie Appliquée**

**SANTÉ DE LA REPRODUCTION
EN AFRIQUE**

Edité par

**Agnès Guillaume
Annabel Desgrées du Loù
Benjamin Zanou
Koffi N'Guessan**

FNUAP

Fonds des Nations Unies
pour la Population

Abidjan, 2002

AVANT - PROPOS

Les recherches sur la santé de reproduction ont toujours été pertinentes dans la mesure où elles abordent un champ largement ouvert couvrant les facteurs de croissance naturelle de la population, la santé sexuelle et ses problèmes corollaires, notamment les IST/SIDA, les questions de l'avortement auxquelles lui sont rattachés les problèmes récurrents d'éthique, les politiques et programmes mis en œuvre etc.

La fulgurante expansion de la pandémie du Sida semble avoir pris beaucoup plus d'intérêt au plan de la recherche et mobilise des moyens relativement importants par rapport à tous les autres aspects qui concernent la Santé reproductive. Se pose cependant la question de la procréation en accentuant la lutte contre les IST et le Sida, dans un contexte de comportements qui favorise la propagation de ces maladies et une recrudescence de la mortalité.

Le séminaire organisé en novembre 1999 sur la Santé de la Reproduction par l'Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) est une contribution à la fois pour appeler l'attention des décideurs et des partenaires au développement sur la nécessaire recherche de solution des problèmes de Santé de la Reproduction par une approche globale. Elle vise aussi à susciter au niveau des chercheurs des réflexions prospectives de manière à faire émerger les sujets auxquels la communauté scientifique attache peu d'attention dans le contexte actuel de raréfaction des crédits de recherche.

L'édition de cet ouvrage qui est le couronnement de cette rencontre a été rendue possible grâce aux efforts de mesdames Annabel Desgrées du Lou, Agnès Guillaume et Monsieur Zanou Benjamin. Leur collaboration à ce travail est une traduction de l'excellence des rapports de partenariat entre l'Ensea et l'IRD. Qu'ils en soient félicités.

L'organisation du séminaire et cet ouvrage qui en est issu ont bénéficié de l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (Fnuap), de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et de la Coopération Française.

Je leur adresse mes sincères remerciements pour leur assistance multiforme à l'Ensea et particulièrement au Comité d'organisation de ce séminaire.

Koffi N'Guessan
Directeur de l'Ensea

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	III
SOMMAIRE	V
INTRODUCTION	1
<i>1^{ERE} PARTIE : POLITIQUE ET PROGRAMMES EN SANTE DE LA REPRODUCTION</i>	<i>15</i>
CHAPITRE 1: les cadres institutionnels des programmes et modes de régulation de la fécondité en Afrique. <i>Gervais Béninguissé</i>	17
CHAPITRE 2 : Santé de la reproduction et politiques de développement en Côte d'Ivoire avant le Caire. <i>Amoakon Anoh</i>	53
CHAPITRE 3 : Les droits reproductifs en Afrique Sub-saharienne. <i>Arlette Gautier</i>	77
CHAPITRE 4 : Faut-il « réaligner » l'évaluation des politiques de population et de santé de la reproduction ? <i>J. Brunet-Jailly</i>	101
CHAPITRE 5 : Pauvreté et accès aux soins à bamako. <i>Anne Juillet</i>	121
<i>2^{ERE} PARTIE : REGULATION DES NAISSANCES</i>	<i>155</i>
CHAPITRE 6 : La transition de régulation des naissances en Afrique sub-saharienne : vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation ? <i>Evina Akam – Kishimba Ngoy</i>	155
CHAPITRE 7 : Pratique Contraceptive et Contrôle de la Fécondité en Côte d'Ivoire. <i>Raïmi Fassassi – Patrice Vimard</i>	189
CHAPITRE 8 : Analyser les modes de régulations de la fécondité du point de vue du couple : le cas du Mali et du Burkina Faso. <i>Armelle Andro</i>	217
<i>3^{ERE} PARTIE : AVORTEMENT ET SANTE DE LA REPRODUCTION</i>	<i>241</i>
CHAPITRE 9 : Légalisation de l'avortement et planification familiale : L'expérience tunisienne. <i>Bénédicte Gastineau</i>	243
CHAPITRE 10 : Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines. <i>Agnès Guillaume – Annabel Desgrées du Loû</i>	267
CHAPITRE 11 : Le recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène. <i>Lambert K. Amégée</i>	297
ENCADRE : Santé de la femme enceinte. <i>Benjamin Zanou et al.</i>	321

4^{ÈRE} PARTIE : SIDA ET SANTE DE LA REPRODUCTION	323
CHAPITRE 12 : Un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH par de l'AZT à Abidjan, Côte d'Ivoire : des prémisses d'un essai clinique à une phase opérationnelle, 1994-1999. <i>Msellati Philippe et al.</i>	325
CHAPITRE 13 : Comportements reproductifs chez les adolescents en Côte-d'Ivoire. <i>Benjamin Zanou – Albert Nyankawindemera</i>	341
ENCADRE : Faisabilité des alternatives à l'allaitement maternel. <i>Djénéba Coulibaly - Annabel Desgrées du Loû</i>	359
ENCADRE : La part des comportements sexuels dans les niveaux différentiels de prévalence du Sida en Afrique : des résultats inattendus. <i>Benoît Ferry</i>	363

INTRODUCTION

La question de santé de la reproduction a largement focalisé les débats ces dernières années tant au niveau des organisations internationales et non gouvernementales que des États. Ils ont débattu de ce concept au niveau politique mais aussi de ses implications démographiques, sanitaires, en terme d'équité dans l'accès aux soins, équité d'un point de vue économique mais aussi entre hommes et femmes.

Ce sujet a d'ailleurs été largement abordé lors de la "Conférence Internationale Population et Développement" (Nations Unies, 1994) organisée au Caire (CIPD) en 1994 et de celle sur les "femmes" de Beijing en 1995 (Nations Unies, 1995), ainsi qu'au Forum de La Haye en 1999 (Nations Unies Conseil économique et social, 2000) dont l'objectif était de dresser un bilan opérationnel de la mise en œuvre des programmes définis à la CIPD.

Dans ces différentes conférences, la santé de la reproduction a été définie en référence au concept de la santé adopté lors de la conférence d'Alma Ata en 1978. Ainsi, « la santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien être physique, mental et social. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire » (Fathalla, 1992 ; Nations Unies, 1994; Bonnet et Guillaume, 1999). Ce concept de santé de la reproduction, suppose une certaine équité entre les femmes et les hommes afin de pouvoir mener une sexualité sans risque et décider librement de leur fécondité : il introduit implicitement « la notion de droit reproductif ». Bien que récemment pris en compte dans les débats des organisations internationales et dans les programmes des États, le droit reproductif est un sujet qui avait déjà émergé à travers les luttes des différents groupes de pressions et notamment à travers les mouvements féministes, en élargissant la notion des droits de l'homme au domaine de la reproduction humaine (Gautier, 2000). La reconnaissance de ce droit reproductif suppose que les femmes et les hommes deviennent des acteurs à part entière dans la santé de la reproduction, à différentes étapes de leur vie, dépassant ainsi largement le cadre de la période reproductive. Elle amène à reconsidérer les relations des hommes et des femmes dans la gestion de leur sexualité et leur vie reproductive en les plaçant à part égale comme acteur de ces comportements modifiant ainsi les rapports de pouvoir au sein du couple.

Depuis les conférences de Mexico en 1984 et du Caire en 1994, de nombreux pays en développement et en particulier de pays africains se sont engagés dans un processus de maîtrise de leur croissance démographique par le biais notamment de l'implantation de programmes de planification familiale. Ainsi, en 1996 plus de deux tiers des pays africains ont pris des mesures pour diminuer le niveau de la fécondité alors que, dix ans plus tôt, seulement 41 % d'entre eux avaient mis en place cette stratégie¹. La transition de la fécondité a d'ailleurs déjà débuté dans certains pays africains, puisqu'en Afrique de l'Est et en Afrique Australe, la diminution de la fécondité est importante au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe. Cette baisse est également apparente dans certains pays d'Afrique Centrale et dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest. Mais plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, en particulier le Niger, le Mali et le Burkina Faso, se caractérisent toujours par des niveaux de fécondité très élevés (Vimard et Fassassi, 2000).

Ces évolutions se produisent dans un contexte où l'épidémie de sida devient un problème majeur de santé pour certains pays et où l'on assiste à une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles. En effet, la prévalence du sida parmi les adultes (de 15 à 49 ans) se situe entre 2 et 26 % selon les pays, et le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant en l'absence d'interventions étant d'environ 25 %, cela pose aussi un problème en matière de santé des enfants (Desgrées du Loû et Vimard, 2000). Ce problème du sida amène les États à réorienter leurs politiques de santé, à redéfinir des priorités d'intervention tant dans le domaine de la prévention que du traitement mais aussi à articuler les programmes de santé axés sur la lutte contre ces maladies et la planification familiale. Ainsi progressivement, et face au contexte politique et sanitaire que connaissent les pays africains, les questions relatives à la santé de la reproduction occupent une place de plus en plus importante dans les politiques de santé et les politiques de population de ces gouvernements, ainsi que dans les champs d'intervention des organisations internationales comme des institutions non gouvernementales.

Ces diverses évolutions sur l'approche de la santé de la reproduction et les évolutions des contextes politiques et sanitaires de pays africains nous ont amené à nous interroger sur les changements qui se sont opérés dans ce domaine en Afrique. Cette publication qui représente l'édition scientifique de certaines communications présentées à un séminaire international organisé par l'ENSEA et l'IRD en novembre 1999, a pour objet de cerner quelques contours des différents aspects de la santé de la reproduction sans prétendre en couvrir le champ de façon exhaustive. On y trouvera d'une part des réflexions théoriques sur les programmes en santé de la reproduction ainsi que des présentations du

¹ D'après (United Nations and division, 1998)

contenu opérationnel de certains de ces programmes, et d'autre part des analyses spécifiques approfondies sur des aspects particuliers de la santé de la reproduction dans des pays de la région africaine.

Politiques de santé de la reproduction et droits reproductifs : des priorités différentes ?

Cette première partie est consacrée aux politiques et programmes en santé de la reproduction et analyse comment la question des droits reproductifs y est intégrée. Ces programmes et politiques ont connu une évolution au fil du temps aussi bien au niveau des populations concernées que du champ d'intervention, puisqu'outre les questions de la reproduction centrées sur la santé de la mère et de l'enfant, sont abordés également les problèmes de planification familiale, de la santé sexuelle et donc des maladies sexuellement transmissibles. Comment ces programmes ont évolué dans les différents pays ? Quels ont été les éléments déterminants dans ces évolutions ? Quel est le coût des ces programmes et leurs priorités d'intervention ? Ces questions sont débattues à travers les quatre premiers articles tandis que le dernier article se penche sur la question des droits reproductifs, qui a émergé sous la pression des mouvements féministes et a été progressivement introduite dans les préoccupations des politiques relatives à la santé de la reproduction, mais sans qu'elles se traduisent réellement par une plus grande liberté pour les femmes comme les hommes dans la gestion de leur sexualité et de leur reproduction.

Dans le premier chapitre, Gervais Beninguisse analyse comment les programmes de planification familiale se sont progressivement implantés en Afrique. Il étudie le poids des conférences mondiales sur la population dans l'évolution des positions gouvernementales en faveur de la régulation des naissances. Cette adhésion à la nécessité d'adopter des politiques de maîtrise de la fécondité a été très progressive et ne s'est pas toujours traduite immédiatement par la mise en place des programmes d'intervention des gouvernements. Le contexte économique, notamment la crise des années 1980, l'application des programmes d'ajustement structurel, ainsi que le soutien des agences de coopération internationale ou bilatérale ont contribué à faire évoluer la position de ces gouvernements. Lors de la conférence du Caire en 1994, ces questions ont été largement débattues mais sous un angle beaucoup plus large en insistant sur la nécessité d'une approche intégrée des entre les politiques et programmes de population et les stratégies de développement. Un des changements consécutif à cette Conférence est l'insertion de la planification familiale dans les programmes de santé de la

reproduction, ainsi qu'une approche non plus ciblée uniquement sur les femmes.

Après cette analyse politique, l'auteur analyse le fonctionnement de ces programmes en soulignant leurs insuffisances et les difficultés d'accès. En effet, l'offre de planification familiale ne répond pas toujours aux objectifs fixés par les politiques. L'intégration de ces programmes de planification familiale dans des structures de santé ou des programmes de santé dont le fonctionnement est problématique entrave leur diffusion. La faible prévalence contraceptive et le niveau élevé des besoins non satisfaits en planification familiale dans certains pays le confirment. Le fort recours à l'avortement pourtant illégal dans nombre de pays illustre bien également les difficultés d'accès à la planification familiale.

Dans le deuxième chapitre, Anoh Amoakon, montre comment en Côte d'Ivoire, les questions relatives à la croissance démographique et à la santé de la reproduction ont été prises en compte dans les différentes politiques de développement économique et social du pays. Entre 1960 et 1975, l'État s'inscrit dans une optique populationniste sans aucune maîtrise de la croissance démographique : des activités pour améliorer la santé maternelle et infantile sont entreprises, mais l'accès à la planification familiale est restreint. A partir du deuxième plan quinquennal (1976-1980) tout en restant dans une optique populationniste, quelques nouveaux aspects de la santé de la reproduction sont pris en compte. Ainsi les activités de planification familiale sont tolérées dans un « but d'espacement des naissances pour améliorer la santé des mères et des enfants », mais aucun service public n'a été implanté. C'est à partir de 1991, à travers une déclaration de Politique de Valorisation des Ressources Humaines que la position du gouvernement s'est orientée vers une optique néo-malthusienne qui s'est traduite notamment par un développement des activités de planification familiale. Malgré une meilleure intégration des activités relatives à la santé de la reproduction, les indicateurs montrent les lacunes de ces programmes et ainsi la difficulté de les appliquer.

Joseph Brunet-Jailly dans le troisième chapitre ouvre une polémique sur la mise en œuvre des politiques de population et de santé de la reproduction. Il oppose une ligne d'action où les états imposeraient une politique globale de population et de santé de la reproduction, partant de l'idée que la réduction de la croissance démographique est nécessaire et correspond à un besoin de la population, besoin parfois non-formulé mais existant, à une autre ligne d'action plus pragmatique, fondée sur l'analyse coût-efficacité des interventions médicales en santé publique. Il insiste en particulier sur la nécessité d'asseoir les programmes d'actions sur l'adhésion individuelle des personnes humaines, et remet en question le postulat d'une adhésion individuelle effective aux politiques de population.

Anne Juillet étudie à travers une enquête menée auprès des ménages résidant à Bamako les relations entre la pauvreté et l'accès aux soins : en effet les programmes d'ajustement structurel imposés aux Etats ont insuffisamment pris en compte les secteurs sociaux et contribué à une dégradation des conditions de vie des ménages. Plusieurs critères sont utilisées pour définir la pauvreté : les conditions de vie (accès à l'eau potable, caractéristiques du quartier...), caractéristiques du chef de ménage (âge, sexe, état matrimonial, niveau scolaire) et du ménage (taille, revenu). Cette liaison entre pauvreté et état de santé se vérifie puisque le risque de tomber malade est plus fort chez les ménages démunis et ces ménages choisissent essentiellement l'automédication pour se soigner. L'auteur montre que le recours aux soins modernes est déterminé par la gravité de la maladie et la possibilité d'accéder à ce type de médecine à moindre coût. L'accès aux soins est donc largement subordonné aux conditions de vie des ménages dépendantes non seulement du revenu des ménages mais aussi de leur condition d'habitat et des caractéristiques du chef de ménage, des éléments insuffisamment pris en compte dans les politiques de santé : dans le domaine de la santé de la reproduction, cet accès aux soins va se poser avec d'autant plus d'acuité que les femmes ou les enfants malades vont dépendre du chef de ménage dans les décisions inhérentes aux types de soins choisis.

Arlette Gauthier montre ensuite comment la notion de droit reproductif a été progressivement introduite dans les politiques de population et de développement, sous l'impulsion des conférences du Caire et de Beijing. Elle souligne toutefois les difficultés de reconnaissance de ces droits dans les programmes de santé reproductive implantés. A travers une analyse des conditions institutionnelles d'accès à la stérilisation et l'avortement, elle montre l'absence ou la limitation de la prise en compte de la liberté reproductive octroyée aux femmes africaines. L'avortement et la stérilisation sont dans beaucoup de pays africains soit interdits soit soumis au contrôle d'une autorité étatique ou conjugale. L'avortement est encore illégal dans de nombreux pays ou limité à des motifs liés essentiellement à la santé des femmes, et l'autorisation du conjoint ou de médecins est souvent requise ; pour la stérilisation, outre des conditions liées à la santé, la parité atteinte est également un élément pris en compte, quelques pays l'accordent sur simple demande, mais là aussi l'autorisation du conjoint est souvent nécessaire. L'analyse conjointe de ces contraintes dans l'accès à l'avortement et à la stérilisation montre que, bien que la situation se soit améliorée entre 1989 et 1992, un contrôle conjugal sur la santé et la liberté reproductive des femmes est présent dans près de trois quart des pays : le contrôle de la fécondité ne s'opère plus dans le cadre lignager mais la cellule conjugale : les femmes ne disposent pas des libertés reproductives telles que définies dans le droit reproductif.

Politique et comportement de régulation des naissances

La deuxième partie de cette publication est consacrée à la régulation des naissances en analysant d'une part les différents modèles de transition qui se profilent en Afrique et d'autre part les pratiques individuelles dans la régulation de la fécondité et notamment des rapports sociaux de sexe.

La transition de la fécondité s'est amorcée dans de nombreux pays sous l'influence de différents facteurs. Si certains auteurs soulignent le rôle de la crise comme un facteur possible de la baisse de la fécondité, d'autres évoquent un malthusianisme de pauvreté ou encore soulignent le rôle du politique dans la transition de la fécondité dans les pays à bas revenus (Vimard, 1998, Cosio-Zavala, 1994). Quels schémas se dessinent pour les pays africains durement touchés par la crise depuis les années 1980 ? Ces évolutions de la fécondité posent aussi la question des changements de comportements des individus : quels sont les déterminants de la baisse de la fécondité ? Sont-ils dus à l'adoption de méthode contraceptive moderne ou à des changements dans les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances ? La diffusion de ces changements est-elle identique dans toutes les populations et comment se produisent-ils au sein des couples ? Y-a-t-il réellement convergence des idéaux des couples en matière de fécondité et les femmes bénéficient-elle d'une réelle autonomie de décisions : autant de facteurs susceptibles d'expliquer les changements intervenus dans la fécondité ? Telles sont les questions abordées dans les différents chapitres qui composent cette partie.

Evina Akam et Ngoy Kishimba dans ce chapitre étudient la transition de la fécondité en Afrique et analysent si celle-ci est l'expression d'un malthusianisme de pauvreté, due à une transformation générale des sociétés sous l'effet de la modernisation ou bien simplement l'expression d'un malthusianisme de crise économique ou de paupérisation. Pour mettre en évidence ces facteurs de la transition, ils se basent sur l'étude approfondie de quatre pays : le Kenya, le Cameroun, le Sénégal et le Ghana. À partir d'une analyse des évolution démographiques, en particulier du recours à la contraception et économiques de ces quatre pays, quatre tendances se dégagent ; aux deux extrêmes se situent le Kenya et la Ghana. Le Kenya se situe dans une phase de transition avancée marquée par une volonté de limitation des naissances et un passage des méthodes de contraceptions traditionnelles aux méthodes modernes, alors que le Ghana connaît une phase prétransitionnelle, sans évolution de la pratique contraceptive pour les méthodes traditionnelles comme moderne aussi bien pour espacer que pour limiter les naissances. Au Cameroun les méthodes traditionnelles prédominent avec une volonté d'espacement des naissances, tandis qu'au Sénégal la prévalence des méthodes

modernes augmente mais volonté de limiter les naissances. Ainsi la crise économique a eu un impact sur la transition de ces pays qui connaissent une situation de malthusianisme de paupérisation.

Dans ce chapitre, Raïmi Fassassi et Patrice Vimard analysent les facteurs de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire selon les comportements de différents groupes socio-économiques. La pratique contraceptive a connu une évolution importante entre 1980 et 1999 mais très inégale selon les caractéristiques démographiques et sociales des femmes : les femmes instruites et résidant en milieu urbain ont été les premières à s'engager dans ce processus de maîtrise de leur fécondité. Cette mesure de la pratique contraceptive est ensuite détaillée chez les femmes sexuellement actives qui sont réellement exposées au risque de conception. Les taux de prévalence contraceptive sont plus élevés chez les femmes résidentes en milieu urbain, instruites ou dont le conjoint est instruit, et approuve la planification familiale ; ces taux sont aussi élevés pour les femmes qui ne sont pas en union, qui ont des revenus monétaires et exercent leur activité dans le secteur non agricole. Les auteurs s'interrogent ensuite sur les effets inhibiteurs des différentes variables intermédiaires de la fécondité dans trois groupes distincts de femmes modernes, intermédiaires et traditionnels et montrent au-delà de la pratique contraceptive, les poids respectifs de l'infécondabilité du post-partum, du mariage et de l'avortement sur l'évolution de la fécondité, les pratiques de l'abstinence post-partum étant un déterminant particulièrement important dans les populations rurales et sans instruction.

Armelle Andro dans son texte montre l'intérêt d'analyser les modes de régulations de la fécondité en prenant en compte la dimension de la réalité sociale des rapports sociaux de sexe. En effet les décisions en matière de procréation révèlent des stratégies différentes entre hommes et femmes : besoin d'une reconnaissance sociale et familiale, de main d'œuvre, gestion du coût des enfants... sont autant d'éléments déterminants les choix reproductifs des conjoints. À partir des résultats des enquêtes démographiques et de santé du Mali et du Burkina Faso, elle compare les convergences ou divergences dans les projets de fécondité des hommes et des femmes. Elle souligne les comportements différentiels dans la régulation de la fécondité, une expression de projets différenciés dans les niveaux de fécondité révélateurs d'une absence de communication entre conjoints. Ces différences entre hommes et femmes montrent la difficulté de prévoir les évolutions de la fécondité en prenant en compte l'opinion d'un seul conjoint.

L'avortement : vers une régulation de la fécondité ?

La troisième partie de cette publication traite des questions de l'avortement afin de voir l'impact que revêt cette pratique dans la régulation de la fécondité et ses conséquences éventuelles sur la santé maternelle. Jusqu'à une période récente, rares étaient les études sur ce sujet de l'avortement car cet acte reste illégal dans une majorité de pays africains, ou soumis à des conditions d'accès très restrictives (Guillaume, 2000). L'importance du recours à l'interruption volontaire de grossesse a été largement débattue lors de la conférence du Caire et de Pékin soulignant les conceptions divergentes des États sur ce sujet aussi bien pour des raisons éthiques, morales que religieuses, mais malgré tout un consensus est apparu sur le fait que l'avortement ne doit pas être considéré comme un mode de régulation de la fécondité. Le recours à l'avortement est une pratique ancienne qui a existé de tout temps en utilisant des méthodes traditionnelles pour éviter des grossesses adultérines ou trop rapprochées signifiant une rupture de l'abstinence post partum, ou des grossesses survenant quand la femme est trop âgée²... (Ouedraogo et Pictet, 1999). Il apparaît que malgré son caractère illégal, cette pratique se répand de plus en plus en Afrique et nombre d'avortements sont réalisés clandestinement dans des cliniques et hôpitaux privés ou publics révélant ainsi d'importants écarts entre les restrictions législatives et la pratique qui ont des conséquences négatives sur la santé des femmes (Konate, Sissoko et al., 1999). L'avortement est en effet lourd de conséquences sur la santé des femmes : c'est une cause importante de mortalité maternelle, puisqu'en Afrique 30 à 50 % des décès maternels seraient dus à des avortements (IPPF, 1994) ; une étude menée dans un CHU d'Abidjan a montré que l'avortement est la principale cause de décès du premier trimestre de la grossesse (Welfens-Ekra, Yace-Soumah et al., 1999) et que 34 % des complications durant cette période de gestation sont dues à des avortements provoqués (Goyaux et Thonneau, 1999).

Les expériences présentées ici en Tunisie, l'un des trois pays africains où l'avortement est légal et en Côte d'Ivoire, au Togo où il est illégal, illustrent bien les différentes pratiques des femmes, le public le plus concerné par ce recours à l'avortement et les relations entre avortement et contraception.

Bénédicte Gastineau à travers son étude sur la Tunisie, s'interroge sur les facteurs de la baisse de la fécondité et décrit les conditions dans lesquelles le programme de planification familiale tunisien a été implanté. Elle analyse le contexte de légalisation de l'avortement et son rôle dans les pratiques de régulation de la fécondité. Cette légalisation a été progressive, tout d'abord

² une femme âgée ne peut pas être enceinte en même temps que sa belle fille.

uniquement pour préserver la santé de la mère pour éviter des décès maternels et ensuite cette pratique a été totalement libéralisée. Cette politique de libéralisation s'inscrivait dans une politique de modernisation de la société tunisienne. Parallèlement la Tunisie a adopté un programme de planification familiale qui favorise l'accès à la contraception, mais malgré cet accès la pratique de l'avortement reste très répandue. Ces différents recours à l'avortement et à la contraception expliquent des disparités régionales des niveaux de fécondité.

Agnès Guillaume et Annabel Desgrées du Loû se situent dans un contexte totalement différent en Côte d'Ivoire où l'avortement est illégal. A partir d'une étude menée auprès des femmes en consultation dans des centres de santé, elles s'interrogent sur les modes de régulation de la fécondité adoptés par les femmes et sur les relations entre contraception et avortement. Malgré une bonne connaissance de la contraception, la pratique contraceptive reste faible surtout pour les méthodes modernes. Par contre, le recours à l'avortement est fréquent et il semble même que cette pratique se soit accentuée récemment. Bien que l'avortement soit réalisé de façon clandestine, le plus souvent dans des conditions préjudiciables à la santé, certaines femmes préfèrent interrompre leur grossesse que d'utiliser une méthode contraceptive jugée souvent mauvaise pour la santé. Cette faible utilisation de la contraception s'explique soit par des difficultés d'accès à la contraception, mais aussi souvent par une mauvaise opinion concernant ces méthodes, révélatrice d'une insuffisance d'information. L'avortement intervient ainsi soit en remplacement d'une méthode contraceptive pour espacer ou limiter les naissances soit à la suite de l'échec d'une méthode de contraception, fréquemment d'une méthode naturelle.

Lambert Amégee au Togo s'intéresse à la pratique de l'avortement en milieu scolaire. Différentes études ont montré que la tendance du recours à l'avortement augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction progresse : une des explications à ce phénomène est que la gestion d'une grossesse est incompatible avec la poursuite de la scolarité. La poursuite des études est d'ailleurs le principal motif évoqué pour justifier cet avortement. Le recours à l'avortement est particulièrement élevé chez ces jeunes femmes malgré les interdits relatifs à cet acte ; elles pratiquent des avortements à répétition, signe d'un besoin non satisfait en planification familiale. Leur pratique contraceptive du moment est assez élevée mais repose essentiellement sur l'utilisation du condom ou des méthodes naturelles de contraception : la forte pratique de l'avortement révèle des échecs de ces méthodes contraceptives, dus certainement à un counselling insuffisant auprès de ces jeunes femmes dont l'accès aux services de santé reproductive et plus spécifiquement de planification familiale est limité. L'avortement est lourd de conséquences aussi bien pour la santé des femmes que d'un point de vue

familial et social⁰, ce qui montre l'intérêt de prendre en compte ces conséquences dans les programmes de santé de la reproduction.

Sida et santé de la reproduction

L'épidémie de sida a des conséquences à tous les niveaux de la santé de la reproduction : la population touchée par cette épidémie est la population sexuellement active, essentiellement aux âges reproductifs, ainsi que celle des jeunes enfants à cause de la transmission materno-fœtale. Avec le développement de cette épidémie, avoir une activité sexuelle sans risque devient difficile. Désirer une grossesse devient aussi problématique, lorsqu'un des deux partenaires est séropositif. Donner naissance à un enfant bien portant, lorsqu'une femme sur sept qui arrive en consultation prénatale (comme c'est le cas en Côte d'Ivoire par exemple) est séropositive, est loin d'être évident, et enfin, le nourrir au sein peut être dangereux si la mère est séropositive puisque le virus peut être transmis par le lait maternel.

Il reste encore beaucoup de travail à accomplir aujourd'hui, tant pour améliorer la connaissance des conséquences de cette épidémie de sida sur les différents aspects de la santé de la reproduction, que pour adapter les différents programmes d'amélioration de la santé de la reproduction à la nouvelle donne qu'est cette épidémie. En particulier, si les campagnes de prévention entreprises ont amélioré la connaissance des modes de transmission et de prévention de l'infection par le VIH, bien souvent il y a peu de liens entre ces campagnes de prévention du sida et celles de planification familiale alors qu'elles ont pour objectifs communs d'améliorer la santé sexuelle des populations. Ces deux types de programmes ne ciblent pas prioritairement tout à fait, et c'est paradoxal, le même public : les campagnes sur la planification familiale s'adressent surtout aux femmes ou aux couples ayant déjà une descendance nombreuse, excluant parfois les adolescent(e)s pourtant très exposé(e)s aux grossesses non désirées, celles sur le sida concernent davantage les jeunes et, pour les moins jeunes, les relations occasionnelles ou extraconjugales.

Un des domaines qui a vu le plus de progrès en matière de recherche comme de programme opérationnel est celui de la transmission mère-enfant du VIH. Des essais cliniques menés dans plusieurs pays en développement ont montré en 1999 l'efficacité de régimes courts d'antirétroviraux en fin de grossesse pour diminuer le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant. Ces résultats ont suscité beaucoup d'espoir dans la lutte contre l'épidémie dans les pays en développement. Deux articles y sont consacrés dans cet ouvrage. Ils

décrivent des résultats de recherche obtenus en Côte d'Ivoire par un des projets de réduction de la transmission mère enfant, le projet DITRAME.

Philippe Msellati *et al.* présentent un programme de réduction de la transmission mère-enfant du VIH qui a été conduit à Abidjan en mettant l'accent sur les difficultés d'acceptabilité du test de dépistage du VIH et du suivi de la cohorte de femmes infectées. La réalisation de ce programme a nécessité un important counselling auprès des femmes et la nécessité de renforcer la formation des personnels qui effectuent cette prise en charge.

La question de la transmission mère-enfant du VIH et des pratiques d'allaitement chez les femmes séropositives au VIH est analysée par Djénéba Traore et Annabel Desgrées du Loû. A partir d'une série d'entretiens menée auprès de femmes participant au projet DITRAME, les auteurs analysent les représentations que les femmes se font de la transmission pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et par le biais de l'allaitement maternel, ainsi que les difficultés personnelles ou familiales auxquelles elles se trouvent confrontées dans le choix d'un recours précoce à l'allaitement artificiel.

Les deux articles suivants abordent la question des comportements sexuels. Benjamin Zanou et Albert Nyankawinde-Mera dans leur texte s'intéressent aux comportements sexuels des adolescents en Côte d'Ivoire, dans un contexte de forte prévalence du sida. Ils s'interrogent notamment sur l'impact que cette maladie peut avoir sur leurs comportements puisqu'ils sont exposés aux campagnes de prévention et confrontés parfois à la « proximité » de la maladie. Ces jeunes ont dans l'ensemble une bonne connaissance du sida et de ses modes de prévention, particulièrement le préservatif masculin. Cette connaissance des préservatifs n'implique pas une utilisation systématique et les jeunes sont exposés au risque des maladies sexuellement transmissibles. De plus les relations sexuelles débutent de plus en plus tôt et pour les jeunes femmes avec des partenaires plus âgés ce qui les expose également au risque des MST.

Enfin le dernier point abordé dans cette partie concerne les déterminants de l'épidémie : la prévalence du sida est élevée en Afrique et très variable selon les pays sans que l'on ait encore pu réellement expliquer les différences entre les pays. Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer ces variations qui peuvent provenir de différences au niveau des comportements sexuels, de facteurs épidémiologiques ou s'appuyer sur des caractéristiques socio-démographiques. Benoît Ferry livre les premières pistes issues d'une étude multicentrique menée dans différents pays africains, pistes qui montrent en quoi les comportements sexuels ou d'autres facteurs de risques individuels ou liés à la population générale peuvent expliquer les dynamiques épidémiologiques et les différences de prévalence constatées.

Avant de terminer cette présentation nous souhaiterions remercier l'ENSEA et l'IRD qui ont organisé ce séminaire, les différents bailleurs de fonds sans lesquels il n'aurait pas pu se tenir. Nous tenons à remercier les membres des comités d'organisation et scientifique ainsi que les chercheurs pour avoir assisté à ce séminaire et contribué à la réalisation de cette publication.

Agnès Guillaume
Benjamin Zanou
Annabel Desgrées du Loû

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet, D. et A. Guillaume, 1999. La Santé de la reproduction concept et acteurs. Paris, Equipe de recherche Transition de la Fécondité et Santé de la reproduction (IRD).
- Cosio-Zavala, M. E. 1994. *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Paris.
- Desgrées du Loû, A. et P. Vimard, 2000. "La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne." *Afrique contemporaine* trimestriel n°195, juillet-septembre 2000 (La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis. Gruénais ME et Pourtier R. (sous la direction)): 116-135.
- Fathalla, M. 1992. *Reproductive Health in the World : two decades of progress and the challenge ahead*. Geneva, World Health Organisation.
- Gautier, A., 2000. "Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ?" *Autrepart Variation*(Cahiers des Sciences Humaines, nouvelle série n°15): 167-180.
- Goyaux, N. et P. Thonneau, 1999. *Les complications obstétricales du 1er trimestre de la grossesse (avortement provoqué, fausse couche, grossesse extra-utérine): résultats préliminaires de la recherche multicentrique (CEE/INSERM)*. Pratique contraceptive et programmes de planification familiale, 9 novembre 1999, ENSEA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Guillaume, A., 2000. "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique." *La chronique du CEPED* n°37: 4.
- IPPF, 1994. *Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique*. Conférence de Maurice, Centre international de conférence de Grand'Baie, 24-28 mars 1994, IPPF.

- Konate, M. K., F. Sissoko, et al., 1999. Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD: 91.
- Nations Unies, 1994. Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement. Le Caire, Nations Unies.
- Nations Unies, 1995. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes. Beijing, Nations Unies.
- Nations Unies Conseil économique et social, 2000. Rapport du secrétaire général sur la session extraordinaire de l'Assemblée consacrée à l'examen et à l'évaluation d'ensemble de l'application du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement. La Haye: 10.
- Ouedraogo, C. et G. Pictet, 1999. *Avortement et pilule : mode de régulation de la fécondité*. Séminaire International "Santé de la reproduction en Afrique" Pratique contraceptive et programmes de planification familiale, 9-12 novembre 1999, ENSEA Abidjan.
- Scavone, L., 1999. "Les paradoxes des droits reproductifs au Brésil : avortement et stérilisation féminine." *Cahiers du Genre* 25 (De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique. Coordonné par Akrich M. et Laborie F.): 123-137.
- United Nations and P. division 1998. *National Population Policies*. New York, United Nation.
- Vimard, P., 1998. Transitions démographique et familiale : une relecture des théories à la lumière de la crise. *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du sud*. F. s. l. d. Gendreau. Paris, AUPSELF UREF. AS Actualité scientifique: 82-98.
- Vimard, P. et R. Fassassi, 2000. *Transition de la fécondité, développement humain et politique de population en Afrique subsaharienne. Présentation du programme*. Atelier de l'unité de recherche "Santé de la reproduction, fécondité et développement", Paris.
- Wellfens-Ekra, C., F. Yace-Soumah, et al., 1999. *Complications des avortements provoqués au CHU de Yopougon (1993-1995)*. Séminaire International "Santé de la reproduction en Afrique" Pratique contraceptive et programmes de planification familiale, Adidjan, ENSEA, IRD.

1^{ème} Partie

POLITIQUES ET PROGRAMMES EN
SANTÉ DE LA REPRODUCTION

CHAPITRE 1

LES CADRES INSTITUTIONNELS DES PROGRAMMES ET MODES DE REGULATION DE LA FECONDITE EN AFRIQUE :

*des énoncés politiques et stratégiques à la
réalité des faits*

Gervais Béninguissé*

INTRODUCTION

Longtemps réticents à l'adoption des politiques et programmes de planification familiale, les pays africains sont, pour la plupart, résolument orientés vers une maîtrise de leur croissance démographique par le biais de l'implantation des programmes de régulation de la fécondité. Cette évolution des positions gouvernementales s'est particulièrement exprimée dans le cadre des conférences mondiales sur la population. On est passé d'un discours « conservateur », non-interventionniste ou pronataliste en 1974 à Bucarest, vers une position interventionniste plus affirmée nourrie par une vision globale et intégrée des questions de population en 1994 au Caire, en passant par une prise de conscience, une nécessité ou un désir timide d'un contrôle de la fécondité en 1984 à Mexico.

* Institut de Démographie – UCL.

Dans leurs énoncés politiques³, les programmes de planification familiale visent, en conformité avec les principes fondamentaux des droits de l'homme, à « assurer le droit des couples ou des individus à décider librement du nombre et de l'espacement de leurs naissances ». Cela suppose de mettre à leur disposition l'information et les moyens techniques nécessaires à l'espacement des naissances et à la prévention des grossesses non-désirées. On note également un changement d'approche stratégique dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Ainsi d'une approche cloisonnée et très ciblée, on s'est définitivement orienté vers une approche globale intégrée d'abord à la santé maternelle et infantile, ensuite à la santé de la reproduction. Pour se faire, la planification familiale ne se justifie pas uniquement par un désir légitime et responsable de limitation ou d'espacement de naissances mais aussi et surtout par des raisons de protection de la vie et de la santé de la mère et de l'enfant. Actuellement la planification familiale est institutionnellement acceptée ou tolérée en tant que composante importante des droits reproductifs. En revanche, l'avortement, présenté comme mode de régulation de la fécondité, continue à être rejeté par les pays, même si on s'achemine lentement vers un consensus visant à le pratiquer dans des circonstances particulières ou exceptionnelles (Sala-Diakanda, 1995).

Quel parallèle peut-on établir entre l'engagement politique des Etats africains émanant des conférences mondiales sur la population et la réalité des faits ? Dans quelle mesure les discours sont-ils traduits, en programmes d'action ? Telle est la question fondamentale au centre de cette communication de synthèse. Elle s'articule autour de deux parties. La première fait l'inventaire des aspects institutionnels des programmes et modes de régulation de la fécondité et tente ainsi de montrer comment les droits et risques reproductifs sont pris en compte dans les déclarations politiques et stratégiques. La seconde partie part de quelques éléments du fonctionnement des programmes et des comportements pour y déceler quelques insuffisances ou (in)cohérences éventuelles par rapport aux énoncés politiques et stratégiques.

³ Par énoncés politiques, nous entendons les perceptions gouvernementales sur les niveaux de fécondité et les mesures légales intentionnellement prises dans le but d'assurer la réalisation des droits reproductifs des couples et individus notamment dans les domaines de la contraception et de la procréation.

LES ENONCES POLITIQUES ET STRATEGIQUES

De la nécessité du contrôle de la fécondité : Naissance de la prise de conscience

On le sait, le principe de régulation de la fécondité par les contraceptifs n'est pas un besoin endogène à l'Afrique ou encore l'expression d'une certaine inquiétude démographique africaine même si progressivement une prise de conscience des problèmes de population intervient dans les discours récents.

Les nombreuses rencontres internationales sur la population qui ont été des forums de confrontations de thèses plus ou moins contradictoires sur les inter- relations Population et Développement ont contribué à un éveil de conscience des africains sur le devenir de leur population. La crise économique accentuée à partir des années 1970 liée aux différents chocs pétroliers conjuguée avec la sécheresse des années 1980 ont contraint certaines institutions internationales à définir leur politique de réajustement économique en impliquant les facteurs de population. Très souvent la croissance démographique rapide et ses conséquences sur les autres secteurs d'activité a été indexée dans les politiques à mettre en œuvre en vue d'aboutir à un développement durable. Cette thèse proche du malthusianisme, du reste très controversée au sein de la communauté scientifique, a guidé la mise en place de programme dont les résultats se sont avérés mitigés.

L'idéologie du « planning familial » accompagne les programmes de développement et de redressement économique financés par les agences de Coopération internationale. Aux côtés de l'ouverture démocratique et des mesures d'ajustement structurel, l'adoption et l'implantation des programmes de régulation des naissances figurent désormais parmi les éléments de conditionnalités d'assistance. Dans cet esprit le processus de limitation mécanique des naissances s'internationalise en moins d'un siècle (Noumbissi, 1991) avec une orientation particulière dans les pays du Sud et comme objectif avoué l'induction d'un bien-être familial et économique. Ainsi l'idéologie du « planning familial » et ses programmes de régulation des naissances a frappé aux portes de l'Afrique. Comment les pays africains l'ont-ils accueilli ? L'évolution des positions gouvernementales et les mesures légales en la matière nous donnent quelques éléments de réponse.

Evolution des positions gouvernementales

L'évolution des positions gouvernementales en faveur des programmes de régulation des naissances s'est particulièrement exprimée dans le cadre des conférences mondiales sur la population. L'examen des rapports officiels de ces conférences et des résultats d'enquêtes régulières effectuées auprès des gouvernements africains par la division de population des Nations Unies constitue l'ossature statistique de cette section. Avec toute la circonspection qu'elles méritent, au regard de leur représentativité discutable de l'opinion publique, ces données sont au moins le reflet de l'opinion et de la caution gouvernementale du moment, éléments essentiels de l'engagement politique des Etats. Elles comportent des informations sur l'analyse que font les gouvernements des questions démographiques, sur les processus décisionnels et les modalités d'intervention.

De Bucarest (1974) à Mexico (1984) : d'un discours non-interventionniste ou pronataliste à un désir timide de régulation de la fécondité

A la conférence de Bucarest (1974) les pays africains s'étaient montrés, dans une grande majorité, hostiles à l'adoption et à l'implantation des programmes de régulation des naissances malgré l'insistance des agences de coopération bilatérales et multilatérales. Ils estimaient en effet que les problèmes de population se posaient beaucoup moins et qu'il fallait plutôt accorder la priorité au développement socio-économique (croissance économique, scolarisation,...) considéré alors comme étant le « meilleur contraceptif ». Mieux, la croissance de la population et la structure jeune qu'elle entraîne leur paraissaient être plutôt un facteur de dynamisme, d'innovation technologique confortant ainsi les thèses de Sauvy (1986), de Boserup (1975-1976) et celle du célèbre économiste Adam Smith selon laquelle « il n'y a de richesses que d'hommes ». La conférence de Bucarest intervient dans une période relativement glorieuse pour l'Afrique qui enregistre, ça et là, des taux de croissance économique proches de 3 % au cours des années 60-70. L'avenir démontrera cependant que la croissance économique ne rime pas forcément avec le développement social ; on assistera à une distribution fortement inégalitaire des fruits de la croissance accentuée par la suite par de multiples crises socio-politiques et économiques (guerres, famines, choc pétrolier de

1973, dettes, dévaluations monétaires, inflation, pressions des programmes d'ajustement structurels draconiens...). En dépit des effets peu ou pas perceptibles de la croissance économique sur le développement humain, on pense ou on croit moins à des effets inhibiteurs de l'expansion démographique. De nombreux autres facteurs de nature contextuelle justifiaient la position idéologique non-interventionniste ou pronataliste de nombre de pays africains au rang desquels figurent l'environnement socio-économique et culturel et le poids de l'héritage colonial.

En effet le « *planning familial* » se diffuse en Afrique dans un contexte culturel valorisant la fécondité et favorable aux descendance nombreuses : un mariage relativement précoce et quasi-universel, un statut social fortement lié aux capacités procréatrices, une prégnance de religions profondément natalistes et manifestation antimalthusiennes... En outre le contrôle de la fécondité n'est pas une réalité totalement ignorée des sociétés traditionnelles africaines. Il était basé sur des pratiques d'espacement des naissances telles que la continence et l'abstinence (Schomenmaeckers, 1988 ; Locoh, 1984), et l'espacement idéal variait entre 2 et 5 ans selon l'âge, la parité, les coutumes et parfois les goûts personnels (Van de Walle, 1988). Par ailleurs des poches d'infécondité et de sous-fécondité existent malheureusement encore dans le continent (Est-Cameroun, Centrafrique, Gabon, Congo Démocratique, Ile de Zanzibar, Sud-Ouest Soudan, Burkina Faso (Evina, 1991 ; Sala-Diakanda, 1988) hypothéquant la pertinence d'un contrôle limitatif de la fécondité dans les régions touchées. Outre ces logiques culturelles, la constitution des descendance participait également des stratégies économiques de survie familiale. Pour multiplier les chances de réussite économique d'un enfant, garant d'une « *sécurité sociale-vieillesse* », il fallait investir dans le nombre. La théorie des flux intergénérationnels des richesses de Caldwell trouvait toute sa justification dans ce contexte. Le paiement des prestations familiales garanties et l'octroi des facilités fiscales dégressives en fonction du nombre d'enfants dans nombre de pays, même s'ils ne s'adressaient qu'à une infime minorité de la population salariée du secteur structuré de l'économie et représentaient des sommes parfois dérisoires, contribuait néanmoins au maintien à la hausse de la « *valeur* » de l'enfant (Wolf, 1973). Aujourd'hui ces logiques et justifications de « *forte fécondité* » sont loin d'avoir perdus leur validité particulièrement en milieu rural (Locoh, 1992).

On ne peut éluder le rôle joué par l'héritage colonial sur l'attitude des dirigeants politiques des lendemains des indépendances vis-à-vis des programmes de régulation de la fécondité. Dans les pays francophones, les

premières politiques en matière de fécondité sont basées sur la loi française du 31 juillet 1920 réprimant l'avortement et interdisant la publicité et la vente des produits contraceptifs, ceci dans le but de faire face à la « dénatalité » en France (Locoh, 1989 ; Wolf, 1973). L'application de cette loi dans les colonies se justifiait également par un besoin de main-d'œuvre nécessaire à l'implantation des infrastructures de communication des colonies nouvellement conquises et d'exploitations agricoles (exploitation forestière et de cultures de rente) et minières en vue d'assurer l'approvisionnement de la métropole. Cette loi restera en vigueur dans certains pays après les indépendances ou simplement remplacée par des lois équivalentes : exemple des lois malienne n°99 AN-RM du 3/08/1961, gabonaise n°21-63 de mai 1963, tchadienne n°28 du 29/12/1965, camerounaise du 11/06/1968, interdisant toutes la vente et la publicité des produits contraceptifs.

La situation est quelque peu différente dans les pays anglophones sous emprise coloniale britannique. L'ouverture à l'idéologie du « birth control » se diffuse d'autant plus facilement dans ces pays que la politique coloniale britannique, adepte du néomalthusianisme, privilégie le recours aux structures sociales locales (les chefferies par exemple) (Wolf, 1973). Leurs politiques se montrent très vite volontaristes. Le Kenya s'implique activement dès 1955 en associant les structures communautaires et les médias (Bertrand, 1993) et se fixe officiellement en 1966 comme objectif d'arriver à ce que chaque grossesse soit le résultat d'un choix volontaire (Locoh et Makdessi, 1996). Le Ghana adopte dès 1969 une politique officielle de population où la réduction de la fécondité apparaît comme un des objectifs prioritaires. Cette politique sera soutenue par un vaste programme d'implantation des services de planification familiale. Le Botswana se montre favorable dès 1970. Le Zimbabwe s'y emploie dès 1970 avec l'aide des missions religieuses (pour la diffusion de l'information notamment).

L'intérêt et la prise de conscience des gouvernements africains sur les problèmes relatifs à la croissance de la population s'est timidement amélioré entre Bucarest (1974) et Mexico (1984). En effet la proportion de pays ayant fait une déclaration officielle (Chamie, 1988) est passée de 51 % (20 pays sur les 39 membres des Nations Unies) à la conférence préparatoire de Accra (Ghana) en 1971 à 78 % à la conférence d'Arucha (Tanzanie) en 1984. L'examen des rapports de ces deux conférences africaines (Chamie, 1988) montre que la position des gouvernements en matière de contrôle de la fécondité est passée d'une hostilité quasi-consensuelle en 1971 à de simples recommandations sur la nécessité de prévoir les services de planning familial et d'en assurer l'accessibilité à tout couple ou individu en 1984. Les résultats

d'enquêtes renouvelées des Nations Unies, effectuées depuis la conférence de Bucarest, mettent en évidence une évolution temporelle timide des positions gouvernementales.

La proportion de pays déclarant que leur niveau de fécondité est trop élevé (Tableau 1.1) est passée de 38 % en 1976, à 49 % en 1983, soit un accroissement de 12 %. L'accroissement de cette perception s'accompagne timidement d'une politique cohérente d'intervention (dans le sens d'une inflexion à la baisse) dans 12 pays (sur 48 pays, soit 25 %) en 1976 et dans 17 pays (sur 51 pays soit 33 %) en 1983. Parallèlement, la proportion de pays estimant satisfaisant le niveau de leur fécondité est passée de 52 % (25 pays sur 48) en 1976 à 41 % (soit 21 pays sur 51) en 1983, soit une diminution de moins de 10 %.

Les politiques relatives à la dissémination et à l'utilisation des méthodes modernes de régulation des naissances (Tableau 1.2) évoluent aussi timidement. En 1976 cinq pays interdisaient ou limitaient l'accès à ces méthodes : le Tchad, la Guinée Equatoriale, le Gabon, la Libye et le Malawi. En 1983 le Tchad et le Malawi restent en liste et sont rejoints par la Côte-d'Ivoire. Le nombre de pays accordant un soutien direct ou indirect aux programmes de régulation des naissances est passé de 31 (sur 48 pays) en 1976 à 36 (sur 51 pays) en 1983. Certains pays ont dû restreindre leur politique d'intervention en passant d'un appui direct en 1976 à un appui indirect en 1983 : c'est le cas du Liberia, du Nigeria, de la Sierra Leone, du Congo Démocratique et de la Zambie. Seuls l'Ethiopie, la Gambie, Madagascar et le Togo passe d'un appui indirect à un appui direct. On note néanmoins une hausse sensible du degré de cohérence entre les perceptions gouvernementales en matière de fécondité et leurs politiques relatives à la dissémination et à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. En 1976, sur les 18 pays estimant trop élevé le niveau de leur fécondité, 14 pays accordaient un soutien direct ou indirect aux programmes de régulation de naissances par la contraception moderne, soit un taux de cohérence de 78 %. En 1983, sur les 17 pays concernés par un niveau élevé de leur fécondité, seuls le Cameroun et les Comores n'apportent aucun soutien à ces programmes, soit un taux de cohérence de 88 %.

Les législations sur l'avortement au cours de cette période sont bien restrictives dans la plupart des cas (Chamie, 1988) :

- Il est illégal dans 9 pays africains, essentiellement francophones : Burkina Faso, Burundi, Centrafrique, Mali, Mauritanie, Niger, Rwanda, Somalie et RDCongo ;

- on peut y recourir pour sauver la vie dans 14 pays : Angola, Bénin, Gabon, Lesotho, Malawi, Maurice, Nigeria, Madagascar, Mozambique, Sénégal, Seychelles, Soudan, Tchad, Togo ;

- on peut y recourir pour d'autres raisons médicales dans 17 pays : Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Kenya, Liberia, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe ;

- on peut y accéder pour des raisons non précisées dans 6 pays : Cap Vert, Comores, Djibouti, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale et Sao Tomé ;

on peut y recourir sur simple demande dans un seul pays, la Tunisie.

Tableau 1.1 (a) : Perception du niveau de fécondité et désir d'intervention des gouvernements africains en 1976, 1983, 1986

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1976	Pays en 1983	Pays en 1986
Niveau bas	<i>Pas d'intervention</i>	Cameroun, Centrafrique, Guinée Equatoriale (3/48 = 6,25%)	Centrafrique, Guinée Equatoriale (2/51 = 3,9%)	Guinée Equatoriale (1/51 = 2,0%)
	<i>Il faut augmenter</i>	Gabon, Libye (2/48 = 4,2%)	<u>Congo</u> , Gabon, <u>Guinée Conakry</u> (3/51 = 5,9%)	Gabon (1/51 = 2,0%)
	Total	5/48 = 10,4%	5/51 = 9,8%	2/51 = 4,0%
Niveau satisfaisant	<i>Pas d'intervention</i>	Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap vert, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sao Tome, Somalie, Tanzanie, Tchad, Togo, Soudan Zaïre, Zambie (24/48 = 50,0%)	<u>Angola</u> , Bénin, Cap Vert, Guinée Bissau, Libye, Malawi, <u>Mozambique</u> , Nigeria, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Zaïre, Zambie (14/51 = 27,4%)	Angola, Bénin, <u>Burkina Faso</u> , Cap Vert, <u>Congo</u> , <u>Djibouti</u> , Guinée Bissau, Libye, <u>Mauritanie</u> , Mozambique, Somalie, Soudan, Tchad, Zaïre (14/51 = 27,4%)
	<i>Il faut maintenir le niveau actuel</i>	Mozambique (1/48 = 2,1%)	<u>Burkina Faso</u> , Côte d'Ivoire, <u>Mali</u> , <u>Mauritanie</u> , <u>Niger</u> , <u>Sao Tomé & Principe</u> , <u>Togo</u> (7/51 = 13,7%)	Côte d'Ivoire, Mali, Sao Tomé & Principe, Togo (4/51 = 7,8%)
	Total	25/48 = 52,1%	21/51 = 41,2%	18/51 = 35,3%

Suite tableau 1.1 (a)

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1976	Pays en 1983	Pays en 1986
Niveau trop élevé	<i>Pas d'intervention</i>	Comores, Liberia, Madagascar, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone (6/48 = 12,5%)	<u>Cameroun</u> , Liberia, Sierra Leone, Comores, <u>Djibouti</u> , <u>Ethiopie</u> , Madagascar, Swaziland (8/51 = 15,7%)	Cameroun, Ethiopie, <u>Centrafrique</u> , <u>Guinée Conakry</u> , Liberia, Madagascar, <u>Malawi</u> , Sierra Leone, <u>Tanzanie</u> , <u>Zambie</u> (10/51 = 19,6%)
	<i>Politique cohérente d'intervention</i>	Afrique du Sud, Botswana, Egypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Seychelles, Swaziland, Tunisie, Ouganda (12/48 = 25,0%)	Afrique du Sud, <u>Algérie</u> , Botswana, <u>Burundi</u> , Egypte, <u>Gambie</u> , Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, Ouganda, <u>Rwanda</u> , <u>Sénégal</u> , Seychelles, Tunisie, <u>Zimbabwe</u> (17/51 = 33,3%)	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Burundi, <u>Comores</u> , Egypte, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Maroc, Maurice, <u>Niger</u> , <u>Nigeria</u> , Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, <u>Swaziland</u> , Tunisie, Zimbabwe (21/51 = 41,2%)
	Total	18/48 = 37,5%	25/51 = 49,0%	31/51 = 60,8%

Pays = changement par rapport à l'année précédente.

Sources : Adapté de Sala-Diakanda, 1995 : p.15 ; Bravo-Casa (1993 : pp.100-106) ; Nations Unies (1996 : pp. 113-114).

Tableau 1.1 (b) : Perception du niveau de fécondité et désir d'intervention des gouvernements africains en 1989 et 1993 .

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1989	Pays en 1993
Niveau bas	<i>Pas d'intervention</i>	Guinée Equatoriale (1/51 = 2,0%)	(0/53 = 0,0%)
	<i>Il faut augmenter</i>	Gabon (1/51 = 2,0%)	Côte d'Ivoire, Gabon (1/53 = 1,9%)
	Total	2/51 = 4,0%	1/53 = 1,9%
Niveau satisfaisant	<i>Pas d'intervention</i>	Bénin, Congo, Djibouti, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Libye, Somalie, Soudan, Tchad, Zaïre 11/51 = 21,5%	Bénin, Djibouti, Guinée Equatoriale, Mauritanie, Libye, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Zaïre 10/53 = 18,9%
	<i>Il faut maintenir le niveau actuel</i>	Côte d'Ivoire, Mali, Maurice, Sao Tomé & Principe, Togo 5/51 = 9,8%	Maurice 2/53 = 3,8%
	Total	16/51 = 31,4%	12/53 = 22,6%

Suite tableau 1.1 (b)

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1989	Pays en 1993
Niveau trop élevé	<i>Pas d'intervention</i>	<u>Angola</u> , Centrafrique, Ethiopie, Guinée Conakry, Malawi, Sierra Leone, Tanzanie, Zambie (8/51 = 15,7%)	<u>Angola</u> , Centrafrique, <u>Guinée Bissau</u> , <u>Namibie</u> (4/53 = 7,5%)
	<i>Politique cohérente d'intervention</i>	Afrique du Sud, Algérie, <u>Burkina Faso</u> , Botswana, Burundi, <u>Cameroun</u> , <u>Cap Vert</u> , Comores, Egypte, Gambie, Ghana, <u>Guinée Bissau</u> , Kenya, Lesotho, <u>Liberia</u> , Maroc, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Tunisie, Zimbabwe (25/51 = 49,0%)	Afrique du Sud, Algérie, Burkina Faso, Botswana, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Comores, <u>Congo</u> , Egypte, <u>Erythrée</u> , <u>Ethiopie</u> , Gambie, Ghana, <u>Guinée Conakry</u> , Kenya, Lesotho, Liberia, <u>Madagascar</u> , <u>Mali</u> , <u>Malawi</u> , Maroc, <u>Mozambique</u> , Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, <u>Sao Tomé & Príncipe</u> , Sénégal, <u>Sierra Leone</u> , Seychelles, Swaziland, <u>Tanzanie</u> , Tunisie, <u>Zambie</u> , Zimbabwe (36/53 = 68,0%)
Total		33/51 = 64,7%	40/53 = 75,5%

Pays = changement par rapport à l'année précédente.

Sources : Adapté de Sala-Diakanda, 1995 : p.15 ; Bravo-Casa (1993 : pp.100-106) ; Nations Unies (1996 : pp. 113-114)

***De Mexico (1984) au Caire 1994 : une position interventionniste plus affirmée
nourrie par une vision globale et intégrée des questions de population***

L'après Mexico (1984) marque un tournant décisif dans l'évolution des positions gouvernementales vis-à-vis d'une maîtrise moderne de la fécondité. La prise de conscience de la forte fécondité se manifeste de plus en plus dans le continent passant de 60,8 % de pays en 1986 à 64,7 % en 1989. Cette perception élevée du niveau de fécondité s'accompagne de plus en plus d'une politique cohérente d'intervention (notamment dans le sens d'une inflexion à la baisse), puisqu'en 1989 près de la moitié de pays (49,0 %) déclare en disposer une. On remarquera au passage que le groupe de pays ayant une perception élevée de leur niveau de fécondité et d'avis sur la nécessité de l'infléchir à la baisse est majoritairement constitué de pays anglophones. Parallèlement, la proportion de pays estimant satisfaisant le niveau de leur fécondité diminue sensiblement au fil du temps : elle est 41,2 % (soit 21 pays sur 51) en 1983, 35,3 % (18 pays sur 51) en 1986, 31,4 % (16 pays sur 51) en 1989 et de 22,7 % (12 pays sur 53) en 1993. Cette catégorie de pays est majoritairement constituée d'anciennes colonies françaises. Sur les cinq pays (Cameroun, Centrafrique, Guinée Equatoriale et Gabon et Libye) qui pensaient en 1976 que leur fécondité était trop basse – pays rejoints en 1983 par le Congo et la Guinée Conakry – le Gabon reste en liste en 1993 militant toujours pour une hausse du niveau et est rejoint par la Côte d'Ivoire dans cette ligne politique. En 1993 seule Maurice estime satisfaisant son niveau de fécondité et milite pour son maintien.

Le paysage institutionnel ou politique africain de la régulation des naissances (Tableau 1.2) s'est considérablement amélioré dans le sens d'une plus grande ouverture aux méthodes contraceptives modernes. En effet depuis 1986, on ne dénombre plus de pays hostile à la dissémination des méthodes contraceptives. Toutefois on note encore en 1993 quatre pays n'offrant ni soutien ni limitation : ce sont Djibouti, la Guinée Equatoriale, le Gabon et la Libye. Le nombre de pays ayant cette ligne politique est bien sûr en baisse progressive depuis 1976. En plus d'une libéralisation (soutien indirect et sans restriction) croissante des méthodes de régulation des naissances, on note une nette tendance à offrir un soutien direct et sans restriction aux programmes de planification familiale. En 1989 ils sont 40 pays à avoir cette ligne politique, soit une proportion de 78,4 %. En 1993 ils sont 46 pays - un pays qui n'offrait aucun soutien à la contraception, le Cameroun, et certains pays qui n'offraient qu'un soutien indirect (Bénin, Madagascar et Mauritanie) - ayant désormais rejoint le groupe.

Tableau 1.2 (a) : Politiques et désir d'intervention des gouvernements africains sur la dissémination et l'utilisation des méthodes contraceptives en 1976, 1983, et 1986

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1976	Pays en 1983	Pays en 1986
Aucun appui à la contraception	Restriction ou intention de réduire la prévalence	Tchad, Guinée Equatoriale, Gabon, Libye, Malawi (5/48 = 10,4%)	Tchad, Côte-d'Ivoire, Malawi (3/51 = 5,9%)	
	Aucune restriction	Burkina Faso, Burundi, Centrafrique, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sao Tomé, Sénégal, Somalie (12/48 = 25,0%)	Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Comores, Guinée Equatoriale, Gabon, Guinée Conakry, Libye, Mauritanie, Niger, Sao Tomé, Somalie (12/51 = 23,5%)	Tchad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gabon, Guinée Equatoriale, Libye, Mauritanie (7/51 = 13,7%)
	Total	17/48 = 35,4%	15/51 = 29,4%	7/51 = 13,7%
Appui indirect à la contraception et sans restriction	Bénin, Cameroun, Ethiopie, Gambie, Guinée Bissau, Madagascar, Togo		Angola, Bénin, Djibouti, Guinée Bissau, Lesotho, Liberia, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Zaïre, Zambie, Zimbabwe	Bénin, Burkina Faso, Liberia, Sierra Leone, Somalie, Zaïre
	Total 7/48 = 14,6%		Total 12/51 = 23,5%	Total 6/51 = 11,8%

Suite tableau 1.2 (a)

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1976	Pays en 1983	Pays en 1986
Appui direct à la contraception et sans restriction	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap Vert, Congo, Egypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tunisie, Zaïre, Zambie	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, <u>Burundi</u> , Cap Vert, Congo, Egypte, <u>Ethiopie</u> , <u>Gambie</u> , Ghana, Kenya, <u>Madagascar</u> , Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Ouganda, <u>Rwanda</u> , Seychelles, Soudan, Swaziland, Tanzanie, <u>Togo</u> , Tunisie	Afrique du Sud, Algérie, <u>Angola</u> , Botswana, Burundi, <u>Cameroun</u> , Cap Vert, <u>Centrafrique</u> , <u>Comores</u> , Congo, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, <u>Guinée Conakry</u> , <u>Guinée Bissau</u> , Kenya, <u>Lesotho</u> , Madagascar, <u>Malawi</u> , Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, <u>Niger</u> , <u>Nigeria</u> , Ouganda, Rwanda, <u>Sao Tomé</u> , <u>Sénégal</u> , Seychelles, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Tunisie, <u>Zambie</u> , <u>Zimbabwe</u>	
	Total 24/48 = 50,0%	Total 24/51 = 47,0%	Total 38/51 = 74,5%	

Pays = changement par rapport à l'année précédente.

Sources : Adapté de Sala-Diakanda, 1995 : p.16 ; Bravo-Casa (1993 : pp.100-106) ; Nations Unies (1996 : pp. 117-118)

Tableau 1.2. (b) : Politiques et désir d'intervention des gouvernements africains sur la dissémination et l'utilisation des méthodes contraceptives en 1989 et 1993

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1989	Pays en 1993
Aucun appui à la contraception	Restriction ou intention de réduire la prévalence		
	Aucune restriction	Cameroun, Djibouti, Guinée Equatoriale, Gabon, Libye (5/51 = 9,8%)	Djibouti, Guinée Equatoriale, Gabon, Libye (4/53 = 7,5%)
	Total	5/51 = 9,8%	4/53 = 7,5%
Appui indirect à la contraception et sans restriction	Bénin, Cameroun, Ethiopie, Gambie, Guinée Bissau, Madagascar, Togo	Bénin, Côte d'Ivoire, Madagascar, Mauritanie, Somalie, Tchad,	Côte d'Ivoire, Somalie, Tchad
	Total 7/48 = 14,6%	Total 6/51 = 11,8%	Total 3/53 = 11,8%

Suite tableau 1.2 (b)

Perception	Désir d'intervention	Pays en 1989	Pays en 1993
Appui direct à la contraception et sans restriction	Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap Vert, Congo, Egypte, Ghana, Kenya, Lesotho, Liberia, Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tunisie, Zaïre, Zambie	Afrique du Sud, Algérie, <u>Angola</u> , Botswana, <u>Burkina Faso</u> , Burundi, Cap Vert, Centrafrique, Comores, Congo, Egypte, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, <u>Liberia</u> , Malawi, Mali, Maurice, Maroc, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé, Sénégal, Seychelles, <u>Sierra Leone</u> , Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Tunisie, <u>Zaïre</u> , Zambie, Zimbabwe	Afrique du Sud, Algérie, Angola, <u>Bénin</u> , Botswana, Burkina Faso, Burundi, <u>Cameroun</u> , Cap Vert, Centrafrique, Comores, Congo, Egypte, <u>Erythrée</u> , Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée Conakry, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, <u>Madagascar</u> , Malawi, Mali, Maurice, <u>Mauritanie</u> , Maroc, Mozambique, <u>Namibie</u> , Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé & Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Tunisie, Zaïre, Zambie, Zimbabwe
	Total 24/48 = 50,0%	Total 40/51 = 78,4%	Total 46/53 = 86,8%

Pays = changement par rapport à l'année précédente.

Sources : Adapté de Sala-Diakanda, 1995 : p.16 ; Bravo-Casa (1993 : pp.100-106) ; Nations Unies (1996 : pp. 117-118)

On peut constater un certain renforcement du degré de cohérence entre les perceptions des gouvernements en matière de fécondité et leurs politiques relatives à la contraception moderne. En 1976, sur les 18 pays estimant trop élevé le niveau de leur fécondité, 14 pays accordaient un soutien direct ou indirect aux programmes de régulation de naissances par la contraception moderne, soit un taux de cohérence de 78 %. En 1989 c'est tous les 33 pays ayant une perception trop élevée du niveau de leur fécondité qui donnent effectivement un appui direct ou indirect aux programmes de planification familiale, soit un taux de cohérence de 100 %. En 1993, parmi les 46 pays concernés, 43 ont une perception élevée de leur niveau de fécondité. Les 3 autres (Bénin, Madagascar et Mauritanie) ont une perception satisfaisante et se prononcent même pour une non intervention, ce qui apparaît comme une incohérence mais encore faut-il apprécier le contenu réel des programmes soutenus.

La conférence internationale du Caire (1994) fut l'objet d'un consensus sur la nécessité d'une approche intégrée entre les composantes essentielles du développement : population, pauvreté, développement durable, droits de l'homme. La conférence préparatoire africaine de Dakar (1992) avait également souligné la nécessité d'une action intégrée entre les politiques et programmes de population et les stratégies de développement. Cette vision semble nourrie par l'échec des stratégies cloisonnées de développement, les effets négatifs des programmes d'ajustement structurels et l'expansion de la pauvreté dans un continent en pleine explosion démographique ayant entamé mais loin d'avoir achevé sa transition.

Tandis que la planification familiale est relativement mieux acceptée et même élevée au statut de « Droits de l'Homme », l'avortement présenté comme méthode de régulation de naissances reste quasi-unanimement rejeté par les pays, ses charges émotionnelles, culturelles et religieuses demeurant importantes (Sala-Diakanda, 1995). Le programme d'action de la conférence du Caire indique clairement, dans son alinéa 8.25, que les réticences de la communauté internationale vis-à-vis de l'avortement comme méthode contraceptive et sa volonté de le combattre prioritairement par la planification familiale notamment la prévention des grossesses non désirées : *« l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu, en tant que méthode de planification. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non-gouvernementales intéressés sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours*

à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement » (Nations Unies, 1994).

La plupart des pays incrimine et réprime pénalement l'avortement. Les pays qui ont formellement abrogé la loi de 1920 ont repris ses dispositions sur l'avortement dans les loi remplaçantes (Cameroun, Côte d'Ivoire, Bénin, Sénégal). L'avortement thérapeutique visant à préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant constitue la principale exception prévue par les codes. Très rarement, comme dans l'exemple camerounais, l'avortement ne constitue pas une infraction lorsque la grossesse résulte d'un viol ou de l'inceste pour autant que le Ministère Public atteste la matérialité des faits.

Les facteurs des changements

Les changements des gouvernements africains, qui se traduisent par un désir plus grand de maîtrise de la fécondité et une ouverture croissante aux méthodes modernes de contraception, sont une conséquence d'une action combinée de plusieurs facteurs :

La crise économique des années 1980 et le déclin persistant de la situation économique

La crise économique des années 1980 au lendemain du choc pétrolier de 1973, qui marque l'échec des stratégies cloisonnées de développement et s'accompagne d'une marginalisation du continent sur le marché international, les effets sociaux pervers des programmes d'ajustement structurels et l'expansion consécutive de la pauvreté sur fond d'expansion démographique, ont probablement joué un rôle important dans la prise de conscience par les gouvernements des effets potentiellement inhibiteurs des tendances démographiques sur le développement, de la nécessité d'une maîtrise de la fécondité et celle de placer l'homme au centre de toutes les actions de développement.

Le développement des compétences démographiques nationales et l'amélioration des connaissances

La formation des cadres démographes par les institutions sous-régionales telles que l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD, Yaoundé-Cameroun), le Regional Institute for Population Studies (RIPS, Accra-Ghana) et le CDC (Caire, Egypte), a permis de relayer les experts étrangers et l'appropriation des préoccupations démographiques africaines par les africains (Sala-Diakanda, 1995). Les compétences démographiques ainsi créées ont induit une amélioration progressive, significative et soutenue des connaissances démographiques dans leur rapport avec le développement.

Le soutien des agences de coopération bilatérales et multilatérales

Le rôle de la coopération internationale dans l'attitude des gouvernements africains vis-à-vis des politiques de fécondité s'est particulièrement illustré à travers le financement des Unités de Politiques de Population (UPP) et des opérations de collecte de grande envergure (Enquêtes démographiques, recensements de population et de l'habitat,...). Les unités nationales ont créées des conditions favorables à l'adoption des déclarations officielles de politiques de fécondité, lesquelles ont le plus souvent trouvé leur inspiration de départ dans les textes proposés par les organismes internationaux (FNUAP, USAID, FUTURES GROUP,...) et simplement adaptés par les commissions nationales (Locoh et Makdessi, 1996). Un exemple saisissant nous est donné par le projet OPTIONS II (Kenney, 1993) exécuté par le FUTURES GROUP et soutenu financièrement par l'USAID. L'une des missions importantes de ce projet est d'aider les pays du Sud à reformer les lois et réglementations qui inhibent l'utilisation et la prestation des services de planification familiale (restrictions sur la prestation des méthodes spécifiques, restrictions sur la prestation des services et la distribution, réglementations sur la publicité et la promotion des contraceptifs, les politiques fiscales et d'importation,...). La pression accrue des agences de coopération (multilatérales et bilatérales) en faveur de l'implantation des programmes de planification familiale se manifeste de plus en plus sous l'enveloppe des programmes d'aide au développement.

Les opérations de collecte ont permis de mettre à la disposition des gouvernements une masse importante d'informations permettant de mesurer les niveaux des composantes démographiques et de simuler leur évolution dans leur rapport avec les variables socio-économiques.

Vers des actions concertées des Etats à l'échelle du continent ?

Les préoccupations relatives à la régulation des naissances, composante essentielle de la santé reproductive, s'orientent de plus en plus vers une communautarisation à l'échelle du continent. Lors d'un séminaire sous-régional tenu à Abidjan du 7 au 9 juin 1999, les pays représentés⁴ ont réaffirmé la nécessité d'une action concertée des différents Etats de la sous-région ouest africaine en faveur d'une amélioration de la santé reproductive. L'harmonisation des législations relatives à la santé de la reproduction était à l'ordre du jour dans la perspective de l'adoption d'une loi type commune. « C'est ainsi que sur l'initiative du Forum des parlementaires Africains et Arabes sur Population et développement (FPAAPD), les parlementaires de l'Afrique de l'Ouest ont proposé un avant-projet de loi type en matière de santé sexuelle et reproductive pour mieux prendre en charge toutes les questions afférentes dans le respect strict des engagements pris au plan international, notamment dans le cadre du Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire, 1994) » (FPAAPD, 1999). Dans cet avant-projet de loi, l'interruption illégale de grossesse est incriminée et pénalement réprimée.

Les approches et composantes stratégiques des Programmes de régulation des naissances

A l'origine, les programmes de planification familiale faisaient l'objet d'actions cloisonnées dans le sens d'une baisse de la fécondité par le biais de l'espacement ou de la prévention des grossesses. La régulation de la fécondité apparaissait comme un facteur indispensable pour le bien-être familial, la lutte contre la pauvreté. La lutte contre l'infécondité ou la sous-fécondité, à défaut d'être complètement absente, occupait une importance négligeable. Actuellement la planification familiale est intégrée à la santé de la reproduction. Cette orientation fait de la santé sexuelle et reproductive un argument de poids pour la planification familiale. Les soins prénatals, obstétricaux et post-partum, la lutte contre l'infécondité ou la sous-fécondité, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, ... figurent

⁴ Ont pris part à ce séminaire : l'Afrique du Sud, le Bénin, le Burkina Faso, le Cap Vert, le Togo, le Ghana, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, la Gambie, la Côte d'Ivoire et la Tunisie

désormais au rang des composantes qui accompagnent l'offre des services de planification familiale. L'approche méthodologique de la plupart des programmes de planification familiale favorisait l'individu (notamment la femme) comme cible des interventions. Aujourd'hui l'approche ciblant le couple apparaît indispensable pour un meilleur succès des interventions à côté de celle prenant un seul sexe comme cible. En effet l'écart souvent observé entre les intentions et les comportements de la femme peut s'expliquer en partie par le fait que cette dernière n'est pas la seule maîtresse des décisions dans ce domaine.

LA REALITE DES FAITS

Compte tenu de l'environnement institutionnel en vigueur, il y a lieu de se demander, en seconde analyse, si la vigueur et le rayonnement des programmes de planification familiale sont à la mesure de l'engagement politique des Etats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le chemin à parcourir étant encore probablement long, nous partirons de quelques indices portant notamment sur le fonctionnement des programmes et les comportements pour apprécier la direction et déceler quelques insuffisances ou (in)cohérences.

Vigueur et rayonnement des programmes

Une offre de services en augmentation mais encore fort lacunaire dans l'accessibilité et l'information

Une offre quantitative et qualitative des services de planification familiale est une des conditions de la vigueur et du rayonnement des programmes. Si l'on peut apprécier les efforts consentis en vue d'améliorer l'offre dans sa dimension quantitative, on peut néanmoins déplorer les insuffisances dans sa dimension qualitative. Une étude situationnelle au Cameroun (Betbout et al., 1998) met en évidence d'importantes insuffisances, sans doute communes à d'autres pays africains : sous-équipement, insuffisance du personnel qualifié, accueil déplorable,

difficultés d'approvisionnement en contraceptifs, signalisation déficience des services,... La disponibilité des méthodes, bien qu'en augmentation, est loin d'être suffisamment assurée. Dans nombre de pays, seul le préservatif masculin est disponible et économiquement accessible jusqu'à l'épicier du quartier ou au commerçant ambulant. La distribution des autres méthodes est essentiellement assurée par les structures sanitaires et les pharmacies, très peu par le secteur associatif ou communautaire (ONG). L'information sur l'efficacité, les insuffisances et les effets secondaires des différentes méthodes n'est pas toujours donnée. Ceci est de nature à laisser libre court aux préjugés de toutes sortes et à créer un climat de suspicion au sein des populations. Or l'information est l'un des principaux facteurs de la motivation. Il est donc nécessaire de réviser les législations de manière à assurer la propagande des méthodes de régulation des naissances. La loi du 31 juillet 1920 n'a plus sa place dans un contexte où la planification familiale est institutionnalisée et/ou ses services sont fournis. Outre les canaux classiques (panneaux d'affichage et de signalisation, mass médias, campagne d'Information, d'Education et de Communication,...) des dispositions légales devraient être prises en vue d'intégrer l'information dans les programmes scolaires. En outre l'accessibilité géographique des services est aussi problématique. Diverses études ont montré que l'utilisation de la contraception moderne s'amenuise à mesure que la distance à parcourir augmente (Beegle, 1995 ; Raylynn Olver, 1995, Feyisetan and Ainsworth, 1994). Dans la plupart des pays africains l'accessibilité géographique est rendu difficile, particulièrement en milieu rural, du fait non seulement de longues distances à parcourir mais aussi de la rareté des moyens de transport et du mauvais état des routes. La proportion de femmes rurales qui résident dans un rayon de 5 Km du service de Planning Familial le plus proche est de 70% en Afrique du Nord contre moins de 50% en Afrique Subsaharienne avec d'importantes disparités entre les pays (Wilkinson et al., 1993).

Des programmes intégrés dans des structures sanitaires précaires

Rappelons que la plupart des programmes de planification familiale fonctionnent dans le cadre des structures sanitaires existantes. Cela répond en effet à l'approche globale intégrée à la santé sexuelle et reproductive. La réussite d'une telle approche dépend en effet du fonctionnement des structures de santé et de l'amélioration de l'état de santé des populations par une meilleure prise en charge.

On le sait, l'utilisation des services de santé est loin d'être la règle en Afrique. Cette situation tient à de nombreux facteurs ayant fait l'objet d'un large support documentaire : faible accessibilité géographique et financière, longues files d'attente, sous-équipement, insuffisance du personnel qualifié, ... Avec la crise économique persistante dans laquelle sont plongés la plupart de pays africains et ses programmes d'austérité, le fonctionnement des structures sanitaires se détériore davantage avec l'effondrement de la part du budget accordée à la santé. Les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions sanitaires ne sont pas toujours disponibles sans compter que la gestion et la coordination des activités fait souvent défaut. A l'évidence, il apparaît difficile de promouvoir la contraception moderne dans le cadre des structures sanitaires peu attractives parce que fortement handicapées dans leur fonctionnement. L'intégration des programmes de planification familiale au sein de projets de développement et d'appui aux initiatives locales (telles que les ONG) serait une alternative saisissante (Locoh, 1992) pour autant que les législations en vigueur le permettent, ce qui est loin d'être effectivement le cas. Il convient de réviser les législations en vigueur dans le sens d'une plus grande accessibilité aux licences de fabrication, d'exploitation et d'importation des contraceptifs et l'octroi des facilités fiscales. Bien sûr l'exigence d'une qualification et d'un équipement nécessaire à la production des méthodes et la prestation des services est nécessaire pour garantir une certaine qualité.

Même en présence d'une libéralisation totale du secteur, il faudra attendre encore une transformation substantielle de la fécondité désirée, notamment dans le sens d'une baisse, pour qu'une offre substantielle puisse créer une demande significative.

Les comportements contraceptifs et procréateurs

*Connaissance et utilisation de la contraception moderne :
une amélioration substantielle mais une forte prévalence des besoins non-satisfaits*

Les méthodes modernes de régulation de naissances sont de plus en plus connues des populations. La proportion de femmes mariées ayant cité au moins une méthode moderne (Tableau 1.3) s'étend, pour l'Afrique Subsaharienne, de 23 % au Burkina Faso à 98 % au Zimbabwe. En Afrique

du Nord c'est quasiment toutes les femmes qui connaissent au moins une méthode moderne (proportion de plus de 97 %). La pilule est de loin la méthode la plus connue. Cependant cette connaissance n'est très souvent que superficielle puisqu'elle est davantage le fait d'avoir entendu parler ou de citer spontanément les méthodes que la connaissance effective de leur utilité, efficacité, insuffisances et effets secondaires.

La prévalence contraceptive s'étend, en Afrique Subsaharienne, de 1 % en Guinée à 42 % au Zimbabwe et, en Afrique du Nord, de 35 % au Maroc à 49 % en Egypte. L'Afrique du Nord est donc relativement plus avancée dans la connaissance et l'utilisation de la contraception moderne.

En plus de deux décennies de planification familiale en Afrique, le bilan, mis en évidence par les données d'enquêtes mondiales sur la fécondité et d'enquêtes démographiques et de santé, va globalement dans le sens d'une amélioration du recours à la contraception moderne bien que les niveaux soient encore relativement bas. Partout on enregistre une augmentation de la prévalence contraceptive en union, le mariage étant le cadre par excellence d'exercice de la fécondité mais à un rythme variable selon les pays (Curtis and Neitzel, 1996 ; rapports EDS). Ainsi par exemple :

- au Cameroun la prévalence contraceptive moderne des femmes en union âgées de 15-44 ans est passée de 1 % à l'ENF (1978) à 4 % à l'EDS (1991) puis à 8 % à l'EDS (1998) ;
- au Sénégal elle est passée de 1 % à l'ENF (1978) à 5 % à l'EDS (1992-93) ;
- au Nigeria elle est passée de 1 % à l'ENF (1981-1982) à 4 % à l'EDS (1990) ;
- au Rwanda elle a évolué de 1 % à 13 % entre l'ENF (1983) et l'EDS (1992) ;
- au Malawi elle est passée de 1 % au FFS (1984) à 7 % à l'EDS (1992) ;
- au Ghana elle est passée de 5 % à l'EDS (1988) à 10 % à l'EDS (1993) ;
- au Kenya elle est passée de 18 % à l'EDS (1989), 27 % à l'EDS (1993) pour atteindre 31 % à l'EDS (1998) ;
- au Togo elle est passée de 3 % à l'EDS (1988) à 7 % à l'EDS (1998) ;
- au Mali elle est passée de 1 % à l'EDS (1987) à 4 % à l'EDS (1995-96).

Tableau 1.3 : Pourcentage de femmes mariées de 15-49 ans selon la connaissance et l'utilisation de la contraception moderne et besoins non-satisfaits, EDS 1990-1998

Pays	Année de l'enquête	Connaissance d'au moins une méthode moderne		Utilisation actuelle de la contraception moderne	
		%	Méthode la plus connue	%	Méthode la plus utilisée
Afrique Subsaharienne					
Burkina Faso	1993	22,7	Pilule	4,2	Pilule
Cameroun	1998	26,6	Pilule	4,3	Pilule
Centrafrique	1996	68,6	Pilule	3,2	Pilule
Côte d'Ivoire	1994	71,1	Pilule	4,3	Pilule
Ghana	1993	90,7	Pilule	10,1	Pilule
Guinée	1992	12,3	Pilule	1,1	Pilule
Madagascar	1992	28,6	Pilule	5,1	Pilule
Malawi	1992	60,7	Pilule	7,4	Pilule
Mali	1995-96	64,6	Pilule	4,5	Pilule
Mozambique	1997	49,9	Pilule	5,1	Injections
Namibie	1992	68,3	Pilule	26,0	Pilule
Niger	1992	26,1	Pilule	2,3	Pilule
Nigeria	1990	23,4	Pilule	3,5	Pilule
Kenya	1998	97,7	Pilule	31,5	Injections
Rwanda	1992	85,5	Injections	12,9	Pilule
Sénégal	1992/93	34,5	Pilule	4,8	Pilule
Tanzanie	1991/92	51,9	Pilule	6,6	Pilule
Tchad	1996-97	42,8	Condoms	3,0	Condoms
Togo	1998	93,4	Injections	7,0	Injections
Zambie	1992	61,5	Pilule	8,9	Pilule
Zimbabwe	1994	98,5	Pilule	42,2	Pilule
Afrique du Nord					
Egypte	1992	97,7	Pilule	44,8	DIU
<i>Maroc</i>	1992	93,5	Pilule	35,5	Pilule

Source : Curtis S. L. and Neitzel K., 1996 ; p.9 et p.26 ; Rapports EDS.

Cette amélioration globale masque cependant d'importantes inégalités sociales et spatiales : elle est moins importante en milieu rural, au sein des catégories sociales économiquement défavorisées et/ou moins instruites, ...

Si la connaissance et l'utilisation de la contraception s'améliorent un peu partout, l'Afrique enregistre encore une proportion relativement importante des besoins non-satisfaits estimée, d'après Bongaarts et Bruce (1994) et pour l'Afrique Subsaharienne, à un peu plus d'une femme sur cinq (23 %) ⁵. D'après les estimations de Bongaarts (1995), l'Afrique a une prévalence relativement importante des besoins non-satisfaits (Graphique 1.1). En Afrique Subsaharienne (9 pays), elle s'étend de 18 % au Mali à 31 % au Kenya. En Afrique du Nord, elle s'étend de 16 % en Tunisie à 22 % en Egypte. Parallèlement à une prévalence contraceptive relativement faible, certes en augmentation, l'Afrique aurait une forte prévalence des besoins non-satisfaits tenant pour une grande part à l'espacement des grossesses. D'après ces estimations, la part des besoins d'espacement est en Afrique Subsaharienne de plus de 50 % de l'ensemble des besoins non-satisfaits, à l'exception du Zimbabwe et du Kenya (où elle représente 39,9 % et 50 % respectivement). En Afrique du Nord, elle est de 32,9 % en Egypte, 45,4 % en Tunisie et 48,6 % au Maroc. Toujours d'après Bongaarts (1995), si l'effet d'une éventuelle satisfaction des besoins de limitation sur la baisse de la fécondité ne fait aucun doute ⁶, il n'en est rien en ce qui concerne la satisfaction des besoins d'espacement dont l'impact semble négligeable puisqu'elle n'affecte pas sensiblement le nombre d'enfants désirés. L'impact de la contraception a donc très peu de chances d'être assuré sans une transition sensible de la structure de besoins d'espacement vers des besoins de limitation. Cela passe nécessairement par un meilleur ciblage des facteurs qui sont à l'origine de la demande d'enfants et de la vigueur des programmes nationaux de planification familiale laquelle relève du contexte institutionnel (mesures légales) ou est directement influencé par ce dernier.

⁵ Pour une discussion critique du concept de besoins non-satisfaits, on lira par exemple les travaux de Westoff (1981), Westoff et al. (1981), Boulier (1985), Dixon-Mueller et Germain (1992), Bongaarts (1991, 1992 1993, et 1995), Govindasami et al. (1993), Bongaarts et Bruce (1994).

⁶ Le test de corrélation fait par l'auteur indique qu'une réduction de 10% des dits besoins entraîne une baisse de la fécondité non-désirée de 1,1 naissances.

La santé maternelle et infantile : un contexte épidémiologique particulièrement défavorable

L'Afrique est la région au monde où les risques liés à la gestation, à la parturition et à l'enfance sont les plus élevés. Elle est aussi la région au monde où les services de santé maternelle et infantile sont sous-utilisés. Il est difficile de promouvoir la planification familiale dans un contexte de précarité de la santé materno-infantile notamment où l'infécondité et la mortalité maternelle sont relativement importantes, la prise en charge de la grossesse déficiente, la mortalité infantile bien qu'en baisse encore relativement élevée. En Afrique, en dépit de la sous-estimation probable du phénomène, de nombreuses grossesses n'aboutissent pas à des naissances vivantes. Le programme d'EMF des années soixante dix a montré que la proportion de femmes en union âgées de 30 ans et plus ayant eu au moins un décès intra-utérin s'étend de 17,1 % au Ghana à près de 40 % au Sénégal (Casterline, 1989). Actuellement il est à craindre que l'incapacité (volontaire ou non) d'amener le produit de la conception à une naissance vivante ait sensiblement augmenté. Au Cameroun par exemple la proportion de femme concernées est passée de 21 % à l'ENF (1978) à 26 % à l'EDS (1991) pour atteindre près de 30 % à l'EDS (1998). D'après les données des EDS récentes, elle est de 22,5 % au Tchad, 30 % en Centrafrique et au Mali.

En dépit des dispositions légales répressives, les avortements et leurs conséquences néfastes (décès maternel, stérilité,...) sont légion en Afrique. D'après les estimations⁷ récentes de l'OMS (WHO, 1998), l'incidence des avortements à risque⁸ chez les femmes en âge de procréer est de 27 ‰ en Afrique avec d'importantes disparités régionales : 36 ‰ en Afrique de l'Est, 31 ‰ en Afrique de l'Ouest, 28 ‰ en Afrique Centrale, 16 ‰ en Afrique Australe et 15 ‰ en Afrique du Nord. Des diverses études menées en Afrique, il ressort que les avortements provoqués sont plus fréquents en milieu urbain, aux jeunes âges, avant le mariage et chez les femmes en pleine scolarité (Lehoues-Oble, 1999, Desgrées du Loû et al., 1999). Dans certains cas, l'avortement provoqué traduit un besoin récent de planification familiale (Desgrées du Loû et al., 1999). Mais il n'est pas certain que l'amélioration du recours à la contraception diminue sensiblement le recours à l'avortement. Toutefois il convient d'adapter les législations aux réalités non pas forcément

⁷ Ces estimations sont for lacunaires parce que basées, la plupart du temps, sur des données hospitalières qui sont loin de donner une vision d'ensemble du phénomène.

⁸ D'après l'OMS, un avortement à risque est celui qui est pris en charge par un personnel non (ou insuffisamment) qualifié et/ou dans des conditions où le standard minimum de soins n'est pas assuré.

en libéralisant totalement l'interruption volontaire des grossesses (vue son extrême sensibilité) mais d'en élargir ses conditions d'application légale pour des raisons juridiques (viol, inceste,...) voire socio-économiques.

***La baisse récente de la fécondité :
effet contraceptif ou transition matrimoniale ?***

L'Afrique n'est plus en marge de la baisse de la fécondité (Locoh et Hertrich, 1994). Les données des EDS récentes confirment l'amorce d'une baisse de la fécondité dans un nombre croissant de pays, certes à début et rythme variable selon la région et les pays. L'avance de l'Afrique du Nord sur l'Afrique Subsaharienne est une certitude. D'après les estimations récentes des Nations Unies (1999), on peut regrouper les pays africains en au moins cinq classes selon les niveau et rythme de baisse de leur fécondité.

La première classe est constituée de 16 pays ayant un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) supérieur à 5 enfants par femme et ne présentant aucun signe de baisse. Ces pays sont encore dans une phase pré-transitionnelle : Angola, Burundi, Tchad, Congo, République Démocratique du Congo, Guinée Equatoriale, Gabon, Guinée Bissau, Liberia, Malawi, Mali, Mozambique, Sierra Leone, Somalie, Togo et Ouganda.

La seconde classe comprend 23 pays qui se caractérisent par un ISF supérieur à 5 enfants par femme en baisse moyenne de 0,9 enfants tous les dix ans. Ces pays sont dans leur première phase de transition : Kenya, Ethiopie, Niger, Djibouti, Rwanda, Guinée Conakry, Erythrée, Côte d'Ivoire, Ghana, Bénin, Tanzanie, Sénégal, Zambie, Madagascar, Mauritanie, Swaziland, Burkina Faso, Comores, Gambie, Namibie, Nigeria, Cameroun et Centrafrique.

La troisième classe est constituée de 6 pays ayant un ISF compris entre 4 et 5 enfants par femme en baisse moyenne de 1,04 enfants tous les dix ans : Algérie, Zimbabwe, Libye, Soudan, Botswana et Lesotho.

La quatrième classe est composée de 5 pays ayant un ISF inférieur à 4 enfants par femme et qui baisse en moyenne de 1,2 enfants tous les dix ans : Maroc, Tunisie, Cap Vert, Egypte et Afrique du Sud.

La cinquième classe est constituée d'un pays ayant un ISF inférieur à 3 enfants par femme en baisse moyenne de 1,2 tous les dix ans.

Certes, à mesure qu'on augmente graduellement d'une classe à l'autre, la prévalence contraceptive moderne s'améliore mais on est loin d'une relation de cause à effet forte, consistante et spécifique. On en est toujours à s'interroger sur la part de la contraception dans ces déclin de fécondité même si de nombreuses tentatives⁹ d'évaluation ont vu le jour mais pas encore de façon satisfaisante¹⁰. Il s'agit en fait de démêler l'effet de la contraception moderne des effets des changements dans les autres variables intermédiaires (recul de l'âge au mariage, augmentation du célibat définitif, infécondabilité post-partum,...). D'après l'expérience occidentale, la baisse de la fécondité a été précédée par une transition matrimoniale notamment par le recul l'âge au mariage (Tabutin, 1995). Dans les pays du Sud, d'après Tabutin (1995), « *la nuptialité et la contraception jouent simultanément, mais au vu des expériences récentes leur importance relative s'inverse peu à peu au fil du déclin de la fécondité : dans un premier temps, les changements induits par la nuptialité l'emportent en général sur ceux de la contraception, dans un deuxième temps, quand l'âge au mariage est déjà relativement haut, on a l'inverse* ». Cette expérience se serait vérifiée en Afrique du Nord. Dans cette région où la contraception l'emporte sur la nuptialité, on a observé un recul de l'âge au mariage des femmes, de 19 à près de 24 ans et celui des hommes de 25 à 28 ans, au cours de la période allant de 1950 à la fin des années 1980 (Tabutin, 1995). L'examen des besoins non-satisfaits (Graphique 1.1) dans cette région confirme effectivement la prépondérance d'une contraception de limitation. Ce résultat s'observe également au Zimbabwe et au Kenya, deux précurseurs de la transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne.

Dans les autres pays d'Afrique Subsaharienne ayant amorcé une baisse de la fécondité, le recul de l'âge au mariage est également engagé mais probablement pas encore de façon suffisante pour permettre la transition d'une contraception d'espace vers une contraception de limitation. On observe d'ailleurs que la contraception d'espace prime encore fortement dans les besoins non-satisfaits (Graphique 1.1) au Botswana, Ghana, Ouganda et Togo.

La différence¹¹ entre ces deux groupes de pays¹² peut s'expliquer certes par la vigueur et le rayonnement des programmes de planification

⁹ Lire par exemple Bongaarts (1978), les manuels des Nations Unies (1978, 1982, 1985, 1986).

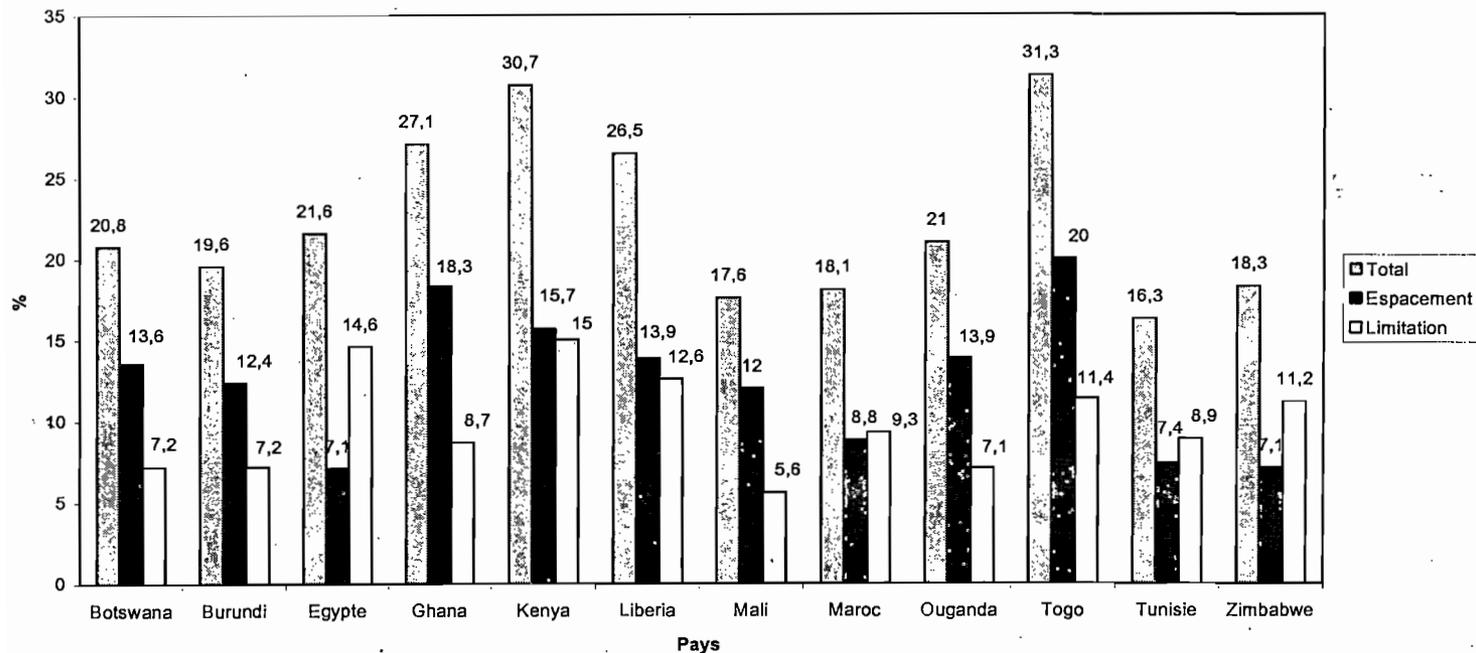
¹⁰ Cette insatisfaction n'est pas seulement attribuable à la qualité des données affectée par des erreurs aléatoires (variation dans la composition des échantillons, faible consistance statistique due aux petits nombres) et d'observation (mauvaise datation des naissances entraînant des transferts) mais aussi aux limites des modèles (faible robustesse dans l'estimation des indices, part importante non-expliquée dû à l'effet des variables implicites,...)

¹¹ Abstention faite des différences dans les début et rythme de baisse de la fécondité.

¹² Le premier groupe est composé des pays d'Afrique du Nord, du Kenya et du Zimbabwe. Le second groupe est composé des autres pays d'Afrique ayant connu une baisse de la fécondité.

familiale plus soutenue par un engagement politique dans le premier que dans le second. Elle est aussi (et peut-être davantage) le fait des changements socio-économiques (amélioration de la scolarisation des femmes et de la survie infantile, urbanisation, travail féminin en dehors du ménage, relation de genre,...) plus soutenus dans le premier groupe que dans le second, lesquels changements sont susceptibles d'engendrer une baisse de la demande d'enfant.

Graphique 1.1 : Besoins non-satisfaits de contraception selon la nature chez les femmes en union dans quelques pays d'Afrique, EDS 1985-1989



Source : Bongaarts (1995 : 11)

CONCLUSION

Nous nous sommes attelés dans cette communication à confronter l'engagement politique des Etats africains vis-à-vis de la planification familiale, à travers leurs positions et mesures légales prises, avec la réalité des faits déduite de la mise en œuvre effective des programmes et des comportements contraceptifs et procréateurs.

Le bilan de cette confrontation est quelque peu mitigé. Si on peut affirmer, du point de vue de leur conception, que les programmes de planification familiale sont à la mesure de l'engagement politique des Etats, il n'en est rien en ce qui concerne le fonctionnement des programmes et leurs effets sur les comportements contraceptifs et procréateurs. De ce point de vue, l'engagement politique dans nombre de pays est encore fort hypothéqué par :

- des législations restrictives sur la propagande des contraceptifs (loi française du 31 juillet 1920 non abrogée) ;
- des programmes d'austérité draconiens aux lourdes conséquences sociales ;
- l'absence de planning familial dans les programmes scolaires ;
- une libéralisation absente ou insuffisante dans la production, l'importation et la distribution des contraceptifs ;
- un champ d'application légal encore fort restrictif sur l'avortement, un phénomène pourtant en plein ampleur.

D'où l'amplification des incertitudes quant à la capacité des programmes de planification familiale, dans leur contexte actuel, à induire une transition durable et irréversible de la fécondité. Toutefois l'analyse montre qu'il y a lieu d'espérer quand même avec le recul irréversible de l'âge au mariage. En outre des programmes d'accompagnement socio-économique devraient toujours mériter une attention particulière pour permettre d'infléchir à la baisse la fécondité désirée et permettre une transition véritable d'une contraception d'espacement vers une contraception de limitation. C'est probablement en ces termes que se jouera l'avenir de la fécondité dans les autres pays d'Afrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bamikale F. J. and Ainsworth M. (1994), *Contraceptive Use and the Quality, Price, and Availability of Family planning in Nigeria*, LSMS, Working Paper n°108.
- Beegle K. (1995), *The Quality and Availability of Family Planning Services and Contraceptive Use in Tanzania*, LSMS, Working Paper n°114.
- Betbout H., Ngueyap F., Konandé M.L. et Rakotondrabé (1998), *Santé de la reproduction au Cameroun : situation dans les formations sanitaires*, Les cahiers de l'IFORD n°23, 139p.
- Bertrand J. (ed.) (1993), *Factors Affecting Contraceptive use u, Sub-Saharan Africa*, Washington D.C., National Academy Press.
- Bongaarts J. (1995), *The role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions*, Working Papers n°71, The Population Council, 34p.
- Bongaarts J. and Bruce J. (1994), *The causes of Unmet Need for Contraception and the social Content of Services*, Working Papers n°69, The Population Council, 56p.
- Bravo-Casa G. (1993), *Politiques démographiques en matières de fécondité*, Etudes et Documents n° 3, Academia, 106p.
- Casterline J. B. (1989), *Collecting Data on Pregnancy Loss: A review of Evidence from the World Fertilty Survey, Study in Family Planning*, n°20, pp. 81-95.
- Chamie J. (1988), « Les positions et politiques gouvernementales en matière de fécondité et de planification familiale », Tabutin D. (ed.) *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara* pp.167-190.
- Curtis S. L. and Neitzel K. (1996), *Contraceptive knowledge, use and sources*, DHS Comparative Studies n°19, Macro Inc., 92p.
- Desgrées Du Loué A. et al. (1999), *L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ?* INED, Population. 54 (3) : 427 - 446.
- FPAAPD (1999), *Avant-Projet de loi type sur la santé sexuelle et reproductive (version corrigée)*, 9p.
- Jahangir B.K. et Hours B. (1991), « La leçon de Malthus : le contrôle démographique par la faim », Gendreau et al. (eds), *Les spectres de Malthus*, pp.273-278.
- Kenney G.M. (1993), *ONS Evaluer la réforme juridique et réglementaire de la planification familiale. Manuel sur la réforme juridique et réglementaire*, THE FUTURES GROUP, 32p.
- Locoh T. et Makedessi Y. (1996), *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique Sub-saharienne*, Les dossiers du CEPED n°44, 41p.

- Locoh T. (1992), *Vingt ans de planification familiale en Afrique Sub-saharienne*, Les dossiers du CEPED n°19, 27p.
- Locoh T. (1989), *Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo*, Les dossiers du CEPED n°6, 22p.
- Locoh T. (1984), *Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain*. Travaux et Documents de l'INED, Cahier n°107, Paris (France), 182p.
- Locoh et Hertrich (eds) (1994), *The onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa*, UIESP (Liège, Belgique), 308p.
- Meillassoux C. (1991), « La leçon de Malthus : le contrôle démographique par la faim », Gendreau et al. (eds), *Les spectres de Malthus*, pp.15-32.
- Nations Unies (1995), *Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*, 211p.
- Noumbissi (1991), « Fécondité et Développement : de quelques théories », Nguessan et al. (eds), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ENEA-ORSTOM, pp.321-337.
- Raylynn O. (1995), *Contraceptive Use in Ghana. The role of Service Availability, Quality and Price*, LSMS, Working Paper n°111.
- Sala-Diakanda M. (1995), *La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité. De la Conférence de Bucarest à celle du Caire*, communication au séminaire sur Planification familiale et Politique de population, ENEA-ORSTOM, Abidjan, 18p.
- Sala-Diakanda M. (1988), « L'infécondité de certaines ethnies », Tabutin D. (ed.) *Population et Sociétés en Afrique aub Sud du Sahara* pp.191-216.
- Tabutin (1995), « Un demi-siècle de transitions démographiques dans le Sud », Tabutin et al. (eds.), *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet, Academia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, Belgique, pp. 33-70.
- United Nations (1999), *World Population Prospects : the 1998 Revision*, vol. III. Analytical Report, New York, 259p.
- United Nations (1996), *World Population Monitoring 1993*, ST/ESA/SER.A/139, New York, 238p.
- Van De Walle E. et F (1988), « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », Tabutin D. (ed.) *Population et Sociétés en Afrique aub Sud du Sahara* pp.141-165.
- Westoff C. H. and Ochoa L. H. (1991), *Unmet need and the demand for family planning*, DHS Comparative Studies n°5, Macro Inc., 37p.
- WHO (1998), *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality due to Unsafe Abortion with a listing of Available Country Data*, Third edition, 109p.
- Wilkinson M. I., Wamucii N. and Noureddine A. (1993), *The availability of Family Planning and Maternal and Child Health Services*, DHS Comparative Studies n°7, 43p.
- Wolf B. (1973), *Anti-Contraception Lawx in Sub-Saharan Francophone Africa : Sources and Ramifications*, Law and Population Monograph Series Number 15, Law and Population Programme, Massachusetts, USA, 40p.

CHAPITRE 2

SANTE DE LA REPRODUCTION ET POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT EN COTE D'IVOIRE AVANT LE CAIRE

Amoakon ANOH*

INTRODUCTION

La sante de la reproduction est un concept relativement nouveau Certains auteurs estiment qu'il a vu le jour dans les annees 1980 Cependant, il n'a acquis la legitimite internationale qui lui manquait qu'à la Conférence Internationale sur la Population et le Developpement (CIPD) au Carre, en 1994 S'inspirant de la définition de la sante de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sante de la reproduction recouvre des objets qui vont au-dela du seul domaine biomedical Sept domaines au moins constituent, pour ainsi dire, les charpentes de ce concept, à savoir la planification familiale, la maternité sans risque, la sante infanto-juvénile, la sante sexuelle, les droits reproductifs, l'education a la vie familiale, le statut de la femme (Graham, 1993 , Turmen, 1996 , Samba, 1997 , Akoto, 1997 , Zurayk, 1997 , Shah, 1998) Ces domaines constitutifs de la sante de la reproduction ne sont pas nouveaux , ils ont ete l'objet d'interventions diverses dans bon nombre de pays avec des fortunes diverses ¹³

Cette approche de la sante de la reproduction prend en compte tout le cycle de vie de la personne humaine, notamment les stades d'importance capitale pour la sante individuelle et familiale que sont la naissance,

Laboratoire Population-Environnement (LPE), Université de Provence- IRD Membre de l'équipe "Transition de la fécondité et sante de la reproduction"(ETS)) Ce travail a beneficié d'un soutien de l'AUF a travers l'action de recherche partagée sur « Sante de la reproduction transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire »

¹³ Se referer par exemple a Bonnet et Guillaume (1999) et a Zurayk (1997) pour une analyse de l'emergence du concept de « la sante de la reproduction » sous l'influence de différentes organisations œuvrant pour la promotion de la sante et des droits humains

l'adolescence et les âges de procréation (Turmen, 1993). De ce point de vue, la santé de la reproduction reprend à son compte le principe selon lequel « l'état de santé de l'individu est toujours déterminé par ses antécédents, génétiques, nutritionnels, liés à son style de vie » (Akoto, 1997). Il faut signaler également que cette approche conduit à une réorientation des politiques de population focalisées sur la croissance de la population et ses conséquences économiques et sociales vers des politiques centrées sur la santé, le bien-être des population et la satisfaction de leurs besoins reproductifs (Zurayk, 1997). Soulignons par ailleurs, qu'il a été préconisé que les programmes de santé de la reproduction soient intégrés dans les autres objectifs sociaux. Pour les aspects relevant du domaine médical, l'intégration est envisagée dans les soins de santé primaires (SSP). Dans cette optique, sa mise en œuvre reposera sur la stratégie du paquet minimum d'activité (PMA).

L'objet de cette communication consiste à analyser la prise en compte de la santé de la reproduction dans les politiques de développement économique et social de la Côte d'Ivoire avant 1994. Ceci permet, d'une part, une meilleure compréhension des réorientations que nécessite la mise en œuvre des stratégies préconisées par le Plan d'Action du Caire et, d'autre part, une mise en perspective de l'apport dû à cette approche.

Dès l'accession à l'indépendance nationale, les autorités ivoiriennes ont doté leur pays d'un modèle de développement qu'on a qualifié de « libéralisme ouvert sur l'extérieur avec une importante intervention directe de l'État ». Cet interventionnisme s'est concrétisé par le biais d'une planification du développement économique, social et culturel, pratique qui remonte à la période coloniale¹⁴ et dont « la raison d'être résulte de la nécessité d'harmoniser une multitude d'aspirations et d'intérêts contradictoires en raison de la limitation de l'espace et des richesses ». Ces plans constituent l'instrument d'orientation de la croissance économique et du développement social et culturel ainsi que le cadre des programmes d'investissements publics¹⁵.

¹⁴ Voir par exemple le 3e plan quadriennal de développement économique et social pour la période 1958-1962, adopté en avril 1958.

¹⁵ Durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, ont été élaborés : les "Perspectives Décennales de Développement Economique, Culturel et Social" pour la période 1960-1970 ; trois plans quinquennaux (1971-75, 1976-80, 1981-85) et un projet de plan quinquennal pour la période 1986-90. Dans le cadre des préparatifs de ces plans, des études nationales prospectives, qui sont des réflexions sur le long terme, ont été réalisées pour rendre la planification plus prospective et plus créatrice ; depuis l'année 1973, trois études prospectives se sont succédées régulièrement, avec une périodicité de 10 ans : Côte d'Ivoire 2000, Côte d'Ivoire 2010, Côte d'Ivoire 2025.

Nous examinerons la prise en compte des diverses dimensions de la santé de la reproduction dans les politiques de développement économique et social de la Côte d'Ivoire entre 1960 et 1994 en nous plaçant dans une perspective historique distinguant trois étapes définies en fonction des perceptions du gouvernement relatives aux problèmes de population. De 1960 à 1975, l'attitude populationniste se concrétisant par un laissez faire en matière de fécondité et d'immigration ; la santé maternelle et infantile et le statut de la femme constituent les deux aspects de la santé de la reproduction qui reçoivent le plus d'attention. De 1976 à 1990, une attitude résolument nataliste ; la quasi-totalité des interventions regroupées désormais sous le terme de la santé de la reproduction sont touchées par les politiques de développement sous fond de crise économique. Depuis 1991, l'attitude néomalthusienne et le renforcement de l'attention accordée aux divers aspects de la santé de la reproduction, notamment la planification familiale.

Notre réflexion repose essentiellement sur une recherche documentaire, notamment les rapports des plans quinquennaux de développement économique, social et culturel entre 1960 et 1990. Elle aborde tour à tour ces trois étapes d'évolution des perceptions des problèmes de population avant d'examiner quelques repères chiffrés sur la situation de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire.

EMERGENCE DES ACTIVITES DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

La santé maternelle et infantile et le statut de la femme constituent les deux aspects de la santé de la reproduction qui ont reçu le plus d'attention dans les politiques de développement économique et social de l'État ivoirien au cours de la période 1960-1975. Ceci provient du souci du planificateur d'aménager les conditions sociales en vue de créer les bases pour la poursuite d'une croissance économique rapide. L'objectif n'était pas de maîtriser le mouvement démographique ; le gouvernement avait à ce sujet une politique de laisser faire en matière de fécondité et d'immigration.

Système de médecine préventive et santé maternelle et infantile

Dans le cadre du modèle libéral interventionniste, l'organisation du système de santé s'est orientée vers une médecine préventive, de l'hygiène sociale et l'éducation sanitaire du public. Cette priorité à la médecine préventive s'articulait avec une « implantation progressive d'un équipement hospitalier curatif, proportionné aux ressources budgétaires et aux disponibilités en personnel qualifié, mais suffisant pour satisfaire aux besoins ». L'orientation vers une médecine de masse qui s'adresse aussi bien aux personnes saines qu'aux malades est favorable à la santé des mères et des enfants en ce qu'il a 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.

Ce système de santé a permis d'engager la lutte contre la mortalité, notamment la mortalité infantile que le diagnostic de la situation sanitaire avait identifiée comme l'un des aspects prioritaires de plan sectoriel de développement sanitaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile atteignait 201 pour mille naissances vivantes en 1960. Différentes causes sont, selon le planificateur, à l'origine de cette mortalité élevée : le tétanos ombilical, la rougeole, le paludisme, la poliomyélite, la malnutrition, les parasitoses diverses, l'absence de vaccination, le manque de soins appropriés. A cela il faut ajouter, lié à la mère, le manque de suivi et d'hygiène durant la grossesse, la tuberculose, les affections gynécologiques.

La mise en œuvre des programmes sanitaires s'est appuyée 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 (P.M.I)¹⁶, l'Institut d'Hygiène¹⁷ et les Services des Grandes Endémies¹⁸, et à partir de 1968, l'Institut National de la Santé Publique (INSP)¹⁹. Par ailleurs, le nombre et la qualité du personnel ont été améliorés.

¹⁶ A l'échelon des sous-préfectures, l'action des P.M.I est exercée par les maternités.

¹⁷ L'Institut d'Hygiène est concerné par tous les problèmes d'éducation sanitaire ; est le maître d'œuvre du programme élargi de vaccination, assure le suivi des programmes d'assainissement d'hygiène de l'eau, joue le rôle de conseiller technique auprès des structures concernées par les problèmes d'hygiène collective.

¹⁸ Les Services des Grandes Endémies sont chargés du dépistage, du traitement et de la prophylaxie des maladies endémo-épidémiques telles que la variole, le paludisme, l'amibiase, la tuberculose, la tréponématose. ...

¹⁹ L'Institut National de Santé Publique (INSP) a été conçu au départ comme une structure de recherche appliquée, de formation ; son service de PMI à vocation d'être le centre pilote pour le Grand Abidjan.

Tout ceci a pu se concrétiser grâce, d'une part, à une croissance économique exceptionnelle (le produit intérieur brut a augmenté en moyenne de 6 à 7 % par an en termes réels durant cette période) et, d'autre part, à l'aide extérieure (F.E.D ; F.A.C²⁰ par exemple). Entre 1965 et 1969, le montant des investissements s'élève à 3013 millions ; le budget de fonctionnement du secteur santé a été multiplié par trois entre 1969 et 1974 et atteignait 9540 millions en 1974, soit 8,8 % du budget général de fonctionnement de l'État.

Les efforts aboutissent à la fin de la première décennie de l'indépendance à une amélioration significative de la couverture en soins de santé maternelle et infantile, comme en témoignent les quelques données disponibles : 10 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et 58 maternités en 1969 contre 4 et 60, respectivement, en 1960 ; 217 sages-femmes contre 78, pour la même période ; 1 700 000 vaccinations contre la tuberculose entre 1964 et 1969 ; 1 500 000 vaccinations contre la rougeole entre 1963 et 1969.

Certaines causes de décès telles que la variole, la fièvre jaune et la rougeole se trouvent mieux maîtrisées au début des années 1970. Aussi, la mortalité infantile connaît-elle une baisse sensible aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Le taux de mortalité infantile en milieu urbain passe de 175 pour mille à 140 pour mille entre 1965 et 1975. En milieu rural la réduction est un peu plus faible ; 200 pour mille à 185 pour mille, sur la même période. Il existe également des disparités entre les régions ; la ville d'Abidjan est nettement privilégiée ; les régions du Nord et de l'Ouest du pays sont défavorisées par rapport à toutes les autres régions (République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980).

La politique populationniste qui s'est concrétisée sous une forme de laisser faire en matière de fécondité et d'immigration n'a pas permis le changement de la législation, héritée de la loi française du 31 juillet 1920, réprimant l'incitation à la propagande anticonceptionnelle et à l'avortement. En conséquence, l'accès à la planification familiale était fortement restreint au cours de la période 1960 à 1975. En revanche certains aspects de la politique familiale sont favorables à l'accroissement de la demande de planification familiale dans la mesure où elle favorise une meilleure autonomie de la femme.

²⁰ FED : Fonds Européen de Développement ; FAC : Fonds d'Aide et de Coopération.

Modification des règles matrimoniales et autonomie de la femme

Le Code de la famille adopté le 7 octobre 1964 visant à adapter les règles coutumières et traditionnelles aux évolutions économiques et sociales modifie les règles matrimoniales. La loi 64 375 relative au mariage fixe l'âge 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 ; l'institution de la compensation matrimoniale, qui consiste dans le versement au profit du lignage d'origine de la future épouse d'avantages matériels conditionnant la réalisation du mariage traditionnel, est également abolie (Journal Officiel de la République de la Côte d'Ivoire, du 27 octobre 1964 et du 17 décembre 1964, cités par Raulin, 1968).

Ces dispositions de la nouvelle loi sur le mariage permettent ainsi à la jeune fille d'atteindre une certaine maturité avant de contracter un mariage contrairement à la situation dans les sociétés traditionnelles polygamiques où les femmes sont mariées précocement sans leur avis dans le choix du conjoint ; les hommes se mariaient nettement plus tard, au-delà de 25 ans.

Par ailleurs, la loi 64 376 aménage les conditions du divorce, notamment la stérilité²¹ et l'impuissance ne sont pas reconnues comme des causes expresses de divorce. Il s'agit là d'un changement important dans la mesure où le mariage n'est plus conçu comme une union dont l'objet essentiel est la procréation ; toutefois, il faut signaler que dans le système traditionnel, la stérilité ne conduisait pas forcément au divorce mais favorisait l'entrée des hommes en polygamie.

Il faut noter, enfin l'aménagement des conditions de l'héritage des biens (loi 64 379 relative aux successions). Les enfants et la conjointe du défunt font désormais partie de ses héritiers ce qui était impossible dans les systèmes traditionnels, que ce soit dans les groupes sociaux de filiation patrilinéaire ou dans ceux de filiation matrilineaire.

Ces nouvelles lois applicables aux mariages, divorces et successions marquent la détermination de la Côte d'Ivoire à promouvoir le statut de la femme. Quant à l'inscription de ces lois dans les faits, le

²¹ L'ampleur de la stérilité chez les femmes était importante au début des années 1960 (Perspective décennale, 1960-70).

législateur avait estimé que la scolarisation et l'information de masse en constitueraient les meilleurs moyens (Raulin, 1968).

En définitive, bien que la prise en compte du statut de la femme dans la gestion du développement économique et social soit aussi précoce que la santé maternelle et infantile, les progrès ont été plus faibles dans le premier domaine que dans le second. Ceci confirme le constat déjà énoncé par d'autres auteurs en étudiant des régions similaires (Locoh 1994), selon lequel la pratique sociale ne se conforme que très lentement aux nouvelles législations.

Renforcement des programmes de santé maternelle et infantile et du pouvoir de la femme

À partir du deuxième plan quinquennal (1976-1980), la prise en compte de la santé de la reproduction dans les politiques de développement économique et social dépasse les seuls aspects du statut de la femme et de la santé maternelle et infantile. Elle s'étend désormais aux droits reproductifs, à la santé sexuelle et à la planification familiale.

Cette évolution a pour origine l'influence des agences spécialisées des Nations unies et la réorientation de la pensée populationniste du gouvernement. L'influence des organismes internationaux s'est faite, entre autres, par le biais des conférences internationales qui ont été organisées à la fin des années 1970 et dans le courant des années 1980. Citons par exemple Alma Ata (1978), la Charte de développement sanitaire de la région africaine (1981), l'Initiative de Bamako (1987), la Conférence Régionale sur la maternité sans risque à Niamey (1989).

Au niveau national, la pensée démographique tout en demeurant dans le courant populationniste prend quelque nuance, ainsi qu'en témoigne l'extrait du rapport sur l'étude nationale prospective réalisée entre octobre 1973 et juin 1974 : « La Côte d'Ivoire est un pays sous-peuplé. La proportion des étrangers est élevée et croît trop rapidement. Une natalité forte et une croissance forte de la population nationale paraissent donc souhaitables » (République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan, 1994, p.66). Cette position est à l'origine des interventions qui ont été définies dans le plan quinquennal de 1976-80 et réaffirmées dans celui de 1981-85²². Celles-ci viseront à lever

²² Voir par exemple : République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan, 1983, pp. 646-647 ; 655 et 688

trois obstacles à la croissance naturelle de la population : la forte mortalité infantile ; les grossesses trop rapprochées qui entraînent des conséquences négatives pour la mère, la famille et la société ; l'accroissement de l'instabilité familiale et les phénomènes liés aux difficultés de passage à la famille monogamique (République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan, 1980, p. 477). Ceci a amené des actions autour de trois axes : i) développer l'action sanitaire en direction de la mère et de l'enfant ; ii) accroître la maîtrise de la natalité ; iii) améliorer le statut et les conditions de vie de la femme et de la famille.

Consolidation de la politique sanitaire et programmes de protection maternelle et infantile

La réorientation de la pensée démographique et l'influence des organismes internationaux conduisent à une consolidation de la politique sanitaire lancée au cours des quinze années précédentes. Ceci se traduit notamment par une réorientation des arrangements institutionnels au cours du quinquennat 1976-80. En effet, on assiste à la création des Bases de Secteur qui, 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 rural.

Notons ensuite, l'apparition de programmes spécifiques en matière de protection maternelle et infantile et l'augmentation de l'effectif des sages-femmes (1260 en 1988 contre 781 en 1981) même si cela n'a pas été à la mesure de l'accroissement de la population. Citons deux exemples : le lancement du programme élargi de vaccination (PEV) visant à vacciner les enfants contre les maladies transmissibles les plus graves et les femmes enceintes contre le tétanos ; le démarrage en 1985, du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques qui a comme but la réduction de la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans).

Ces programmes se sont développés progressivement, mais pas à la vitesse ni au niveau souhaités en raison de l'accroissement du volume de la population qui s'est conjugué avec la récession économique depuis le début des années 1980. Différents Ministères ont contribué à l'exécution des ces programmes, notamment le Ministère de la Santé Publique et de la

Population, le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Condition Féminine²³.

Modification de la loi sur les méthodes anticonceptionnelles et émergence de la planification familiale à but sanitaire

Au début des années 1980, on assiste à une modification de la loi sur les méthodes de régulation des naissances. En effet, l'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981, instituant le Code Pénal, abroge²⁴ la loi du 31 juillet 1920 (provocation à l'avortement et propagande anticonceptionnelle (Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire, 4 janvier 1982)). Cependant l'avortement n'est pas totalement libéralisé ; il n'est autorisé que dans le cas où il y aurait nécessité de sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée et si deux médecins, en dehors du médecin traitant, le confirment (article 367 du Code Pénal). Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives. Les articles 366, 368 et 369 indiquent les peines relatives à ces infractions. En outre, l'article 343 précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort.

La libéralisation de l'accès aux méthodes contraceptives réversibles au début des années 1980 n'a pas été suivie d'une implantation de service public de planification familiale. Ce domaine sera plutôt l'apanage du secteur privé qui, timidement, offrira quelques services. Ce secteur privé a été dominé par l'Association Ivoirienne pour le Bien-être familiale (A.I.B.E.F), créée en septembre 1979 et qui est devenue opérationnelle en 1986 avec l'ouverture de ses premières cliniques à Abidjan (Bamsié et Kouamé, 1992). Le Mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROVIFA), spécialisé dans les méthodes naturelles, et PATH FINDER ont contribué à ces activités. Vers la fin des années 1980, ces organisations ont collaboré à la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF) développé dans les Institutions d'Education Féminine qui sont sous la

²³ Le Ministère de la condition féminine interviendra dans les domaines de l'information médico-sociale sur des thèmes spécifiques tels que : l'éducation sanitaire, la vaccination, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, l'éducation à la vie famille (notamment à l'éducation sexuelle). Le Ministère des Affaires sociales, lui, développera des activités relatives à l'éducation préscolaire ; la lutte contre la morbidité infantile (les carences nutritionnelles, les maladies infectieuses, les grossesses trop rapprochées)

²⁴ Ce terme "abroge" est emprunté au texte de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981. Pour plus de détails, se référer au Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire, 4 janvier 1982.

tutelle du Ministère de la promotion de la femme (ex- Ministère de la Condition Féminine)²⁵.

L'action de ces organismes sera d'autant plus timide que la position du gouvernement demeurerait résolument populationniste et que la planification familiale n'était envisagée que pour des raisons sanitaires, comme en témoigne l'extrait de l'allocution de clôture du ministre de la santé à l'occasion du séminaire sur « Population et Développement en Côte d'Ivoire » organisé à Abidjan du 13 au 19 décembre 1982²⁶ : « On a parlé ici longuement de planification familiale et certains de mes collaborateurs ont même émis des avis, personnels il est vrai, tendant éventuellement à la légalisation des avortements thérapeutiques pour raison médicale. Notre pays peut tolérer la planification familiale en ce qu'elle signifie espacement des naissances et donc une meilleure santé pour les mères et leurs enfants. Mais il ne saurait favoriser à l'heure actuelle une quelconque limitation des naissances ainsi que cela se pratique dans d'autres pays du globe » (Fraternité Matin, 21 décembre 1982).

Santé sexuelle

La prise en compte de la santé sexuelle dans les programmes de développement commence véritablement dès le début des années 1980. L'intention sous-jacente à cette notion est la limitation au strict minimum des pratiques sexuelles à risques. Il s'agit en clair de réduire les risques de propagation des MST (gonorrhée, chlamydia, syphilis..) et du VIH/sida d'une part, et d'éliminer les violences sexuelles contre les femmes (viol, rapt, incestes, les mutilations génitales, les sévices et agressions liées à la sexualité) d'autre part.

On dispose d'une loi sur le viol depuis 1982 (article 354 du Code Pénal). La peine prévue à ce sujet consiste en l'emprisonnement de cinq à vingt ans, peine pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement à vie. L'emprisonnement à vie est prononcé si la victime est mineure de quinze ans, ou si l'auteur est aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, s'il

²⁵ Cette information est extraite du discours prononcé par madame Hortense Aka Anghui, Ministre de la Promotion de la Femme, à l'occasion de l'ouverture du séminaire organisé par la société inter management sur le thème "Approches aux programmes d'espacement des naissances" à Abidjan, janvier 1989.

²⁶ Le discours était lu par le Secrétaire d'état à l'industrie, Monsieur Ehui Bernard.

est le père, un ascendant, une personne ayant autorité sur la victime, s'il est chargé de son éducation, de sa formation intellectuelle ou professionnelle.

La disposition de la loi de 1964 sur le mariage qui oblige au consentement personnel de chacun des futurs époux constitue une solution au problème du rapt. Sur le plan des violences sexuelles, il ne subsiste de vide juridique véritable que pour les mutilations sexuelles.

La Côte d'Ivoire s'étant révélée comme l'un des foyers importants de l'épidémie du Sida, des interventions pour lutter contre cette épidémie et les MST se développent depuis 1987.

Renforcement du pouvoir de la femme

L'attention accordée aux conditions féminines en Côte d'Ivoire dès 1964 se trouve confortée par les agences spécialisées des Nations unies qui ont lancé entre autres, le mouvement international de l' « Intégration des femmes au développement », l'année internationale de la femme en 1975. Cette attention s'est concrétisée, notamment par la création d'un Ministère de la Condition Féminine qui, depuis 1977, travaille pour une meilleure intégration des femmes au développement en organisant des séminaires, en assurant la formation des jeunes femmes dans les Institutions d'éducation féminine, en créant les conditions pour un meilleur accès des femmes au crédit et aux activités génératrices de revenus²⁷.

Par ailleurs, le Code Pénal, promulgué le 31 juillet 1981, renforce la loi sur la polygamie en précisant les peines en cette matière. L'article 390 expose : « Quiconque étant engagé dans les liens du mariage en contracte un autre avant la dissolution du premier est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 50 000 à 500 000 francs (CFA). L'officier de l'état civil ou le ministre du culte qui prête son ministère à ce mariage connaissant l'existence du précédent est condamné à la même peine. La tentative est punissable ». Nous devons remarquer que cette disposition qui améliore le statut de la femme, nous l'avons vu, est importante également pour les autres domaines de la santé de la reproduction dans la mesure où le système polygamique repose sur des mécanismes démographiques comme l'écart d'âge au premier mariage entre homme et

²⁷ Se référer à Lodewyckx (1999) pour plus d'informations sur les projets créés par le Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme en vue de l'intégration des femmes au développement.

femme, le remariage des veuves et divorcées (Pison, 1988) et favorise en conséquence la propagation des MST et du Sida (Samba, 1997), les inégalités au sein de la famille.

En résumé, les politiques de développement économique et social touchent la quasi-totalité des dimensions de la santé de la reproduction dès les années 1980. Toutefois, des disparités importantes entre Abidjan et l'intérieur du pays sont à noter. Des inégalités existent également au niveau de l'effort accordé aux différentes composantes de la santé de la reproduction : le domaine de la santé infanto-juvénile et celui du statut de la femme ayant reçu le plus d'attention au cours de la période 1976-90.

IMPLANTATION PROGRESSIVE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

À partir de 1991, la position du gouvernement ivoirien en matière de population change. Ceci est dû en partie aux conditions qui sont liées aux programmes d'ajustement structurel sous l'égide de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International. Ce changement se concrétise par une Déclaration de Politique de Valorisation des Ressources Humaines (DPVRH) ; elle constitue la première prise de position officielle en faveur d'un ralentissement de la croissance démographique (Zanou, 1994). Dans ce contexte l'attention accordée à la protection maternelle et infantile d'une part, et au statut de la femme d'autre part, se maintient pendant que l'action dans les autres composantes prend de l'ampleur.

La Politique de Valorisation des Ressources Humaines est une des composantes du programme d'ajustement structurel de la période 1991-1993. Adoptée en juin 1991, elle ambitionne de mettre en œuvre une véritable politique démographique orientée vers un développement durable. Elle doit déboucher sur une politique nationale de population explicite. La formulation de la Politique de Population a débuté en mars 1995 et la Déclaration de Politique Nationale de Population a été faite en mars 1997 ; nous n'y insistons pas puisqu'elle se situe en dehors de notre période de référence qui s'étend de 1960 à 1994, avant la légitimation du concept de la santé de la reproduction.

Le changement de position favorise le renforcement des activités de la planification familiale qui est un aspect central de l'approche de la santé de la reproduction. Elle a en effet, une incidence sur les divers autres aspects de la santé de la reproduction, notamment les facteurs biomédicaux de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile (âge maternel, intervalle entre les naissances, parité), l'avortement et la propagation des MST et du Sida (Shah, 1998). Le séminaire national sur "la planification familiale" à Grand Bassam en avril 1991 a permis de dégager trois grands objectifs de la politique de planification familiale : i) promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses à risques et l'espacement des naissances ; ii) prévenir la stérilité par le dépistage et le traitement des MST et l'infécondité ; iii) contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances (Bamsié et Kouamé, 1992).

Différents projets de planification familiale ont été mis en place, notamment les différents projets de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)²⁸ qui couvrent aussi bien les prestations cliniques, les prestations en Information Education Communication (IEC) que la gestion des données et le management (Association ivoirienne pour le Bien-être familial *et al.*, 1993). Notons par ailleurs, le projet "Santé maternelle et planification familiale" en coopération avec le FNUAP et le soutien direct de l'Etat à ces activités : appui financier à l'A.I.B.E.F ; introduction de services de planification familiale dans des établissements sanitaires publics. Il faut mentionner également le rôle de trois ONG : le mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROVIFA), Population Services International (PSI), ECODEV. PROVIFA s'occupe de l'expansion des méthodes naturelles. Population Services International (PSI) mène des activités de marketing social pour les produits de santé ; son premier protocole d'accord avec le gouvernement ivoirien date de février 1991 et portait sur les préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). ECODEV gère le personnel du projet de marketing social et développe des petits projets complémentaires dans divers domaines (santé, création d'activités génératrices de revenus pour les couches les plus démunies ...).

²⁸ Ces projets sont composés comme suit : assistance en management (réalisée par SEATS) ; formation clinique (par INTRAH) ; information Education Communication -IEC- (par Johns Hopkins University/PCS) et assistance pour le système d'information et de gestion (par le projet OR/TA).

En juillet 1993, on dénombrait ainsi : - 8 centres AIBEF, dont 4 à Abidjan parmi lesquels 3 sont implantés dans les structures du ministère de la santé ; - 41 centres gérés par le ministère dont 5 à Abidjan ; - 3 Centres privés (hôpital Baptiste de Ferkessedougou, hôpital Protestant de Dabou et PROVIFA).

En ce qui concerne le domaine de la santé sexuelle, il faut signaler les projets canadiens, en collaboration avec le programme national de lutte contre le sida, lancés dès l'année 1991 : le projet d'appui à la surveillance épidémiologique (PASE)²⁹ ; le projet éducation et appui communautaire développé notamment dans la région de Dabou³⁰.

Deux programmes nouveaux dans le domaine de la santé maternelle et infantile sont à noter : - en 1991, le programme national de promotion de l'allaitement maternel dont le but est d'amener à un allaitement exclusif jusqu'à 4-6 mois. Entre 1991 et 1994 les activités ont consisté à l'élaboration des modules de formation, la formation et le recyclage du personnel, la supervision et l'évaluation des hôpitaux, projet du code ivoirien de commercialisation des substituts du lait maternel, spots télévisés pour la semaine de l'allaitement maternel³¹ ;

- en 1992, un programme de lutte contre le paludisme se met en place.

Il faut signaler, pour conclure, que malgré les efforts pour accroître l'infrastructure sanitaire, la disponibilité des services de santé reste insuffisante³². Dans les zones rurales et périurbaines, la distance moyenne pour aller au dispensaire ou à la maternité le plus proche est de 17 et 25 km, respectivement ; on compte 1 dispensaire pour 11 500 habitants et une maternité rurale pour 25 000 habitants. Face aux contraintes budgétaires une politique de recouvrement des coûts est mise en place depuis les années 1980 : les établissements sanitaires font payer les actes de santé et en réutilisent le produit pour leur fonctionnement.

²⁹ Le but était de rendre opérationnel le dispositif de surveillance épidémiologique.

³⁰ Dans le cadre de ce projet, une enquête sur les MST et le sida a été réalisée auprès des enseignants et des élèves ce qui a fourni des éléments pour le contenu du programme d'éducation civique et morale de l'enseignement primaire et secondaire. On peut noter aussi, les actions de sensibilisation des populations des villages de Dabou et la formation en intervention psychosociale offerte à l'hôpital protestant de cette localité.

³¹ Informations extraites du Plan national de Développement Sanitaire 1996-2005.

³² Les données dans ce paragraphe sont extraites de : République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan et du développement industriel, Commission nationale de prospective, 1997, p 63-64.

QUELQUES REPERES CHIFFRES SUR L'EVOLUTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN COTE D'IVOIRE

Quelques données chiffrées nous donnent la mesure de tout l'effort qui reste à accomplir en 1994 en matière de santé de la reproduction.

Le recours à la contraception reste encore faible malgré une hausse depuis les années 80. En 1980-81, à peine 1 % des femmes en union utilisaient une méthode moderne efficace³³ ; cette proportion atteint 4,3 % en 1994 et augmente à 7,3 % en 1998-99. Les populations urbaines et les plus instruites ont plus accès à ces méthodes modernes. Ainsi en 1994, la prévalence contraceptive est plus élevée en milieu urbain (9,6 % à Abidjan, entre 5 et 8 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (où elle n'atteint pas 3 %) ; elle est de 13 % chez les femmes du niveau secondaire ou plus, contre 4 % pour celles du niveau primaire et un peu plus de 2 % pour celles qui n'ont pas été scolarisées. L'augmentation entre 1994 et 1998 affecte surtout le milieu urbain (12 % contre 8 %) et les femmes du niveau secondaire ou plus (20 % contre 13 %).

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. Les femmes ivoiriennes courent ainsi plus de risques que les femmes du Sénégal (510 pour 100 000 naissances) ou du Zimbabwe (283 pour 100 000 naissances) de mourir à cause de la maternité. Toutefois, l'ampleur de la mortalité maternelle est relativement faible en Côte d'Ivoire par comparaison à l'ensemble de l'Afrique où le taux vaut 870 pour 100 000 naissances. Ces données montrent que si les stratégies visant à influencer les déterminants de cette mortalité (couverture prénatale et obstétricale, facteurs biomédicaux, prévention des avortements) ont apporté quelques améliorations, elles méritent d'être renforcées.

La couverture prénatale et obstétricale est insuffisante : au cours de la période 1991-1994, si 83 % des femmes en grossesse ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale, seulement 45 % ont accouché sous assistance d'une personne qualifiée. La situation ne s'est pas améliorée de façon notable entre 1994 et 1999 puisque la couverture prénatale n'a augmenté que de 1 % et l'assistance à l'accouchement de 3 % (tableau 2.1).

³³ On s'intéresse ici aux méthodes diffusées par les programmes.

L'amélioration de la situation, ici, suppose comme préalable de connaître les raisons pour lesquelles certaines femmes qui bénéficient d'au moins une consultation prénatale n'accouchent pas en milieu médicalisé.

Concernant les facteurs biomédicaux de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, deux remarques sont à noter. Les naissances chez les femmes qui sont aux extrémités des âges de la reproduction ont diminué au cours de la dernière décennie tout en restant significatives : le taux de fécondité à 15-19 ans est de 129 pour mille en 1998-99 contre 151 pour mille en 1994 et 207 pour mille en 1980-81 ; ce taux à 40-44 ans vaut 37 pour mille, contre 82 pour mille et 126 pour mille, pour la même période. Deuxièmement, la moitié des naissances se produisent près de trois ans après la naissance précédente, la durée médiane de l'intervalle intergénéral étant de 33 ans en 1994 et de 36 ans en 1998-99. Toutefois la proportion d'intervalles courts (moins de 24 mois) demeure inquiétante 20 % en 1994 et 16 % en 1998-99. Cette proportion est plus élevée chez les adolescentes (26 % à 15-19 ans en 1994)³⁴. Cette importance des naissances rapprochées est à relier au relâchement des pratiques traditionnelles de régulation des naissances (allaitement au sein et abstinence post-partum), relâchement qui n'est pas relayé par un usage de la contraception moderne. La durée médiane de l'abstinence post-partum de 11 mois environs semble constante depuis les années 1980. La durée médiane de l'allaitement au sein s'établissait à 20,3 mois en 1994 et 20,5 mois en 1998-99. Elle est moins longue qu'au Togo (24,4 mois en 1998) et surtout au Burkina Faso (27,7 mois en 1999-98)³⁵.

Quant à l'avortement provoqué, il n'existe pas de données permettant de connaître son ampleur au niveau national. Quelques données locales en donnent une idée. Une enquête auprès des ménages des militaires et gendarmes a révélé que 32 % des femmes vivant dans ces ménages avaient déjà eu un avortement (Koffi et Fassassi, 1997) ; dans une autre étude menée auprès de 13 points de prestation de services de planification familiale, 25 % des clientes interrogées avaient déjà pratiqué un avortement (AIBEF et Population Council, 1993). Ces quelques données indiquent que bien qu'interdit par la loi, l'avortement provoqué est une pratique fréquente chez les femmes. L'amélioration de l'accès aux méthodes contraceptives modernes permettra de réduire son ampleur et ses conséquences.

³⁴ Pour plus de détails voir N'Cho et al., 1995, p 43, tableau 3.7.

³⁵ Données extraites de Barrère et al., 1999.

Tableau 2.1 : Quelques indicateurs du niveau de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, de 1960 à 1994

Quelques indices de la santé de la reproduction	1960	EIF 1980-81	EDS 1994	EDS 1998-99
Femmes en union utilisant une méthode contraceptive moderne (en %)	-	1	4,3	7,3
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	597	-
Taux de fécondité à 15-19 ans (p 1000 femmes)	-	207	151	129
Taux de fécondité à 40-45 ans (p 1000 femmes)	-	126	82	37
Durée de l'intervalle entre les naissances (mois)	-	34,1*	33,2**	35,5**
Durée médiane de l'allaitement au sein	-	-	20,3	20,5
Couverture prénatale (en %)	-	-	83,2	84,2
Naissances avec l'assistance d'un personnel qualifié (en %)	-	-	45,4	47,8
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	157	97	88,5	112
Taux de mortalité juvénile (pour 1000)	-	59	66,9	77
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)	201	150	149,5	181
Vaccination des enfants de 12-23 mois				
- BCG	-	-	73,8	83,7
- DTCoq3	-	-	51,4	60,9
- Rougeole	-	-	53,1	66,2
- Polio 3	-	-	51,4	60,6
- toutes	-	-	40,5	50,7

Sources : Direction de la statistique ; N'Cho *et al.* 1995 ; Barrère *et al.* 1999.

Nb. * durée en moyenne entre deux grossesses ; ** durée médiane entre deux naissances.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans, encore élevée, a connu une baisse importante dans les années 60 et 70 avant un retournement récent de tendance (201 pour mille en 1960, 150 pour mille dans les années 1980, 181 pour mille en 1998-99. Les différentes composantes de cette mortalité ont contribué à cette évolution mais de manière inégale ; elles sont également affectées par le retournement de tendance qui se dessine à la fin des années 1990, notamment la mortalité infantile ; de 88 pour mille en 1994 elle a augmenté à 112 pour mille en 1998-99.

Concernant *la couverture vaccinale*, les données disponibles indiquent qu'elle est plutôt moyenne malgré une augmentation : 41 % et 51 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les antigènes prescrits par le programme élargi de vaccination (PEV), respectivement en 1994 et 1998-99. La couverture diffère selon les vaccins ; on note une amélioration de la couverture variant de 9 à 11 % (en valeur absolue) selon les vaccins en cours de la période 1994 à 1998-99. La couverture est assez élevée pour le BCG (74 % en 1994 et 84 % en 1998-99) mais encore moyenne pour le DTCoq 3 et la Polio 3 (51 % en 1995 et 61 % en 1998-99) et la rougeole (53 % en 1994 et 66 % en 1998-99).

La diffusion de *la pandémie du sida* est également préoccupante en Côte d'Ivoire. Depuis les 2 premiers cas de sida déclarés en décembre 1985, le nombre cumulé de cas notifiés s'est accru à un rythme rapide : 586 cas en 1987 ; 6898 en 1990 ; 14 655 en 1992. Certaines études estiment à 15 % la séroprévalence chez les femmes enceintes en milieu urbain en 1992 ; en milieu rural, cet indice a été évalué à 8 % en 1990. Le niveau de la séroprévalence est encore plus élevé dans les groupes de population dits à hauts risques : 33 % chez les prostituées, 24 % chez les personnes affectées d'une MST. La Côte d'Ivoire se révèle ainsi comme l'un de pays les plus sévèrement touchés en Afrique de l'Ouest (Garenne *et al.* 1995).

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 l'EDS de 1994 a collecté des données précieuses. Cette pratique a une ampleur élevée³⁶, ce qui est étonnant dans la mesure où l'excision n'est le fait que de quelques groupes ethniques en Côte d'Ivoire. Dans la population totale, 43 % de femmes ont subi une excision. Cette pratique touche toutes les classes d'âges puisque leur nombre y varie entre 42 et 45 %, sauf entre 15-19 ans où il n'est que de 35 %. Il ne faut pas voir en ceci une diminution du phénomène dans les jeunes générations ;

³⁶ Les données sont extraites de N'Cho *et al.*, 1995, pp.123-125.

certaines adolescentes attendent encore avant de subir cette intervention. Elle touche également tous les milieux de résidence avec toutefois une plus faible fréquence en milieu urbain (40 %) qu'en milieu rural (45 %). La moitié des femmes excisées l'ont été lorsqu'elles avaient un âge compris entre 9 et 11 ans. Dans 94 % des cas, l'intervention a été réalisée par une accoucheuse traditionnelle, une vieille femme ou une exciseuse. Du personnel médical n'est intervenu que dans à peine 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 de comportement (Who, 1997).

En définitive, ces données indiquent que malgré les interventions qui ont été mises en œuvre durant les trois décennies qui ont précédé la Conférence du Caire, de nombreux problèmes subsistent dans les différents aspects de la santé de la reproduction. Cette persistance des problèmes en matière de santé de la reproduction, notamment en matière de soins de santé de la reproduction provient en grande partie du décalage croissant entre le volume de la population et les ressources mobilisées. Alors qu'il fallait accroître les investissements socio-économiques pour soutenir l'augmentation du volume de la population, c'est à une réduction drastique des investissements et un recul de la planification qu'on a assisté durant les années 1980.

CONCLUSION

Il ressort de notre analyse qu'en ce qui concerne la Côte d'Ivoire, ce n'est pas tant l'absence de la prise en compte des dimensions de la santé de la reproduction dans le processus de développement qui explique l'état déplorable des indicateurs que nous avons passés en revue. Les politiques de développement économique et social qui ont été mises en œuvre ont accordé progressivement une certaine attention aux diverses composantes qui sont désormais regroupées sous le terme de la santé de la reproduction. La volonté d'assurer la promotion de l'homme ivoirien, d'adapter les évolutions sociales et culturelles au développement économique d'une part, et l'ouverture aux mouvements internationaux œuvrant pour la promotion de la santé et des droits humains d'autre part, sont à l'origine de cette attention précoce aux diverses dimensions de la santé de la reproduction.

La santé maternelle et infantile a été, ici, à l'image de bien d'autres pays, l'aspect qui a mérité un effort soutenu durant la phase du laissez faire en matière de fécondité comme durant celle du populationniste plus affirmé de 1976 à 1990. Ceci provient du fait que l'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire s'est orientée vers un système de médecine préventive. Le statut de la femme a également bénéficié d'une importante attention et, aujourd'hui, il est plus question d'exploiter les ressources offertes par les lois existantes. Des évolutions sensibles sont également à noter sur le plan de la santé sexuelle.

Du fait de l'orientation populationniste qui s'est maintenue jusqu'au début des années 1990, l'effort consacré à la planification familiale, qui est la dimension centrale de l'approche de la santé de la reproduction compte tenu de son incidence sur les facteurs biomédicaux de la santé maternelle et infantile, sur l'avortement et sur la propagation des MST et du Sida, reste insuffisant. La libéralisation de l'accès aux méthodes réversibles courantes a été acquise depuis 1982, mais cela n'a pas été suivi d'une implantation de services publics de planification familiale. Le secteur privé qui a émergé dans les années 1980 n'a pu accroître la disponibilité des services de régulation des naissances en raison, entre autres, de l'attitude populationniste du gouvernement. Il apparaît donc, que cette dimension de la santé de la reproduction devrait constituer l'une des priorités de la mise en œuvre des stratégies préconisées par le Plan d'action du Caire.

Remerciement

L'auteur remercie Patrice VIMARD pour sa lecture critique de la version initiale de cette communication.

BIBLIOGRAPHIE

- Akoto Eliwo Mandjale, 1997, « Santé de la reproduction, santé tout court », in SALOMON Michel et TOUBON Robert (sous dir.), *Population et Francophonie, rencontre parlementaire franco phone sur les politiques de population et de l'aide internationale*, John Libbey Eurotext, 1997, pp. 115-127.
- Association Ivoirienne Pour Le Bien-Être Familial Et Population Council, 1993, « Monitoring AIBEF's services expansion through situation analysis », in Population Council, *Operations research family planning database project summaries*, Population Council, New York,
- Barnsié Roger, KOUAME Koffi, 1992, La planification familiale en Côte d'Ivoire : bilan et perspectives, communication au séminaire national sur "perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028", Abidjan, 18-20 novembre 1992.
- Barrère Bernard, Mboup Gora, Ayad Mohamed, 1999, *Enquête démographique et de santé en Afrique de l'Ouest*, Macro International inc.
- Bonnet Doris, Guillaume Agnès, 1999, « La Santé de la reproduction. Concept et acteurs » *Documents de recherches n°8*, ETS, IRD, Paris, 20 p.
- Graham Wendy, 1993, « Reproductive health in developing countries : measurement, determinants and consequences », in IUSSP, *International population conference, Montreal 1993*, IUSSP, pp. 571-577.
- Journal Officiel de la République de Côte-d'Ivoire, vol.24, n°1, Numéro spécial du 4 janvier 1982.
- Koffi N'guessan et FASSASSI Raïmi, 1997, *Fécondité et planification familiale au sein de corps habillés militaires et para-militaires*, Rapport d'enquête, ENSEA, FNUAP, Abidjan, Mars 1997, 155 p.
- Locoh Thérèse, 1994, « Quelles politiques de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? leçons de 20 années de programme de planning familial », in KOFFI N'guessan, GUILLAUME Agnès, VIMARD Patrice, ZANOU Benjamin (eds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, Orstom Editions, Paris, p. 267-289.
- Lodewyckx Ina, 1999, "La Côte d'Ivoire après le Caire et Pékin : vers de nouvelles approches de genre", in LOCOH Thérèse, KOFFI N'Guessan (dir.), *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*, ENSEA, FNUAP, Abidjan, pp. 127-144.
- N'CHO Sombo, KOUASSI Lucien, KOFFI Kouame Albert, SCHOEMAKER Juan, BARRERE Monique, BARRERE Bernard et POUKOUTA Prosper, 1995, *Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1994*, Calverton, Maryland, U.S.A. Institut National

- de la Statistique et Macro International Inc, 294 p.
- Pison Gilles, 1988, « Polygamie, fécondité et structures familiales », in Dominique TABUTIN (dir.), *Population et sociétés en Afrique du Sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, 249-278.
- Raulin Henry, 1968, "Le droit des personnes et de la famille en Côte-d'Ivoire", in KEBA M. (éd.), *Le droit de la famille en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, G.P. Maisonneuve et Larose, pp. 221-241.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan et du développement industriel, Commission nationale de prospective, 1997, *Côte d'Ivoire 2025, Rapport de synthèse*, Editions Neter, Abidjan, 230 p.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan, 1994, *Côte d'Ivoire 2000, Une réflexion prospective*, Editions Neter, Abidjan, 120 p.
- République de Côte d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991, *programme de valorisation des ressources humaines, politique de population pour le développement*, Abidjan, 17 p + annexe.
- République de Côte d'Ivoire, ministère du plan, 1980, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980, Volume III*, Abidjan, pp. 455-487.
- République de Côte d'Ivoire, ministère du plan, 1983, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1981-1985*, CEDA, Abidjan
- Samba Diarra, 1997, « Polygamie, santé sexuelle et de la reproduction », in SALOMON Michel et TOUBON Robert (dir.), *Population et Francophonie, rencontre parlementaire francophone sur les politiques de population et de l'aide internationale*, John Libbey Eurotext, 1997, pp 161-169.
- Shah Iqbal H., 1998, « Sexual and reproductive health in Sub-Saharan Africa : an overview », *Revue Africaine de Santé Reproductive*, 2, 98-107.
- Turmen Tomris 1996, « Reproductive health. More than biomedical interventions », *Integration*, spring, 1996, pp.32-36.
- Who/Oms, 1997, *Les mutilations sexuelles féminines*, Aide mémoire N° 153, avril 1997, 4p.
- Zanou C. Benjamin, 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 Nguessan, GUILLAUME Agnès, VIMARD Patrice, ZANOU Benjamin (eds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Collection Colloques et Séminaires, Orstom Editions, Paris, pp. 369-379.
- Zurayk Huda, 1997, "Reproductive Health in Population Policy: a review and look ahead", in UIESP, *Congrès général de la population, Beijing 1997*, UIESP, pp. 381-395.

CHAPITRE 3

LES DROITS REPRODUCTIFS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Arlette Gautier*

INTRODUCTION

En 1994, à la conférence du Caire, 169 États ont accepté – parfois avec des réserves - que la notion de droits reproductifs soit désormais au cœur des politiques de population et de développement. Cinq ans plus tard, le document du Caire a été ratifié par 179 pays, dont de nombreux pays africains, et 41 pays, dont 14 Africains, ont inclus ses principes dans leurs constitutions ou leurs politiques de population (Fnuap 1999). Toutefois, de l'utopie à la réalité les obstacles sont de plusieurs ordres 1) Financier : les pays contributeurs au FNUAP n'ont versé que deux des six milliards de dollars auxquels ils s'étaient engagés et de nombreux pays en développement subissent crise économique, sida, guerre ou afflux massif de réfugiés, qui limitent leur capacité à mener des politiques sanitaires de qualité (Wedo 1999). 2) Juridique : l'accord du Caire n'est pas contraignant. Ainsi, le chapeau du programme d'action précise : « La mise en œuvre des recommandations figurant dans les programmes d'action est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple ». De plus, des zones d'ombres existent dans la déclaration même, du fait de l'utilisation des trois principes de juxtaposition d'éléments disparates et mêmes contradictoires, d'imprécision et de spécificité. Par exemple, le droit à l'avortement n'est reconnu que si le pays

* Université de Paris X.

l'accepte, alors que l'interdiction de l'avortement provoque des milliers de morts chaque année. 3) Conceptuels : la rupture introduite par le Caire n'a pas toujours été bien saisie et la notion même de droits reproductifs est parfois comprise de façon limitée, comme une autre mouture de la « santé de la mère et de l'enfant » ou de la planification familiale, alors qu'elle est beaucoup plus vaste. 4) Politique, suite à une faible légitimité de cette nouvelle conception des politiques de population. Ainsi, alors que la plateforme de Dakar s'appuyait sur les principes du Caire et se réclamait des droits reproductifs (African platform 1994), la lecture des déclarations faites par 25 pays africains à la conférence du suivi du Caire, à la Hague en 1999 (Fnuap 1999) manifeste les limites de l'intérêt pour ce thème. Onze pays mentionnent la santé reproductive, dont trois avec seulement un sens de « santé de la mère et de l'enfant », et seulement quatre se réfèrent explicitement au concept des droits reproductifs, entendu par le Cap vert comme « un droit à la santé ».

Il semble donc que les « droits reproductifs » manquent encore d'indicateurs clairs et précis. Cette communication vise à clarifier ce concept en testant le contrôle public et marital sur la stérilisation et l'avortement comme indicateurs de la liberté reproductive en Afrique subsaharienne.

LES DROITS REPRODUCTIFS

Les droits liés à la procréation peuvent s'entendre comme une utopie mobilisatrice, mais aussi comme une réalité juridique, qui peut alors différer totalement de cette perspective libérale.

Les droits de la procréation comme utopie et comme réalité

Les droits reproductifs sont un concept récent mais issu de plusieurs traditions politiques et de luttes qui ont traversé le siècle. Ces mouvements, notamment féministes et anarchistes, s'opposaient aux nouvelles lois de contrôle du corps des femmes, qui ont été prises lorsque la fécondité a diminué dans les pays occidentaux (Gautier 1996). La notion elle-même est issue de la conjonction en 1979 des mouvements contre les

stérilisations forcées (aux Etats-Unis comme en Inde) et pour le droit à la santé reproductive et sexuelle avec la création en 1979 du *Global network for reproductive rights*. Elle s'est diffusée au cours de la décennie 1990 grâce à l'alliance des mouvements internationaux pour la santé et les droits humains des femmes avec différents groupes de pression (« population » ou environnementaux) et institutions (FNUAP, OMS), la montée en puissance des expertes et femmes politiques, la meilleure prise en compte des ONG ainsi que des intérêts des femmes lors des diverses conférences internationales (Chasteland 1997).

La division de la population de l'ONU définit ainsi cette notion : *« Les droits reproductifs peuvent être vus comme ces droits, possédés par toutes les personnes, leur permettant l'accès à tous les services de santé reproductive... Ils incluent aussi le droit à atteindre le niveau le plus haut possible de santé reproductive et sexuelle et le droit de prendre les décisions reproductives, en étant libre de toute discrimination, violence et coercition, comme il est exprimé dans les documents sur les droits humains... Les droits reproductifs sont intimement liés à d'autres droits internationaux reconnus qui ont un impact sur les droits reproductifs et qui sont influencés par les droits reproductifs. Les exemples incluent le droit à l'éducation, le droit à un statut égal au sein de la famille, le droit d'être libre de violence domestique, et le droit de ne pas être marié avant d'être physiquement et psychologiquement préparé pour cet événement »* (ONU 1998 : 180).

Cette définition, très large, diffère des formulations onusiennes antérieures développées lors des conférences sur les droits de l'homme, les femmes, la santé, la population et le développement, même si elle en reprend certains aspects, car ces traditions différentes se fécondent mutuellement. Ainsi, la définition de la santé reproductive et sexuelle, dépasse l'optique ancienne de « santé de la mère et de l'enfant » ou de planification familiale et inclut la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, l'infertilité, les cancers, les mutilations sexuelles, et surtout s'intéresse à l'ensemble du cycle de vie, notamment l'adolescence et la ménopause (Bonnet et Guillaume 2000). Elle évoque même le droit à avoir des relations sexuelles satisfaisantes dans un but non reproductif, si elle n'inclut cependant pas le droit à choisir son orientation sexuelle, comme l'avaient préconisé les pays européens et comme l'Afrique du Sud l'a inscrit dans sa nouvelle constitution. On pourrait certes prétendre que l'intérêt pour la santé reproductive est limitatif par rapport au droit à la santé défini précédemment par l'O.M.S. Pourtant, l'inclusion de cet adjectif est né de la prise de conscience qu'il y avait peu de choses entre les programmes très ciblés

évoqués précédemment et les objectifs vastes, mais sans moyens, de « la santé pour tous en l'an 2000 ». Ce vide a pour conséquence que la procréation, richesse et nécessité absolue pour les sociétés, est encore un poids pour certaines femmes, et même une cause de mortalité pour 585 000 d'entre elles chaque année.

De plus, alors que diverses conférences avaient permis la conceptualisation depuis 1968 d'un droit à l'accès aux méthodes de planification familiale comme droit humain fondamental, la convention du Caire insiste sur le fait que cet accès doit être libre de toute contrainte. Les politiques ne doivent plus être fondées sur les besoins supposés des Etats mais « répondre aux besoins de chaque homme et de chaque femme » (Fnuap 1999). Le principe du refus de la contrainte est essentiel et général : « *La liberté de décider d'avoir ou non des enfants ne doit pas être limitée par le conjoint, le partenaire, les parents ou les pouvoirs publics* » (Fnuap 1997 : 42)³⁷. Une contrainte particulière peut en effet peser sur les femmes à cause de leurs capacités reproductrices. Tous les systèmes juridiques, qu'ils soient coutumiers, religieux, législatifs, constitutionnels, régulent la nuptialité et la procréation, souvent dans un sens très différent de celui qui est depuis 1994 promu par l'ONU. Ainsi, des lois instituent le principe de l'obéissance de l'épouse au mari ou exigent l'autorisation de ce dernier pour l'accès à des méthodes anticonceptionnelles.

Ces autorisations du conjoint sont interprétées en terme de « faible statut des femmes » (ONU 1998 : 186), cependant cette notion peut s'appliquer à bien des catégories de population et ne dit rien sur ce que réalisent ces discriminations. J'analyserai plutôt cette demande d'autorisation du conjoint comme une manifestation du patriarcat³⁸, c'est-à-dire du pouvoir des hommes sur les femmes, et plus précisément, car il y a bien des formes de patriarcat, comme une forme du sexage, défini par Colette Guillaumin comme un rapport social spécifique. « Ce qui nous concernera ici est l'appropriation physique elle-même, le rapport où c'est l'unité matérielle qui est prise en main et non la seule force de travail. Nommé « esclavage » et « servage » dans l'économie foncière, ce type de rapport pourrait être désigné sous le terme de

³⁷ Cette liberté implique l'abolition de législations et de pratiques répressives mais aussi la reconnaissance qu'il faut avoir la possibilité de faire des choix, notamment grâce à l'éducation et à l'autonomie économique, et plus généralement au renforcement du pouvoir des femmes.

³⁸ La féministe radicale Kate Millett a emprunté le terme de patriarcat à Max Weber, qui l'utilisait uniquement pour les sociétés de type pastoral : « Il existe entre les sexes une situation du type de celle que Max Weber définit comme un rapport de domination et de subordination » (Millet, 1969 : 38-3).

« sexage » pour ce qui concerne l'économie domestique moderne, lorsqu'il concerne les rapports de classes de sexe » (Guillaumin 1993 : 19-20 ; Causse 2000). Ce n'est pas dire que l'épouse est dans ce cas une esclave, car il n'y a pas forcément compensation financière et l'épouse n'est pas cessible à un autre acheteur, à la différence de l'esclave, outre le fait que l'épouse partage les conditions matérielles de vie de son mari et souvent bien plus. Cela ne veut pas dire non plus que les femmes n'ont pas dans la réalité du pouvoir ou des capacités d'action et de rébellion, que ce soit dans la vie quotidienne ou collectivement, parce que celles-ci sont inhérentes à la condition humaine et que même l'esclavage n'a pu les retirer à l'esclave (Gautier 1985).

Cependant, mon analyse diffère de celle de Guillaumin sur plusieurs points importants. Pour cette auteur, l'appropriation est généralisée et n'a pas changé même là où il y a eu abolition législative du sexage (réalisée en France entre 1965 et 1985 mais bien antérieurement dans les pays nordiques et anglo-saxons). Je considère, au contraire, que le démantèlement juridique du sexage ouvre la voie à un autre rapport social, plus marqué par l'exploitation que par l'appropriation, (Tabet 1985), voire à une réelle libération. Il n'en est pas moins vrai que l'abolition législative ne suffit pas s'il n'y a pas également transformation des pratiques institutionnelles et sociétales. De plus, Colette Guillaumin analyse le sexage dans son ensemble³⁹ alors que je me limiterai à l'appropriation des capacités reproductives des femmes. L'appropriation était déjà clairement explicitée dans le domaine de la reproduction – bien qu'il la naturalisât indûment- par Napoléon Bonaparte : « La femme est notre propriété, nous ne sommes pas la sienne; car elle nous donne des enfants et l'homme ne lui en donne pas. Elle est donc sa propriété comme l'arbre à fruits est celle du jardinier » (Napoléon - *Mémorial de Sainte-Hélène* cité par Dhavernas 1978 : 44) ; conception qui était auparavant justifiée par la religion, mais que Bonaparte a codifié et laïcisé dans le code civil de 1804, que la colonisation a d'ailleurs importé en Afrique. Le XXème siècle a vu la nationalisation du corps des femmes (Thebaud 1997) avec le développement de politiques familiales et démographiques, qui prennent directement pour enjeu les capacités procréatrices des femmes, s'ajoutant

³⁹ « Les expressions particulières de ce rapport d'appropriation sont a) l'appropriation du temps b) l'appropriation des productions du corps c) l'obligation sexuelle d) la charge physique des membres invalides du groupe ainsi que des membres valides du sexe mâle (Guillaumin 1993 : 19-20).

parfois au pouvoir marital (par exemple en France jusqu'en 1967), ou en s'y substituant, comme cela a souvent été le cas dans les pays socialistes. Ainsi, selon l'ancien président roumain Ceausescu : « *Le fœtus est la propriété socialiste de toute la société... Donner la vie est un devoir patriotique* » (cité par Hord 1991 : 233). L'idée de ce devoir patriotique est tellement intériorisée qu'il a paru longtemps légitime que l'État intervienne sur la fécondité – des femmes va-t-il sans dire- en occultant totalement que ce contrôle nataliste ou anti-nataliste réalisait une appropriation du corps même des femmes, sans aucun équivalent sur celui des hommes.

Vouloir appliquer la convention du Caire implique donc le passage de droits de la procréation patriarcaux, qui peuvent être divers, à un modèle « libéral-individualiste ». Mesurer cette réalité nécessite de spécifier des indicateurs.

Le FNUAP (1997 : 67-73) donne des indicateurs de santé reproductive (mortalité maternelle, naissances issues d'adolescentes, connaissance et prévalence contraceptives), à côté d'indicateurs démographiques (dont la mortalité maternelle, l'accès aux soins de base et les naissances avec assistance qualifiée). Il n'indique aucune donnée qui porte directement sur la liberté de choix, sans doute par ce qu'il n'y a pas de tradition comparable à celle des recherches sur le planning familial ou la santé de la mère et de l'enfant. Dans cet article, nous allons essayer de préciser la validité d'un indicateur concernant un des aspects de cette liberté reproductive, celui concernant les *conditions institutionnelles d'accès* aux moyens de régulation de la fécondité. Il ne s'agit donc pas de l'analyse des pratiques des femmes ou des couples, mais de celle des institutions, qui sont d'ailleurs un facteur mais pas le seul des pratiques individuelles, et cela dans leur aspect politique et non dans celui de la disponibilité de ces méthodes, présentée ailleurs (Gautier à paraître).

L'interdiction de la contraception a été officiellement levée dans tous les pays sauf quatre, dont aucun ne se situe en Afrique subsaharienne. Elle était particulièrement fréquente dans les pays d'Afrique francophone, car la loi française de 1920 y avait été introduite par la colonisation. Toutefois, des conditions sont souvent mises à l'accès aux différentes méthodes (par exemple, la nécessité d'une ordonnance pour la délivrance de la pilule, des conditions d'âge ou de statut matrimonial). De plus, cette libéralisation ne s'applique pas à toutes les méthodes : ainsi, l'avortement est rarement autorisé sans restrictions, plus ou moins sévères, dans les pays

du Sud, bien que ce soit une méthode utilisée par les femmes de tous les pays et qui provoque de nombreuses morts, là où il est illégal. Malgré le débat idéologique autour de l'avortement, celui-ci est utilisé *de facto* comme un moyen de régulation de la fécondité et sera donc analysé en tant que tel. Les conditions mises à l'accès aux moyens de régulation de la fécondité n'ont pas fait l'objet, à ma connaissance, de collecte systématique, sauf pour l'avortement et la stérilisation. Ce sont donc les régulations relatives à ces deux pratiques qui seront étudiées.

L'intérêt pour l'avortement s'explique par le fait qu'il fait l'objet d'un vaste débat, voire d'une confrontation aiguë, et qu'il en est venu à symboliser le contrôle par les femmes de leur corps⁴⁰. Aussi l'ONU compile-t-elle les déclarations officielles sur ce sujet (UN 1992-95 ; UN 1998) ; cependant Rahman et alii (1998) trouvent ces déclarations peu rigoureuses et ont préféré étudier les codes pénaux des différents pays. Pourtant, la situation juridique de l'avortement est compliquée par la multiplicité de codes (de santé publique, pénal, etc..) qui peuvent s'appliquer. Ainsi, l'avortement est jugé criminel en République Centrafricaine, néanmoins le code criminel l'accepte pour sauver la vie (ONU 1998 : 227). Au Nigeria, l'avortement est illégal dans le sud, permis sous certaines conditions ailleurs. De plus, les interprétations juridiques peuvent restreindre ou élargir les possibilités d'action. Ainsi, des quatre pays africains qui l'interdisent selon les déclarations officielles à l'ONU, seul Djibouti n'élargit pas les conditions alors qu'à l'île Maurice il est permis pour sauver la vie de la femme, et à Sao Tomé pour des raisons allant de sauver la vie à la malformation du fœtus. De plus, si les codes pénaux laissent moins de place au flou des différentes interprétations, ils diffèrent des pratiques effectives des institutions de santé. Celles-ci ont été investiguées récemment par le *Population Council* dans le cadre des analyses de situation menées dans un grand nombre de centres de santé, dont l'article de N'Gueye sur le Cameroun est un exemple. Cependant ces analyses, généralement fiables, n'ont été menées que dans un petit nombre de pays. Pour des données plus globales, il n'y a que les réponses de plusieurs officiels et experts de chaque pays aux questions posées en 1987-1992 par des chercheurs du *Population Council* : Mauldin, Ross et Miller, dans le cadre de leurs études, menées depuis 1971 sur l'évolution des politiques de population, lesquelles sont souvent citées par les documents des Nations Unies. Ces chercheurs ont également collecté les données de l'Association pour la Stérilisation

⁴⁰ On peut remarquer que de nombreux théologiens catholiques jusqu'au XIXe siècle ont accepté l'avortement jusqu'à « l'animation » du fœtus, tout comme le font encore aujourd'hui la plupart des interprétations musulmanes (Lacroix 1999).

Volontaire sur cette pratique, qui est aujourd'hui le moyen le plus répandu de limitation des naissances puisqu'elle est utilisée par 38 % des femmes pratiquant la contraception dans les pays en développement. Je me fonderai donc sur ces travaux en attendant que les approches institutionnelles se développent. Il faut noter cependant que les différences entre ces angles d'approche peuvent être importantes. Ainsi, au Ghana en 1989, l'avortement n'est autorisé officiellement que pour sauver la vie de la femme, mais l'interprétation juridique de cette clause étant très large, puisque l'accès à l'avortement serait de 48 % (100 % en ville et 30 % en zone rurale), Mauldin, Ross et Miller classent ce pays comme étant le seul à permettre l'avortement « à la demande » en 1989. En comparant les données du *Population Council* avec les déclarations officielles, 14 pays restent dans la même catégorie, 18 ont des interprétations plus libérales que les déclarations officielles et 3 des interprétations plus restrictives.

Par ailleurs, je me concentrerai sur deux aspects :

1) Les motifs d'autorisation des moyens de régulation de la fécondité, qui permettent de construire une échelle de *libéralisme*. Un pays sera jugé libéral si la femme a accès à tous les moyens de contraception, de façon sûre et peu onéreuse, conformément aux accords de la conférence du Caire, mais aussi si l'avortement est à la demande de la femme, au moins les trois premiers mois de grossesse.

2) Les personnes dont l'autorisation est éventuellement nécessaire, qui indiquent le degré d'*autonomie* féminine. L'autorisation du conjoint pour l'accès aux services de planification familiale, autrefois nécessaire dans de nombreux pays a généralement été abolie et existe rarement dans les lois concernant l'avortement (Rahman et al. 1999), néanmoins les codes se contredisent. Ainsi, au Zimbabwe, le consentement du mari n'est pas nécessaire pour la stérilisation, mais celle-ci peut-être un motif pour l'annulation du mariage (CRLP : 139). On sait que les services africains de planification familiale demandent souvent l'autorisation du conjoint, même pour délivrer la pilule (Locoh et Makdessi 1996; N'Gueye dans cet ouvrage), mais il n'y a pas de synthèse sur ce sujet. Dans les données collectées par Mauldin, Ross et Miller de 1987 à 1992, il y avait quatre possibilités de réponse : un comité, le conjoint, non-réponse, « ne s'applique pas ». Cette dernière occurrence est la plus compliquée à classer, car elle peut renvoyer au fait que la pratique est illégale (elle sera alors classifiée en tant que telle), ou que la femme décide seule, mais aussi au fait que cette question n'a pas encore été vraiment considérée. Ainsi, de nombreux pays asiatiques ou moyen-orientaux sont passés d'un « ne s'applique pas » en

1989 à la reconnaissance du pouvoir patriarcal en 1992, ce qui ne relève sûrement d'un durcissement réel du sexage que dans un cas, celui du Vietnam (Gautier 2000). Un système sera jugé individualiste si la femme a le dernier mot en ce qui concerne la régulation de sa fécondité. Dans un système patriarcal, les services appuient la décision du mari. Un système sera déclaré étatique s'il n'y a, ni autonomie féminine, ni pouvoir patriarcal, mais que l'État décide, en interdisant ou en imposant un moyen de régulation de la fécondité, ou encore en instituant un comité.

Ces différentes conditions se cumulent. Ainsi, au Togo, les femmes n'avaient en 1989 le droit de se faire stériliser que si elles avaient eu six enfants, dont un garçon, et elles ne pouvaient avorter que si leur vie était en danger. Il fallait l'autorisation du mari pour les deux opérations, ce qui donne à celui-ci un droit d'imposition de fécondité et de vie ou mort sur sa femme.

L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE VERS 1990

L'étude du libéralisme et de l'autonomie des conditions mises par les services à l'accès à l'avortement et à la stérilisation permettra de définir sept régimes de contrôle de la fécondité sur les seize possibles.

L'avortement et la stérilisation

L'avortement et surtout la stérilisation sont peu fréquents en Afrique⁴¹, ils font néanmoins l'objet d'une intense régulation institutionnelle, révélatrice d'un intérêt pour la question. Les 38 pays africains étudiés ont une position concernant la pratique de l'avortement mais, pour la stérilisation, ce n'est le cas de 60 % d'entre eux en 1989, et du quart en 1992.

⁴¹ Seules 1% des Africaines et 0.1% des Africains auraient eu recours à la stérilisation (ONU 1997 : 22). Il n'y aurait que 26 avortements pour 1000 femmes de 15-49 ans, qui provoqueraient cependant 23 000 décès (ONU 1998 : 126). Cependant, les communications à ce colloque montrent que la pratique de l'avortement se développe.

L'Afrique subsaharienne n'admet l'avortement que dans des conditions restrictives, quelle que soit la source utilisée. Les codes pénaux sont les plus stricts alors que les déclarations officielles et surtout les pratiques des institutions de santé, selon les experts et les officiels, le sont un peu moins. Ce qui signifie que plus le niveau dans les instances étatiques est élevé, plus le contrôle sur le corps des femmes est répressif. On peut donc évoquer une volonté étatique de contrôle du corps des femmes. Ainsi, malgré une certaine libéralisation, qui fait disparaître les cas où l'avortement est totalement interdit par les codes pénaux, il reste très nettement circonscrit, puisque la moitié des pays ne l'admettent en 1997 que pour sauver la vie et le quart pour des motifs de santé, qui peuvent être interprétés de façon très restrictive. Les motifs socio-économiques, qui permettent une certaine souplesse, restent très minoritaires (13 %). De plus, deux pays en 1989 et 5 en 1992 demandent l'autorisation d'un comité, composé par exemple de deux médecins au Soudan et de trois en Zambie (NU 1995 : 148 et 186). Les opinions des experts et officiels interrogés par Mauldin, Ross et Miller sur les pratiques effectives indiquent une plus grande souplesse de ces services, d'ailleurs croissante au fil du temps. Ainsi, en 1992, 5 pays interdisaient l'avortement, 15 l'acceptaient si la vie de la femme était en danger, 10 pour des raisons de santé et 5 pour des motifs juridiques (essentiellement le viol ou l'inceste) et 3 pour des motifs socio-économiques.

Tableau 3.1 : Les motifs pour autoriser l'avortement et la stérilisation, 1987-1992, en Afrique subsaharienne, en pourcentage sur 39 à 43 pays

	Non réponse	Illégal	Vie	Santé	Socio-juridique	Demande	Nb pays
Avortement							
Institutions 1989	2.6	13	38.5	25.5	20.5	0	39
1992	2.6	8	18	44	28	0	39
Décla. 95	0	7	40	33	5	0	42
Lois 1997	0	4.5	54	24	13	4.5	43
Stérilisation							
1989	66	8	8	0	0	18.5	3
1992	32	0	8	18.5	0	42	3

Sources : Institutions : Mauldin, Ross et Miller 1994 ; décla. : déclarations officielles : ONU 1998 ; Lois 1997 : Rahman et alii. p.58.

Abréviations : santé phys : santé physique; socio-juridique : raisons juridiques, le plus souvent inceste et viol, ainsi que socio-économiques; D : demande.

La stérilisation, moins souvent régulée en ce qui concerne les motifs en 1989, l'est plus nettement en 1992 et plus souvent dans un sens libéral, puisqu'elle est autorisée à la demande dans sept pays en 1989 et 16 en 1992. Cependant, 16 d'entre eux exigent que la femme ait déjà un certain nombre d'enfants (en moyenne plus de cinq⁴²), ce qui limite assez fortement ce « libéralisme » et indique une certaine norme de ce que l'on pourrait définir comme un « devoir national de procréation ». Cette quantification est d'ailleurs assez nouvelle par rapport au devoir traditionnel de procréation (Guillaumin 1992 ; Tabet 1985). Cette norme n'est édictée que pour les femmes, ce qui, dans un contexte polygamique, est une incitation pour les hommes à avoir plusieurs épouses, comme l'ont dénoncé les associations de femmes nigérianes (Dixon-Muller). Seul le Niger énonce une norme pour les hommes : six alors qu'elle est de 4 pour les femmes. Si l'on introduit ces restrictions dans la mesure du libéralisme, celui-ci diminue nettement . Ainsi, dans 20,5 % des pays les femmes doivent avoir six enfants ou leur vie doit être en danger, dans 31 % elles doivent avoir de 3 à 5 enfants ou justifier de certaines maladies : il n'y a plus qu'un quart des pays où la stérilisation peut être obtenue avec un ou deux enfants et/ou à la demande. Il n'y a plus qu'un quart des pays sans régulations sur cette pratique.

Tableau 3.2 : Conditions mises à la stérilisation, sans et avec les conditions de parité. Nombre de pays

Vie	3	Vie ou 6 enfants et +	8
Santé	7	Santé ou 3-5 enfants	12
Demande	16	Demande ou 1-2 enf.	10
Non réponse	13	Non réponse	9

Source : Mauldin, Ross et Miller 1994.

L'autorisation du conjoint est exigée de plus en plus souvent pour la stérilisation (20 pays en 1987 et 29 en 1992) et pour l'avortement (5 en 1989 et 9 en 1992). Loin d'être un signe de passéisme, il s'agit bien d'une nouveauté : la réponse à la nouvelle possibilité d'autonomie introduite par la diffusion de moyens de contraception. Il s'agit aussi d'une nouveauté dans l'ordre familial, du moins si l'on définit le régime familial africain comme celui du lignage, car avec ces régulations le pouvoir passe du lignage – qu'il soit celui de l'épouse ou de l'époux- au mari ou au couple, il s'agit donc

⁴² Trois demandent que la femme ait eu 2 ou 3 enfants, sept qu'elle en ait eu 4 ou 5 et cinq autres six ou plus.

d'une conjugalisation des rapports domestiques, parallèle à celle qui est tentée depuis l'indépendance dans de nombreux codes africains. A ce titre, il est remarquable que seulement deux pays, dont le Togo (NU 1995 : 130) exigent l'autorisation de la famille. Au Niger, les familles des deux conjoints doivent toutes deux donner leur accord (*Annual Review of population law* 1997).

Cette autorisation du conjoint peut changer la donne quant au jugement sur le « libéralisme » des pays. Ainsi, elle est nécessaire au Ghana, où l'avortement ne peut plus être classifié comme à la demande, qui généralement est entendue comme celle de la femme. Par ailleurs, l'accord du conjoint ne différencie pas des positions plus ou moins libérales par rapport au motif acceptable d'interruption volontaire de grossesse.

Pour la stérilisation, des pays qui ne la régulent pas demandent néanmoins cette autorisation. Elle est exigée par 16 pays en 1989 et 17 en 1992, alors que le nombre de pays qui demandent l'autorisation des deux conjoints augmente de 5 à 12 en 1992. Nous appellerons ces pays où l'accord des deux conjoints est nécessaire « conjugal-réciproque » et ceux où l'accord du mari seul est nécessaire « conjugal-hiérarchique » (tableau 3.4 en annexe 3.1). Cette symétrie est cependant largement un leurre, parce que les conséquences ne sont pas les mêmes pour les hommes et pour les femmes, la gestation ayant lieu dans le ventre de la femme, et car la ligature est nettement plus pratiquée que la vasectomie. On peut y voir le remplacement d'anciennes discriminations ouvertes par un « neutre social » qui occulte l'existence de rapports inégalitaires. En 1992, les pays individualistes sont très minoritaires (8 %), largement devancés par les pays conjugaux-réciproques (31 %) et hiérarchiques (44 %). En tout, c'est 21 pays en 1989 et 29 en 1992 où l'autorisation du conjoint est donc nécessaire pour une stérilisation. Les différents motifs de stérilisation sont exigibles dans ces trois configurations, ainsi les 14 pays où la stérilisation est à la demande sont répartis à peu près également, ce qui revient cependant à dire qu'égalitarisme et libéralisme coexistent plus souvent, alors que la stérilisation est plus souvent limitée là où seul l'accord du mari est exigé et plus souvent inorganisée, là où le modèle conjugal domine.

Par ailleurs, si l'on combine les deux aspects d'accès général à l'avortement et à la stérilisation et de contrôle ou non par le mari, on peut voir que les pays individualistes dans un domaine ne le sont pas dans l'autre. Ainsi, en 1987-89, le Cameroun et l'Afrique du Sud ne demandent pas l'autorisation du conjoint pour l'avortement alors que pour la stérilisation ce sont le Kenya, la Tanzanie et le Zimbabwe, sans doute parce qu'ils ont lancé

des politiques de réduction de la fécondité et veulent diversifier les méthodes disponibles. L'autorisation du mari est demandée pour les deux opérations en 1989 au Burundi, au Ghana et au Togo, pays auxquels il faut rajouter en 1992 le Mozambique et le Mali.

Sept régimes de contrôle de la fécondité

Dans le tableau 3.3, les différentes conditions d'accès à l'avortement et à la stérilisation sont combinées, pour construire quatre catégories qui indiquent l'étendue du contrôle sur les capacités reproductrices et donc sur le corps des femmes et l'existence même de celles-ci : droit de mort, droit de vie, limitée, libérale-individualiste. Cependant cette dernière catégorie où les opérations ne dépendent que de la demande féminine, qui acquiert ainsi la libre disposition de son corps, ce qui la met à égalité avec l'homme, n'est pas représentée car aucun pays africain n'entre dans cette catégorie, ni en 1989, ni en 1992. Elle est pourtant revendiquée par les associations de différents pays, souvent associées à l'IPPF, dont la section africaine est désormais dirigée par une Sénégalaise (CRLPC 1998 ; WEDO 1999). Elle est atteinte depuis 1997 en Afrique du Sud.

Tableau 3.3 : L'autorisation du conjoint : nombre de pays

	date	Illégal	Mari	Les 2	Comité	Femme	NSA	NR	total
Stérilis.	1987	1	16	5	0	2	5	10	39
	1992	0	17	12	0	4	3	3	39
Avort.	1989	5	7	NSA	4	0	2	21	39
	1992	2	13	NSA	7	2	2	13	39

Source : Mauldin, Ross et Miller - *op. cit.* p.100 ; 102-104 ; 112-113. Le 39^e pays est la Gambie, pour laquelle Mauldin, Ross et Miller ne citent pas de données sur les motifs exigibles.

Le croisement avec l'instance de contrôle permet de spécifier le type de sexage accepté par les services de santé. Lorsqu'il est conjugal, il s'agit bien évidemment de la version moderne du patriarcat dans la mesure où le pouvoir conjugal est reconnu – et donc renforcé – par les services publics de santé, cependant il a été décrit comme « conjugal » parce que ce type de contrôle est plus spécifique du contrôle sur les femmes. Il suffit que

l'autorisation conjugale soit demandée pour une seule opération, pour qu'elle soit inscrite dans la catégorie. Par exemple, le Burkina Faso interdit l'avortement en 1989 et n'accepte la stérilisation qu'avec l'accord du conjoint en 1992 : ce pays reste donc dans la catégorie « pouvoir de mort sur la femme » mais en passant de la catégorie « contrôle étatique » à « contrôle conjugal ». Cela ne veut pas dire que le pouvoir conjugal se renforce entre 1989 et 1992, mais plutôt qu'il a été formalisé parce qu'il était confronté à une nouvelle norme.

Pour la construction de la force du contrôle, la catégorie la plus restrictive s'applique. Ainsi, le Burkina Faso est considéré en 1992 comme un pays où le droit de mort avec reconnaissance d'un pouvoir conjugal s'applique, puisque l'avortement est illégal, même si la stérilisation y est à la demande et sans conditions de parité, mais avec la nécessité de l'accord des deux conjoints. Les conditions mises à l'avortement ont surtout permis de spécifier les deux premières catégories, alors que celles mises à la stérilisation ont surtout servi à mettre à jour la reconnaissance d'un droit de regard conjugal sur la fécondité.

Tableau 3.4 : Les types de contrôle sur la stérilisation et l'avortement en 1989 et 1992 sur 39 pays

	Étatique		Conjugal		imprécis		Total	
1989								
Droit de mort	2	5.3 %	4	10.5%	0		6	16%
Droit de vie			9	24 %	5	13.2%	14	37%
Droit limité			11	29 %	7	18.4%	18	47,4%
Total	2	5.3 %	24	63%	12	31.6%	38	100%
1992								
Droit de mort	1	2.6%	2	5.3%			3	8%
Droit de vie			7	18.5%	2	5.3%	9	24%
Droit limité	1	2.6%	20	52.6%	5	13%	26	68.4%
Total	2	5.3%	29	76.3%	7	18.4%	38	100%

Sources : Mauldin et Ross – op. cit. p.100. 102-104. 112-113. Les pourcentages ont été calculés pour les 39 pays ; ils ont été parfois légèrement arrondis, ce qui explique qu'ils puissent être supérieurs à 100.

Pouvoir de mort : l'avortement est illégal, même si la vie de la femme est en danger. Cette catégorie, qui regroupait 6 pays en 1989, n'en concerne plus que 3 en 1992. 2) Pouvoir de vie : l'avortement et la stérilisation ne sont permis que pour sauver la vie de la femme dans un tiers des pays en 1989 et le quart en 1992, ce qui va de pair, dans les deux-tiers

des cas avec un pouvoir marital. En 1992 on note l'émergence d'une réciprocité, particulièrement formelle dans ce cas, puisque la vie de l'homme ne peut jamais être mise en danger par une grossesse. 3) Pouvoir limité : près de la moitié des pays en 1989 et des deux-tiers en 1992, autorisent la stérilisation ou l'avortement, pour divers motifs, le plus fréquent étant la santé. Cependant, 20 de ces 26 pays demandent l'accord du mari. En effet, si la contrainte de la liberté féminine par l'État est en diminution celle introduite par la reconnaissance institutionnelle du pouvoir conjugal augmente de 63 % à 76 %. L'appropriation conjugale des capacités reproductrices des femmes prévaut donc dans les trois-quart des pays. Le sexage est la relation de procréation principale. A titre de comparaison, on notera que la reconnaissance juridique du pouvoir conjugal n'est nullement spécifique à l'Afrique puisqu'on retrouve, d'après les mêmes sources, une distribution équivalente en Amérique latine : 30 % sans contrôle conjugal, 56 % avec un contrôle conjugal hiérarchique et 14 % avec un contrôle conjugal réciproque. En revanche, le pouvoir de mort est beaucoup plus fréquent en Amérique latine, où l'on trouve toutefois deux pays libéraux-égalitaires (Cuba et Puerto-Rico⁴³).

Des sept modalités (tableau 3.4), la plus fréquente et de loin puisqu'elle fournit à elle seule la moitié des réponses, est le sexage lié à un libéralisme limité, suivie du sexage avec droit de vie sur la conjointe. Seuls cinq pays reconnaissent un droit limité aux femmes sans pouvoir conjugal. Encore que pour la Namibie et la Sierra Leone et peut-être le Cameroun cette relative autonomie s'explique plus par les non-réponses que par une autonomie réelle, alors que les services de santé Tanzanie et le Zimbabwe sont passés de 1989 à 1992 du sexage à l'autonomie féminine, du moins selon les experts et officiels.

⁴³ Cependant, la loi puerto-ricaine interdit l'avortement, qui n'est autorisé que parce la constitution des Etats-Unis, et donc l'arrêt Roe contre Wade, y a prééminence.

CONCLUSION

L'étude des conditions mises à l'avortement et la stérilisation, et notamment l'existence ou non d'une clause concernant l'autorisation conjugale, apporte donc des informations originales et complémentaires sur le contrôle qui s'exerce sur le corps des femmes. Les conditions mises à l'avortement indiquent qu'en 1992, malgré une certaine libéralisation 8 % des pays s'arrogeaient un droit de mort, 25 % un pouvoir de vie et 71 % acceptaient des conditions plus larges, bien que restrictives. Le code pénal est d'ailleurs plus restrictif que les interprétations qui en sont faites par les services de santé. Les conditions mises à la stérilisation, elles, mettent en évidence que 76 % des pays ont mis en place, souvent au début des années 1990 un contrôle conjugal, le plus souvent hiérarchique. Le nouvel intérêt par la baisse de la fécondité ne s'est pas traduit ou seulement marginalement par une liberté accrue mais plutôt par un réaménagement du contrôle sur le corps des femmes qui, de lignager, devient conjugal. La prise en compte de l'autorisation conjugale montre la légitimité institutionnelle du contrôle marital sur le corps de la femme, lequel limite de façon importante sa liberté. Or cet aspect n'est généralement pas pris en compte lorsque l'on analyse l'accès aux divers moyens de limitation des naissances.

Il est donc dommage que la conférence du suivi du Caire n'est pas permis la collecte de ces données. Certes, à la Hague, des pays ont énuméré des changements législatifs destinés à tenir compte des concepts du Caire (Fnuap 1999)⁴⁴. Trois concernent les conditions de l'IVG, totalement libéralisé en Afrique du Sud, devenu en 1996 le seul pays africain à connaître l'avortement « à la demande », étendu aux risques pour la santé de la mère, aux malformations du fœtus et aux grossesses issues d'un inceste ou d'un viol au Cap-Vert et au Bénin. Le Burkina-Faso, en 1996, et les Seychelles ont également libéralisé leur lois (Rahman et al. 1998 : 55-64).⁴⁵ Cependant, aucune des déclarations ne mentionnait la question de la lutte contre les pratiques institutionnelles admettant l'autorisation du mari pour l'avortement et la stérilisation. Le Malawi reste en 1997 le seul pays avec la

⁴⁴ trois pays mentionnent l'élimination des conditions discriminatoires contre les femmes (Cap-vert, Namibie, Zimbabwe) et quatre des lois rendant le mariage égalitaire (Erythrée, Namibie, Rwanda), ce qui est aussi le cas en Afrique du Sud où une loi de 1998 a rendu le mariage coutumier égalitaire.

⁴⁵ Trois autres pays luttent désormais contre les mutilations sexuelles (le Bénin, La Tanzanie et le Togo), ce qui est aussi le cas au Sénégal, selon l'IPPF.

Guinée Bissau, selon les codes pénaux, à demander cet accord pour l'avortement (Rahman et al.), mais nous avons vu que cet accord était surtout spécifié pour l'accès à la stérilisation par les pratiques des institutions de santé, dans ce cas plus strictes que les codes. La collecte systématique de ces données pourrait donc être recommandée pour une meilleure connaissance des droits reproductifs en l'élargissant aux conditions pour l'accès à la contraception.

ANNEXES 3

Tableau 3.5 : Motifs et conditions de l'avortement en 1989 -38 pays.

	Vie	Santé	Juri-socio-éco
Illégal	Burkina Faso Côte d'Ivoire Mauritanie Maurice Niger		
NR	Angola ; Bénin Centrafrique Gabon Madagascar Malawi ; Mali Nigeria ; Somalie Zaïre	Congo Guinée Kenya Lesotho Rwanda Sierra Leone Ouganda	Afrique Sud Namibie Zambie
NSA		Éthiopie	Cameroun
Accord conjoint	Bostwana Tchad Togo	Tanzanie	Burundi Ghana Zimbabwe
Comité	Mozambique Sénégal	Soudan	Liberia

Source : MAULDIN, ROSS ET MILLER – op. cit. p.109-113.

Tableau 3.6 : Motifs et conditions de l'avortement en 1992. 38 pays.

	Vie	Santé	Juri-socio-éco
Illégal 3	Burkina Faso Liberia Zaïre		
NR	Angola Malawi Nigeria Somalie	Congo Gabon Madagascar Maurice Mauritanie Rwanda Sierra Leone	Namibie Zambie
NSA		Bénin	Cameroun Tanzanie Zimbabwe

Suite tableau 3.6

Accord conjoint	Botswana Togo	Centrafrique Éthiopie Guinée Mali Tchad	Afrique du Sud Burundi Ghana Kenya Lesotho Mozambique
Comité	Sénégal	Côte d'Ivoire Niger Ouganda Soudan	

Source : MAULDIN, ROSS ET MILLER -op. cit. p.79-80.

Tableau 3.7 : Motifs et conditions de la stérilisation en 1987 - 89.
39 pays (Gambie incluse)

	Vie	Demande	Pas de loi ou NR
Illégal	Côte d'Ivoire Mauritanie Tchad (35 ans, 5 enfants)		
Non réponse		Botswana	Bénin Éthiopie (35 ans, 4) Gabon Guinée (28 ans, 5 enf) Namibie Ouganda (24 ans, 2) Somalie
NSA		Kenya Zimbabwe	Cameroun Malawi Mali (36 ans, 6) Sierra Leone Tanzanie
Conjugal-réciproque	Maurice (30 ans, 2)	Lesotho	Gambie Liberia Rwanda Zambie
Conjugal-Hiérarchique	Niger (F4, H6) Togo	Ghana Nigeria Soudan	Afrique du sud (22 ans, 2) Angola (35, 4) Burkina Faso (35 ans, 3) Burundi Centrafrique (30ans, 6) Congo (40 ans, 7) Madagascar (4 enfants) Mozambique (5) Sénégal (40 ans, 6) Zaïre (30 ans, 5)

Les chiffres entre parenthèses correspondent à la parité et au nombre d'enfant exigible. Source : MAULDIN, ROSS ET MILLER - op. cit. p.100-104.

Tableau 3.8 : Motifs et conditions de la stérilisation en 1992.
39 pays (Gambie incluse)

	Vie	Limitée	Demande	NR
NR			Botswana	Namibie Somalie
NSA		Côte d'ivoire	Kenya Malawi Tanzanie Zimbabwe	Cameroun Sierra Leone
Conjugal – réciproque	Maurice (30 ans, 2 enfants)	Éthiopie 4 Madagascar Niger (F4, H6)	Burkina Faso Lesotho Liberia Rwanda(40ans,6) Zaire (30ans, 5)	Afrique du Sud Bénin Gambie Zambie
Conjugal- Hiérarchique	Gabon Togo (6)	Mauritanie Soudan Tchad (5)	Centrafrique (6) Ghana Guinée (5) Mali (36, 6) Mozambique (5) Nigeria Ouganda (24, 3)	Angola (4) Burundi Congo (40 ans, 7 enfants) Sénégal (40 ans, 6)

Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre d'enfant exigible.

Source : MAULDIN, ROSS ET MILLER –op. cit. p.100. 102-104.

BIBLIOGRAPHIE

- African platform for action adopted by the 5th regional conference on women*, 1994, Dakar, 16-23 novembre www.sn.apc.org.
- Andro Armelle ; Hertrich Véronique, 1998, « Demand for contraception by sahelian couples : are men's and women's expectations converging ? The cases of Burkina Faso and Mali » Seminar on *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires 13-15 mai.
- Annual Review of population law* 1997.
- Bonnet Doris ; Guillaume Agnès, à paraître, « Historique du concept de santé de la reproduction », Paris, IRD, équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction, *documents de recherche*.
- Causse Michelle, 2000, *Du sexe*, Paris, P.O.L.
- The Center For Reproductive Law and Policy/International Federation of Women Lawyers (Kenya Chapter) F.I.D.A.-K. 1997, *Women of the world : laws and policies affecting their reproductive lives. Anglophone Africa*, New York : 173p.
- Chasteland Jean-Claude, 1997, « De la fin de la seconde guerre mondiale à la Conférence du Caire : la communauté internationale face au problème de la croissance de la population mondiale » in CHASTELAND Jean-Claude et CHESNAIS Jean-Claude, 1997, *La population mondiale. Enjeux et problèmes*, Paris, Travaux et documents n°139, INED/PUF : 585-617.
- Cook Rebecca (ed), 1994, *Human rights of women*, Philadelphie, University of Philadelphly Press.
- Dhavernas Odile, 1978, *Droits des femmes, pouvoir des hommes*, Paris, Seuil.
- FNUAP – *Etat de la population mondiale, 1997. Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*, New York, 74p.
- Gautier Arlette 1985, *Les sœurs de Solitude. La condition féminine pendant l'esclavage*, Paris, Editions caribéennes, 287p.
- Gautier Arlette 1996, « Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ? » In *Le genre des droits*, Athènes, Diotima, en grec , à paraître dans *Autrepart* aut. 2000.
- Gautier Arlette, « les droits reproductifs en Amérique latine », Communication à la journée d'études sur la santé de la reproduction en Amérique latine, Paris, CEPED, octobre 1999, à paraître dans *Les dossiers du CEPED*.
- Guillaumin Colette, 1992, *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, éditions côté-femmes.
- Kababeri-Macharia, 1992, in COOK – op. cit.

- Lacroix Xavier, 1999, « Contraception et religions » in BEAULIEU et alii. Op. cit, 163-183.
- Locoh Thérèse, 1992, « Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne », *Les dossiers de CEPED*, n°19 : 27p.
- Locoh Thérèse; Makdessi Yara 1996, « Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne », *Les dossiers de CEPED*, n°44 : 47p.
- Mathieu Nicole-Claude 1985, *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales : 61-146.
- Millett Kate 1971, *La politique du mâle*, 1969, Paris, Stock.
- Nations Unies 1992, *Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone*, Paris, CEPED/FNUAP/URD, 116pp.
- Rahman Et Al. 1998, « A global review of laws on induced abortion, 1985-1997 » *International family planning perspectives*, N°24 : 56-64.
- Ross John A., Mauldin W. Parker, Miller Vincent C., 1994, *Family planning and population : a compendium of international statistics*, New York, Population Council.
- Sharing responsibility. Women, societies and abortion worldwide*, 1999, New York, The Allan Guttmacher institute, 56p.
- Tabet Paola 1985,- "Fertilité naturelle, reproduction forcée" in Mathieu : 61-146.
- United Nations, Population Division, UN Secretariat 1992-95, *National abortion policies*, New-York, 3 volumes.
- United Nations, Population Division, UN Secretariat 1998, *World population monitoring report, 1996. Selected aspects of reproductive rights and reproductive health*. New york, 281p .
- Economic Commission for Africa, 1995, *Experts and NGOs workshop on the implementation of the Dakar/NGOR declaration and the ICPD programme of action*. Abidjan, 6-9 juin, 311p.
- Women's Environment and Development Organization 1999, *Risks, rights and reforms : a 50-country survey assessing government actions five years after the international conference on population and development*. New York, WEDO, 251p.

CHAPITRE 4

FAUT-IL « REALIGNER » L'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE POPULATION ET DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION ?

J Brunet-Jailly*

INTRODUCTION

Dans un article récent, deux auteurs de renom plaident avec la plus grande conviction en faveur d'un « réaligement » de l'évaluation des politiques de population et de santé reproductive, pour la rendre plus cohérente avec « le champ plus large de l'analyse des politiques de ressources humaines » (Jere et al , 1998) Apparemment l'effort est demandé aux spécialistes des politiques de population et de santé reproductive, et les auteurs emploient pour ce faire un terme qui était en vogue au moment de la guerre froide c'est bien dire que les enjeux sont perçus comme essentiels

D'un tel « réaligement », on devrait pouvoir attendre deux résultats, nous dit-on Le style dans lequel ils sont exprimés est visiblement celui du consensus, comme pour conjurer un danger par le rassemblement de toutes les forces disponibles Le premier résultat serait de lever les incompréhensions entre les décideurs et les analystes, incompréhensions qui naissent du fait que « des termes similaires sont utilisés de différentes façons et pas toujours dans un cadre analytique unifié » (Jere et al , 1998 , p 698) Le second résultat est bien plus important il s'agit ici de lever les incompréhensions entre analystes et décideurs politiques travaillant dans le domaine des politiques de population et de santé reproductive d'un côté,

économistes et décideurs politiques travaillant en dehors de ce domaine, de l'autre. Or « il est important d'améliorer la communication à cause des discussions en cours concernant la mesure dans laquelle des ressources publiques rares devraient être dirigées vers les programmes de population et de santé reproductive plutôt que vers beaucoup d'autres secteurs » (Jere et al., 1998 ; p. 697). Voilà qui est parfaitement clair : l'enjeu est vital, il ne s'agit pas d'autre chose que de l'importance du financement public (national et surtout international) des politiques de population et de santé de la reproduction. Voyons donc quelles sont les oppositions qui se manifestent entre les deux camps.

LA « LIGNE JUSTE »

Si l'on veut avoir de bons arguments à faire valoir pour obtenir l'allocation de ressources rares aux politiques de population et de santé reproductive, il faut d'abord bien comprendre, nous dit-on, « pourquoi des interventions dans ces domaines (ou dans d'autres domaines du développement des ressources humaines) pourraient être désirables. Pour la plupart des économistes, les deux justifications possibles de l'intervention de l'État dans ces domaines et dans d'autres sont : 1) accroître l'efficience et la productivité ; et 2) redistribuer les ressources » (Jere et al., 1998 ; p 699)

Il est courant d'admettre ce que les économistes démontrent dans certaines conditions, à savoir qu'un investissement dans un programme (de population et de santé de la reproduction, par exemple) est justifié, dans un monde de rendements décroissants, tant que la valeur de la dernière unité qu'il a produite dépasse le coût consenti pour la produire (on dira : tant que le bénéfice social marginal –celui que procure la dernière unité de cet investissement– est juste égal à son coût social marginal). Si le bénéfice social marginal d'un investissement particulier est plus grand que le coût social marginal, la société n'investit pas assez, et elle gagnerait à augmenter le niveau d'investissement jusqu'à ce que le bénéfice social et le coût social deviennent égaux. Et inversement.

Il est bien question ci-dessus de bénéfice social et de coût social, car on a de multiples raisons de penser que le bénéfice social n'est pas identique au bénéfice privé, ni le coût social identique au coût privé. En effet, par exemple, les bénéfices perçus par les particuliers peuvent être

différents des bénéfices perçus par la société dans son ensemble, et les politiques de population et de santé de la reproduction en offrent un exemple évident.

Les auteurs rappellent que certaines interventions en matière de santé et de nutrition, non seulement ont un impact direct sur la productivité et le bien-être individuels – ce que les individus peuvent apprécier –, mais encore peuvent réduire la transmission à d'autres, impact indirect dont chaque individu ne se préoccupe guère d'ordinaire. Par ailleurs, nous dit-on, les individus ne sont pas complètement informés ni des coûts ni des bénéfices des activités de santé, et ils ne peuvent donc pas prendre les meilleures décisions. En outre, les bénéfices privés des politiques de population et de santé reproductive ne sont qu'une des justifications de ces politiques, dans la mesure où elles sont essentiellement inspirées aux gouvernants par des objectifs tels que la réduction de la croissance démographique et le rattrapage des économies en croissance plus rapide : si les gouvernants ne font pas que représenter les intérêts de leurs populations, ce qui est fort plausible après tout, leurs experts vont être chargés de donner des justifications « scientifiques » aux objectifs de ceux qui ont le pouvoir. On peut aussi invoquer ici l'incertitude, l'aversion pour le risque, et les imperfections des marchés de l'assurance pour prétendre que les décisions des individus doivent, dans ce domaine plus que dans d'autres (mais est-ce si facile à prouver ?), être corrigées par une intervention publique. On fera encore observer que les décisions des individus en matière de fécondité sont particulièrement biaisées parce que les subventions publiques aux soins de santé, à l'école et aux autres services sociaux peuvent réduire le coût privé des enfants additionnels, et par là réduire les bénéfices privés marginaux pour les parents des dépenses sur les services de planification familiale. Et, pour faire bonne mesure, nos économistes, visiblement en service commandé, se montrent préoccupés du fait que les chefs de ménages pourraient ne pas tenir compte comme ils le devraient des préférences de tous les membres du ménage dans l'allocation des ressources de ce dernier : par exemple, les chefs de ménages pourraient ignorer les préférences des femmes pour des enfants moins nombreux ou plus espacés ou pour des naissances moins dangereuses (cf. Jere et al., 1998 ; p 700-702).

Voilà donc l'intervention de l'Etat largement justifiée. La question de la redistribution, quant à elle, est manifestement éludée : peut-être faut-il comprendre que les politiques de population et de santé de la reproduction n'ont, même en cherchant bien, aucun moyen de prétendre qu'elle visent à réduire quelque inégalité que ce soit entre les membres des sociétés.

Mais, s'il est justifié que l'Etat agisse, comment doit-il le faire ? Il doit d'abord, nous rappelle-t-on, se défier de sa propre action, et donc éviter de prendre en charge lui-même l'organisation des services ; il doit plutôt penser aux incitations par les prix, tant sur le marché des services de population et de santé reproductive que sur les autres marchés (par exemple ceux de l'éducation et des services sociaux, dont on a vu plus haut comment ils interviennent sur les décisions des individus). Sur ce sujet, la « ligne juste » préconise en particulier : 1) que, comme toute politique a un coût, on choisisse, s'il faut mettre en œuvre une politique, celle qui s'attaque le plus directement à la distorsion en cause, et donc celle qui aura le plus faible coût social marginal ; 2) et que, comme il est extrêmement difficile d'obtenir l'information sur les effets des politiques, on préfère toujours la politique la plus transparente, éventuellement après l'avoir expérimentée localement, et si possible en en laissant le contrôle aux utilisateurs (sauf s'il est nécessaire de tenir compte des économies d'échelle, de la qualité de l'encadrement, de la corruption, etc.). Enfin, si l'on se donne des objectifs redistributifs, ne serait-ce que pour rendre socialement acceptable la politique en question, il faudra préférer une redistribution du revenu à l'attribution de subventions à la production des services (sauf s'il est trop coûteux d'identifier les pauvres).

La posture que prend la « ligne juste » semble donc être celle d'une réhabilitation de la demande, et plus précisément de la demande privée, mais c'est pour montrer aussitôt que cette dernière ne peut conduire à l'optimum : voilà le détour qui fait la place nette pour une prétendue demande sociale. Car il s'agit naturellement, en fait (c'est-à-dire en pratique sur le plan politique), de réagir contre les excès intolérables de l'économisme obtus qui corrompt toute notre société (et qui, on le verra, propose des choix de priorités en matière de santé publique !) : il s'agit ici de se préoccuper du bien-être des gens, et de cela seulement ! Cependant, ces gens, ces braves gens, ne sont pas très bien informés de ce qui les concerne... Il faut donc tenir compte de ce que savent les experts, qui conseillent les pouvoirs publics, et qui savent révéler, eux, les valeurs sociales, les bénéfices sociaux et les coûts sociaux des programmes susceptibles de faire le bonheur du bon peuple.

Faut-il se laisser convaincre si facilement que les experts des bailleurs de fonds sont bien placés pour corriger les effets des comportements de ces chefs de ménage qui ne tiendraient pas suffisamment compte des désirs de leurs femmes en matière d'espacement des naissances ? Faut-il admettre si facilement qu'ils ont autorité pour le faire,

par quelque principe de substitution d'une volonté à une autre, ou par quelque principe d'ingérence ?

LA LIGNE ADVERSE

Cette défense et illustration de la demande intervient dans un contexte qui a été profondément marqué, à partir du milieu de la dernière décennie, par la publication en 1993 du « Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé » (Banque Mondiale, 1993). Ce document illustre une perspective dans laquelle, il est vrai, ce sont essentiellement les caractéristiques de l'offre qui vont être considérées : son efficacité et son coût.

Personne ne semble contester que toute réduction de la mortalité et de la morbidité traduise (et même, si l'on s'en donne les moyens : mesure) une amélioration de l'état de santé. Or telles sont précisément les deux dimensions à partir desquelles ont été développées, en vue de la préparation du rapport précité, des évaluations de l'efficacité des interventions médicales, qu'elles soient préventives ou curatives, cliniques ou « de santé publique ». Une réduction, grâce à une intervention médicale, de la durée d'un traitement, ou du nombre de cas, ou de l'invalidité liée aux séquelles, est donc un gain à considérer au même titre qu'une diminution de la mortalité due à la même maladie. L'effet de la survenance de toute maladie, comme l'effet de toute intervention préventive ou curative, sont donc convertis en « années de vies corrigées de l'invalidité » (AVCI, le sigle anglais étant DALY).

Personne ne semble contester que toute vie en vaut une autre. C'est aussi ce qu'admettent les auteurs du rapport en question. Ainsi, les gains provenant de la lutte contre les affections qui concernent essentiellement les enfants sont ajoutés aux gains provenant de la lutte contre les affections qui frappent les adultes ; et que ces derniers soient actifs ou pas, riches ou pauvres, n'intervient aucunement. On évite par là, au moins pour le temps où l'on traite des problèmes de santé, de tomber sous le coup de ces allégations selon lesquelles seuls les actifs auraient une valeur pour la société.

Le problème qui sera sans doute considéré comme le plus délicat est celui de savoir comment cumuler des années de vie perdues aujourd'hui et des années de vie perdues dans l'avenir, par exemple dans le cas où une invalidité s'installe aujourd'hui : la perte d'années de vie va s'étaler sur toute la durée de l'invalidité. La préférence pour le présent, que traduisent de multiples comportements individuels et collectifs (en matière de prévention par exemple, mais aussi d'épargne et d'investissement, etc.), implique qu'une année de vie à vivre aujourd'hui soit préférée à (c'est-à-dire : ait une valeur plus grande que) une année de vie à vivre dans le futur. Dans les travaux que nous examinons, les années de vie futures sont donc ramenées à des années de vie présentes par un simple calcul d'actualisation (au taux de 3 %).

Sur ces bases, les travaux dont nous parlons fournissent une estimation de la charge globale de la maladie : ils donnent, pour plus de 120 affections ou groupes d'affections, le nombre d'années de vie corrigées de l'invalidité qui sont perdues annuellement du simple fait de l'incidence de chacune d'elles ; ce même calcul est aussi présenté pour divers groupes de pays, dont l'Afrique au Sud du Sahara (Murray et al., 1996).

Pour estimer l'incidence de chaque affection, ces travaux utilisent soit les taux d'incidence, lorsqu'ils sont disponibles, soit les relations entre la mortalité par cause (généralement mieux connue que l'incidence) et la mortalité totale par âge. Les autres éléments nécessaires (âge moyen de survenue de l'affection, âge moyen du décès, durée moyenne de l'invalidité, taux de l'invalidité) ont été fournis par des experts, qui ont su utiliser tous les travaux faits dans cette perspective depuis le début des années 1980 (et si l'Afrique francophone en est absente, c'est parce que ses cadres médicaux ne documentent pas professionnellement leur expérience).

Ces résultats montrent que l'Afrique au Sud du Sahara supporte, de très loin, la plus lourde charge par habitant : près de 0,6 année de vie corrigée de l'invalidité par habitant (AVCI) y est perdue chaque année pour chaque habitant, contre 0,3 en Inde, moins de 0,2 en Chine ou dans les anciennes économies socialistes d'Europe, à peine plus de 0,1 dans les pays du Nord (Banque Mondiale, 1993 ; pp. 3 et 28-29). La population de l'Afrique au Sud du Sahara représente 10 % de la population mondiale, mais supporte 20 % de la charge globale de la maladie. En outre, la

structure de cette charge est foncièrement différente en Afrique au Sud du Sahara de ce qu'elle est ailleurs : les maladies transmissibles, maternelles et périnatales représentent 712 pour 1000 de la charge globale de la maladie dans ce groupe de pays, mais seulement 454 pour 1000 dans l'ensemble du monde et 97 pour 1000 dans les pays du Nord ; les maladies non transmissibles ont évidemment une part relative beaucoup plus faible en Afrique au Sud du Sahara (194 pour 1000) et beaucoup plus conséquente dans les pays du Nord (794 pour 1000).

Ces simples chiffres rappellent que la transition épidémiologique ne s'est pas encore manifestée en Afrique au Sud du Sahara : elle n'est même pas pour demain, et, compte tenu de ce qu'est le développement de cette région du monde depuis une génération, elle n'est pas pour la décennie qui vient (Jamison et Mosley ; 1991).

Comprend-on bien que les maladies diarrhéiques, par exemple, représentent encore à elles seules 10 % de la charge globale de la maladie en Afrique, le paludisme 10 % également, les maladies des voies respiratoires autant, la tuberculose à elle seule 4,7 % et le VIH à lui seul 6,3 % ? Comprend-on que s'occuper de lèpre, c'est se cantonner dans un problème qui représente moins de 1 pour 1000 de la charge globale de la maladie ? Que s'occuper ici de tumeurs malignes, c'est s'occuper d'un problème qui représente 1,5 % de la charge globale de la maladie ? Comprend-on que beaucoup de problèmes qui font la une des journaux, du fait d'un lobbying effréné des groupes de pression médicaux, sont en réalité mineurs si l'on consent à considérer la totalité de la charge que la maladie fait peser sur la population ? Comprend-on que construire un hôpital cardiologique, c'est mobiliser des moyens colossaux au profit de malades dont les affections représentent 4 % de la charge globale de la maladie ? Que lancer un grand programme international contre l'onchocercose, c'est organiser un effort gigantesque au profit de malades dont l'affection représente 0,2 % de la charge globale de la maladie ?

Si l'on se tourne maintenant du côté des interventions médicales, proposées en nombre et en coût toujours croissants par les professionnels de la santé, elles peuvent donc désormais être comparées au regard d'un critère unique, leur coût par année de vie corrigée de l'invalidité, et qu'elles soient préventives et curatives, qu'elles soient cliniques ou de santé publique. Il est donc possible, aujourd'hui, de porter un jugement sur certains programmes de santé publique et sur une bonne

partie des activités développées à divers niveaux de la pyramide sanitaire, des dispensaires de brousse aux hôpitaux universitaires. Il est possible de le faire en considérant à la fois le gain qu'on peut en attendre en années de vie corrigées de l'invalidité, et le coût de ce résultat selon l'intervention choisie. On savait déjà que c'était pur gaspillage que de vacciner les enfants des écoles contre la rougeole (ceux qui arrivent à l'école sont déjà immunisés); on peut savoir maintenant qu'un programme de vaccination associant le DTCoq et la polio a un coût par AVCI plus faible qu'un programme DTCoq sans polio. On peut aussi comparer cette activité de vaccination avec une activité chirurgicale : par exemple, pour gagner une AVCI par un programme de vaccination DTCoq+Polio, il faut dépenser entre 20 et 40 \$, et pour gagner une AVCI en traitant un cancer du poumon, il faut y consacrer un montant de l'ordre de 12.000 \$. Des résultats de ce genre sont disponibles pour une centaine d'interventions préventives et curatives.

Tout naturellement, dans l'examen de ces résultats, il faut tenir compte des avertissements que les chercheurs à qui nous devons cette vision nouvelle du problème, les connaissant encore mieux que les profanes, expriment sans honte : nous ne sommes pas en face de "mesures échappant à toute controverse" (Prost et Jancloes, 1993 ; p 743), mais simplement en face des meilleures mesures disponibles aujourd'hui. Toutefois, chacun étant tenu de juger à partir des meilleures connaissances du moment, il faut bien admettre que ces mesures non seulement suffisent, mais s'imposent aujourd'hui. Les écarts entre les prix qu'il faut payer pour gagner une année de vie corrigée de l'invalidité, selon l'intervention considérée, sont en effet extrêmement importants, et de ce fait beaucoup de décisions judicieuses peuvent être prises sans risque de se tromper : tant que l'ordre de grandeur des écarts est supérieur à l'ordre de grandeur des erreurs probables. Voici quelques exemples :

- 2 à 10 \$ pour la vaccination ciblée contre le tétanos ; 7 \$ pour la vaccination BCG, ou pour la polychimiothérapie de la lèpre ;

- 100 \$ pour la lutte contre le cancer du col à partir d'un dépistage précoce, 200 pour la lutte contre l'onchocercose par contrôle vectoriel, 200 à 500 pour la lutte contre le paludisme par traitement des cas repérés par dépistage passif et contrôle chimique des vecteurs ;

- de 2200 à 3500 \$ pour divers programmes de lutte contre la dengue, peut-être 30.000 pour certaines prises en charge des angors instables ou des infections aiguës du myocarde.

Ainsi, "une dépense de 100.000 dollars en chimiothérapie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait 35.000 AVCI gagnées. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI : chaque malade gagnerait moins d'une année de vie pleine par année de traitement" (Banque Mondiale, 1993 p. 64).

Certes, les interventions qui ont été analysées sont peu nombreuses par rapport aux milliers d'actes médicaux qu'on peut répertorier ; mais elles suffiraient à traiter plus de la moitié de la charge globale de la maladie (Banque Mondiale, 1993 ; p. 63). Elles ont été classées en deux catégories. Sont dites interventions « de santé publique » celles qui visent des populations entières ou des sous-groupes de population et tentent de promouvoir des modifications de comportement, ou le contrôle des risques nés de l'environnement, ou la vaccination, ou la chimioprophylaxie de masse, ou encore le dépistage et la référence. Sont dites interventions « cliniques » celles qui portent sur des individus, et qui sont réalisées dans les formations sanitaires (Jamison et al., p. 7). Pour bâtir sur ces bases raisonnables et rationnelles un programme de santé publique (au sens de programme du Ministère de la santé publique) on doit en choisir, parmi les interventions de santé publique et les interventions cliniques, celles qui correspondent à deux des justifications de l'action de l'Etat :

- l'Etat doit fournir les prestations qui ont la caractéristique d'être des biens publics (par exemple la lutte vectorielle, qui concerne toute une zone d'un coup, sans qu'il soit possible de protéger par ce moyen une personne et pas sa voisine, sans qu'il soit possible d'exclure du bénéfice de l'action aucun de ceux qui habitent la zone concernée ; ou encore l'information sanitaire) ou de générer des externalités (par exemple le traitement des maladies transmissibles, qui ne bénéficie pas qu'aux malades, puisqu'il réduit aussi la transmission) ;

- l'Etat a un rôle dans la réduction ou l'allègement de la pauvreté : il doit donc financer certaines interventions cliniques essentielles (Banque Mondiale, 1993 ; p. 59), parmi celles qui sont comparativement

peu coûteuses pour le nombre d'AVCI qu'elles permettent de sauver, telles que le traitement de la tuberculose, les soins maternels et infantiles, le traitement des MST, la prise en charge des infections et petits traumatismes, etc. (Banque Mondiale, 1993 ; p. 68 et chapitre 4).

L'ampleur des programmes de santé publique (c'est-à-dire le nombre d'interventions qu'ils comprennent et le nombre de bénéficiaires visés) dépend des moyens dont l'Etat peut disposer: cette définition revient donc à chaque pays, dont les planificateurs ou responsables de la stratégie sanitaire peuvent, ou bien s'inspirer des valeurs données au coût par AVCI des diverses interventions, ou bien les corriger s'ils en ont les moyens. Les interventions qui ne sont pas incluses dans le programme de santé publique seront dites interventions cliniques discrétionnaires : on aura conclu que la solidarité nationale ne doit pas les financer, peut-être même pas les organiser, et elles ne seront donc développées que si les patients sont en mesure de les payer (Banque Mondiale, 1993 ; pp. 112-138, et notamment p. 124).

Nous disposons donc d'une procédure de décision : classons les interventions en fonction de leur coût par AVCI, calculons le coût de la mise en œuvre de chacune, le coût cumulé des interventions rangées dans l'ordre d'efficacité décroissante, et arrêtons la liste lorsque le coût cumulé atteint le montant des ressources disponibles.

ENTRE LES LIGNES ET DERRIERE LES LIGNES

La démarche qui vient d'être présentée est évidemment combattue par Behrman et Knowles, car elle ne permet de justifier aucun financement public des politiques de population, et ne donne qu'une priorité relative à certaines activités de santé de la reproduction. Leurs critiques peuvent être résumées de la façon suivante (Jere et al., 1998 ; p. 707) ;

- Cette démarche évite de considérer en premier lieu quels services méritent une intervention publique ; il est évident que nos auteurs n'ont signalé les faiblesses des décisions issues des seules préférences privées que pour pouvoir poser bien vite que l'État doit s'engager dans une politique de population et de santé de la reproduction ; il faudra donc

revenir sur la légitimité de cette substitution des évaluations sociales *de facto* édictées par l'Etat et ses experts stipendiés aux évaluations privées ;

- les bénéfices sont définis de façon trop étroite : l'amélioration de la santé n'est qu'un élément du concept beaucoup plus large de bien-être qui est à la base de la 'ligne juste', nous dit-on ; certes, beaucoup d'économistes partagent l'idée que les dimensions mesurables du bien-être ne parviennent pas à le définir dans sa totalité ; mais il reste à prouver que le ralentissement de la croissance démographique et l'éventuel accroissement du niveau de vie qui pourrait en découler (et ne résulter que de cela) sont des éléments du bien-être dans l'esprit de la population elle-même (c'est-à-dire, inéluctablement, des éléments pour lesquels elle est prête à payer un certain prix) ;

- l'analyse coût-efficacité néglige complètement la demande : c'est parfaitement vrai, mais on a déjà compris qu'il ne suffit pas d'invoquer la demande pour résoudre nos problèmes de choix, et aussi que la démarche fondée sur l'efficacité pour leur coût des interventions considérées a visiblement pour avantage de proposer une certaine rationalisation dans l'utilisation des moyens que les individus ou les Etats consacrent à la santé.

Revenons donc sur les stratégies défendues en invoquant la demande comme justification essentielle. Elles se signalent par leur imprécision ! En matière de planification familiale, la demande peut être estimée soit à partir d'enquêtes directes, auprès des femmes, qui permettront de mesurer la fécondité excédentaire, soit à partir de considérations générales, dont certaines sont macro-économiques et d'autres relèvent de la santé publique. Ainsi, certains proposent que l'on se fixe comme objectif un taux de croissance naturel limité à 2 %, parce que toute croissance démographique plus rapide serait un obstacle à la croissance économique (ce chiffre de 2 % a été avancé par la Banque Mondiale dans son Rapport sur le développement dans le monde de 1984, et repris notamment dans « L'Afrique subsaharienne : de la crise à la croissance durable » en 1989). D'autres estiment que le taux de fécondité total ne devrait pas dépasser 4, ou bien que les naissances aux âges à haut risque devraient être éliminées. Aux trois critères ainsi proposés correspondent des mesures de la fécondité excédentaire de 14, 16 et 30 % respectivement (Cochrane et Sai, 1993 ; p. 335). La méthode d'enquête directe donne des estimations plus élevées, sauf pour l'Afrique au Sud du Sahara : 30 à 37 % (Cochrane et Sai, 1993 ; p. 339). Il est donc de bonne guerre de se baser sur la demande qui pourrait résulter des estimations obtenues par enquête directe auprès des femmes : on

obtiendra plus facilement la réduction souhaitée de la croissance démographique; cependant, chacun sait que cette demande doit être révélée par une action énergique.

L'argument essentiel consiste donc à dire : les enquêtes montrent que « de 50 à 80 % des femmes mariées veulent différer ou éviter une prochaine naissance ; 15 à 25 % ne veulent plus d'enfant » ; et « on estime qu'une grande majorité, jusqu'à 80 % dans certains pays, des femmes mariées qui veulent différer une naissance ou cesser d'avoir des enfants n'utilisaient aucune forme de planification familiale » (Sirageldin, 1993 ; p. 254). Il y aurait donc une très forte demande, il y aurait urgence à y répondre, il faut mobiliser des fonds pour cela (et par exemple augmenter de près de 50 % les fonds consacrés à la planification familiale en Afrique entre 1990 et 2000, (Sirageldin, 1993 ; p. 256-257).

Un doute nous vient cependant : s'agit-il bien d'une demande, comme on nous l'assure ? Y a-t-il vraiment, après tant d'années d'information, éducation, communication, sensibilisation, recyclage du personnel, etc., une demande pour les prestations proposées ? Comment comprendre que, par exemple à Abidjan, si peu (12 % peut-être) de femmes utilisent une méthode moderne de contraception, par exemple la pilule, qui coûte 150 FCFA la plaquette aujourd'hui (Guillaume et Desgrees du Loû ; 1999 ; p. 4), et que tant de femmes recourent à l'avortement (37 % des femmes de moins de 20 ans en 1997 ont subi au moins un avortement provoqué, (Desgrees du Loû et al., 1999 ; p. 434), au point qu'on doit aujourd'hui le considérer comme un moyen non négligeable, voire le moyen principal, de maîtrise de la fécondité (Desgrees du Loû et al., 1999), alors que ce moyen, en partie en raison de la clandestinité qui l'entoure, coûtera au bas mot 30.000 FCFA ? La clandestinité est certes parfaitement exploitée à leur profit par les professionnels spécialisés, mais il est possible qu'elle convienne aussi, et mieux que la prise quotidienne d'une pilule, aux femmes concernées, dans ces milieux où, ne l'oublions pas, « la santé d'un individu ou d'un couple et le risque de donner naissance à un enfant contaminé peuvent revêtir moins d'importance que la satisfaction des obligations sociales et familiales » (Aka-Dago-Akribi et al., 1999 ; p.29).

UNE LIGNE DE MIRE : LES PREFERENCES INDIVIDUELLES

Si la « ligne juste » consiste à proposer que les biens et services sur lesquels l'intervention publique est justifiée soient définis *a priori*, de sorte que soient pris en considération des objectifs macro-économiques dans la formulation de politiques qui mettront tous leurs moyens dans la balance pour modifier les comportements privés, elle se heurte à une forte objection de principe. Car mettre l'accent sur la primauté de la demande est bien dans la ligne de la philosophie libérale américaine, qui a une longue et respectable tradition, et il ne faut pas subrepticement s'en détourner pour faire face à une conjoncture défavorable.

Les questions de population, comme les questions de santé (et comme éventuellement quelques autres questions de la vie sociale), mettent en cause des personnes humaines dans une société de personnes. Il est contraire à la dignité de la personne humaine qu'une décision la concernant soit prise par une autre, si bien intentionnée, si compétente, si généreuse soit-elle. Rappelons par exemple que, lorsqu'on le prend au sérieux, le consentement informé, qui est la règle en matière de soins médicaux, doit être obtenu "même dans le cas où un refus pourrait être interprété comme contraire au plus grand intérêt du patient" (Dagi, 1994 ; p. 247). Cette forme de violence qu'est la substitution de l'avis d'un autre à l'avis de la personne concernée n'est justifiée par les penseurs classiques que dans un cas bien précis : "la seule occasion dans laquelle la force peut être exercée à bon droit sur un membre d'une communauté civilisée contre sa volonté est celle où il s'agit de prévenir un dommage aux autres : son propre bien, qu'il soit physique ou moral, n'est pas un motif suffisant ; il ne peut pas être contraint ou empêché de faire ceci ou cela parce que ce serait mieux pour lui, parce que cela le rendrait plus heureux, parce que, selon l'opinion des autres, faire ainsi serait sage ou même juste" (Schüklenk et Hogan 1996 ; p. 404, citant J.S. Mill).

Nous devons donc nous opposer à toute politique qui ne repose pas sur l'adhésion individuelle effective des personnes humaines qui seront appelées à les mettre en œuvre et éventuellement à en bénéficier. Et aujourd'hui, nous n'avons aucun moyen de prouver l'adhésion individuelle effective aux politiques de population. Il convient donc de laisser les populations rechercher et mettre en œuvre par elles-mêmes les solutions aux problèmes qu'elles rencontrent.

Et comme les questions de population sont indissociables des questions de développement, il faut enfin se demander si les tâcherons de la recherche scientifique et de la gestion des programmes d'assistance ne devraient pas, de temps à autre, lever le nez pour voir un peu plus loin que l'écran de leur ordinateur. Par exemple, pour lire l'économiste en chef de la Banque Mondiale : « pendant plus de quatre décennies, le développement a été vu (au moins par ceux qui étaient 'dans le vent') comme une simple affaire d'économie : accroître le stock de capital (soit par des transferts venant de l'extérieur soit en augmentant le taux interne d'épargne) et améliorer l'allocation des ressources » (Stiglitz, 1998 ; p. 6), ce qui équivalait à « confondre non seulement les moyens avec les fins mais encore les causes avec les effets » (Stiglitz, 1998 ; p. 5) : « ces stratégies de développement considéraient le développement comme un problème technique requérant des solutions techniques –de meilleurs algorithmes de planification, de meilleures politiques des prix et des échanges, de meilleurs cadres macro-économiques. Elles n'allaient pas profond dans la société, elles ne croyaient pas qu'une approche participative était nécessaire » (Stiglitz, 1998 ; p. 7). Et encore : « le développement est une transformation de la société, un mouvement à partir des relations traditionnelles, des façons traditionnelles de penser, des manières traditionnelles de s'occuper de la santé et de l'éducation, des méthodes traditionnelles de production, vers des façons de faire modernes. Par exemple, alors qu'une caractéristique des sociétés traditionnelles est l'acceptation du monde tel qu'il est, la perspective moderne reconnaît le changement, elle reconnaît que nous, individus et sociétés, pouvons agir pour, par exemple, réduire la mortalité infantile, allonger la vie, et accroître la productivité » (Stiglitz, 1998 ; p. 3). Et surtout : « le changement n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour parvenir à d'autres objectifs. Les changements qui sont associés au développement donnent aux individus et aux sociétés plus de maîtrise de leur propre destinée » (Stiglitz, 1998 ; p. 3).

Il faut lire l'économiste en chef de la Banque Mondiale lorsqu'il explique pourquoi « un changement imposé de l'extérieur ne peut pas se réaliser » (Stiglitz, 1998 ; p. 20), pourquoi le système des conditionnalités « renforce les relations hiérarchiques traditionnelles, au lieu de donner du pouvoir à ceux qui pourraient servir de catalyseurs du changement » (Stiglitz, 1998 ; p. 20-21), comment « les ingrédients essentiels d'une stratégie de développement réussie est l'appropriation et la participation », parce que « le développement ne peut pas être simplement une affaire de négociation entre un bailleur de fonds et le gouvernement », parce que « le développement doit aller plus profond, il doit impliquer et aider des groupes de la société civile » (Stiglitz, 1998 ; p. 21).

Nous sommes bien au temps de la mondialisation, qui fait peser sur les pays et les individus de très lourdes contraintes, mais la façon de s'y adapter n'est pas de renforcer la domination des hiérarchies traditionnelles ou modernes, ni dans les rapports entre nations, ni dans les rapports entre groupes à l'intérieur des nations, ni dans les rapports entre individus : c'est de libérer les énergies de tous ceux qui, avec l'éducation qu'ils ont, avec les connaissances qu'ils peuvent acquérir en utilisant leur intelligence et leur expérience, sont capables d'inventer des réponses nouvelles. Le paternalisme des généreux donateurs vis-à-vis de leurs pays-clients, le paternalisme des bureaucraties nationales et du personnel politique à l'égard des citoyens, le paternalisme des experts et autres clercs modernes à l'égard des laïcs, tout cela ruine notre planète.

CONCLUSION

Le « réalignement » de l'évaluation des politiques de population et de santé de la reproduction a pour objectif de réintroduire les politiques de population et de santé de la reproduction dans la discussion des priorités sociales et en particulier des priorités de l'intervention publique grâce aux généreux bailleurs de fonds ; si le champ de la santé est défini d'une façon trop précise, les politiques en question n'ont en effet qu'un intérêt très limité (Cochrane et Sai, - Walsh et al., 1993) ; pour que ces politiques puissent être largement développées, il faut nécessairement considérer qu'elles contribuent au bien-être de la population essentiellement par leur effet sur le ralentissement de la croissance démographique. La demande privée est donc mise en avant essentiellement pour justifier des décisions sociales suggérées par les bailleurs de fonds spécialisés et par leurs experts attitrés. Il n'est tenu aucun compte, dans cette perspective, ni du manque de justification philosophique à toute intervention qui se passerait du consentement des bénéficiaires ou l'obtiendrait par la force, ni de l'expérience des échecs des stratégies de développement que les bénéficiaires ne se sont pas appropriées. Il y a longtemps que se poursuit le débat entre partisans de la pratique autoritaire et partisans d'une solution fondée sur le rôle raisonné de la population elle-même : A.K. Sen a rappelé que Malthus a emprunté à Condorcet le scénario qui inspire l'analyse qu'on dit « malthusienne » du problème de la population, mais qu'il a refusé d'adopter la solution que prônait le grand mathématicien et penseur français des Lumières ! (Amartya Sen, 1995 p. 7-8).

BIBLIOGRAPHIE

- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû Annabel, Msellati Philippe, Dossou R., Welffens-Ekra C. : Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire, *Reproductive Health matters*, 7, 13, 20-29 (1999)
- Cochrane S., Sai F. : Excess Fertility, chap. 16, p. 333-361 in : Dean T. Jamison, W.H. Mosley, A.R. Measham, J.L. Bobadilla : *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 756 p.
- Dagi T.F. : Changing the Paradigm for Informed Consent, *The Journal of Clinical Ethics*, 5,3, 246-250 (1994)
- Desgrées du Loû Annabel, Msellati Philippe, Viho Ida, Welffens-Ekra Christine : Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan, une cause de la baisse de la fécondité ? *Population*, 54, 3, 427-446 (1999).
- Guillaume Agnès et Desgrées du Loû Annabel : Contraception et/ou avortement, une étude auprès des formations sanitaires d'Abidjan, Séminaire International « Santé de la reproduction en Afrique », Abidjan, 9-12 novembre 1999.
- Jamison Dean T., Mosley W. Henry : *Disease Control Priorities in Developing Countries, Health Policy Responses to Epidemiological Change*, American Journal of Public Health, 81, 1, 15-22 (january 1991).
- Jamison Dean T., Mosley W.H., Measham A.R., Bobadilla J.L. : *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 756 p.
- Jere R. Behrman, Knowles James C. : *Population and Reproductive Health, An Economic Framework for Policy Evaluation*, *Population and Development Review*, 24,4, 697-737 (1998).
- Murray C.J.L., Lopez A.D. : *The Global Burden of Disease*, World Health Organization-World Bank-Harvard School of Public Health, 1996, 990 p.
- Prost A., Jancloes M. : Rationales for Choice in Public Health, the Role of Epidemiology, pp. 741-746 in : Dean T. Jamison, W.H. Mosley, A.R. Measham, J.L. Bobadilla : *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 756 p.
- Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé, Banque Mondiale, Washington, 1993, 333 p. ; version anglaise : *World Development Report 1993, Investing in Health*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 329 p.

- Roviello A.M. : Fonder l'éthique ? A propos d'un débat italien sur le rôle de la religion, *Esprit*, 233, 179-197 (1997)
- Schüklenk U., Hogan C. : Patient Access to Experimental Drugs and AIDS Clinical Trial Design, *Ethical Issues, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 5, 400-409 (1996)
- Sen Amartya K. : Population Policy, Authoritarianism versus Cooperation, International Lecture Series on Population Issues, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, August 17, 1995, New Delhi, India, 29 p.
- Sirageldin Ismaël : La croissance démographique en Afrique, la tâche à accomplir, p. 251-257 in Jean-Claude Chastelland, Jacques Véron et Magali Barbiéri « Politiques de développement et croissance économique rapide en Afrique », INED, Congrès et colloques n° 13, 1993.
- Stiglitz Joseph E. : Towards a New Paradigm for Development : Strategies, Policies and Processes, Prebisch lecture, UNCTAD, Geneva, October 19, 1998, 46 p.
- Walsh Julia A., Feifer C.N., Measham A.R., Gertler P.J. : Maternal and Perinatal health, chap. 17, p. 363-389 in : Dean T. Jamison, W.H. Mosley, A.R. Measham, J.L. Bobadilla : *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 756 p.

CHAPITRE 5

PAUVRETE ET ACCES AUX SOINS A BAMAKO*

Anne Juillet**

INTRODUCTION

Selon certains auteurs, la mise en oeuvre des premiers programmes d'ajustement structurel a eu pour impact, d'aggraver la situation dans les secteurs sociaux (Cornia *et al.*, 1992). Pour d'autres, les évolutions négatives au niveau social sont apparues avant même l'application des mesures d'ajustement structurel (Brunet-Jailly, 1996). De façon unanime, ces études insistent sur l'importance du rôle des ressources humaines dans le développement économique. Alors que les deux premières générations de programmes d'ajustement structurel n'avaient pas prévu de mesures sociales d'accompagnement, en revanche, la troisième génération de programmes contient des "mesures d'ajustement à visage humain", préconisées par les institutions de Bretton-Woods qui, sous la pression de l'UNICEF, ont davantage pris en considération les facteurs sociaux (Cornia *et al.*, 1992).

Dans ce qui suit, nous nous intéressons spécialement aux démunis et à la relation qui existe, d'un point de vue microéconomique, entre la pauvreté et l'état de santé des individus. *Dans un premier temps*, après avoir rappelé de façon succincte les consensus et les critiques qui se dégagent de la littérature concernant les mesures de la pauvreté, nous étudions les réalités de la pauvreté à Bamako à partir des données d'une enquête originale, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population bamakoise.

Les données, à partir desquelles le travail empirique a été réalisé, ont été recueillies grâce à un financement de l'AUF dans le cadre d'une Action de Recherche Concertée avec la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomathologie du Mali et l'INSERM U.357 du Kremlin-Bicêtre.

** Université de Cocody – Abidjan.

Grâce à plusieurs mesures de la pauvreté, nous tentons de voir si au niveau microéconomique, des différences statistiquement significatives de niveaux de pauvreté apparaissent selon les caractéristiques socio-économiques des ménages. *Dans un second temps*, nous nous intéressons à la question de l'accès aux soins des plus démunis. Pour cela, on se demande d'abord si la probabilité d'être en mauvaise santé est plus élevée parmi les individus appartenant aux ménages démunis. Puis, on se demande si les malades appartenant aux ménages démunis ont accès aux mêmes types de soins que les malades des ménages non démunis. On cherche en particulier à savoir si ces malades sont ou non plus fréquemment exclus des services modernes de santé. Enfin, parmi les déterminants d'exclusion ou d'accès aux services de santé, on mesure l'importance relative de la pauvreté.

LA PAUVRETE : DIFFICULTES DE MESURE, CONSENSUS ET REALITES BAMAKOISES

La pauvreté, ses dimensions

Pendant longtemps, la réflexion sur l'évaluation de la pauvreté a été dominée par la question de l'agrégation des mesures de pauvreté (Callan, 1991). Actuellement c'est la définition d'indicateurs de pauvreté qui est la plus largement abordée. En effet, l'élaboration de programmes en faveur des plus démunis suppose une capacité à les identifier, ce qui n'est pas une chose aisée. Pourtant, définir une ligne de pauvreté permettant de distinguer les pauvres des non pauvres, rend possible les actions ciblées en faveur des démunis, pour que globalement ils soient plus aptes à satisfaire leurs besoins.

Depuis le milieu des années 1970, la discussion porte sur les caractéristiques désirables des mesures de pauvreté. L'inexistence d'indicateurs objectifs capables de distinguer les démunis des non démunis implique que la construction d'une ligne de pauvreté se fait sur la base de choix arbitraires. Il faut donc savoir sur quels critères est définie la pauvreté. Bien que les revenus et les dépenses constituent des mesures courantes du niveau de pauvreté, elles ne sont pas les seules mesures concevables, et il est

préférable de les combiner à d'autres indicateurs tels que l'état nutritionnel, l'état de santé, l'espérance de vie, et l'éducation (Ho, 1982 ; Deaton, 1997; Sen, 1998 ; Sköld, 1998). La multitude des dimensions associées à la pauvreté explique que plusieurs mesures soient fréquemment utilisées pour tenter d'identifier les démunis.

Un premier groupe comprend les mesures très courantes de pauvreté absolue et relative. La pauvreté absolue se réfère à un standard absolu d'exigences minimales nécessaires pour maintenir un niveau de vie "décent" (par exemple, on mesurera l'écart entre la consommation calorique moyenne par ménage, par tête ou par unité consommée, et la ration alimentaire définie comme étant le minimum vital ; ou encore, par la méthode des revenus, l'écart par rapport au seuil de pauvreté). La pauvreté relative se réfère à ceux qui sont dans une situation inférieure à la plupart des autres ménages (individus) de la communauté (par exemple, le pourcentage de la population considéré comme pauvre par rapport au revenu moyen ou médian, l'analyse des styles de vie ou des biens détenus, la méthode du ratio des dépenses de nourriture sur les dépenses totales, les échelles d'équivalence).

Dans ce premier groupe, l'inexistence d'un cadre théorique correctement défini, tenant compte de l'agrégation de toutes les dimensions de la pauvreté pose non seulement la question de la possibilité de comparer les distributions obtenues à partir des différents indicateurs, mais aussi le problème de la visibilité d'une diminution de la prospérité chez certains groupes d'une population lorsque globalement la pauvreté n'a pas changé. (Callan *et al.*, 1991).

Un second groupe est composé de mesures qui permettent de combiner une dimension "extension" et une dimension "profondeur" de la pauvreté. Kakwani (1990) rappelle, en effet qu'une bonne mesure de pauvreté doit permettre non seulement d'identifier les pauvres mais aussi de mesurer l'intensité de leur pauvreté. Ces deux caractéristiques supposent premièrement de spécifier le seuil de pauvreté en deçà duquel un ménage est considéré comme pauvre ; deuxièmement de construire un indicateur pour mesurer l'intensité de la pauvreté dont souffrent les ménages se situant en dessous du seuil de pauvreté. Kakwani (1990) démontre que les mesures de pauvreté additivement séparables regroupent les deux caractéristiques précédentes, alors que des mesures telles que le ratio de pauvreté (proportion de ménages ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté z) et le ratio des écarts de pauvreté (la somme totale des écarts entre le revenu courant détenu

par le ménage et le seuil de pauvreté), bien que plus fréquemment utilisées, ne tiennent pas compte des inégalités de revenus entre les pauvres.

Cette classe des mesures additivement séparables présente la particularité de permettre des comparaisons de niveaux de pauvreté entre sous-groupes d'une même population. Il est possible de comparer par exemple, les niveaux de pauvreté selon que le chef de ménage est un homme ou une femme. Dans ce cas, la mesure de la pauvreté pour l'ensemble des ménages est la moyenne pondérée des niveaux de pauvreté pour le sous-groupe des ménages dirigés par un homme et pour celui des ménages dont le chef est une femme, le poids de chaque sous-groupe étant proportionnel au nombre de chefs de ménage par sexe dans le total. Dans cette classe on trouvera :

- la mesure de pauvreté de Foster (Kakwani, 1990) :

$$P_{\alpha} = \int_0^z \left(\frac{z-x}{z} \right)^{\alpha} f(x) dx ;$$

- la mesure de Watts (Kakwani, 1990) :

$$W = \int_0^z (\log z - \log x) f(x) dx ;$$

- la mesure de Clarck (Kakwani, 1990) :

$$C_{\beta} = \frac{1}{\beta} \int_0^z \left[1 - \left(\frac{x}{z} \right)^{\beta} \right] f(x) dx .$$

A partir de ces mesures, Kakwani (1990) propose une méthode qui permet d'estimer l'existence de différences statistiquement significatives entre les niveaux observés de pauvreté pour des échantillons indépendants. Cette méthode permet de tester par exemple si les différences de pauvreté mesurées selon que l'on s'intéresse au groupe des femmes chef de ménage ou à celui des hommes sont significatives ou non.

Dans l'analyse empirique qui suit, pour permettre des comparaisons avec des mesures globales de pauvreté fréquemment utilisées, nous utilisons également les mesures du seuil et du ratio de pauvreté.

La pauvreté à Bamako

Selon les données de l'Observatoire du Développement Humain Durable (ODHD) du Mali, l'évolution au cours de la première moitié des années 90 a été telle que la pauvreté bien qu'ayant augmenté moins rapidement que par le passé a continué à progresser (la diminution du niveau de vie est passée de 13,8 % entre 1989 et 1994 à 2,8 % entre 1994 et 1996). Le rythme de progression de la pauvreté a été plus fort en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 19,5 % et 10,1 %), et en particulier, à Bamako, le rythme d'appauvrissement annuel a été estimé à 7,6 % (Mali, 1998). L'analyse suivante ne concerne que les seuls ménages de Bamako, la capitale.

Les résultats présentés dans les sections suivantes sont obtenus à partir des données d'une enquête que nous avons réalisée, entre le 1^{er} juin et le 15 juillet 1996, auprès d'un échantillon représentatif de la population de Bamako. L'objectif initial de cette enquête était d'analyser l'impact des déterminants économiques (prix et revenus) sur la demande de soins des ménages (Juillet, 1998 ; Juillet, 1999).

Un sondage stratifié à deux degrés a été suivi. La fraction de sondage finale est égale à la fraction de sondage du premier degré d'échantillonnage, soit 7 %. L'échantillon est auto-pondéré (Juillet, 1998).

L'échantillon nous a permis d'interroger 1200 ménages (11 841 individus). Cependant, l'existence d'informations incomplètes nous a conduit à baser notre analyse sur des données relatives à 1 197 ménages comptant 11 805 individus. Toutes les informations utilisées se basent sur les déclarations des chefs de ménages pour ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des ménages et les dépenses faites pour le ménage. Les membres détenteurs de revenu ont été interrogés pour les informations relatives à leurs propre revenus. Enfin, ont été interrogés sur leur épisode de maladie, les individus déclarés malades par le chef de ménage. Alors que les adultes malades ont répondu en personne aux questions, c'est en revanche un parent qui a fourni les informations lorsque le malade était un enfant.

Estimation des mesures de pauvreté⁴⁶

C'est parce que non seulement les dépenses sont moins sensibles au biais de déclaration, mais aussi parce qu'elles sont une bonne approximation des revenus permanents, que notre analyse de la pauvreté s'appuie non pas sur les revenus mais sur les dépenses déclarées par les chefs de ménage.

Afin de calculer les mesures de pauvreté, nous devons fixer un niveau de revenu en deçà duquel les ménages seront considérés comme pauvres. Adapté aux données de notre enquête, le niveau de pauvreté, tel qu'il est défini par l'ODHD, est égal à 68 647 Fcfa⁴⁷ par ménage et par mois. Plus de 18 % des ménages ont un revenu mensuel se situant en dessous de ce niveau, ils sont donc considérés comme pauvres. Si par ailleurs, les ménages du décile qui a les dépenses les plus faibles sont désignés comme extrêmement pauvres, alors le seuil d'extrême pauvreté est de 49 365 Fcfa. Enfin, il n'est pas rare qu'il soit tenu compte du seuil de pauvreté déterminé par la limite supérieure du 3ème décile, soit le revenu maximum des 30 % des ménages ayant les plus faibles dépenses ; dans nos données ce seuil est fixé à 107 650 Fcfa.

La pauvreté est fréquemment caractérisée par un certain nombre de critères tels que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau de scolarisation, l'occupation, etc. Avant de voir si l'intensité de la pauvreté varie selon ces critères (que nous appliquerons aux chefs de ménages), nous étudions les mesures de pauvreté en fonction de caractéristiques plus globales, telles que le type de quartier dans lequel chaque ménage habite, ou le mode d'approvisionnement en eau, qui, à Bamako, semble très lié au type de quartier.

Mesures de pauvreté selon le type de quartiers

Compte tenu de la typologie des quartiers retenue pour l'échantillonnage (basée sur les critères de viabilité, d'appropriation foncière et d'ancienneté), on s'attendait à ce que le niveau de pauvreté soit plus élevé

⁴⁶ Les calculs des mesures de pauvreté et des tests de significativité sont disponibles sur demande auprès de l'auteur.

⁴⁷ Niveau/an/personne=102.971 Fcfa (ODHD, 1997). Divisé par 12 pour obtenir le niveau mensuel et multiplié par 8, la taille médiane des ménages à Bamako alors, le niveau mensuel par ménage égale à 68.647 Fcfa.

dans les quartiers « défavorisés » que dans les deux autres types de quartiers, et qu'il soit plus fort dans les quartiers autochtones que dans les quartiers viabilisés⁴⁸. *A posteriori*, il n'en est rien puisque, quelle que soit la mesure de pauvreté choisie, les différences ne sont pas significatives au seuil de 5%. Il est possible que la typologie retenue pour l'échantillonnage s'appuie sur des critères plus larges que le simple critère de revenu. Le critère de viabilité indique par exemple la présence (ou l'absence) de systèmes d'évacuation des eaux usées selon les quartiers, la présence (ou l'absence) d'installations telles que les réseaux d'alimentation en électricité et en eau.

Mesures de pauvreté selon le mode d'approvisionnement en eau du ménage

L'accès à l'eau potable est souvent considéré comme faisant partie des services qui définissent le minimum qui devrait être garanti à chacun. Nombreuses sont les études qui montrent que les pauvres y accèdent plus difficilement que les autres (Sen *et al.*, 1998 ; Parker *et al.*, 1997). Qu'en est-il à Bamako ?

Les ménages bamakois déclarent s'approvisionner en eau principalement selon trois modes. Dans le meilleur des cas, ils sont directement abonnés au réseau distribution en eau potable de la ville (EDM), et cela concerne 38,5 % d'entre eux ; 49,4 % s'approvisionnent aux bornes fontaines installées dans les quartiers, et 12,1 % déclarent s'alimenter en eau de puits ou au fleuve. La présence de puits dans les concessions demeure fréquente à Bamako. Des études menées par différents services de la ville ont montré que, du point de vue de l'hygiène, l'eau des puits est de mauvaise qualité (Coulibaly, 1992 ; Cellule Technique du District, 1994).

Comme on s'y attendait, le calcul des mesures de pauvreté selon le mode d'approvisionnement en eau du ménage, indique que l'intensité de la pauvreté est plus forte parmi les ménages qui s'approvisionnent en eau de puits que parmi ceux qui s'alimentent aux bornes fontaines ou qui sont directement reliés au réseau de distribution en eau potable de la ville. Les différences observées selon les trois sources d'approvisionnement en eau sont essentiellement significatives entre l'approvisionnement par les puits et les deux autres modes (fontaines, abonnement à l'EDM).

⁴⁸ La combinaison de ces trois critères nous a servi, lors de l'échantillonnage, à obtenir un premier classement des ménages selon leur « niveau de vie » ou de « revenu ».

Les caractéristiques des ménages pauvres : hypothèses a priori

Un certains nombres de critères sont habituellement utilisés pour caractériser les ménages pauvres. Des hypothèses sont formulées quant à ces caractéristiques.

* Selon le genre du chef de ménage.

On s'attend à trouver des mesures de pauvreté plus élevées parmi les ménages dirigés par une femme que parmi ceux dont le chef est un homme. Les ménages dirigés par une femme sont réputés être plus vulnérables.

* Selon l'âge du chef de ménage.

Les jeunes sont censés être plus affectés par la pauvreté que les chefs de ménages âgés. En effet, on suppose fréquemment que les jeunes chefs de ménage sont dans des situation plus précaires que leurs aînés du fait par exemple qu'ils ont intégré plus récemment le marché du travail. Par ailleurs, plus les chefs de ménages sont âgés, plus leur réseau de solidarité est large, plus il leur est donc facile de mobiliser ce réseau en cas de besoin. Les individus jeunes sont donc plus vulnérables.

* Selon le statut matrimonial du chef de ménage.

On est en droit de se demander quelle relation existe entre le statut matrimonial et le niveau de pauvreté : d'une part, le statut matrimonial est lié à l'âge des individus, mais d'autre part la vulnérabilité économique est elle aussi liée à l'âge. Apparemment, parce qu'ils sont plus jeunes, on s'attend à ce que les célibataires soient plus vulnérables économiquement que les autres. A l'opposé, parce que les hommes chefs de ménages mariés à plusieurs femmes, ou les femmes chefs de ménages qui ont au moins une co-épouse, ont en moyenne 54 ans et plus, on peut supposer que c'est parmi le groupe des chefs de ménages polygames que les niveaux de pauvreté seront les plus faibles.

* Selon la taille du ménage.

La taille du ménage est très souvent considérée comme un déterminant de la pauvreté. De nombreuses études montrent que les ménages pauvres se caractérisent, notamment, par un nombre important de membres (Parker *et al.*, 1997). En revanche, selon Lanjouw *et al.* (1994), la relation entre pauvreté et taille des ménages doit être considérée avec précaution car les ménages les plus grands peuvent, par exemple, bénéficier d'économies

d'échelle liées à leur taille. De telles économies pourraient masquer les différences entre les ménages en fonction de leur taille. Qu'observe-t-on à Bamako, où en moyenne les ménages sont composés de 9,47 individus (écart-type = 6,82) ? La distribution des ménages selon leur taille indique que 25 % d'entre eux comptent moins de 5 individus ; 25 % en ont entre 5 et 8 ; 25 % entre 9 et 12 ; et enfin, 25 % des ménages ont plus de 12 membres.

* Selon que le chef de ménage a une occupation ou non.

Il semble facile d'admettre que les plus pauvres sont ceux qui n'ont pas de ressources financières issues de l'exercice d'une activité professionnelle. Peut-on affirmer qu'à Bamako, les ménages dont les chefs sont inactifs, c'est-à-dire sans profession (généralement les ménagères), étudiants ou apprentis, chômeurs ou retraités sont plus pauvres que les actifs ?

* Selon le niveau de scolarisation des chefs de ménage.

Toutes les mesures de lutte contre la pauvreté comprennent un volet concernant l'alphabétisation des individus : on a en effet de multiples fois observé que les non scolarisés et les moins scolarisés sont les plus affectés par la pauvreté. Est-ce le cas à Bamako ?

L'École française cohabite avec deux autres systèmes d'enseignement :

- l'école coranique qui a pour objectif la mémorisation du Coran, et pour un petit nombre d'élèves, la compréhension de son texte ;
- la médersa organisée par les autorités musulmanes, et qui, sans négliger l'apprentissage du Coran, ouvre l'enseignement à des disciplines profanes.

Nous faisons l'hypothèse que les enfants scolarisés à l'école coranique ont un niveau d'enseignement général similaire à celui des enfants qui n'ont pas été scolarisés du tout. Nous supposons par ailleurs que ceux qui ont suivi un enseignement à la médersa ont atteint un niveau supérieur à ceux scolarisés à l'école coranique. Bien que leur niveau se rapproche de celui des établissements publics, nous ne les confondons pas. En fin de compte, sept catégories sont retenues, et les chefs de ménages s'y répartissent comme suit : 26,9 % sont non scolarisés, 15,9 % l'ont été à l'école coranique, 2,9 % à la médersa, 11,4 % sont allés dans un établissement public jusqu'au premier cycle fondamental, 10,3 % dans un établissement public jusqu'au second cycle fondamental, 14,0 % dans le système public jusqu'au secondaire et enfin 18,6 % ont suivi un

enseignement dans un établissement public supérieur. On s'attend à ce qu'un niveau scolaire plus faible soit systématiquement associé à une plus grande pauvreté.

Les caractéristiques des ménages pauvres : vérification

* Selon le niveau de scolarisation du chef de ménage

Le découpage fait *a priori* entre les niveaux de scolarisation est confirmé par les résultats *a posteriori*. Ce sont bien les non scolarisés ou les moins scolarisés qui sont les plus pauvres. On considérera donc dorénavant que, du point de vue de la pauvreté, il est possible de regrouper les chefs non scolarisés et ceux qui ont fréquenté une école coranique. On admettra, toujours du point de vue des niveaux de pauvreté, que la scolarisation à la médersa, au premier et au second cycle fondamental ont des conséquences similaires. Enfin, nous ne distinguerons pas les chefs de ménages qui sont suivis d'une formation supérieure de ceux qui ne sont allés que jusqu'au niveau secondaire, puisque leur niveau de pauvreté n'est pas différent.

* Selon l'âge du chef de ménage

A Bamako, les chefs de ménage ont en moyenne près de 48 ans (écart-type = 13,11). Les résultats indiquent que jusqu'à 54 ans, l'intensité de la pauvreté diminue avec l'âge. Au delà de 54 ans, les mesures de pauvreté sont croissantes avec l'âge. Les différences observées dans les mesures de pauvreté sont significatives d'une part entre les deux premières classes d'âge (moins de 26 ans, 26-34 ans), d'autre part entre chacune de ces deux classes et les autres classes d'âges (35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65 et plus). Les écarts de pauvreté les plus significatifs sont ceux qui existent entre les chefs qui ont moins de 35 ans et ceux qui ont entre 45 et 54 ans. Au delà de 35 ans, les différences de pauvreté observées entre les classes d'âge ne sont globalement pas significatives.

* Selon le statut matrimonial du chef de ménage

Nous venons de voir que ce sont les chefs de ménages de moins de 35 ans qui sont les plus pauvres. Les différences dans les niveaux de pauvreté qui apparaissent au delà de 35 ans ne sont pas statistiquement significatives. L'âge moyen selon le statut matrimonial des chefs de ménages est de : 29 ans pour les célibataires ; 46 ans pour les marié(e)s monogames ; 50 ans pour les mariés à une femme sous le régime de la polygamie (ou première épouse dans un ménage polygame) ; 54 ans pour ceux qui sont mariés à deux femmes (ou

deuxième épouse dans un ménage polygame) ; 59 ans pour ceux qui sont mariés à trois ou quatre femmes (ou troisième ou quatrième épouse dans un ménage polygame) ; 54 ans pour les veuf(ve)s et ; 46 ans pour les divorcé(e)s.

Les mesures de pauvreté confirment l'hypothèse d'un niveau de pauvreté élevé dans le groupe des célibataires. Par ailleurs, comme prévu, pour les chefs de ménages polygames mariés à plus d'une femme (ou pour les femmes chefs de ménages qui ont au moins une co-épouse), les niveaux de pauvreté sont plus faibles que dans les autres groupes. Comme on s'en doutait, les plus grands écarts de pauvreté sont ceux qui existent entre les polygames mariés à plus d'une femme et les autres groupes, et en particulier entre les polygames mariés à plus d'une femme et les célibataires.

Les caractéristiques des ménages pauvres : infirmations

* Selon la taille du ménage

Les résultats des calculs des différentes mesures de pauvreté montrent que contrairement à ce qui est fréquemment admis, plus les ménages sont grands, moins ils sont pauvres.

A Bamako, au delà de l'explication donnée par Lanjouw (1994) (les ménages les plus grands peuvent bénéficier d'économie d'échelle liées à leur taille et ne sont donc pas forcément ceux parmi lesquels la pauvreté est la plus accentuée), les grands ménages sont plus fréquemment des ménages polygames. En effet, la polygamie n'est en principe possible que s'il existe une capacité économique à prendre en charge, non pas uniquement une femme de plus, mais une famille supplémentaire et, comme nous l'avons déjà vu, ce sont les ménages dont le chef est polygame qui sont les moins pauvres. On compte 6 % de ménages polygames avec au moins deux femmes parmi les ménages qui ont moins de 5 individus ; 13 % parmi ceux qui ont entre 5 et 8 individus ; 21 % parmi ceux qui en ont entre 9 et 12 et ; 48 % parmi ceux qui ont plus de 12 membres. Plus la taille des ménages augmente, plus la proportion de ménages polygames augmente, il n'est donc pas surprenant de noter que ce sont les ménages les plus grands qui sont les moins pauvres.

Les écarts de pauvreté les plus grands sont ceux qui existent entre les plus petits et les plus grands ménages. On note que les mesures de pauvreté ne sont pas significativement différentes entre les ménages qui comprennent entre 9 et 12 individus et ceux qui en ont plus que 12. Il se pourrait donc qu'il y ait un seuil, au dessus duquel la taille n'a plus d'influence sur la mesure de pauvreté.

* Selon le genre de chef de ménage

Les hommes ont un revenu une fois et demi supérieur à celui des femmes : comme on pouvait s'y attendre, le niveau des dépenses mensuelles varie significativement⁴⁹ selon que le chef de ménage est un homme ou une femme. En moyenne, égale à 227 492 Fcfa (écart-type = 214375) dans le premier cas, la moyenne des dépenses mensuelles est de 150 427 Fcfa (écart-type = 106 834) dans le second.

Cependant, contrairement à ce qui était supposé, quelle que soit la mesure du niveau de pauvreté, elle est plus élevée parmi les ménages dirigés par un homme que parmi ceux qui sont dirigés par une femme ; mais ces différences ne sont significatives que pour la mesure du seuil de pauvreté et celle de Clark avec $\beta = 0,25$ (respectivement la différence est de 2,42 et 2,09). Il n'est donc pas possible de conclure de façon certaine à une pauvreté plus forte dans les ménages dirigés par un homme comparés à ceux dont le chef est une femme.

* Selon que le chef de ménage est en activité ou non

Quelle que soit la mesure considérée, aucune différence significative n'a été enregistrée, en matière de pauvreté, entre les chefs de ménages actifs et ceux qui sont inactifs. Il est possible qu'une classification plus fine (fonctionnaires, salariés du privé, professions libérales, retraités, étudiants, chômeurs, etc.) soit nécessaire.

En résumé, on constate que les mesures de pauvreté ont une probabilité plus forte d'être élevées lorsque les ménages résident dans des quartiers défavorisés, l'approvisionnement en eau se fait au puits ou au fleuve, les chefs de ménages ont moins de 35 ans, les chefs de ménages sont célibataires, les chefs de ménages n'ont pas été scolarisés ou ont fréquenté l'école coranique, le ménage est de petite taille (inférieure à 9 personnes).

L'analyse précédente apporte des éléments de compréhension à propos de l'influence de chacun des facteurs précédents, considérés indépendamment les uns des autres, sur les niveaux de pauvreté. Pour mener des actions en faveur des pauvres, il faut avant tout être capables de les identifier et par conséquent, il est nécessaire de les prendre en considération dans leur ensemble pour parvenir à classer la population étudiée en deux groupes : celui des pauvres et celui des non pauvres.

⁴⁹ test de Kruskal-Wallis indique $\chi^2=15,89$; $p=0,000$; $ddl=1$

Déterminants de la pauvreté et identification des ménages pauvres

L'analyse de l'influence relative des facteurs précédents sur la pauvreté peut permettre de classer les ménages. Nous proposons donc maintenant, à partir d'une régression logistique, d'établir non seulement quelle est l'importance relative de chacun des facteurs précédents sur la probabilité d'être pauvre mais aussi quel modèle offre la meilleure capacité prédictive pour différencier les ménages pauvres des autres.

Les variables retenues comme explicatives⁵⁰ sont définies à partir des résultats de l'analyse descriptive faite précédemment :

- le ménage habite dans un quartier défavorisé;
- le ménage habite dans un quartier viabilisé ;
- le ménage s'approvisionne en eau au puits ;
- le ménage s'approvisionne aux bornes fontaine ;
- le chef de ménage a moins de 35 ans ;
- le chef de ménage est célibataire ;
- la taille du ménage est inférieure à 5 personnes ;
- la taille du ménage est comprise entre 5 et 8 personnes ;
- le chef de ménage n'a pas été scolarisé ou est allé à l'école coranique ;
- le chef de ménage a été scolarisé à la médersa, ou dans le secteur public jusqu'au premier ou au second cycle fondamental ;
- le chef de ménage est un homme.

Comme le montrent les résultats du tableau 1, la variable indiquant que le ménage s'approvisionne en eau aux bornes fontaine mais aussi, les variables se rapportant au type de quartier, au genre et à l'âge du chef de ménage ne sont pas significatives au seuil de 5 %.

En revanche, les variables caractérisant les ménages de petites tailles, dont les chefs n'ont pas été scolarisés ou très peu, et qui sont

⁵⁰ Pour les variables liées au quartier d'habitation, à l'approvisionnement en eau, à la taille des ménages, ou au niveau de scolarisation des chefs de ménages, la lecture des coefficients et des odds ratio se fait respectivement par rapport aux groupes des ménages localisés dans un quartier autochtone, des ménages alimentés directement par le réseau de distribution en eau, des ménages dont la taille est supérieure à 8 personnes, des ménages dont le chef a suivi un enseignement secondaire ou supérieur dans le secteur public.

célibataires, sont très significatives. Par ailleurs, confirmant les résultats de l'analyse descriptive, le fait que le ménage s'approvisionne en eau de puits est très caractéristique des ménages pauvres même lorsque sont pris en considération des facteurs d'ordre démographiques.

Le modèle précédent est globalement un bon modèle, puisque non seulement la proportion des observations correctement classées est supérieure à 88 %, mais encore l'aire se situant en dessous de la courbe de ROC⁵¹ est supérieure à 0,90, enfin surtout la fraction de pauvres observés comme tels et que le modèle lui aussi classe comme pauvres, est égale à 52,04 % (sensibilité).

Nous sommes donc capables, à partir d'un petit nombre de variables facilement observables, d'identifier les ménages démunis, et nous allons appliquer ce classement pour comparer démunis et non-démunis à la fois au regard de l'état de santé et au regard des recours aux soins. Les individus appartenant à un ménage démunis ont-ils une probabilité plus forte que les autres d'être malades ? Lorsqu'ils sont malades, sont-ils plus ou moins exclus des services modernes de santé ? Lorsqu'ils accèdent aux services modernes, vers quel type de services s'orientent-ils de préférence ? Enfin leur niveau de dépenses de santé est-il comparable au niveau de dépenses des non démunis ?

⁵¹ Cette courbe mesure la sensibilité et la spécificité du modèle lorsque le niveau d'acceptation varie.

Tableau 5.1 : Résultats du modèle de régression logistique de la probabilité d'être pauvre

Variables	Coef	Odds Ratio	Std error	z
Quartier défavorisé	+	1,08	0,33	0,26
Quartier favorisé	+	1,58	0,41	1,76
Ménage s'approvisionne en eau au puits	+	3,31	1,22	3,24*
Ménage s'approvisionne en eau à la fontaine	+	1,52	0,38	1,68
Chef de ménage est un homme	-	0,86	0,24	-0,53
Chef de ménage a moins de 35 ans	+	1,11	0,31	0,39
Chef de ménage célibataire	+	4,27	1,53	4,05*
Taille du ménage entre 1 et 4 personnes	+	58,34	20,00	11,86*
Taille du ménage entre 5 et 8 personnes	+	9,64	3,10	7,05*
Chef de ménage non scolarisé ou à l'école coranique	+	13,94	4,45	8,25*
Chef de ménage scolarisé à la médersa, au 1 ^{er} ou 2 nd cycle fondamental	+	3,10	1,04	3,37*
Pseudo R2			0,3984	
Log vraisemblance	-344,55	Chi ² (11) =456,44		p=0,000
Pearson		Chi ² (182)=174,5		p=0,6369
Sensibilité			52,04%	
Spécificité			96,32%	
Correctement classés			88,15%	
Aire en dessous de la courbe de ROC			0,9032	

(*) indique que la valeur du coefficient est significativement différente de zéro au seuil de 5%

LA SANTE DES DEMUNIS

Sur la base des déclarations faites par les chefs de ménages, le taux d'incidence annuel est de l'ordre de 1250 ‰. En effet, au cours du mois de rappel, il a été recensé parmi les individus enquêtés :

- 10 453 (88,5 %) individus en bonne santé ;
- 1122 (9,5 %) individus malades dont 3,79 % ont eu deux épisodes de maladie ;
- 198 (1,7 %) malades chroniques dont 108 ont eu une rechute au cours de la période de rappel ;
- 32 (0,3 %) individus pour lesquels on ne dispose pas d'information concernant leur état de santé.

Les démunis ont-ils une probabilité plus grande que les autres d'être malades ?

La répartition des individus selon leur état de santé et la catégorie de revenu à laquelle leur ménage appartient est telle que le montrent les résultats du tableau 5.2.

Le test de Kruskal-Wallis indique que les différences d'état de santé des individus selon la catégorie de revenu à laquelle leur ménage appartient sont bien significatives⁵².

Tableau 5.2 : Répartition des individus selon leur état de santé par catégorie de revenu (en % de chaque catégorie de revenu)

	Bonne santé	Malade	Malade chronique	Total
Revenu du ménage ≤ 68 647	84,3	13,9	1,8	100
68 647 > revenu du ménage ≥ 93 370	85,4	12,0	2,6	100
93 370 > revenu du ménage ≥ 162 960	88,4	10,1	1,5	100
162 960 > revenu du ménage ≥ 278 782	88,5	9,7	1,8	100
revenu du ménage > 278 782	90,5	8,0	1,5	100
Ensemble	88,8	9,5	1,7	100

⁵² Chi² = 10,39 ; ddl = 4 ; p = 0,034

A partir d'un modèle très simple, nous pouvons même mesurer la probabilité que les individus de notre échantillon ont d'être malades. Etant donné que nous cherchons à estimer la relation qui existe entre l'état de santé et le niveau de revenu, nous conservons les catégories de revenu du tableau 5.2. Nous vérifierons par ailleurs si, comme le suppose la littérature, l'état de santé varie avec l'âge et le sexe du malade. Pour cela, nous incluons dans notre modèle trois variables ; la première indiquant si le malade est un enfant de moins de 5 ans, la seconde s'il s'agit d'une femme en âge de procréer (entre 15 et 45 ans), la troisième si l'individu est une personne âgée de plus de 65 ans. Les résultats du modèle sont présentés dans le tableau 5.3.

Tableau 5.3 : Estimation de la probabilité d'être malade selon la catégorie de revenus

	odd ratio	std	signe coefficient	z
Revenu du ménage ≤ 68 647	1,69	0,18	+	4,93*
68 647 > revenu du ménage ≥ 93 370	1,61	0,21	+	3,54*
93 370 > revenu du ménage ≥ 162 960	1,22	0,10	+	2,51*
162 960 > revenu du ménage ≥ 278 782	1,23	0,09	+	2,82*
Enfant de moins de 6 ans	1,74	0,14	+	6,84*
Femme entre 15 et 45 ans	1,09	0,08	+	1,21
Personne âgée de plus de 64 ans constante	2,06	0,25	+	5,89*
	-	-	-	-40,42*
Chi²=102,66 ddl=7 p=0,000 Pseudo R²=0,01				

(*) indique que la valeur du coefficient est significativement différente de zéro au seuil de 5%

La lecture des résultats concernant les classes de revenus se fait par rapport à la classe la plus élevée (revenus strictement supérieurs à 278 782 FCFA). Ainsi globalement, plus le revenu diminue, plus la probabilité d'être malade augmente, puisque plus les revenus sont faibles, plus les écarts avec la classe la plus élevée s'agrandissent. L'odds ratio est égal à 1,23 pour ceux qui ont un revenu compris entre 162 960 et 278 782 Fcfa ; à 1,22 pour ceux qui ont un revenu compris entre 93 370 et 162 960 Fcfa ; à 1,61 pour ceux qui ont un revenu compris entre 68 647 et 93.370 Fcfa et à 1,69 pour les plus pauvres qui ont un revenu inférieur à 68 647 Fcfa.

On remarque également que à revenu du ménage donné, le fait que le malade soit un enfant de moins de 6 ans, ou une personne âgée de plus de 64 ans influence la probabilité d'être malade. En particulier, lorsque l'individu est une personne âgée de plus de 65 ans, la probabilité d'être malade est la plus forte (odds ratio = 2,06). En revanche, le fait que le

malade soit une femme en âge de procréer a une influence non significative sur la probabilité d'être malade. Comme ce sont les chefs de ménage qui ont déclaré les malades, il n'est pas exclu qu'on ne trouve là rien d'autre que la conséquence d'un biais de déclaration concernant la fréquence des épisodes de maladies affectant les femmes.

Les démunis accèdent-ils facilement aux services modernes de santé ?

Pour répondre à cette question, on calcule pour chaque catégorie de revenu, le pourcentage de malades par type de recours choisi. Alors que les malades des deux classes de revenus les plus basses choisissent dans leur majorité de pratiquer l'automédication, les malades des trois classes de revenus les plus élevées préfèrent recourir aux professionnels de la médecine moderne. Ces différences sont statistiquement significatives⁵³. En particulier, observons maintenant dans quel type de service les malades se rendent. Nous nous limitons dans un premier temps aux seuls recours à la médecine moderne.

Parmi les malades qui ont choisi de recourir à la médecine moderne, ceux appartenant aux ménages les plus démunis recourent plus fréquemment que les autres aux services de santé de premier niveau. Respectivement les proportions de recours à ces services sont de plus de 54 % pour les deux premières classes de revenus alors qu'elles sont égales à 51 %, 44 % et 21 pour les trois dernières classes de revenus. A contrario, parmi les malades qui ont choisi d'avoir recours à la médecine moderne, ceux pour lesquels le ménage a un revenu élevé fréquentent plus le privé ou les établissements publics dont le plateau technique est plus pointu. En effet, plus de 28 % des malades dont le revenu du ménage est supérieur à 278.782 Fcfa choisissent de consulter dans un cabinet ou dans une clinique privée. Seuls 9 % font ce choix parmi les malades des ménages les plus pauvres (revenu du ménage inférieur ou égal à 68 647Fcfa). Le test de Kruskal-Wallis indique que les différences de recours entre les malades des différentes classes de revenus sont statistiquement significatives⁵⁴.

⁵³ $\text{Chi}^2 = 33,28$; ddl = 4 ; $p = 0,000$

⁵⁴ $\text{Chi}^2 = 18,39$; ddl = 4 ; $p = 0,001$

Tableau 5.5 : Répartition des malades entre les types de services modernes disponibles
(en % par catégorie de revenu)

	R≤68647	68647<R≤93370	93370<R≤162 960	162 960<R≤278 782	R>278 782	Ensemble
Serv 1 ^{er} échelon ¹	54,5	54,2	51,9	43,9	20,6	38,7
Serv mutualiste ²	6,1	12,5	10,5	8,7	12,2	10,3
Serv privé ³	9,1	8,3	4,5	12,2	28,4	15,8
Serv dern échel ⁴	12,1	4,2	17,3	24,5	27,9	22,5
Soins à domicile	6,1	16,6	9,0	7,6	7,0	8,0
Informel	12,1	4,2	6,8	3,1	3,9	4,7
Tous soins modernes	100	100	100	100	100	100

¹ Sont compris les PMI, les centres de santé publics, les dispensaires publics ou confessionnels, les Centres de Santé Communautaire (CSCOM).

² Sont pris en compte, les centres de santé liés à l'INPS, les dispensaires d'entreprise, les centres mutualistes.

³ Comprend les soins dans les cabinets et les cliniques privés.

⁴ Il s'agit non seulement des épisodes dans les hôpitaux nationaux ou les établissements spécialisés tels que l'Institut Marchoux, l'IOTA, la DAT, Le Centre d'odontostomatologie mais aussi des recours faits à l'étrangers. Ces derniers ne concernent que la classe de revenu la plus élevée.

De telles différences peuvent-elle être dues aux coûts des soins ? Pour tenter de répondre à cette question, nous analysons maintenant les dépenses de santé faites pour le premier recours de l'épisode de maladie.

Tous soins confondus, les dépenses médianes de santé pour le premier recours de l'épisode de maladie (dernière ligne du tableau) augmentent avec le revenu du ménage auquel le malade appartient. De 200 Fcfa pour les plus démunis, la dépense médiane de santé s'élève à environ 2490 Fcfa pour les plus nantis.

De plus, quelle que soit la classe de revenu considérée (dernière colonne du tableau 5.6) on remarque en premier lieu que les dépenses d'automédications sont statistiquement inférieures à toutes les autres dépenses faites pour un autre type de recours aux soins⁵⁵. En second lieu, lorsque l'on compare les dépenses faites par les malades qui ont eu recours à la médecine moderne, on note que les dépenses faites lors de recours à des services de santé de premier échelon sont statistiquement inférieures (3262 Fcfa) à la fois aux débours effectués par les malades qui se sont rendus dans un service privé (12375 Fcfa) et à ceux réalisés par des malades qui ont été soignés dans un service public de dernier échelon (8635 Fcfa)⁵⁶.

Mais, pour que l'influence des prix soit correctement mesurée, les prix doivent être inclus dans l'ensemble des déterminants supposés. Quels sont les autres facteurs limitant l'accès à la médecine moderne ? Quelle importance relative ont-ils dans le choix des malades ?

Quels sont les déterminants des recours aux services modernes de santé ?

Pour répondre à cette question nous mettons en oeuvre un modèle logit dans lequel les malades ont le choix entre recourir au système de santé moderne ou à un autre système. Alors que la première catégorie regroupe tous les soins « modernes » (secteurs public, privé, confessionnel, mutualiste et informel), sont regroupés dans la seconde catégorie, les non-recours, la pratique de l'automédication et les recours à la médecine traditionnelle. Et pour expliquer ces choix nous tenons compte :

⁵⁵ $\text{Chi}^2 = 609,19$; ddl = 3 ; p = 0,000

⁵⁶ $\text{Chi}^2 = 120,09$; ddl = 5 ; p = 0,000

Tableau 5.6 : Dépenses médianes de santé pour le 1^{er} recours en fonction du type de soins et de la classe de revenu des ménages (en Fcfa)

Dépenses médianes	R≤68647	68647<R≤93370	93370<R≤162960	162960<R≤278782	R>278782	Ensemble
Médecine Modern.	2800	3000	3325	5500	7100	2800
- 1 ^{er} échelon	1752,5	2300	2180	4050	3500	3262,5
- mutualiste	4000	0	5802,5	5500	5080	5080
- privés	5065	5860	7780	14000	14500	12375
- dernier échelon	3490	8600	7040	9612	9000	8635
- domicile	2240	4100	2200	3000	4970	3500
- informel	1762,5	1755	305	2750	5375	2250
Médecine Traditio.	0	360	750	1350	620	500
- Automédication	100	225	62,5	200	340	150
- Tous soins	200	300	600	2000	2487	1250

- *Des déterminants de la pauvreté des ménages (tels qu'ils ont été mis en évidence plus haut) : le chef du ménage dans lequel vit le malade est célibataire, il n'a pas été scolarisé ou a été scolarisé à l'école coranique, le ménage comprend moins de 5 membres ou compte entre 5 et 8 individus, le ménage s'approvisionne en eau de puits, le revenu du ménage.* La pauvreté jouant un rôle d'exclusion dans l'accès aux services de santé moderne, on s'attend à ce que chacune de ces variables aient un effet négatif sur la probabilité de recourir au système de santé moderne ;

- *Des aspects caractéristiques de la maladie, et notamment la perception que les malades ont de la gravité de leur maladie : la maladie n'est pas grave, ou bien elle est considérée comme menaçante pour la vie.* Ces deux variables devraient avoir respectivement un effet négatif et un effet positif sur la probabilité d'accéder au système moderne ;

- *Des possibilités de bénéficier de consultations gratuites ou à tarifs réduits.* L'existence de ces opportunités peuvent inciter, voire encourager les malades à recourir aux compétences d'un professionnel de la santé moderne.

- *Des caractéristiques du malade, à savoir son âge et son sexe.* Les femmes et les enfants reconnus comme des groupes vulnérables, sans doute du fait de leur manque de pouvoir économique personnel, ont fréquemment été les cibles des politiques de santé publique. Ont-ils une probabilité plus forte que d'autres groupes d'avoir accès aux services de santé moderne ? *A contrario* il nous a souvent été donné d'observer que lorsque, à Bamako, les malades sont des personnes âgées, la probabilité qu'elles aient recours au système moderne est plus forte que s'il s'agit d'un enfant par exemple. Qu'en est-il lorsque sont introduits d'autres déterminants ? Ce facteur a-t-il une influence significative sur le choix du recours ?

- *Les coûts des soins.* La théorie économique admet que le décideur fait ses choix en fonction de ses préférences et d'un certain nombre de déterminants, notamment le prix des biens et des services. Elle suppose également que le décideur est en situation d'information parfaite et connaît par conséquent tous les prix des biens et services disponibles sur le marché. Nous introduirons donc, dans des spécifications différentes, les coûts totaux des soins, les coûts des consultations, les coûts des médicaments.

La théorie exigerait que l'on intègre dans le modèle les prix exogènes des biens et services de santé. Nous ne disposons pas de ces prix mais nous savons quels sont les montants de dépenses réalisés pour les recours aux soins. Ce sont ces montants que nous utiliserons. Cependant,

pour éviter le problème d'endogénéité, on a admis que les malades de notre échantillon sont représentatifs du marché des soins. Pour chaque observation, à partir du sous-ensemble des malades qui ont choisi la même alternative que l'observation considérée, celle-ci étant exclue, nous avons alors calculé le coût moyen de l'alternative choisie. Ainsi, la théorie admet que, toute chose égale par ailleurs, pour un bien normal, si le prix augmente la demande de ce bien diminue.

De plus, dans la réalité, même si les malades ne disposent pas de toute l'information concernant les prix, ils semblent avoir une idée de la cherté des soins (Juillet, 1998 ; 1999). A partir des déclarations des malades sur leur motif de recours, nous avons construit une variable binaire appelée « Cherté » exprimant l'incapacité déclarée par certains malades de ne pouvoir payer une consultation, ou la déclaration d'autres malades selon lesquels les soins sont trop chers. Et étant donné que cette perception de cherté semble décourager les malades de rechercher les soins dans le système de santé moderne, alors on attend un effet négatif de cette variable sur la probabilité de recourir à ces services de santé.

Les résultats de cette régression logistique (Tableau 5.7) sont intéressants en ce sens qu'environ 64 % des observations sont correctement classées. La proportion observée de recours à un service de santé moderne que le modèle classe comme tel est égale à près de 65 % (sensibilité).

Cependant, les variables de coûts (coûts totaux des soins, coûts de la consultation, coûts des médicaments) et de perception de cherté n'ont pas pu être introduites dans le modèle, car, lorsqu'on le fait (simultanément dans des spécifications différentes), elles déterminent parfaitement et à elles seules le choix des malades.

On note aussi, dans ces résultats que le fait que le malade soit une femme en âge de procréer, ou un enfant, ou une personne âgée n'a pas d'effet significatif sur la probabilité de recourir au système de santé moderne. D'autre part, parmi les variables que l'on a introduites pour caractériser la pauvreté du ménage dans lequel vit le malade, celles relatives à la taille du ménage (le ménage composé de moins de 5 personnes, le ménage compte entre 5 et 8 membres), et le fait que le ménage s'approvisionne en eau de puits, n'ont pas d'effets significatifs sur le choix du malade.

Quant aux variables de revenu, les comportements de choix des malades selon la catégorie de revenu de leur ménage doivent être comparés à ceux des malades dont le ménage appartient à la catégorie dont les revenus

sont les plus élevés (revenus supérieurs à 278 782 Fcfa/mois), qui sert de référence. Il apparaît ainsi que, les malades dont le ménage a un revenu mensuel compris entre 162 960 et 278 782 Fcfa ont des comportements similaires aux malades dont le ménage a un revenu supérieur à 278 782 Fcfa (puisque le coefficient associé à cette variable est non différent de zéro $|z| = 0,36$). En revanche, pour les malades dont le ménage appartient aux autres catégories de revenus ($93\ 350 < R < 162\ 960$, $68\ 647 < R < 93\ 350$, $R < 68\ 647$), les différences dans les choix de recours comparativement aux malades dont les revenus sont les plus élevés, sont significatives ; en outre moins le revenu dans le ménage du malade est élevé, plus la différence de comportement est importante, et moins grande est la probabilité d'avoir recours à un service de santé moderne.

Enfin, les variables dont les coefficients sont les plus significatifs sont d'une part les variables de gravité et de non gravité de la maladie, d'autre part les variables indiquant que le malade a la possibilité de bénéficier de consultations gratuites ou à tarifs réduits. En effet, lorsque le malade, ou son ménage perçoit la maladie comme menaçante, et lorsque le malade a une opportunité pour ne pas payer les soins ou les payer moins cher, la probabilité de rechercher les soins dans un service de santé moderne augmente. *A contrario*, comme on pouvait s'y attendre, cette probabilité diminue lorsque la maladie n'est pas considérée comme étant grave.

En résumé, lorsque l'on cherche à expliquer la probabilité de recourir au système de santé moderne par des indicateurs de pauvreté autres que les revenus, on constate que seules les variables indiquant que le chef de ménage est célibataire et qu'il n'a pas été scolarisé, influencent significativement le type de service de santé choisi par le malade.

Tableau 5.7 : Résultats du modèle de régression logistique sur la probabilité d'avoir recours au système de santé moderne

Variables	Coef	Odds Ratio	Std error	z
Chef de ménage célibataire	-1,13	0,32	0,17	2,20*
Chef de ménage non scolarisé ou à l'école coranique	-0,45	0,64	0,09	3,30*
Taille du ménage entre 1 et 4 personnes	0,15	1,16	0,29	0,62
Taille du ménage entre 5 et 8 personnes	0,28	1,32	0,21	1,73
Ménage s'approvisionne en eau au puits	0,33	1,39	0,26	1,76
162.960 Fcfa<revenu du ménage<278.782 Fcfa	-0,59	0,94	0,15	0,36
93.350 Fcfa<revenu du ménage<162.960 Fcfa	-0,45	0,64	0,12	2,45*
68.647 Fcfa<revenu du ménage<93.350 Fcfa	-0,95	0,38	0,12	3,04*
Revenu du ménage<68647 Fcfa	-1,27	0,28	0,08	4,38*
Maladie perçue comme n'étant pas grave	-1,30	0,27	0,06	5,78*
Maladie perçue comme étant menaçante pour la vie	0,94	2,55	0,40	5,90*
Possibilité de bénéficier de consultation gratuite	0,82	2,27	0,46	4,00*
Possibilité de bénéficier de consultation à prix réduit	1,12	3,08	0,82	4,20*
Le malade est une femme en âge de procréer (15-44 ans)	-0,23	0,79	0,13	1,38
Le malade est un enfant (moins de 15 ans)	-0,00	1,00	0,15	0,02
Le malade est une personne âgée (plus de 64 ans)	0,12	1,13	0,33	0,40
Prix total des soins : consultation+médicaments+transport+examens+hospitalisation	-	-	-	-
Prix de la consultation	-	-	-	-
Prix des médicaments	-	-	-	-
Perception de cherté des soins	-	-	-	-
Constante	0,185	-	-	1,15

Suite tableau 5.7

Pseudo R2		0,1160	
Log vraisemblance	-733,28	Chi ² (16)=192,46	p =0,000
Pearson		Chi ² (386)=401,92	p =0,2779
Sensibilité		64,97 %	
Spécificité		63,71 %	
Correctement classés		64,33 %	
Aire en dessous de la courbe de ROC		0,7177	

(*) indique que la valeur du coefficient est significativement différente de zéro au seuil de 5%

CONCLUSION

La question de l'évaluation de la pauvreté a toujours soulevé de nombreuses controverses quant aux indicateurs à utiliser. Les programmes de développement et d'ajustement largement financés par les grandes institutions internationales ont fait une place ces dernières années à des actions à mener en faveur des plus démunis. Ceci supposait *a priori* une capacité à distinguer les pauvres des non pauvres et supposait, par conséquent, que l'on dispose d'indicateurs de pauvreté. La complexité et la multitudes des dimensions liées à la pauvreté impliquent que, concrètement, la distinction entre pauvres et non pauvres continue à se faire à partir de choix arbitraires, et expliquent que plusieurs mesures soient utilisées puisqu'aucune ne fait l'unanimité.

Les revenus et les dépenses constituent des mesures courantes du niveau de pauvreté. Il est cependant préférable de les associer à des mesures capables non seulement d'identifier les pauvres sans avoir à procéder à des enquêtes extrêmement difficiles sur les revenus et les dépenses, mais aussi de mesurer l'intensité de leur pauvreté. Kakwani (1990) démontre que les mesures additivement séparables (celle de Watts, celle de Clarck, celle de Foster) présentent les deux caractéristiques voulues. De plus, ces mesures ont la particularité de permettre des comparaisons de niveaux de pauvreté entre sous-groupe d'une même population. En appliquant ces mesures aux données d'une enquête que nous avons réalisée en 1996 auprès d'un échantillon d'environ 12 000 individus représentatifs de la population bamakoise, nous avons tenté d'estimer l'importance de la pauvreté à Bamako et de mettre en évidence ses déterminants.

Les premiers résultats de notre étude montrent que quel que soit le niveau de référence considéré, niveau d'extrême pauvreté (49 365 Fcfa/mois/ménage), niveau de pauvreté absolue (68 647 Fcfa/mois/ménage) ou niveau délimitant les 30 % des ménages les plus pauvres (107 650 Fcfa/mois/ménage), les mesures de pauvreté calculées sont toutes très significativement différentes de zéro.

Notre analyse montre aussi que les mesures de pauvreté ont une probabilité plus forte d'être élevées lorsque : les ménages résident dans des quartiers défavorisés, ou s'approvisionnent en eau de puits ou au fleuve, ou sont de petite taille (moins de 9 personnes), lorsque le chef de ménage a

moins de 35 ans, ou encore est célibataire, ou encore n'a pas été scolarisé ou encore a été scolarisé à l'école coranique. Ces déterminants sont ceux qui caractérisent le mieux, indépendamment les uns des autres, la pauvreté des ménages à Bamako. Mais ces résultats n'étaient pas suffisants pour identifier les ménages pauvres dans la population bamakoise et les distinguer des non pauvres. Seule l'analyse de l'influence relative des facteurs précédents pouvait apporter une réponse à cette question. Pour cela nous avons mis en œuvre une régression logistique, dont les résultats indiquent que les variables les plus significatives de la pauvreté sont la petite taille du ménage, l'absence de scolarisation du chef ou sa scolarisation à l'école coranique, le célibat du chef de ménage.

Nous avons alors cherché à savoir si les individus appartenant à un ménage démuné avaient une probabilité plus forte que les autres d'être malades, et si lorsqu'ils sont malades, ils ont une probabilité moins forte d'avoir accès au système de santé moderne.

A la première question, nous avons répondu que, globalement, plus le revenu diminue, plus la probabilité d'être malade augmente. Quant à savoir si les malades appartenant à des ménages démunés sont plus ou moins exclus des soins de santé moderne, la répartition des malades selon le type de soin choisi et la catégorie de revenus indique des différences statistiquement significatives : les malades des deux classes de revenus les plus bas (revenu $\leq 68\ 647$ Fcfa et $68\ 647 < \text{revenu} \leq 93\ 370$ Fcfa) choisissent dans leur majorité de pratiquer l'automédication alors que ceux des classes de revenus les plus élevés recourent davantage aux professionnels de la médecine moderne. On s'est alors interrogé sur l'importance relative des facteurs susceptibles de limiter l'accès au système de santé moderne.

Les résultats d'un modèle logit binomial dans lequel les malades ont le choix entre d'une part, recourir au système de santé moderne, et d'autre part, recourir à un autre système de santé (traditionnel, automédication, absence de recours) indiquent que les variables influençant le plus significativement les recours aux soins modernes sont la gravité de la maladie et la possibilité dont dispose la malade de ne pas payer les soins ou de les payer à prix réduits. Quant aux déterminants caractérisant la pauvreté des ménages des malades, seuls parmi eux, les catégories de revenus, le fait que le chef de ménage soit célibataire, et le fait qu'il n'ait pas été scolarisé ou l'ait été à l'école coranique, influencent négativement le choix du recours au système de santé moderne.

BIBLIOGRAPHIE

- Brunet-Jailly J. (1996), La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement, sous la direction de Coussy J. et Vallin J. Crise et population en Afrique - Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques, *Les Etudes du CEPED*, n°13, pp. 233-271.
- Callan T., Nolan B. (1991), Concepts of poverty and the poverty line, *Journal of Economic Survey*, vol.5, n°3, pp. 243-261
- Cornia G.A., Mkandawire T., von der Hoeven R. (1992), L'Afrique vers la reprise économique - De la stagnation et l'ajustement au développement humain (une étude de l'UNICEF), *Economica*, 421 p.
- Cellule Technique du District, (1994), *Monographie du District de Bamako*, document ronéotypé, Bamako, novembre, 194 p.
- Coulibaly M.G., (1992), *les infrastructures urbaines au Mali*, Stratégie Nationale du Logement au Mali, Bamako, 33 p.
- Deaton A. (1997), Chapter 3 Welfare, poverty, and distribution, in *The analysis of household survey: a microeconomic approach to development policy*, The Johns Hopkins University Press Baltimore and London, World Bank, July, pp. 133-203.
- Ho T. J. (1982) Measuring health as a component of living standards, *LSMS Working Paper*, The World Bank, April, n°15, 57 p.
- Juillet A. (1998), *Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement - Les recours aux services de santé à Bamako*, Thèse de Doctorat, UFR de Sciences économiques, Paris I, avril, 319 p.
- Juillet A. (1999), L'impact des tarifs des services de santé et des revenus sur les décisions de recours aux soins des malades à Bamako - Estimation d'un modèle logit emboîté, *Revue Economie du Développement* (numéro spécial santé), vol. 4, pp. 69-89.
- Kakwani N. (1990), Testing for significance of poverty differences with application to Côte d'Ivoire, *LSMS Working Paper*, World Bank, January, n° 62, 39 p.
- Lanjouw P., Ravallion M. (1994), Poverty and household size, *Policy Research Working Paper*, The World Bank, August, n°1332, 30 p.
- Mali (1998), Rapport annuel sur le développement humain durable au Mali, édition 1997 -Synthèse-, *Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration, Observatoire du Développement Humain Durable*, mai, 52 p.
- Parker S.W., Wong R. (1997), Household income and health care expenditures in Mexico, *Health Policy*, n°40, pp. 237-255.
- Sen B., Begum S. (1998), Methodology for identifying the poorest at local level, *Macroeconomics, Health and Development Series*, OMS, February, n°27, 38 p.
- Sköld M. (1998), Poverty and health : who lives, who dies, who cares ?, *Macroeconomics, Health and Development series*, April, n°28, 43 p.

2^{ème} Partie

REGULATION DES NAISSANCES

CHAPITRE 6

LA TRANSITION DE REGULATION DES NAISSANCES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE :

Vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation ?

EVINA Akam*
KISHIMBA Ngoy**

INTRODUCTION

La dernière décennie du vingtième siècle a vu beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne s'engager sur la voie de la transition de la fécondité. La plupart de ces pays connaissent une réduction de leur fécondité en même temps qu'un recours de plus en plus fréquent à la pratique de nouvelles méthodes de planification familiale (Barrère et Ayad, 1994). L'utilisation des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances en l'occurrence l'abstinence et la continence périodique cède le pas à la pratique des méthodes contraceptives modernes. La baisse de la fécondité ainsi amorcée en Afrique s'accompagnerait d'une transition des modes de régulation des naissances ou encore d'une transition contraceptive. Elle décrirait le passage d'un régime de planification familiale traditionnelle à un régime de planification moderne. La planification familiale traditionnelle est caractérisée par le désir d'une

* IFORD – Cameroun.

** IFORD – Cameroun.

descendance nombreuse et la pratique de la contraception traditionnelle d'espacement des naissances, tandis que la planification familiale moderne est marquée par le besoin de limitation des naissances et la pratique de plus en plus intense de la contraception moderne ou efficace. La plupart des pays africains qui ont amorcé cette transition ne l'ont pas encore achevée. Ils se situeraient à une étape intermédiaire marquée par une demande accrue de contraception non entièrement satisfaite.

Cette transition intervient dans un contexte de crise, de paupérisation et de pauvreté des populations concernées. En effet, à la suite des chocs pétroliers des années 1973 et 1979, des aléas climatiques et des revers commerciaux des années 1980, la conjoncture économique qui a suivi, et l'application des mesures d'ajustement structurel ont plongé le tiers voire près de la moitié de la population africaine en dessous du seuil de pauvreté (Banque Mondiale, 1999). L'une des conséquences majeures des crises économiques des pays africains a donc été la paupérisation d'un plus grand nombre de leur population. A titre indicatif, la population kenyane vivant en dessous du seuil de pauvreté⁵⁷ est passée de 30 % en 1970 à 46 % en 1994. Au Cameroun et au Ghana, cette proportion était respectivement évaluée à 40 % en 1984 et 31,4 % en 1992. Au Sénégal, durant la décennie 1980, la crise aurait entraîné une baisse de 30 à 40 % du pouvoir d'achat des familles dépendant des salaires du secteur moderne (Duruflé, 1994). La baisse des revenus entraîne une augmentation relative des coûts d'élevage des enfants. Par anticipation de difficultés économiques pour élever une descendance nombreuse, les familles seraient en train de reporter les naissances et d'adopter une contraception d'arrêt de la fécondité (Vimard, 1997).

La transition ainsi déclenchée en Afrique serait-elle l'expression d'un malthusianisme de pauvreté comme cela a été observé en Amérique latine (Cosio-Zavala, 1995, 1998), ou la transformation générale des sociétés sous l'effet conjugué des facteurs de modernisation, ou encore tout simplement l'expression d'un malthusianisme de crise économique ou de paupérisation ? Si la crise qui a frappé les économies africaines dans les années 1980 a eu pour conséquence la reconnaissance par les gouvernements de la nécessité de maîtriser leur fécondité et leur croissance démographique par la mise en place des programmes de planification

⁵⁷ On se réfère au seuil de pauvreté basé sur la consommation. Il est composé de deux éléments : d'une part, le montant à dépenser pour se procurer un niveau minimum de nutrition et d'autres nécessités de la vie et, d'autre part ce qu'il faut dépenser pour pouvoir participer à la vie quotidienne de la société (Banque Mondiale, 1990).

familiale, selon quels mécanismes les populations auraient-elle adhéré à ces programmes ?

La réflexion autour de ces questions s'appuie sur les données des enquêtes mondiales sur la fécondité et des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans quatre pays africains entre 1977 et 1998 : le Cameroun (1978-1998), le Ghana (1979-1993), le Kenya (1977-1993) et le Sénégal (1978-1997). Ces données permettent d'analyser le schéma de transition des modes de régulation des naissances entre 1977 et 1998 en essayant de mettre en évidence l'effet de la conjoncture économique au cours des différentes périodes de la vie économique dans les quatre pays concernés par cette étude.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DANS LES PAYS ETUDIES

Le décennie des années 1960 voire celle des années 1970 furent caractérisées dans certains pays par une forte croissance économique qui allait de pair avec la croissance démographique. D'abord, la fécondité est longtemps demeurée élevée, et aurait même augmenté au cours des années 1960 et 1970 au Cameroun, en Centrafrique, au Kenya..., suite au recul de l'infécondité (Sala-Diakanda, 1988 ; Evina, 1990; Cohen, 1996; Vimard et Fassassi, 1998). On constate que la fécondité élevée ainsi que la forte croissance démographique de cette période (1960-70) étaient positivement corrélées avec la forte croissance économique dans la plupart des pays africains et latino-américains (Unicef, 1994; Cosio-Zavala, 1994). La crise économique des années 1980 a entraîné des déséquilibres macro-économiques et l'insatisfaction des besoins de base : l'éducation, l'emploi, le logement, l'alimentation, etc. Comment de façon plus spécifique, cette conjoncture économique s'est-elle manifestée dans les quatre pays que l'on se propose d'étudier ? Pour répondre à cette question nous passerons d'abord en revue l'évolution de la situation économique dans ces quatre pays, nous tenterons ensuite d'identifier les périodes faste et creuse de leur économie et nous examinerons enfin les comportements en matière de régulation des naissances des populations concernées au cours de ces périodes.

Le Cameroun

La croissance économique était de l'ordre de 4 % l'an au cours de la période 1965-1985. Elle aurait même atteint 13 % l'an entre 1977 et 1981 à la suite de la découverte et de l'exploitation des gisements pétroliers (Roubaud, 1994). La période 1965-1985 fut qualifiée de faste car la forte croissance de l'économie a permis la création de plusieurs emplois dans les secteurs public et parapublic. Malgré cette forte croissance, le gouvernement ne pouvait satisfaire entièrement les besoins en matière de scolarisation primaire (Antagana et al., 1984), conséquence d'une croissance démographique élevée. La fécondité était estimée à 6,4 enfants par femme en 1978. En 1980, les autorités camerounaises prennent conscience (discours du Président du Cameroun de février 1980) que le niveau de fécondité ainsi que celui de la croissance démographique devraient être maîtrisés pour bien mener les politiques de développement économique et social (Gubry, 1988).

Pour des raisons liées entre autres à la détérioration des termes de l'échange et aux problèmes de trésorerie (les dépenses de l'Etat excédant les recettes), des déséquilibres macro-économiques apparaissent vers la fin de l'année 1985, et obligent l'Etat à signer des accords d'ajustement structurel avec les institutions de Bretton Woods. Le premier programme d'ajustement structurel est appliqué en 1988. Les conséquences sociales qui en résultent sont entre autres la baisse des salaires des fonctionnaires, le gel d'embauches dans les secteurs public et parapublic, l'augmentation du chômage... La réduction de l'offre d'emploi et des salaires est un meilleur indicateur de la dégradation des conditions de vie car ses conséquences sont tout de suite ressenties dans les autres aspects de la vie. Les jeunes contrairement à leurs aînés arrivent sur le marché de l'emploi dans un contexte de crise susceptible de perturber leur projet de mariage et de constitution de la famille à travers la procréation. Les aînés insérés dans la vie active pendant la période de plein emploi ont à leur charge des familles nombreuses constituées notamment des jeunes qui tardent à trouver de l'emploi et à quitter le domicile parental. Il est possible que, dans ces conditions, l'on assiste premièrement à une prise de conscience du poids d'une famille nombreuse, et deuxièmement à un changement de comportement en matière de régulation des naissances.

Le Kenya

Les premières années qui ont suivi l'indépendance (1963-1972) furent caractérisées au Kenya par une forte croissance économique de l'ordre de 6,5 % l'an. Suite aux chocs pétroliers des années 1973 et 1979, la croissance a été réduite à 3,0 % l'an de 1973 à 1980. Toute la population ne tire pas profit de cette croissance. Une proportion élevée de la population vit en dessous du seuil de pauvreté que la Banque Mondiale évalue à 30 % en 1970. Contrairement à ce que l'on observe au Cameroun dans les années 1970, l'économie kényane se caractérise par une faible performance dans la création d'emplois face à une population qui croît à un rythme de 3,5 % l'an. Son niveau de fécondité était l'un des plus élevés au monde, avec une moyenne de 8 enfants par femme vers la fin des années 1970.

Au début des années 1980, le gouvernement s'engage dans une série de réformes nécessaires à une croissance équilibrée permettant la création d'emplois et l'élévation du niveau de vie de la population. Ces réformes ont conduit à l'application des plans d'ajustement tout au long de la période 1980-1993. En réalité, pendant toute la décennie 1980, on n'a presque pas assisté à une réelle mise en place des réformes telles que préconisées par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale. Les leaders politiques s'y opposaient, craignant le désaveu de la population. C'est au cours des années 1990 que la pression exercée par la communauté internationale amène les autorités à l'application effective des mesures des programmes d'ajustement. Les conséquences de ces mesures au cours de la période 1991-1993 sont entre autres la hausse des prix des produits de grande consommation, la réduction des subventions de l'Etat dans les secteurs de la santé et de l'éducation (Ikiara, 1998). Les pauvres furent durement éprouvés par cette crise suite notamment à l'introduction des paiements obligatoires pour avoir accès aux hôpitaux, à l'éducation en particulier aux universités kényanes. L'absence de contrôle de prix sur le marché a aussi causé d'énormes préjudices aux populations pauvres des zones rurales et des quartiers populaires urbains qui ne pouvaient plus se procurer le minimum vital (Ikiara, 1998). Le Kenya, comme la plupart des pays africains, a été ainsi contraint par les programmes d'ajustement de priver les écoles et les hôpitaux des ressources nécessaires pour pouvoir équilibrer son budget au profit du remboursement de la dette (PNUD, 1999).

Le Ghana

Contrairement au Cameroun et au Kenya qui ont connu une période de forte croissance économique dans les années 1960 et 1970, le Ghana a plutôt été marqué pendant ces années par un déclin de l'activité économique entraînant une baisse de revenus d'un tiers de sa population (Roe A. et Schneider H., 1992). Le Fonds Monétaire International est intervenu à plusieurs reprises en 1966-1968, 1971-1972 et 1978-1979. Les différents programmes d'ajustement se sont soldés par des licenciements et dévaluation de la monnaie nationale sans aucune amélioration du niveau de vie de la population (Verlet, 1991). La baisse de la production du cacao (principale ressource agricole du Ghana) tout au long des années 1960 et 1970 s'est répercutée sur les revenus des autres secteurs de l'économie. De 1970 à 1979 les revenus moyens des secteurs agricole et industriel ont baissé de 75 % et 70 % respectivement. Les politiques de contrôle des prix pour faire face à la baisse des revenus sur le marché afin d'assurer à la population le minimum vital se sont avérées inefficaces. La récession que traverse le pays au cours de cette période a plongé plus de la moitié de la population en dessous du seuil de la pauvreté.

Malgré cette conjoncture particulièrement difficile, les gouvernements qui se sont succédé à la tête de l'État dans les années 1970 et au début des années 1980 ont réussi à créer chaque année des emplois au rythme de 10 % des effectifs des administrations publiques. Cet effort avait permis à une partie de la population active d'éviter le chômage. Par ailleurs, les indicateurs de développement humain entre autres la mortalité infantile et juvénile et l'accès à l'eau potable révèlent une amélioration des conditions de vie au cours de la période 1960-1983. On constate par exemple que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans passe de 224 pour mille en 1960 à 146 pour mille en 1988.

Les mesures d'ajustement structurel mises en œuvre à partir de 1983 ont plutôt eu des répercussions positives sur le niveau de vie de la population, malgré les licenciements massifs dans les secteurs public et parapublic. Les salaires étaient tellement bas qu'ils ont été revus à la hausse dans la période d'ajustement à la suite de l'amélioration des rendements dans certains secteurs de l'économie.

Le Sénégal

L'économie sénégalaise a connu une croissance dans les années qui ont suivi l'indépendance. Le taux annuel d'accroissement du produit intérieur brut était estimé à 3 % l'an au cours de la période 1960-1968. Au cours des années 1970, les fluctuations qu'enregistrent l'économie étaient tantôt à la baisse (dans les premières années de la décennie 70), tantôt à la hausse atteignant une croissance de l'ordre de 5,2 % l'an au cours de la période 1974-1977. Comme la plupart des pays africains, le Sénégal est entré dans la thérapie des programmes d'ajustement structurel au début des années 1980. Il faut souligner qu'il est l'un des premiers pays africains à avoir signé un accord avec les institutions de Bretton Woods. L'ajustement de l'économie sénégalaise s'est poursuivi durant la décennie 1980 et les années 1990. Malgré les efforts déployés dans le cadre de ces mesures d'ajustement, les déséquilibres macro-économiques et les crises de trésorerie sont encore les maux qui minent l'économie du pays (Duruflé, 1994). Comme la plupart des pays sous ajustement structurel, le Sénégal ne pouvait non plus assurer le financement des secteurs sociaux tels que la santé, l'éducation et l'emploi. Antoine et *al.* (1998 a) rapportent que durant la crise, dans les ménages dakarois, le nombre de personnes à charge augmentent à la suite des difficultés d'insertion professionnelles des jeunes. Les chefs de ménages ont à leur charge non seulement les jeunes diplômés et désœuvrés qui tardent à entrer dans la vie active, mais aussi de nombreux enfants à scolariser résultat d'une fécondité passée élevée.

Comme l'ont souligné beaucoup d'auteurs (Caldwell J., 1982, 1985 ; Lesthaeghe, Kaufmann et Meekers, 1989), la prise en charge des enfants en situation de crise confronte les parents aux difficultés de pouvoir faire face aux dépenses de scolarisation, d'alimentation et de santé des enfants. Contrairement à la période de plein emploi pendant laquelle la formation acquise dans le système éducatif assure l'insertion professionnelle avec un revenu correspondant à la qualification, en situation de crise l'éducation n'offre aucune garantie pour l'insertion sur le marché du travail.

Vers un cadre théorique

L'association entre la baisse de la fécondité et la hausse de la prévalence contraceptive en Afrique nécessite que soient explicités les mécanismes à travers lesquels la population serait en train d'adopter la contraception d'arrêt des naissances (Philipps and Ross, 1992). La détérioration des conditions économiques, le poids des enfants survivants, l'évolution des perceptions et de conception en matière de fécondité (de nataliste à néo-malthusienne), les effets des politiques et programmes de population sur le comportement procréateur de la population sont des éléments qui pourraient expliquer les changements observés.

Quel modèle pour l'Afrique ?

L'Afrique serait en train de connaître deux types de transition de régulation des naissances. D'une part, il y aurait une transition entraînée par la diffusion du néo-malthusianisme de crise ou de paupérisation. En effet, la plupart des États africains sont confrontés aux difficultés économiques⁵⁸ et reconnaissent de plus en plus la nécessité de maîtriser leur fécondité et de ralentir leur croissance démographique. Les politiques et programmes de planification familiale sont adoptés⁵⁹ et les campagnes pour la parenté responsable se multiplient. La population de plus en plus pauvre aurait ainsi opté pour une famille planifiée⁶⁰ suite à la dégradation des conditions de vie.

Mais la conjoncture économique des années 1980 et 1990 ne pourrait toutefois enrayer complètement l'effet des progrès socio-économiques tirés de la croissance des années 1960 et 1970. On a vu par exemple qu'au Ghana, la période de déclin économique (1960-1983) a connu une évolution favorable des indicateurs de pauvreté (Roe A. et Schneider H., 1992) : déclin

⁵⁸ Ces difficultés se sont accentuées avec la mise en place des différents programmes d'ajustement structurels. Même la dimension sociale associée à ces programmes n'a pas permis de réduire la paupérisation des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux problèmes de fécondité élevée.

⁵⁹ Ces politiques et programmes de planification familiale sont transformés actuellement en politiques et programmes de santé de la reproduction.

⁶⁰ Projet et application de limitation de naissances.

de la mortalité des enfants, amélioration de la nutrition des enfants, meilleur accès à l'éducation, etc.

Nous pensons donc qu'il y aurait d'autre part une transition entraînée par les facteurs de modernisation plus précisément l'amélioration de la scolarisation des femmes et leur insertion sur le marché de l'emploi moderne, l'urbanisation et l'exposition aux médias sur la planification familiale. Ces facteurs favoriseraient au niveau de la population l'aspiration aux meilleures conditions de vie et aux familles planifiées.

Effet du malthusianisme de crise ou de paupérisation

Le moyen d'appréhender l'effet du malthusianisme de crise ou de paupérisation pose également le problème de l'identification de deux types de transition de régulation des naissances : la transition induite par les facteurs de modernisation et la transition déclenchée par la crise. Cette dernière pourrait être considérée comme un effet de conjoncture. Le problème consiste alors à séparer dans un modèle d'analyse de transition contraceptive les effets de modernisation d'une part, et les effets conjoncturels ou la traduction du malthusianisme de crise ou de paupérisation d'autre part. Des études traitant d'une problématique similaire se sont développées en Amérique Latine sur le malthusianisme de pauvreté⁶¹ (Cosio-Zavala, 1998). Une étude de cas réalisée au Brésil montre que la crise économique qu'a traversé le pays à partir de 1965 a eu pour effet la détérioration du niveau de vie de la population à travers la baisse des salaires et l'augmentation du chômage et du sous-emploi (Carvalho, Rodriguez, 1996 ; cité par Cosio-Zavala, 1998). On a ensuite assisté à la baisse de la fécondité au Brésil dans les familles les plus défavorisées. Ce cas du Brésil se rapprocherait de celui de la plupart des pays africains au cours des décennies 70 et 90.

Toutefois, dans le contexte africain ou ailleurs, l'hypothèse de malthusianisme de pauvreté nécessite plusieurs observations étalées dans le temps sur le comportement procréateur des catégories sociales

⁶¹ Le malthusianisme de pauvreté est défini comme un comportement d'arrêt de fécondité que l'on observe parmi les populations démunies. Le moyen le plus utilisé pour la limitation des naissances est la stérilisation féminine après avoir atteint une descendance relativement nombreuse (Cosio-Zavala, 1995). Au début de la vie féconde, la procréation se déroule traditionnellement avec des naissances rapprochées sans recours aux méthodes d'espacement assez long entre les naissances.

défavorisées. Une approche biographique du comportement procréateur et de la variation du niveau de vie des populations conviendrait mieux à ce type d'analyse. La limite des données disponibles et le cas spécifique de l'Afrique conduisent à restreindre cette étude sur l'effet de la paupérisation⁶² ou le malthusianisme de crise. L'effet du malthusianisme de crise fut analysé pour la première fois par Boserup (1985 ; cité par Patrice Vimard, 1997) en comparant le Ghana et le Kenya. Selon Boserup, la transition de crise s'est produite au Ghana pendant la période qui s'achève en 1979. Le niveau de prévalence contraceptive est estimé à 12,4 % en 1979. On observe ensuite une stabilité des phénomènes démographiques entre 1979 et 1988. Puis la hausse de la pratique contraceptive se poursuit dans une période de croissance économique (1988-1993) passant de 12,8 % à 20,2 %. La baisse de la fécondité qui se produit au cours de cette période est attribuée aux progrès socio-économiques. Mais dans la mesure où l'on sait que l'ajustement structurel mis en œuvre pendant la période de croissance a entraîné la réduction du niveau de vie d'une partie de la population, il n'est pas exclu que la progression de la contraception d'arrêt des naissances se soit produite sous l'effet de l'ajustement. On peut penser qu'il y a une convergence des effets à la fois des facteurs de modernisation et de la crise. Et la question est de savoir comment rendre compte de deux effets à partir d'un modèle d'analyse.

Dans la plupart de recherches socio-démographiques consacrées à ce type de question (Fondeur, 1999; Antoine et Kouamé, 1998b), l'effet de conjoncture est souvent appréhendé par les effets de période et de génération après avoir contrôlé l'influence des facteurs socio-économiques et culturels. Dans le cadre de cette étude, on dispose des données des quatre pays à des dates différentes : le Cameroun (1978, 1991, 1998), le Ghana (1979, 1988, 1993), le Kenya (1977, 1989, 1993), et le Sénégal (1978, 1986, 1993, 1997). Ces données pourraient donc permettre de dégager l'effet de période qui traduirait l'effet de conjoncture économique dans les quatre pays.

La période 1977-1979 caractérisée en Afrique sub-saharienne par une conception nataliste tant au niveau des gouvernements qu'à celui des communautés, des couples et des individus (United Nations, 1993). La conception de la baisse de la fécondité au cours des années 60 et 70 pouvait

⁶² Les deux termes crise et paupérisation ne sont pas ici synonymes. En effet, la paupérisation est un corollaire de la crise économique. Et c'est la paupérisation qui déclenche en fait la prise de conscience du poids d'une progéniture nombreuse. Le malthusianisme de crise est un comportement de régulation des naissances qui intervient à n'importe quel instant de la vie génésique, et se manifeste par le report de la prochaine naissance ou par la limitation des naissances.

se résumer à : *« la meilleure pilule, c'est le développement »*. La régulation des naissances à cette époque se faisait essentiellement par la voie traditionnelle (Van de Walle et Van de Walle, 1988). Le Cameroun et le Sénégal n'avaient encore pas de programmes de planification familiale. Par contre, le Kenya et le Ghana disposaient depuis 1966 et 1968 respectivement des programmes de planification familiale qui n'ont eu aucun impact sur le niveau de fécondité et la planification des naissances au sein des familles. Ces programmes n'avaient pas d'objectifs démographiques clairement déclaré à cette époque. Le comité consultatif créé au Ghana en 1965, et qui devait se charger des problèmes de populations, réalise un certain nombre de travaux au terme desquels il conclut que la forte croissance démographique était préférable au Ghana. Cette conclusion renforce la vision du régime du Président Kwame Nkrumah qui souhaite une politique favorable à la croissance démographique visant à atteindre 20 millions d'habitants pour construire l'Etat post-colonial. Malgré quelques sonnettes d'alarmes sur le risque d'un déséquilibre entre la croissance démographique et les ressources alimentaires, aucune action anti-nataliste n'a été menée dans le cadre des programmes de planification familiale.

L'enquête mondiale sur la fécondité estimait le niveau de fécondité à 8,1 enfants par femme en 1977 au Kenya; et la prévalence contraceptive était d'environ 7 %. Au Ghana, la fécondité moyenne par femme était de 6,7 enfants par femme tandis que le niveau de pratique contraceptive était de 13 % pour l'ensemble des méthodes et 6 % pour les méthodes modernes. L'échec des programmes de planification familiale s'explique non seulement par le faible engagement des États dans la promotion de la pratique de nouvelles méthodes de planification familiale, mais aussi par la non adhésion de la population à ces programmes (Akoto et Kamdem, 1998).

La période 1986-1989 connaît dans les quatre pays l'application des programmes d'ajustement structurel. Au Cameroun, au Kenya et au Sénégal, les effets des mesures d'ajustement entraînent une réduction considérable du pouvoir d'achat de la population. Tandis qu'au Ghana, on assiste plutôt à une amélioration des conditions de vie des populations comparativement à la période précédente. L'effet de la crise se traduit par la réduction des revenus de la population, sa paupérisation et en particulier par des difficultés d'insertion professionnelle des jeunes qui tardent à quitter le domicile parental. Ils constituent de ce fait une charge pour leurs parents qui pourraient éventuellement revoir leur comportement en matière de fécondité. Cette période connaît également la mise en œuvre des politiques et programmes de populations au Cameroun et au Sénégal : les gouvernements prennent conscience du danger que représentent la fécondité élevée et la

forte croissance démographique. A partir des campagnes de planification familiale et de la parenté responsable on assisterait à un début de diffusion du malthusianisme de crise de la sphère politique vers la population.

La période 1991-1993 connaît le prolongement des effets de la crise économique des années 1970 et 1980 et des conséquences des mesures d'ajustement structurel. Ces effets se conjuguent aux troubles socio-politiques engendrés par l'avènement de la démocratie. Bien que n'ayant pas un lien direct avec la planification familiale, les revendications politiques ont déstabilisé l'activité économique par des opérations de désobéissance civique telles que les villes mortes et d'autres actions lancées par les leaders politiques. Ces opérations ont aggravé aussi la précarité économique des plus démunis.

La période 1996-1998 marque dans certains pays un retour aux équilibres macro-économiques et à la croissance économique. Cette croissance économique ne serait pas encore suivie de l'amélioration des conditions de vie des populations au niveau individuel. Les activités des programmes de planification familiale se poursuivent et se consolident. Les résultats des enquêtes démographiques et de santé réalisées au cours de cette période révèlent une amélioration de la prévalence contraceptive et d'importants besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Le modèle d'analyse utilisé par la suite essaiera donc de mettre en évidence l'effet conjoncturel ou l'effet de période. Il prendra en compte entre autres variables les facteurs de modernisation, les variables démographiques directement liées à la planification familiale, le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants désirés. L'urbanisation, la scolarisation des femmes et de leurs maris, l'insertion des femmes et de leurs maris sur le marché de l'emploi formel sont des indicateurs qui seront utilisés pour appréhender le processus de modernisation.

Sources des données

Les données analysées par la suite proviennent de deux séries d'enquêtes : l'enquête mondiale fécondité (EMF) et l'enquête démographique et de santé (EDS). Les deux séries d'enquêtes ont été réalisées à des dates différentes, et fournissent des échantillons représentatifs au niveau national (Tableau 6.1). Ces enquêtes étaient axées sur la fécondité et la planification familiale. Les questions portant sur l'exposition au risque de grossesse, la

connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la nature des méthodes utilisées, le désir d'enfant ainsi que la volonté d'espacement ou de limitation des naissances, etc., étaient largement développées dans le questionnaire. Elles permettent d'avoir des données comparables dans le temps et selon les pays.

Les analyses qui suivent concernent les femmes exposées au risque de grossesse. Ce sont les femmes en union qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum.

Tableau 6.1 : Présentation des données utilisées par pays selon l'année et le type d'enquête réalisées

Pays	Enquête	Année de l'enquête	Ensemble des femmes	Femmes exposées au risque de grossesse
Cameroun	EMF	1978	8219	5079
	EDS-I	1991	3871	2868
	EDS-II	1998	5501	3676
Ghana	EMF	1979	6125	3414
	EDS-I	1988	4488	3156
	EDS-II	1993	4562	3204
Kenya	EMF	1977	8100	4218
	EDS-I	1989	7150	4765
	EDS-II	1993	7540	4629
Sénégal	EMF	1978	3985	2406
	EDS-I	1986	4415	3365
	EDS-II	1993	6310	4450
	EDS-III	1997	8593	5851

NIVEAUX ET TENDANCES DE LA REGULATION DE LA FECONDITE

La régulation des naissances en Afrique varie dans le temps et dans l'espace selon la nature des méthodes utilisées, traditionnelles (continence périodique, abstinence, retrait, gris-gris, plantes) ou modernes (pilule, DIU, injections, méthodes vaginales, condom, stérilisations masculine et

féminine). Elle est aussi variable en fonction des buts poursuivis (espacement ou la limitation des naissances). L'utilisation de la contraception pour espacer les naissances concerne les femmes qui pratiquent les méthodes de planification familiale (traditionnelles ou modernes) pour retarder la conception dans un délai de temps déterminé. Tandis que l'utilisation pour limiter les naissances concerne les femmes ou les couples qui pratiquent la contraception pour ne plus avoir d'enfants.

La régulation des naissances au cours de la période 1977-1998

La période 1977-1998 se caractérise par une augmentation de la prévalence contraceptive en Afrique sub-saharienne avec des disparités remarquables entre les pays (tableau 6.2). La hausse de la prévalence a été beaucoup plus rapide au Kenya, allant de 9,3 % en 1977 à 26,9 % en 1989 puis à 32,8 % en 1993. On constate donc qu'au cours de la première décennie de la mise en place des programmes de planification familiale au Kenya, de 1966 à 1977, le recours à la pratique contraceptive est restée faible et coïncide avec une augmentation du niveau de fécondité. Les conditions socio-économiques favorables que vit le pays au cours de cette période permettent une amélioration de la situation sanitaire et un recul de la stérilité (Vimard et Fassassi, 1998). Mais la situation change complètement durant la décennie 1980 et au début des années 1993. On assiste à une progression rapide de la contraception qui s'accompagne d'une dégradation des conditions de vie des populations. Cette période connaît le renforcement de l'appui gouvernemental aux programmes de planification familiale avec la création en 1982 du Conseil National de la Population et du Développement (Akoto et Kamdem, 1998).

La progression de la contraception au Ghana est presque stationnaire entre 1967 et 1988 et en augmentation assez rapide au cours de la période 1988-1993. Estimé à 12,4 % en 1979, le taux de prévalence contraceptive s'élève à 12,8 % en 1988, puis à 20,2 % en 1993. L'expérience du Ghana est souvent citée parmi le cas d'échec des programmes de planification familiale. Mais il semble que la conjoncture particulièrement difficile qu'a connu le pays avant 1983 et l'absence de détermination des autorités du pays pour une politique anti-nataliste justifieraient en partie le faible appui du gouvernement aux programmes. L'importance de la demande non satisfaite en matière de contraception durant cette période témoigne de

l'insuffisance de l'offre à combler les besoins de la population pour le contrôle des naissances.

Le Cameroun et le Sénégal ont adopté leurs déclarations de politique de population et mis en place des programmes de planification familiale dès les années 1980. Le niveau de prévalence atteint au Cameroun est meilleur que celui du Sénégal vers la fin des années 90.

Bien que la tendance générale de la pratique contraceptive en Afrique soit à la hausse, on observe des différences dans le rythme des variations. Durant presque le même intervalle de temps les performances réalisées varient selon les pays. Le Cameroun qui avait un niveau légèrement inférieur à celui du Sénégal en 1978, atteint vingt ans plus tard 19,4 % de taux contraceptif contre 12,9 % pour le Sénégal en 1997. Le Ghana et le Kenya qui avaient des prévalences voisines en 1977-1979 se retrouvent à des niveaux différents, le Kenya prenant largement l'avantage sur le Ghana (32,8 % contre 20,2 % respectivement). Les efforts déployés dans le cadre des programmes de planification familiale au Kenya ont eu des effets très significatifs sur la baisse de la fécondité. Classé en 1977 parmi les pays à fécondité élevée dans le monde (8,1), le Kenya retrouve seize années plus tard le niveau moyen de fécondité en Afrique sub-saharienne (5,7). Il faut noter que la distribution des méthodes modernes a joué un rôle prépondérant dans la transition de sa fécondité et de régulation des naissances.

L'évolution à la hausse des taux de prévalence contraceptive devrait cependant être analysée selon la nature des méthodes utilisées (traditionnelle ou moderne) et l'objectif poursuivi dans la pratique de ces méthodes (l'espacement ou la limitation des naissances) en vue d'identifier les différents schémas possibles de transition des modes de régulation des naissances en Afrique. Il serait intéressant de comparer d'une part l'évolution de la pratique des méthodes traditionnelles à celle des méthodes modernes, et d'autre part la contraception d'espacement à la contraception d'arrêt des naissances.

Tableau 6.2 : Utilisation des méthodes traditionnelles et modernes pour espacer ou limiter les naissances au cours de la période 1977-1998

PAYS	Utilisation des méthodes modernes									
	1977	1978	1979	1986	1988	1989	1991	1993	1997	1998
Cameroun		0,7					4,3			7,1
Ghana			7,2		5,2			10,1		
Kenya	5,9					17,9		27,3		
Sénégal		0,8		2,4				4,8	8,1	
		Utilisation des méthodes traditionnelles								
Cameroun		2,4					11,8			12,3
Ghana			5,2		7,7			10,1		
Kenya	3,3					9,0		5,5		
Sénégal		4,4		8,9				2,7	4,8	
		Utilisation pour limiter les naissances								
Cameroun		0,0					5,0			7,3
Ghana			2,6		4,6			9,7		
Kenya	3,5					17,4		22,9		
Sénégal		0,0		2,9				3,1	4,9	
		Utilisation pour espacer les naissances								
Cameroun		3,1					11,0			12,1
Ghana			9,8		8,2			10,5		
Kenya	5,8					9,5		9,9		
Sénégal		5,1		8,4				4,4	8,0	
		Utilisation de n'importe quelle méthode								
Cameroun		3,1					16,0			19,4
Ghana			12,4		12,8			20,2		
Kenya	9,3					26,9		32,8		
Sénégal		5,1		11,3				7,5	12,9	
<i>NB : Les cases vides correspondent aux années où les données ne sont pas disponibles</i>										

Le passage de la contraception traditionnelle à la contraception moderne

Les quatre pays étudiés se situent à des étapes différentes du processus de transition de leur régulation des naissances. Ils présentent des schémas tout à fait différents de transition contraceptive. Le passage de la contraception traditionnelle à la contraception moderne est illustré par le schéma du Kenya. Dans les autres pays, la régulation des naissances se fait généralement sur la base des méthodes traditionnelles.

Tout d'abord, le Cameroun qui malgré l'augmentation de la prévalence contraceptive constatée entre 1978 et 1998 affiche encore un schéma traditionnel (figure 6.1) avec la prédominance de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Toutefois, les taux contraceptifs modernes sont en hausse, mais restent toujours inférieurs aux taux de prévalence traditionnelle. Néanmoins, la variation au cours du temps des écarts entre les prévalences contraceptives traditionnelle et moderne laisse penser que ce schéma risque de subir de profonds changements dans l'avenir. En effet, la période 1991-1998 voit progresser l'utilisation des méthodes modernes dont les taux de prévalence passent de 4,3 % à 7,1 %, tandis que les taux contraceptifs traditionnels se stabilisent autour de 11 ou 12 %.

Le Kenya contrairement au Cameroun évolue vers un schéma plus moderne avec une régulation des naissances basée sur la pratique de méthodes contraceptives modernes (figure 6.2). La période 1977-1993 est effectivement caractérisée par une baisse considérable de la fécondité. Bien que le niveau de fécondité demeure encore élevé, le schéma de transition de régulation des naissances au Kenya s'apparente déjà à celui qu'on observe dans les pays du Maghreb où la transition contraceptive est très avancée. Sa particularité par rapport aux autres schémas sub-sahariens réside dans la pratique de plus en plus intense de la contraception d'arrêt des naissances. Avec des niveaux sensiblement égaux en 1977 (3 à 5 %), l'écart entre la contraception traditionnelle et moderne se creuse seize ans plus tard. Les méthodes modernes touchent 27,3 % des femmes exposées au risque de grossesse en 1993, tandis que la contraception traditionnelle n'atteint plus que 5,5 % des femmes.

Dans le schéma du Sénégal il convient de distinguer deux phases (figure 6.3). La première phase s'achève vers la fin des années 1980. Le schéma de transition que présente le Sénégal durant cette première phase s'apparente à celui du Cameroun décrit précédemment. La seconde phase que l'on observe dans les années 1990 est caractérisée par la hausse de la prévalence contraceptive moderne et conséquemment une diminution de la

contraception traditionnelle (tableau 6.2). Mais le niveau atteint par la contraception moderne en 1997 reste encore faible (8,0 %), et n'est pas suivi, pour l'instant, par une volonté de limitation des naissances⁶³.

Au Ghana, le schéma de transition de régulation des naissances se dessine à peine au cours de la période 1979-1993 (figure 6.4). On remarque néanmoins un faible accroissement des taux contraceptifs traditionnel et moderne à partir de 1988 avec une prédominance des méthodes contraceptives traditionnelles (tableau 6.2). L'enquête EDS de 1993 montre que les niveaux de prévalence sont presque les mêmes (10 %) quel que soit le type de méthodes (traditionnelles ou modernes).

Le passage de l'espacement à la limitation des naissances

La tendance générale qui se dégage à travers les taux contraceptifs de pratique contraceptive est une utilisation des méthodes modernes en vue de la limitation des naissances, tandis que les méthodes traditionnelles visent beaucoup plus l'espacement de celles-ci. Même si en Afrique sub-saharienne, les niveaux de pratique contraceptive moderne restent encore très bas dans leur ensemble, ce constat est beaucoup plus visible au Cameroun, au Kenya et au Sénégal durant la période 1977-1986 (figures 6.1, 6.2 et 6.3).

Toutefois, les trois pays se trouvent à des stades différents aussi bien dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes que dans l'engagement de leurs populations à une pratique d'arrêt de la procréation. Les niveaux atteints par la contraception d'arrêt des naissances au Kenya en 1993 sont plus de trois fois plus élevés que ceux observés au Cameroun en 1998 (Tableaux 6.2 et 6.3) par exemple. Au Sénégal par contre, à partir de 1993 on assiste à un bouleversement de situations l'utilisation : des méthodes modernes visent plus l'espacement que la limitation des naissances.

⁶³ Cette situation du Sénégal mériterait une analyse plus approfondie pour dégager le rôle joué par les facteurs culturels, à l'exemple de la religion, dans la préférence actuelle d'une contraception d'espacement et non de limitation.

Figure 6.1 : L'utilisation de la contraception au Cameroun de 1978 à 1998

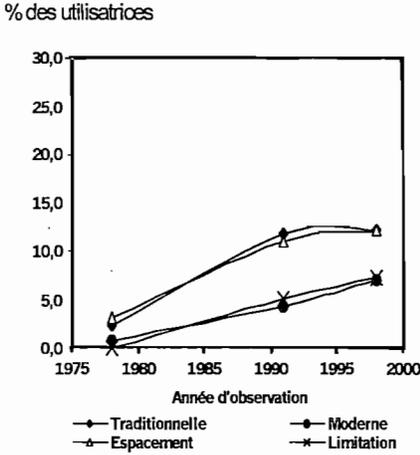


Figure 6.2 : L'utilisation de la contraception au Kenya de 1977 à 1993

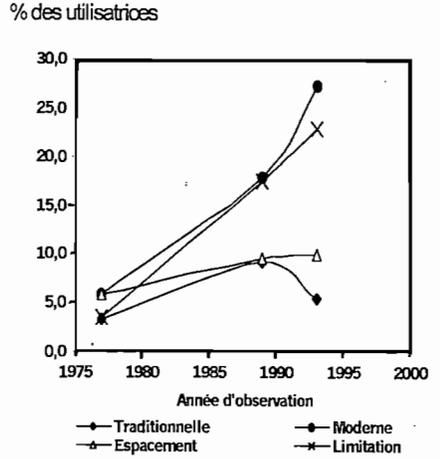


Figure 6.3 : L'utilisation de la contraception au Sénégal de 1978 à 1997

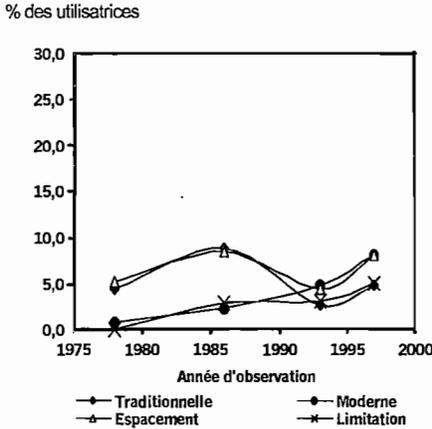
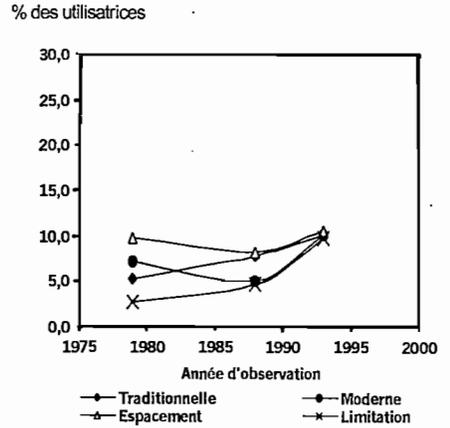


Figure 6.4 : L'utilisation de la contraception au Ghana de 1979 à 1993



Sur la base des analyses descriptives sur les niveaux et tendances de la régulation des naissances en Afrique qui précèdent il se dégage une évolution à la hausse des pratiques contraceptives modernes qui s'accompagne d'une volonté de limitation des naissances. L'exemple des quatre pays retenus dans cette étude permet d'identifier quatre schémas différents de transition contraceptive en Afrique sub-saharienne :

*Un schéma moderne observé au Kenya et qui se rapproche de plus en plus du schéma de transition contraceptive avancée des pays de l'Afrique du Nord (Tunisie et Maroc en l'occurrence). La plupart des pays de l'Afrique Australe se situeraient dans ce schéma à l'exemple du Zimbabwe et du Botswana.

*Le second schéma représenté par le Cameroun décrit probablement la situation de la plupart des pays africains au Sud du Sahara et se caractérise par une prédominance de la contraception traditionnelle pour espacer les naissances.

*Le troisième schéma affiché par le Sénégal semble être à cheval entre les deux schémas précédents : une progression de la contraception moderne qui n'est pas encore suivie par une volonté de limitation des naissances.

*Le dernier schéma, celui du Ghana où on n'observe aucune tendance. Mais on note cependant que les taux de contraception traditionnelle et moderne sont aussi bas que dans les autres pays d'Afrique sub-sahariens. C'est le schéma contraceptif pré-transitionnel.

LES FACTEURS DE LA TRANSITION DANS LA REGULATION DES NAISSANCES

Différents modèles d'analyse de l'utilisation de la contraception moderne et de la contraception d'arrêt des naissances apparaissent entre 1977 et 1998 (tableaux 6.3 et 6.4). Cinq variables ayant toutes une incidence significative dans le modèle permettent d'appréhender l'impact de la modernisation sur le recours à la contraception des femmes. Ces variables mettent en évidence la transformation générale des sociétés à travers l'urbanisation, la scolarisation et l'activité économique. Par ailleurs, l'effet de période en présence des facteurs de modernisation et des caractéristiques socio-démographiques se révèle très significatif dans tous les pays. Ce résultat laisse penser que la diffusion du malthusianisme de paupérisation au cours du temps a eu des répercussions très significatives sur le comportement de la population en matière de régulation des naissances.

Tableau 6.3 : Modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception moderne entre 1977 et 1998

Variables Indépendantes	Cameroun		Ghana		Kenya		Sénégal	
	Risques	Seuil	Risques	Seuil	Risques	Seuil	Risques	Seuil
1° Période								
<i>1977-1979</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>1986-1989</i>			1,399	**	1,604	***	3,256	***
<i>1991-1993</i>	2,784	***	1,637	***	2,250	***	6,891	***
<i>1996-1998</i>	6,902	***					12,792	***
2° Milieu de résidence								
<i>Rural</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Urbain</i>	1,223	*	1,345	***	1,802	***	2,982	***
3° Niveau de scolarisation de la femme								
<i>Aucun</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Primaire</i>	4,034	***	2,657	***	2,147	***	2,855	***
<i>Secondaire et plus</i>	9,632	***	4,333	***	4,325	***	4,443	***
4° Niveau de scolarisation du mari								
<i>Aucun</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Primaire</i>	2,507	***	2,509	***	1,772	***	2,348	***
<i>Secondaire et plus</i>	3,207	***	3,571	***	2,387	***	2,905	***
<i>Ne sait pas</i>	2,614	***	1,631	**	0,914		2,199	***
5° Activité de la femme								
<i>Inactive</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Formelle</i>	1,999	***	2,260	***	1,997	***	1,991	***
<i>Informelle</i>	1,109		1,390	**	1,273	**	1,146	
<i>Traditionnelle</i>	0,807	*	1,326	*	1,219	*	0,612	***

(Suite tableau 6.3)

6° Activité du mari								
<i>Inactive</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Formelle</i>	1,343	*	1,750	**	1,625	***	2,129	***
<i>Informelle</i>	0,876		1,587	*	1,438	**	1,283	*
<i>Traditionnelle</i>	0,567	***	1,221		1,279		0,752	*
7° Groupe d'âges des femmes								
<i>Moins de 30 ans</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>30 – 39 ans</i>	1,084		1,077		1,500	***	1,162	
<i>40 ans et plus</i>	1,211		0,997		1,475	***	0,930	
8° Nombre d'enfants nés vivants								
<i>0 – 3</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>4 – 6</i>	1,325	**	1,664	***	2,255	***	2,180	***
<i>7 enfants et plus</i>	2,013	***	2,843	***	2,916	***	2,472	***
9° Nombre d'enfants désirés								
<i>0 – 3</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>4 – 6</i>	0,715	**	0,914		0,497	***	0,879	
<i>7 enfants et plus</i>	0,409	***	0,507	***	0,319	***	0,571	***
<i>Non numérique</i>	0,316	***	0,409	***	0,224	***	0,366	***

N.B. : (***) Significatif au seuil de 1%, (**) Significatif au seuil de 1 %, (*) Significatif au seuil de 5 %

Effet des facteurs de modernisation

La transition vers la contraception moderne

Le processus d'urbanisation, l'amélioration de la scolarisation des femmes et des hommes, et l'insertion des femmes et de leurs conjoints sur le marché de l'emploi formel favorisent le recours aux méthodes modernes de planification familiale, et créent chez les femmes le désir d'une famille planifiée (tableau 6.3).

La résidence en ville contrairement au village prédispose les femmes à recourir aux méthodes modernes de planification familiale. Les chances de pratiquer la contraception moderne sont plus de deux fois importantes chez les femmes citadines du Sénégal. Au Kenya ces risques relatifs avoisinent le double. Dans les autres pays (Cameroun, Ghana), l'impact de l'urbanisation sur le comportement contraceptif des femmes reste significatif mais les risques relatifs des femmes du milieu urbain ne dépassent guère 1,5. Ces résultats relèvent la situation défavorable des zones rurales en matière de santé en général et de la santé de la reproduction en particulier, et des efforts à faire pour combler cette différence.

La scolarisation des femmes est de loin le facteur de modernisation qui favorise la pratique de la contraception moderne dans tous les pays. Les femmes éduquées de niveau secondaire et plus, ont plus de chances d'adopter la contraception moderne que les femmes qui n'ont pas été à l'école. Le risque relatif de recours contraceptif au niveau secondaire et plus est de l'ordre de quatre au Ghana, Kenya, et Sénégal, et de l'ordre de neuf au Cameroun. Les différences significatives dans le comportement contraceptif sont aussi constatées entre les femmes de niveau primaire et celles de niveau secondaire et plus. Que ce soit au Cameroun, au Ghana, au Kenya ou au Sénégal, l'amélioration du recours contraceptif atteint le double lorsqu'on passe du niveau primaire des femmes au niveau secondaire et plus.

La scolarisation des hommes favorise aussi et renforce le recours à la planification familiale de leurs partenaires féminins. Les chances d'adopter la contraception moderne sont d'autant plus importantes chez les femmes lorsque leurs conjoints sont éduqués. Les femmes dont les maris sont de niveau secondaire et plus ont trois fois plus de chance d'utiliser le contraceptif que les autres femmes au Cameroun, Ghana et au Sénégal.

L'activité des femmes améliore le recours à la planification familiale surtout à travers l'insertion professionnelle sur le marché de l'emploi formel. On constate que les chances de pratiquer la contraception moderne s'améliorent de manière très significative lorsque la femme quitte le foyer pour exercer un emploi formel. Les femmes qui exercent dans le secteur moderne ont près de deux fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne que celles qui sont au Cameroun, Ghana et au Kenya⁶⁴.

Le nombre d'enfants nés vivants et le désir en matière de fécondité que nous avons introduit comme variables de contrôle présentent des effets significatifs. Plus le désir pour une descendance nombreuse est important, plus le recours à la contraception moderne est limité. En revanche, lorsque les femmes dépassent trois naissances vivantes au cours de leur vie génésique, elles ont davantage recours à la pratique des méthodes modernes de régulation des naissances.

La transition vers la limitation des naissances

Elle se caractérise aussi par un effet significatif de l'urbanisation, la scolarisation des femmes et de leurs conjoints, l'insertion des femmes et de leurs conjoints sur le marché de l'emploi formel (tableau 6.4). De même que pour le recours à la contraception moderne, on constate aussi une volonté de limitation des naissances de plus en plus affichée lorsque la femme dépasse trois naissances vivantes. Les rapports de chances des femmes ayant 7 enfants et plus à celles ayant 0 à 3 enfants se situent au-delà de dix au Cameroun et au Sénégal. Plus le désir de fécondité est important, moins les femmes recourent à la contraception d'arrêt des naissances.

⁶⁴ Ceci peut aussi traduire un effet de crise ou de paupérisation. La famille élargie permettait en effet de maintenir une progéniture élevée à travers l'entraide familiale. La diminution des revenus, surtout des citadins, ne permet plus de supporter économiquement ces membres supplémentaires. La seule solution qui reste quand un jeune couple veut concilier travail et maternité est le contrôle de cette dernière.

Tableau 6.4 : Modèle de régression logit-linéaire de l'utilisation de la contraception pour limiter les naissances entre 1977 et 1998

Variables Indépendantes	Cameroun		Ghana		Kenya		Sénégal	
	Risques	Seuil	Risques	Seuil	Risques	Seuil	Risques	Seuil
1° Période								
<i>1977-1979</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>1986-1989</i>			1,546	*	3,876	***	39,428	***
<i>1991-1993</i>	70,981	***	2,507	***	3,825	***	34,138	***
<i>1996-1998</i>	88,902	***					54,239	***
2° Milieu de résidence								
<i>Rural</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Urbain</i>	1,557	***	1,623	***	1,281	**	2,011	***
3° Niveau de scolarisation de la femme								
<i>Aucun</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Primaire</i>	1,867	***	2,339	***	1,781	***	1,723	***
<i>Secondaire et plus</i>	2,904	***	4,684	***	2,557	***	3,589	***
4° Niveau de scolarisation du mari								
<i>Aucun</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Primaire</i>	2,824	***	1,692	***	1,652	***	1,691	***
<i>Secondaire et plus</i>	3,577	***	2,008	***	1,988	***	1,828	***
<i>Ne sait pas</i>	5,132	***	0,791		0,831		1,496	*
5° Activité de la femme								
<i>Inactive</i>	1,000		1,000		1,000		1,000	
<i>Formelle</i>	2,237	***	1,339		1,758	***	1,520	*
<i>Informelle</i>	1,230		1,312		1,416	***	0,997	
<i>Traditionnelle</i>	1,577	**	1,224		1,288	**	0,658	*

(Suite tableau 6.4)							
6° Activité du mari							
<i>Inactive</i>	1,000		1,000		1,000		1,000
<i>Formelle</i>	1,027		0,727		2,068	***	1,512
<i>Informelle</i>	0,948		0,694		2,088	***	0,993
<i>Traditionnelle</i>	0,376	***	0,642		1,827	***	0,980
7° Groupe d'âges des femmes							
<i>Moins de 30 ans</i>	1,000		1,000		1,000		1,000
<i>30 – 39 ans</i>	2,675		2,993	***	2,437	***	2,291
<i>40 ans et plus</i>	7,062		4,103	***	3,204	***	3,274
8° Nombre d'enfants nés vivants							
<i>0 – 3</i>	1,000		1,000		1,000		1,000
<i>4 – 6</i>	8,708	***	4,230		3,761	***	6,409
<i>7 enfants et plus</i>	18,493	***	7,790		5,463	***	14,520
9° Nombre d'enfants désirés							
<i>0 – 3</i>	1,000		1,000		1,000		1,000
<i>4 – 6</i>	0,517	***	0,451	***	0,423	***	0,570
<i>7 enfants et plus</i>	0,249	***	0,305	***	0,270	***	0,212
<i>Non numérique</i>	0,175	***	0,286	***	0,181	***	0,134
<i>N.B. : (***) Significatif au seuil de 1%, (**) Significatif au seuil de 1 %, (*) Significatif au seuil de 5 %</i>							

Effet du malthusianisme de crise ou de paupérisation

La transition vers la contraception moderne

Le modèle du tableau 6.3 présente les effets propres aux facteurs de modernisation et l'effet de période après avoir contrôlé l'influence des facteurs démographiques à savoir la fécondité désirée et la fécondité réalisée, variables directement liées à la planification familiale. Il ressort des résultats de tous les pays un effet conjoncturel très significatif qui s'accélère davantage avec le temps.

Au Cameroun, les chances pour une femme de pratiquer la contraception moderne ont presque triplé de 1978 à 1991, indépendamment de l'influence des facteurs de modernisation. En 1998, elles sont près de sept fois plus importantes qu'en 1978. Les sept dernières années (1991-1998) ont connu une diffusion beaucoup plus rapide de la contraception moderne à travers les programmes de planification familiale, et constituent aussi une période où les effets des mesures d'ajustement structurel se sont beaucoup fait sentir : élévation du taux de chômage, baisse des salaires, gel d'embauches beaucoup plus accentué dans le secteur public, dévaluation du franc cfa, etc. C'est aussi une période où s'affiche une volonté de limitation des naissances au sein de la population. Certes, l'effet du malthusianisme de crise qui apparaît à travers l'effet de période demande à être confirmé par d'autres indicateurs de mesure de la crise.

Le schéma de transition au Sénégal, se caractérise aussi par un effet de période très significatif. Les femmes exposées au risque de grossesse en 1997 ont 12 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne qu'en 1978, indépendamment de leur exposition aux facteurs de modernisation. Partant de 1978, l'effet de conjoncture n'a fait que s'accumuler : 3,2 en 1986 ; 6,8 en 1992/1993, puis 12,8 en 1997. La crise économique au Sénégal s'est manifestée par la baisse du revenu par tête entre 1961 et 1991 (Duruflé, 1994). Cette période connaît une intense mobilité professionnelle qui traduit une précarité de l'emploi. On constate des difficultés de plus en plus accrues d'insertion des jeunes sur le marché de l'emploi.

Le modèle de transition kényane présente également un effet de période qui s'accélère avec le temps. Cet effet traduirait beaucoup plus l'effet de conjoncture favorisant la diffusion des méthodes de planification familiale. Le soutien accordé par le président Daniel Arap Moï aux programmes de planification familiale à partir des années 1980 a été très significatif dans

l'amélioration de la qualité des services de centre de santé , et aussi dans la diffusion de nouveaux idéaux de fécondité (Locoh et Makdessi, 1996).

L'exemple du Ghana est aussi révélateur de l'influence de la conjoncture économique sur le comportement procréateur de la population. Mais comparativement aux autres pays, l'effet de conjoncture est relativement moins ressenti à partir de 1988, période durant laquelle l'économie ghanéenne renoue avec la croissance. Outre les facteurs de modernisation signalés précédemment, les effets négatifs des mesures d'ajustement agiraient aussi à travers l'effet de période identifié. Ces effets demandent à être analysés de manière approfondie à l'aide des données appropriées.

La transition vers la limitation des naissances

Les résultats de la partie descriptive montrent que la transition vers la limitation des naissances est beaucoup plus facilitée par la transition vers l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Dans le modèle du tableau 4 on retrouve presque les mêmes effets qui agissent à la fois sur l'utilisation des méthodes modernes et sur la limitation des naissances. En ce qui concerne la conjoncture, les effets se multiplient davantage au Cameroun et au Sénégal. Le comportement d'arrêt des naissances est très courant au cours de la période 1996-1998, traduisant ainsi l'effet de la conjoncture économique.

Au Ghana et au Kenya les effets sont aussi significatifs mais l'ampleur du phénomène n'est pas la même qu'au Sénégal et au Cameroun.

CONCLUSION

Cette analyse met en lumière l'évolution et les mutations de l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique. Les quatre pays étudiés présentent des schémas différents de transition des modes de régulation de naissances en Afrique. Ces schémas refléteraient la diversité des situations que l'on observe en Afrique sub-saharienne. Le premier schéma identifié par le Kenya présente une transition de régulation très avancée : le passage d'une contraception traditionnelle à une contraception moderne accompagnée par une volonté de limitation des naissances. Le deuxième schéma que l'on retrouve au Cameroun est probablement le cas de beaucoup de pays d'Afrique au sud du Sahara. Il se caractérise encore par une prédominance des méthodes traditionnelles pratiquées généralement pour espacer les naissances. Le troisième schéma est à cheval entre les deux précédents. Il se caractérise une augmentation de la contraception moderne qui n'est pas encore suivie d'une volonté de limitation des naissances. Au Ghana on observe aucune tendance dans l'évolution des prévalences contraceptives traditionnelle et moderne selon le but poursuivi dans la pratique (espacement et limitation des naissances). Ce dernier schéma est celui des pays en situation pré-transitionnelle contraceptive.

La prise en compte des situations conjoncturelles de crise économique et d'ajustement structurel dans les quatre pays a apporté un éclairage sur la croissance rapide de l'utilisation de la contraception moderne au cours de ces vingt dernières années. Il se dégage ainsi des résultats des analyses que la transition amorcée dans les quatre pays est non seulement entraînée par les facteurs de modernisation (urbanisation, scolarisation, emploi du secteur moderne), mais aussi par la conjoncture économique et les mesures d'ajustement structurel, dont l'une des conséquences majeures a été la paupérisation des populations concernées. On semble donc s'acheminer vers la coexistence de deux modèles de transition de régulation des naissances en Afrique sub-saharienne. Un premier modèle connu depuis les années 1950 sur lequel reposent toutes les théories de modernisation. Un second modèle de transition qui conforte l'hypothèse de malthusianisme de crise ou de paupérisation. Dans beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne, on retrouve actuellement, avec la crise économique qui perdure, le tiers voire près de la moitié de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. Le slogan des années 60 et 70 « la meilleure pilule c'est le développement » se transformera-t-il en « la

meilleure pilule c'est la pauvreté » ? La réponse à cette question conforterait peut-être ce nouveau concept de « malthusianisme de paupérisation », mieux adapté à l'Afrique à l'instar du « malthusianisme de pauvreté » observé en Amérique Latine.

BIBLIOGRAPHIE

- Akoto Eliwo et Kamdem Hélène (1998), Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique, communication présentée aux Troisièmes Journées Scientifiques du réseau de démographie de l'AUPELF-UREF, *Les Transitions Démographiques des Pays du Sud*, Rabat, 9-12 décembre 1998, 18 p.
- Antagana J.M.N, Martin J.Y, TA NGOC C.(1984), *Education, emploi et salaire au Cameroun*, UNESCO, Paris, 294 p.
- Antoine Philippe, Ouedraogo Dieudonné et PICHE Victor (1998 a), *Trois générations de citoyens au Sahel. Trente ans d'histoire sociale à Dakar et à Bamako*, L'Harmattan, Collection «Villes et entreprises», Paris-Montréal, 276 p.
- Antoine Philippe et KOUAME Aka (1998 b), Crise et formation de la famille en milieu urbain africain: le cas de la ville de Yaoundé, Communication à la Chaire Quêtelet 1998, *Familles et ménages face à la crise*, Institut de démographie de l'UCL, Louvain-la-Neuve.
- Banque Mondiale (1990), Rapport sur le développement dans le monde 1990 : la pauvreté, Banque mondiale, Washington, 287 p.
- Banque Mondiale (1999), Rapport sur le développement dans le monde. Le savoir au service du développement, Editions ESKA, Paris, 279 p.
- Barrere B. et Ayad M. (1994), Niveaux et tendances de la contraception dans les pays en développement. Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé , in: *Les modes de régulation de la reproduction humaine. Incidences sur la fécondité et la santé*, Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992), PUF-AIDELF, pp.451-465.
- Caldwell John (1982), *Theory of fertility decline*, Londres, Academic Press, 386 p.
- Cohen Barney (1996), Niveaux, différences et tendances de la fécondité in: FOOTE K., HILL K., MARTIN G.L *Changements démographiques en Afrique Sub-Saharienne*, Les travaux et documents de l'INED, Cahier N°135, PUF INED-National academy of sciences, Paris, pp.9-70.
- Cosio-Zavala Maria-Eugenia (1994), *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, Editions L'Harmattan/IHEAL, Paris, 256 p.
- Cosio-Zavala Maria-Eugenia (1995), Inégalités économiques et sociales et transition de la fécondité en Amérique latine in: TABUTIN D. et al. (Dir) *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Academia/ L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, Paris, pp.401-414.

- Cosio-Zavala Maria-Eugenia (1998), Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique latine et les inégalités sociales : le malthusianisme de pauvreté, communication présentée aux Troisièmes Journées Scientifiques du réseau de démographie de l'AUPELF-UREF, *Les Transitions Démographiques des Pays du Sud*, Rabat, 9-12 décembre 1998, 20 p.
- Durufle Gilles (1994), *Le Sénégal peut-il sortir de la crise ?*, Karthala, Paris, 222p.
- Evina Akam (1990), *Infécondité et sous-fécondité : Evaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, Les Cahiers de l'IFORD N°1, Yaoundé (Cameroun), 281p.
- Fondeur Y. (1999), Insertion professionnelle des jeunes : quelles sont les temporalités pertinentes ? in: Degenne A., Lecoutre M., Lièvre P., Werquin P.(éds), *Insertion, transition professionnelle et identification de processus*, Céreq, Document N°142 Série Séminaires, pp.185-197.
- Gubry Patrick (1988), Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme moderne ? in: GUBRY P. et SALA-DIAKANDA M. *Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances*, Les Dossiers du CEPED n°2, Paris, pp.23-50
- Ikiara Gerrishon (1998), L'économie kenyane face à l'ajustement structurel (1978-1995), in: Grignon F. et Prunier G. (dir.), *Le Kenya contemporain*, Editions Karthala-IFRA, Paris, pp.255-272.
- Lesthaeghe Ronald, Kaufmann Georgia et Meekers Dominique (1989), The nuptiality regimes Sub-Saharan Africa, in: LESTHAEGHE R. (eds), *Reproduction and social organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, Berkeley, pp. 238-337.
- Locoh Thérèse (1995), Paupérisation et transitions démographiques en Afrique sub-saharienne in: Tabutin D. et al (Dir.) *Transitions démographiques et sociétés*, Chaire Quetelet 1992, Academia/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, Paris pp.381-399.
- Locoh Thérèse et Makdessi Yara (1996), *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*, Les Dossiers du CEPED n°44, Paris, 47 p.
- Pnud (1999), *Rapport mondial sur le développement humain 1999*, De Boeck Université, Paris-Bruxelles, 262 p.
- Philipps James F. and ROSS John A. (1992), *Family Planning Programmes and Fertility*, Clarendon Press Oxford-IUSSP, USA, 340 p.
- Roc Alan et Schneider Hartmut (1992), *Ajustement et équité au Ghana*, OCDE, Paris, 160 p.
- Roubaud François (1994), Le modèle de développement camerounais 1965-1990 : de la croissance équilibrée à la crise structurelle, in: COURADE G., *Le village camerounais à l'heure de l'ajustement*, Editions Karthala, Paris, pp.52-72.

- Sala-Diakanda M.(1988), L'infécondité de certaines ethnies in : TABUTIN D.(eds), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Editions l'Harmattan, Paris, pp.191-216.
- Unicef (1994), *La situation des enfants dans le monde 1994*, Nations Unies, New York (USA), 94p.
- United Nations (1987), *Fertility Behaviour in the context of development. Evidence from the world fertility survey*, Department of International Economic and Social Affairs, Population Studies No 100, New York, 383 p.
- United Nations (1993), *Population Policies and Programmes*, New York, Nations Unies, 267 p. (Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Population Policies and Programmes. Cairo, Egypt, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, april 1992).
- Verlet Martin (1991), Le FMI, les politiques d'ajustement structurel et la problématique population/ressources. L'expérience du Ghana, in : Gendreau F, Meillassoux C., Schlemmer B., et Verlet M., *Les spectres de Malthus*, Editions EDI-ORSTOM-CEPED, Paris, pp. 397-424.
- Vimard P. et Fassassi R.(1998), Vers un double modèle de transition de la fécondité en Afrique ?, communication présentée aux Troisièmes Journées Scientifiques du réseau de démographie de l'AUEP/UREF, *Les Transitions Démographiques des Pays du Sud*, Rabat, 9-12 décembre 1998, 16 p.
- Vimard Patrice (1997), *Transition démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*, ETS-ORSTOM, Documents de recherche n°3, 31 p.
- Van De Walle et Van De Walle (1988), Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de fécondité, in : Tabutin D.(dir), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, L'Harmattan, Paris, pp.141-165.

CHAPITRE 7

PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET CONTROLE DE LA FECONDITE EN COTE D'IVOIRE

Rami FASSASSI*
Patrice VIMARD**

INTRODUCTION

Bien que la prévalence contraceptive ne soit pas encore très élevée en Côte d'Ivoire, ce pays présente l'intérêt d'avoir vu la pratique de la contraception s'y développer et le mode de contrôle de la fécondité évoluer, depuis le début des années 1980, en l'absence de politique de population et de programmes de planification familiale et dans une période caractérisée dans sa première phase par un populationnisme relativement affirmé. Afin d'éclairer ce paradoxe, notre article s'efforcera de faire le point sur cette question de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire.

Nous présenterons tout d'abord l'évolution des différents comportements de contraception, en montrant que les mesures actuellement les plus communément diffusées dans la littérature scientifique ne rendent pas complètement et exactement compte de l'intensité du phénomène. Nous mettrons ensuite en évidence les principaux facteurs de la pratique contraceptive, en montrant la diversité des comportements selon les grandes catégories socio-économiques et démographiques. Enfin, nous tenterons d'estimer le rôle de la contraception dans le contrôle de la fécondité par les populations résidant en Côte d'Ivoire en essayant de discerner les différents

* ENSEA, membre de l'équipe 'Transition de la fécondité et santé de la reproduction (ETS)

** IRD membre de l'équipe 'Transition de la fécondité et santé de la reproduction (ETS) et du Laboratoire Population-Environnement (LPE)

types de contrôle de la fécondité et les relations entre la position des femmes envers la planification familiale et leurs caractéristiques socio-économiques.

Les données de la deuxième enquête démographique et de santé de 1998-1999 n'étant pas encore disponibles, notre analyse utilisera essentiellement celles de la première enquête démographique et de santé réalisée en 1994⁶⁵.

L'ÉVOLUTION ET LA DIFFÉRENCIATION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE ENTRE 1980 ET 1999

L'évolution de la pratique contraceptive

Pratiquement inexistante en 1980-81, d'après les données de l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF), la pratique contraceptive s'est développée à partir des années 80 jusqu'à la période actuelle (tableau 7.1). En 1980, seulement 1,5 % des femmes exposées utilisaient une méthode de contraception (3,9 % si on inclut les femmes utilisant l'abstinence prolongée qui ne sera plus considérée dans les enquêtes suivantes comme une méthode de contraception). Cette pratique concerne 16,6 % de l'ensemble des femmes en 1994, lors de la première enquête démographique et de santé (EDSCI-I), et 20,7 % en 1998-1999, lors de la deuxième enquête démographique et de santé (EDSCI-II). La prévalence contraceptive croît par conséquent d'environ 1 % par an depuis 1980. Dans une première phase, (1980-1994, entre l'EIF et l'EDSCI-I), la progression a surtout concerné l'utilisation des méthodes naturelles⁶⁶, essentiellement la continence périodique qui concerne près de 10 % des femmes dès 1994. Dans la seconde

⁶⁵ Cette analyse a été produite dans le cadre d'un programme mené par l'équipe ETS de l'IRD. Ce programme est soutenu par l'AUF à travers l'action de recherche concertée sur " Les transition démographiques dans les pays francophones du Sud " et l'action de recherche partagée sur " Santé de la reproduction, transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire ". L'étude des facteurs de la pratique contraceptive a bénéficié de l'apport méthodologique d'un projet du Groupe international de partenaires population-santé (GRIPPS) sur ce thème.

⁶⁶ Dans cette communication nous distinguerons : les méthodes naturelles, comprenant le retrait et la continence périodique ; les méthodes modernes incluant la pilule, le stérilet, les injections, le condom, la stérilisation, masculine ou féminine, les spermicides, etc. ; les méthodes populaires ou traditionnelles telles les " gris-gris ", les plantes...

phase, comprise entre les deux enquêtes démographiques et de santé (1994-1999), l'augmentation de la prévalence concerne en priorité les méthodes modernes, tout particulièrement la pilule et le condom utilisés chacun par environ 4 % des femmes en 1998-1999. Aussi, alors qu'en 1994, les méthodes naturelles sont nettement plus répandues que les méthodes modernes (respectivement 9,8 % et 5,7 %) l'utilisation de ces deux types de méthodes est équivalente 5 ans plus tard (9,7 % et 9,8 %). Quant aux méthodes dites traditionnelles ou populaires, leur utilisation demeure presque inexistante (autour de 1 %).

Tableau 7.1 : Évolution de la pratique contraceptive selon la méthode en Côte d'Ivoire, 1980-1999 (en %)

	EIF, 1980-1981*	EDSCI-I, 1994**	EDSCI-II, 1998-1999**
Pilule	0,5	2,5	3,7
Stérilet	0,1	nd	0,3
Injection	0,0	0,7	1,1
Condom	0,0	1,9	4,4
Autres modernes	0,2	0,6	0,2
<i>Ensemble des méthodes modernes</i>	<i>0,8</i>	<i>5,7</i>	<i>9,8</i>
Contenance périodique	0,5	9,6	9,4
Retrait	0,1	0,2	0,3
<i>Ensemble des méthodes naturelles</i>	<i>0,6</i>	<i>9,8</i>	<i>9,7</i>
Populaires ou traditionnelles	0,1	1,1	1,2
<i>Ensemble des méthodes</i>	<i>1,5</i>	<i>16,6</i>	<i>20,7</i>
Abstinence prolongée***	2,4	nd	nd

Source : Direction de la Statistique, 1984 ; N'Cho *et al.*, 1995 ; Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999.

* Femmes exposées.
 ** Toutes les femmes.
 *** L'abstinence prolongée en dehors des périodes post-partum enregistrée comme méthode contraceptive lors de l'EIF, ne sera plus considérée comme telle lors des enquêtes démographiques et de santé.
 nd : non disponible

La différenciation de la pratique contraceptive

Cette évolution générale recouvre une progression très inégale de la pratique contraceptive des femmes selon leurs caractéristiques démographiques et surtout sociales (tableau 7.2). Les prévalences contraceptives atteintes en 1994 par les femmes mariées montrent que la première phase de progression a surtout concerné les femmes résidant en milieu urbain, tout particulièrement à Abidjan, et les femmes instruites, avec une prévalence d'autant plus forte que l'instruction est de niveau élevé. Les progrès de la prévalence sont également plus forts pour les femmes qui ont de 1 à 3 enfants vivants par rapport, d'une part, à celles qui n'en ont aucun et, d'autre part, à celles qui en ont 4 ou plus. Ils sont également plus forts pour les femmes de 20 à 34 ans, qui ont la fécondabilité la plus forte, que pour les femmes plus jeunes ou plus âgées. Ainsi, au contraire de 1980, une forte différenciation selon les caractéristiques des femmes se fait-elle jour en 1994, excepté pour l'instruction où la contraception plus fréquente des femmes instruites se remarque dès 1980 et ne fait que s'accroître quatorze ans plus tard.

Dans la seconde phase, de 1994 à 1998-1999, la progression de la contraception chez l'ensemble des femmes mariées est de seulement 3,5 %, mais on relève un accroissement beaucoup plus fort chez certaines catégories : les femmes âgées de 40-44 ans (+11,8 %) et de 25-29 ans (+6,0 %) ; les femmes vivant dans les autres villes qu'Abidjan (+5,9 %) ; les femmes de niveau d'instruction primaire (+6,1 %) ; les femmes ayant 2 enfants (+6,5 %) et 4 enfants ou plus (+5,8 %). On note ainsi une évolution dans les composantes de la progression : si durant la première phase celle-ci a concerné les milieux les plus instruits et urbanisés, résidant à Abidjan et d'instruction secondaire ou davantage, la seconde phase voit les milieux moyennement instruits et résidant dans les villes secondaires adopter plus résolument des comportements contraceptifs. Par contre, on remarque une stagnation de la pratique contraceptive chez les femmes de 20-24 ans, celles ayant seulement 1 enfant et celles ayant 3 enfants, avec toutefois une modification des comportements des femmes de 20-24 ans qui tendent davantage à utiliser les méthodes modernes en 1998-1999.

Tableau 7.2 : Évolution en Côte d'Ivoire de la pratique contraceptive des femmes en union selon l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants, 1980, 1994, 1998 - 1999 (en %)

	1980 ¹			1994 ²			1998-1999 ³			Progression	
	Méthode moderne	Méthode naturelle	Ensemble des méthodes moderne ou naturelle (1)	Méthode moderne	Méthode naturelle	Ensemble des méthodes moderne ou naturelle (2)	Méthode moderne	Méthode naturelle	Ensemble des méthodes moderne ou naturelle (3)	1980-1994 en % (2) - (1)	1994-1999 en % (3) - (2)
Âge											
15-19	0,9	0,5	1,4	2,3	5,8	8,1	4,3	5,4	9,7	nd	1,6
20-24				3,8	8,8	12,6	7,0	5,6	12,6	nd	0,0
25-29	1,2	0,8	2,0	5,2	5,7	10,9	8,1	8,8	16,9	nd	6,0
30-34				5,3	7,5	12,9	8,7	6,0	14,7	nd	1,8
35-39	0,1	0,3	0,4	4,6	5,2	9,8	5,9	6,0	11,9	nd	2,1
40-44				4,6	3,2	7,8	10,0	9,6	19,6	nd	11,8
45-49	0,0	0,7	0,7	2,0	2,3	4,3	5,3	3,1	8,4	nd	4,1
Milieu de résidence											
Abidjan	nd	nd	2,2 ^a	9,6	12,1	21,7	11,6	13,7	25,3	19,5	3,6
Autres villes	nd	nd	1,8 ^a	6,3	7,5	13,8	13,2	6,5	19,7	12,0	5,9
Ensemble urbain	nd	nd	nd	7,9	9,8	17,8	12,4	10,3	22,7	5,1	4,9
Rural	nd	nd	1,1 ^a	2,2	3,9	6,2	4,6	4,6	9,2		3,0
Niveau d'instruction											
Aucune	nd	nd	0,7 ^a	2,1	2,4	4,6	4,4	2,1	6,7	3,9	2,1
Primaire	nd	nd	2,5 ^a	7,6	10,2	17,8	10,4	13,5	23,9	21,4	6,1
Secondaire ou plus	nd	nd	7,9 ^a	13,2	24,5	37,7	19,6	19,9	39,5	29,8	1,8
Nombre d'enfants vivants											
Aucun	nd	nd	Nd	2,7	7,1	9,7	4,5	6,4	10,9	nd	1,2
1	nd	nd	Nd	3,7	7,5	11,2	5,1	6,1	11,2	nd	0,0
2 (2 ou moins en 1980)	1,0	0,6	1,6	4,1	6,8	10,9	9,6	7,8	17,4	nd	6,5

(Suite tableau 7.2)

3	0,6	0,2	0,8	5,7	6,4	12,1	6,0	5,8	11,8	nd	-0,3
4 ou plus (4 en 1980)	0,5	0,6	1,1	4,5	4,9	9,4	8,6	6,6	15,2	nd	5,8
5 ou plus	0,6	0,6	1,2								
Ensemble	0,8	0,6	1,4	4,3	6,1	10,4	7,3	6,6	13,9		3,5

Source : ¹ Direction de la Statistique, 1984 ; ² N'Cho et al., 1995 ; ³ Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999.

Méthodes modernes : pilule, stérilet, injection, condom, stérilisation, spermicides...

Méthodes naturelles : retrait, continence périodique.

^a estimation

nd : non disponible

D'une manière générale, la poursuite de la progression de la pratique contraceptive durant la seconde moitié des années 90 ne s'accompagne pas d'une différenciation croissante selon les couches de la population, comme on aurait pu le penser en considérant l'évolution antérieure. Les écarts de prévalence entre les Abidjanaises et les femmes rurales d'une part, entre les femmes d'instruction secondaire ou davantage et les femmes sans instruction sont plutôt étales. On note par contre un rattrapage de la part des femmes qui se situaient à un niveau intermédiaire de prévalence contraceptive. Au plan démographique, après avoir essentiellement concerné les femmes situées au début de la constitution de leur descendance, la pratique contraceptive s'étend maintenant à toutes les phases de la vie reproductive ; son importance, nouvelle, chez les femmes ayant 40-44 ans et chez celles ayant 4 enfants vivants ou plus, qui sont par conséquent en fin de vie féconde, pourrait laisser penser que la contraception d'arrêt a progressé entre 1994 et 1998-1999 et vient maintenant s'ajouter à la contraception d'espacement, dominante en 1994⁶⁷.

Cette progression de la pratique contraceptive est concomitante d'une baisse de l'indice synthétique de fécondité qui passe de 7,4 pour la période 1977-1981 à 5,2 pour la période 1994-1998, soit une diminution de plus de 2 enfants en moins d'une vingtaine d'années.

LES COMPORTEMENTS DE CONTRACEPTION ET DE CONTROLE DE LA FECONDITE

Quels indicateurs de la pratique contraceptive choisir ?

Les données de l'EDSCI-I de 1994 permettent de mesurer le véritable niveau de la prévalence contraceptive et du contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire, en se dégageant des indices le plus souvent utilisés, qui ne rendent qu'incomplètement et imparfaitement compte de l'utilisation de la contraception. Le chiffre le plus souvent cité est de 17 % qui représente la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes quelle que soit la

⁶⁷ Cependant, dès 1994, 23 % de l'ensemble des femmes utilisant une méthode de contraception souhaitent arrêter la constitution de leur descendance : ceci concerne 31 % des utilisatrices de moyens modernes et 25 % des utilisatrices de moyens naturels (Vimard *et al.*, 1998).

méthode de contraception utilisée, soit le rapport des femmes utilisant une méthode de contraception sur l'ensemble des femmes (N'Cho *et al.*, 1995). Ce chiffre ne constitue qu'une mesure approchée de la contraception et du contrôle de la fécondité, pour trois raisons essentielles. Tout d'abord, le numérateur associe des femmes utilisant différentes méthodes (moderne, traditionnelle ou populaire, selon les dénominations utilisées lors des enquêtes démographiques et de santé), à l'efficacité fort inégale, dont notamment les méthodes dites populaires (gri-gri, plantes, etc.), à l'efficacité très réduite. Ensuite le dénominateur regroupe des femmes dont le risque de concevoir est lui aussi très divers, selon l'âge, la fréquence des rapports sexuels... Enfin, paradoxe tout particulier, les femmes qui pratiquent l'abstinence post-partum figurent au dénominateur, alors que leur risque de conception est nul, et ne figurent pas au numérateur bien qu'utilisant une certaine forme de contrôle des naissances⁶⁸.

Aussi, pour apprécier la réalité et la complexité de ces pratiques de contraception, proposons-nous de distinguer les divers moyens de contrôle des naissances utilisés, d'une part, et les différents types de femmes concernées, d'autre part. Pour les moyens, nous devons distinguer les méthodes contraceptives modernes, les méthodes contraceptives naturelles, qui forment l'ensemble des méthodes de contraception, et l'abstinence post-partum, en excluant les méthodes dites populaires. Pour les types de femmes, nous pouvons distinguer quatre groupes, non exclusifs les uns des autres : 1) l'ensemble des femmes et 2) les femmes en union – qui sont les deux catégories de femmes selon lesquelles les statistiques et les analyses sont généralement produites –, 3) les femmes sexuellement actives⁶⁹ qui ne sont pas en union, dont la forte prévalence contraceptive et l'importance dans le contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire ont déjà été soulignées (N'Cho *et al.*, 1995 ; Vimard et Fassassi, 2000) ; 4) les femmes sexuellement actives quel que soit leur statut matrimonial⁷⁰, qui nous paraît être la catégorie la plus adéquate pour apprécier l'importance réelle de la contraception, puisqu'il s'agit des femmes réellement soumises au risque de conception (tableau 7.3).

⁶⁸ Si l'abstinence post-partum n'est pas incluse parmi les méthodes contraceptives dans les statistiques, c'est que les producteurs de données considèrent qu'elle échappe à cette catégorie de par son intention qui est de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, et non d'espacement ou de limitation des naissances proprement dit. Ce jugement est discutable puisque le résultat est le même. Par contre, le fait d'inclure les femmes en abstinence post-partum au dénominateur paraît plus inexplicable et incohérent.

⁶⁹ On appelle femmes sexuellement actives, les femmes ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 28 jours qui ont précédé l'enquête démographique et de santé.

⁷⁰ Pour ces deux dernières catégories, on exclut de l'échantillon les femmes qui sont enceintes ou ménopausées.

Tableau 7.3 : Contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire selon la situation de la femme et le type de méthode utilisée au moment de l'EDSCI-I, 1994 (en %)

	Méthode moderne de contraception	Méthode naturelle de contraception	Au moins une méthode de contraception	Abstinence prolongée	Aucun contrôle	Ensemble	Effectif de femmes
Ensemble des femmes	5,7	9,5	15,3	19,3	65,6	100,0	8 100
Femmes en union	4,3	5,8	10,1	23,5	66,4	100,0	5 272
Femmes sexuellement actives pas en union	19,8	30,6	50,4	–	49,6	100,0	774
Ensemble des femmes sexuellement actives	10,7	15,0	25,7	–	74,3	100,0	3096

Source : calculs propres.

Les niveaux de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire

Si 15,3 % de l'ensemble des femmes et 10,1 % des femmes mariées utilisent une méthode contraceptive, qui est plus souvent naturelle que moderne, elles sont respectivement 19,3 % et 23,5 % à pratiquer une abstinence post-partum qui demeure le mode de contrôle des naissances le plus fréquemment employé. Si l'on considère les femmes sexuellement actives, 25,7 % utilisent une méthode contraceptive, et ce pourcentage s'élève à 50,4 % lorsqu'elles ne sont pas en union, soit plus d'une femme sur deux, et dans leur cas également les méthodes naturelles l'emportent sur les méthodes modernes. Ainsi, pouvons-nous dire que 26 % des femmes réellement soumises au risque de conception utilisent une méthode contraceptive, et que parmi l'ensemble des femmes, 34 % utilisent un moyen de contrôle des naissances. Compte tenu de ces chiffres, les mesures de la prévalence contraceptive habituellement présentées pour la Côte d'Ivoire, comme pour les autres pays africains, nous paraissent sous-estimées et ne rendent pas complètement compte des pratiques réelles.

Au delà des mesures habituellement utilisées, qui peuvent faciliter des comparaisons internationales et des études de suivi, il nous semble important, pour apprécier la réalité du contrôle effectif de la fécondité, d'une part de tenir compte de l'abstinence post-partum lorsque l'on considère l'ensemble des femmes, mariées ou non ; d'autre part, de considérer la pratique contraceptive des seules femmes sexuellement actives, non enceintes et non ménopausées qui sont réellement soumises au risque de conception.

LES FACTEURS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE CHEZ LES FEMMES SEXUELLEMENT ACTIVES

Nous explorerons les facteurs individuels de la contraception, à partir du modèle de régression logistique le mieux spécifié, en considérant le fait pour une femme sexuellement active, quel que soit son état matrimonial, d'utiliser au moment de l'enquête démographique et de santé de 1994 une méthode contraceptive moderne. Nous avons construit le modèle sur la base des quatre variables paraissant les plus déterminantes de la pratique contraceptive : le milieu de résidence, l'âge, l'instruction et l'occupation de la

femme. Nous avons ensuite considéré les autres variables susceptibles d'améliorer l'efficacité du modèle sur la base du test du rapport de vraisemblance. Ceci nous a conduit à retenir l'instruction du conjoint, l'approbation du conjoint envers la planification familiale et la disposition de revenus monétaires par la femme, et à rejeter les variables suivantes concernant la femme : préférence en matière de fécondité, approbation de la planification familiale, travail ou non, difficulté à joindre la source de planification familiale, niveau d'ouverture sur les media, qui n'améliorent pas significativement le modèle.

Le tableau 7.4 fournit les odds ratios pour chacune des modalités : les odds ratios supérieurs à 1 sont associés à des modalités qui augmentent les chances d'utiliser la contraception, relativement à la modalité de référence ou à une modalité de la même variable qui a un odds ratio plus faible. Inversement, les odds ratios inférieurs à 1 sont associés à des modalités qui diminuent les chances pour une femme sexuellement active d'être contraceptante, relativement à la modalité de référence ou à une modalité de la même variable qui a un odds ratios plus élevé. Plus grand est l'écart entre l'odds ratio et l'unité, plus fort est l'effet de la modalité. Le tableau inclut également l'erreur standard (E. S.), qui est une estimation de l'écart-type des paramètres estimés, et la significativité de ces paramètres.

D'une manière générale, les modalités des variables retenues ont une très forte significativité. Toutes choses égales par ailleurs, le fait d'avoir 20 ans et plus augmente la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive moderne (par rapport aux femmes de 15-19 ans), cela est particulièrement net pour les femmes de 25 à 34 ans ou de 40 à 49 ans. La résidence en milieu urbain augmente également cette propension (par rapport aux femmes résidant en zone rurale). Le fait d'être instruite (par rapport aux femmes sans instruction), augmente cette propension, et ceci est accusé pour les femmes ayant effectué un cycle primaire complet ou ayant atteint un niveau secondaire ou supérieur. Concernant l'occupation des femmes, le fait d'être ménagère, c'est-à-dire le plus souvent épouse de cadre des secteurs privés ou public, d'avoir un travail manuel, ou une activité de commerce ou de service augmente (par rapport aux agricultrices), la pratique contraceptive moderne ; en revanche le fait d'être cadre ou employée de bureau ou d'être sans travail n'offre pas de différence significative au seuil de 10 %. Le fait de disposer de revenus monétaires, gage d'une certaine indépendance économique pour les femmes, augmente également leur chance d'utiliser une méthode moderne de contraception, par rapport à celles qui n'en disposent pas. Les caractéristiques du conjoint interviennent de manière moins nette sur les propensions d'utilisation contraceptive de son (ses) épouse(s) dans la mesure où toutes les

modalités ne présentent pas de différences significatives au seuil de 10 %. Le fait d'avoir un conjoint ayant effectué un cycle primaire complet, ou d'avoir un conjoint dont le niveau d'instruction n'est pas précisé, augmente la propension à utiliser une méthode (par rapport à un conjoint non instruit). Le fait que le conjoint approuve l'utilisation de la planification familiale augmente fortement la pratique contraceptive des femmes, celle-ci est également renforcée pour les femmes qui n'ont pas de conjoint (vis-à-vis de celles dont le conjoint désapprouve la planification familiale).

L'examen des prévalences contraceptives selon les caractéristiques des femmes montre des résultats cohérents avec l'analyse précédente. La contraception s'accroît avec la résidence urbaine, comme avec l'instruction de la femme ou celle de son conjoint, une activité non agricole, tout particulièrement lorsque celle-ci est exercée dans le secteur tertiaire, la disponibilité de revenus monétaires, le fait de ne pas être en union, l'approbation de la planification familiale par le conjoint (tableau 7.5). Concernant les différences selon l'âge, la prévalence tend à augmenter jusqu'à 25-29 ans puis à diminuer ensuite. On remarque de grandes variations de cette prévalence : par exemple celle-ci est 3 fois plus élevée à Abidjan qu'en milieu rural, 6 fois plus élevée chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure que chez les femmes non instruites, et 7 fois plus élevée chez les cadres et les employées de bureau que chez les agricultrices. Ces écarts de prévalence contraceptive vont de pair avec les différences dans le niveau de la fécondité, ainsi l'indice synthétique de fécondité est, pour la période 1994-1999, de 3,45 à Abidjan contre 6,03 en milieu rural, et de 2,3 pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure contre 6,19 pour celles sans instruction (MINISTRE DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION DU DEVELOPPEMENT et DHS, 1999).

Tableau 7.4 : Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire, femmes sexuellement actives, 1994 (N = 3096)

Variables (modalité de référence)	Odds ratios	Erreur standard	Significativité ^a
Âge de la femme (15-19 ans)			
20-24	1,914	0,302	**
25-29	3,676	0,312	***
30-34	2,706	0,344	***
35-39	1,827	0,393	*
40-44	2,886	0,452	**
45-49	3,291	0,576	**
Milieu de résidence de la femme (Village)			
Autres villes	2,280	0,227	***
Abidjan	2,227	0,250	***
Instruction de la femme (Non instruite)			
Primaire incomplet	1,741	0,242	**
Primaire complet	3,0008	0,284	***
Secondaire et plus	2,506	0,249	***
Occupation de la femme (Agriculture)			
Cadre et employé de bureau	0,879	0,552	-
Commerce et service	1,584	0,337	*
Sans travail	1,257	0,362	-
Ménagère	3,559	0,583	**
Travail manuel	2,649	0,457	**
Revenus monétaires de la femme (Non)			
Oui	2,401	0,313	***
Instruction du conjoint (Non instruit)			
Primaire incomplet	0,903	0,446	-
Primaire complet	2,877	0,391	***
Secondaire & plus	1,428	0,296	-
Non précisé	3,205	0,419	***
Sans conjoint	1,533	0,409	-
Approbation de la planification familiale par le conjoint (Non)			
Oui	5,285	0,305	***
Ne sait pas	1,221	0,425	-
Pas de conjoint	3,325	0,376	***
Source : calculs propres			
^a *** significatif à 1 % ; ** significatif à 5 % ; * significatif à 10 % ; - non significatif à 10 %			

Tableau 7.5 : Prévalence contraceptive chez les femmes sexuellement actives et effets inhibiteurs de la fécondité par la contraception selon différentes caractéristiques en Côte d'Ivoire, 1994

Variables	Prévalence contraceptive (en %)			Effet inhibiteur ^a	
	Moderne	Naturelle	Ensemble	Cc	Réduction (%)
Âge de la femme					
15-19 ans	10,1	20,2	30,3	0,96	4,0
20-24	9,8	17,4	27,2	0,94	6,1
25-29 ans	10,7	9,6	20,3	0,93	6,6
30-34	9,8	11,0	20,8	0,93	7,0
35-39	7,5	8,8	16,3	0,94	5,6
40-44	3,9	3,1	7,0	0,95	5,3
45-49	2,2	3,8	6,0	0,97	2,9
Milieu de résidence de la femme					
Village	5,7	7,7	13,4	0,97	3,1
Autres villes	12,0	16,4	28,4	0,92	8,0
Abidjan	15,3	22,8	38,1	0,87	12,9
Instruction de la femme					
Non instruite	4,5	4,3	8,8	0,97	2,7
Primaire incomplet	11,9	16,8	28,7	0,91	9,5
Primaire complet	15,7	20,0	35,7	0,88	12,1
Secondaire et plus	20,7	37,1	57,8	0,80	19,6
Occupation de la femme					
Agriculture	3,1	3,9	7,0	0,98	1,8
Cadre et employé de bureau	17,6	33,8	51,4	0,74	25,7
Commerce & service	13,2	13,3	26,5	0,92	8,5
Sans travail	10,2	20,3	30,5	0,93	6,7
Ménagère	10,8	32,4	43,2	0,79	20,8
Travail manuel	15,1	21,5	36,6	0,89	11,0
Non précisé	0,0	0,0	0,0	1,00	0,0
Revenus monétaires de la femme					
Non	8,6	11,9	20,5	0,95	5,4
Oui	16,1	26,3	42,4	0,86	14,5
Instruction du conjoint					
Non instruit	2,3	2,4	4,7	0,98	1,8
Primaire incomplet	3,3	6,5	9,8	0,97	3,5
Primaire complet	8,0	9,1	17,1	0,94	5,7
Secondaire & plus	14,5	20,2	34,7	0,85	15,1
Non précisé	16,3	15,3	31,6	0,90	9,6
Pas de conjoint	19,4	29,8	49,2	0,91	8,8
Approbation de la planification familiale par le conjoint					
Non	1,2	4,7	5,9	0,98	1,9
Oui	15,5	15,6	31,1	0,86	13,8
Ne sait pas	1,2	3,2	4,4	0,99	1,4
Pas de conjoint	19,0	28,2	37,2	0,26	73,8
Ensemble	9,0	12,6	21,7	0,94	5,8

Source : calculs propres

Effet inhibiteur de la contraception calculé sur l'ensemble des femmes par le modèle de Bongaarts : coefficient de réduction de la fécondité (Cc) et réduction en pourcentage. Voir en annexe l'aperçu sur la méthode de Bongaarts et le mode de calcul de l'effet inhibiteur de la contraception (indice Cc).

LE ROLE DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DANS LE CONTROLE DE LA FECONDITE

L'utilisation du modèle de Bongaarts, (1978), tel qu'il a été amélioré par C. Jolly et J. Gribble (1996), permet de mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique subsaharienne : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum, liée à l'allaitement et à l'abstinence, la stérilité primaire⁷¹. L'avortement, inclus dans le modèle initial, n'est jamais considéré dans les applications qui en sont faites car les données manquent pour mesurer son effet à l'aide de la formule fournie par Bongaarts. 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.

Le modèle de Bongaarts mesure les effets inhibiteurs des différents déterminants, dont la combinaison nous renseigne sur le type de contrôle de la 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 distinguant les femmes selon leur milieu de résidence (Abidjan, autres villes, villages) et leur niveau d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire ou plus), nous obtenons neuf catégories qui peuvent être regroupées en trois groupes de femmes en fonction de leur prévalence contraceptive :

⁷¹ Pour plus de détail, on se reportera à l'annexe sur le sujet à la fin de cet article.

- le groupe *traditionnel*, avec une prévalence de moins de 10 %, qui comprend les femmes non instruites, quel que soit leur milieu de résidence, et les femmes d'instruction primaire en milieu rural ;

- le groupe *intermédiaire*, avec une prévalence de 10 à 19 %, qui comprend les femmes d'instruction primaire en milieu urbain et les femmes d'instruction secondaire ou supérieure en milieu rural ;

- le groupe *moderne*, avec une prévalence de 20 à 29 %, qui comprend les femmes d'instruction secondaire et plus en milieu urbain (Vimard *et al.*, 1998).

Ces trois groupes présentent des types de contrôle de la fécondité et des niveaux de fécondité fort différents (tableau 7.6). En effet, si l'effet inhibiteur de la contraception diffère selon les groupes (respectivement 3, 10 et 20 %) – ce qui est normal puisque la prévalence contraceptive constitue le principe distinctif de ces groupes de femmes – il en est de même de l'effet de l'infécondabilité post-partum, qui évolue en sens inverse (45, 40 et 37 % respectivement) et surtout de l'effet inhibiteur du mariage (respectivement 13, 25 et 32 %) et de l'avortement (1, 10 et 15 % respectivement) qui évoluent dans le même sens que celui de la contraception. Le contrôle de la fécondité par les femmes du groupe traditionnel repose donc essentiellement sur les pratiques de régulation de l'espacement des naissances utilisées durant la période post-partum. Chez les femmes du groupe intermédiaire, celles-ci dominent également, mais de manière nettement moindre, et le contrôle de la fécondité fait davantage appel aux comportements matrimoniaux et, dans une manière moindre, à la contraception et à l'avortement dont les effets inhibiteurs sont de même intensité. Chez les femmes du groupe moderne, le contrôle de la fécondité recourt 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 celui de la contraception et de l'avortement sont peu éloignés. Dans ce dernier groupe, l'inhibition par l'avortement 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.

Pour l'ensemble des femmes, tous groupes confondus, la hiérarchie des différents facteurs de contrôle de la fécondité est nette : l'effet inhibiteur de l'infécondabilité post-partum est nettement prédominant (44 %), devant celui du mariage (16 %) et ceux de la contraception et de l'avortement (autour de 6-7 %).

Tableau 7.6 : Effets inhibiteurs de la fécondité de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum, de l'avortement et de la stérilité selon le groupe de femmes en Côte d'Ivoire, 1994*

	Groupe traditionnel	Groupe intermédiaire	Groupe moderne	Ensemble
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,767	0,613	0,533	0,740
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,130	1,219	1,272	1,129
Indice de mariage (Cm)	0,867 (13,32 %)	0,747 (25,23 %)	0,678 (32,17 %)	0,835 (16,49 %)
Indice de contraception (Cc)	0,970 (3,03 %)	0,900 (10,02 %)	0,805 (19,52 %)	0,934 (6,55 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,546 (45,40 %)	0,597 (40,32 %)	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)	0,993 (0,7 %)	0,988 (1,17 %)	1,045 (- 4,52 %)	0,995 (0,45 %)
ISF estimé, à partir d'une FC de 15,3	6,9	5,4	4,7	6,3
ISF observée	6,2	5,0	3,7	5,7
Écart ISF estimé – ISF observé	0,7	0,4	1,0	0,6
Effectif de femmes ¹	5 118	2 013	966	8 097

Source : calculs propres.
* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse

¹ Les indices d'avortement ont été calculé 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.

La différence entre l'ISF estimé à l'aide des différents coefficients d'inhibition, à partir d'une fécondité théorique de 15,3 généralement admise, et l'ISF observé dans chacun des groupes montre que les effets inhibiteurs que nous avons estimés ne rendent qu'imparfaitement compte de l'ensemble du contrôle de la fécondité (tableau 7.6). Ceci est particulièrement fort pour le groupe moderne, avec un écart de 1,0 naissances entre l'ISF estimé par le modèle de Bongaarts et l'ISF observé. Nous pouvons par conséquent supposer que ce groupe est doté, davantage que les groupes traditionnels et intermédiaire, de pratique limitant leur fécondité (comme par exemple la non cohabitation ou la séparation temporaire des conjoints pour des motifs professionnels) autres que celles considérées ici, ou que les effets inhibiteurs que nous avons mesurés sont sous-estimés : cela pourrait être le cas en particulier pour l'avortement, dont nous pouvons penser qu'il demeure sous-enregistré dans les enquêtes récentes, malgré les progrès apportés dans la connaissance de ce phénomène comme moyen de limitation des naissances (Desgrées du Loû *et al.*, 1999).

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 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 un effet cumulatif des différents types de contrôle au fur et à mesure de l'insertion des femmes dans un espace socio-économique plus moderne. Aussi la fécondité estimée diminue-t-elle fortement d'un groupe à l'autre : 6,9 pour le groupe traditionnel, 5,4 pour le groupe intermédiaire et 4,7 pour le groupe moderne. Il en est de même pour la fécondité observée : 6,2 pour le groupe traditionnel, 5,0 pour le groupe intermédiaire et 3,7 pour le groupe moderne.

PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET ESPACE SOCIO-ECONOMIQUE

Une étude exploratoire des données a été faite à partir de la méthode factorielle pour mieux cerner l'évolution de la planification familiale selon les positions des femmes dans l'espace socio-économique. Il s'agit d'une analyse des correspondances multiples basée sur l'ensemble des femmes sexuellement actives qui a permis d'appréhender de façon globale les grandes tendances et les oppositions les plus pertinentes entre les

différentes sous-composantes de la population étudiée. Cette analyse inclue deux grands ensembles de variables : celles relatives à la planification familiale (méthode contraceptive utilisée, discussions avec le conjoint, désir d'enfant...) et celles relatives aux caractéristiques démographiques et socio-économiques (âge, état matrimonial, ...) des femmes afin de discerner les relations entre ces deux ensembles.

Le tout premier axe factoriel, qui discrimine la population étudiée, fait une double référence au temps à travers l'âge et l'état matrimonial : il oppose les femmes les plus jeunes et non en union aux femmes plus âgées et en union. Plus qu'une simple confrontation entre deux groupes généralement éloignés sur le plan des idées, ces traits distinctifs semblent traduire une opposition entre la modernité, valeur plus facilement revendiquée par la jeunesse, et la tradition, concept important auquel les personnes âgées sont plus fortement attachées que les jeunes générations. La jeunesse ivoirienne, à l'instar de nombreuses autres où la scolarisation se généralise rapidement, aspire plus facilement aux idéaux nouveaux véhiculés par l'école et les médias dans le cadre d'une ouverture croissante de la société ivoirienne vers le monde occidental. Cette sous-population, hier plus touchée par la crise économique et aujourd'hui plus exposée à de nombreux risques reproductifs, est souvent plus apte à adopter les comportements nouveaux en particuliers ceux liés à l'utilisation de la contraception. Le premier axe, que nous désignerons par l'axe de la modernité, met en effet en relation les populations les moins âgées des femmes sexuellement actives aux modalités de l'utilisation de la contraception (même s'il s'agit principalement d'une contraception dite naturelle, le retrait et la continence périodique).

La seconde spécificité la plus discriminante au sein de la population étudiée est la distinction marquée entre les femmes instruites, ayant une activité salariée et discutant des questions de planification familiale avec leur conjoint, aux personnes non instruites, agricultrices et sans ouverture particulière sur le monde extérieur. L'axe "deux" traduit ainsi dans la population l'échelle des connaissances scolaires qui est aussi souvent en Côte d'Ivoire celui des richesses. Cet axe oppose les femmes les plus vulnérables économiquement, celles essentiellement rurales dont le revenu relativement faible est lié aux aléas agricoles, aux femmes davantage protégées par un revenu régulier et un conjoint lui-même fonctionnaire. Lorsque l'on remarque que les premières sont surtout rurales et les autres essentiellement urbaines, l'on se rend compte que le second axe renforce le sens du premier. Il s'agit d'un autre aspect du même phénomène de la modernité vu sous un angle plus concret. Le premier plan factoriel, qui

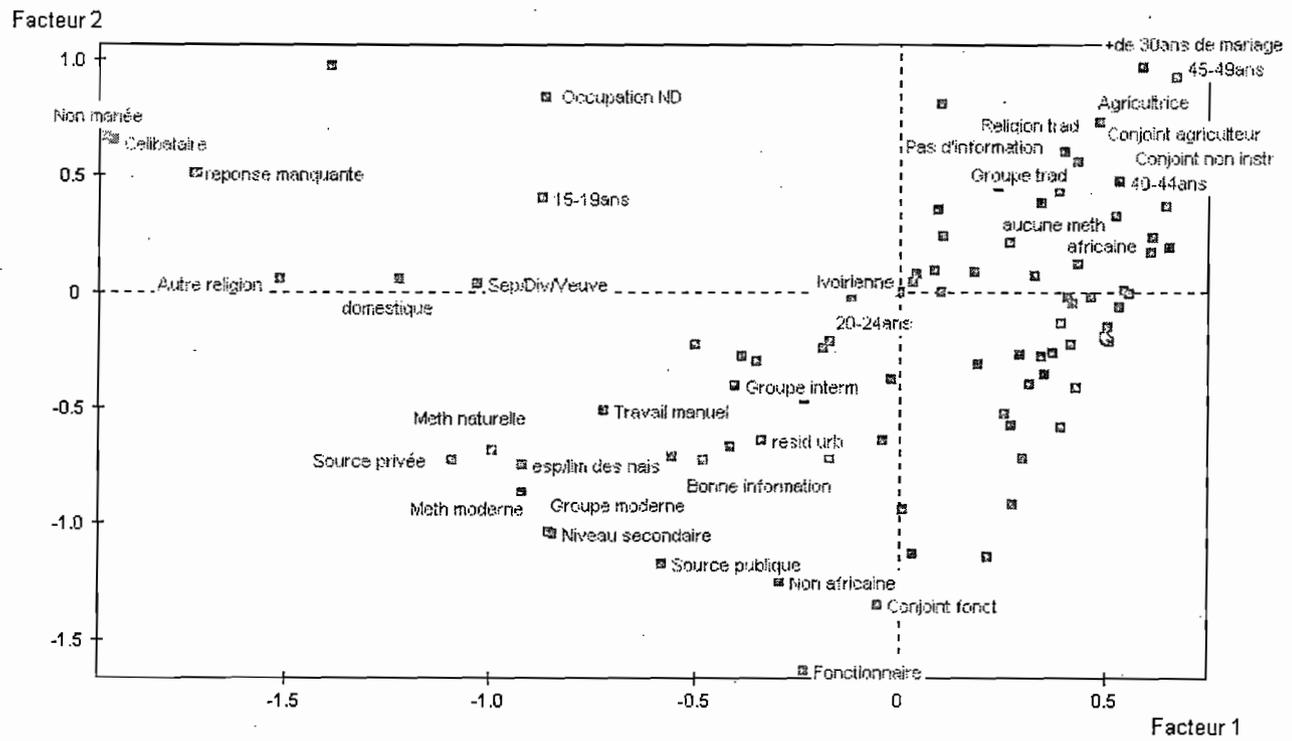
explique 21 %⁷² du total de l'information contenue dans le nuage de points, distingue finalement trois groupes de populations en dehors des points centraux qui caractérisent l'essentiel de la population. Il s'agit d'une part des femmes non en union, généralement jeunes, de l'autre des femmes les plus âgées de la population, rurales et non instruites pour la plupart et enfin d'un groupe intermédiaire composé de femmes urbanisées, instruites et exerçant dans une administration publique ou privée. C'est ce dernier profil, socialement plus près de la première catégorie de femmes, qui se trouve le plus en relation avec la femme utilisant une méthode contraceptive au sein de la population sexuellement active.

Il convient de noter dans le premier plan factoriel, comme d'ailleurs la plupart des autres plans, la position centrale de l'abstinence post-partum. La situation de ce point, barycentre de tous les individus ayant cette modalité, indique la pratique courante de cette forme de contrôle de la fécondité au sein de la population. Il est plus proche des femmes rurales non instruites, ce qui indique une pratique de moins en moins courante de l'abstinence post-partum au sein des femmes jeunes, instruites et vivant dans les zones urbaines.

L'axe " trois " traduit l'absence d'utilisation de la contraception par les femmes sexuellement actives. Cet axe oppose en effet deux sous-groupes de femmes non contraceptantes. Le premier sous-groupe est constitué de femmes en début d'union, relativement jeunes, proches des 20-24 ans. Elles approuvent la planification familiale mais n'y recourent pas car elles désirent constituer leur descendance. A l'opposé, le second groupe mis en évidence par cet axe est composé de femmes en fin de vie féconde. Ayant derrière elles de longues années de vie conjugale, ces femmes ne désirent plus d'enfants mais ne pratiquent pas pour autant la contraception qui aurait été dans ce cas une contraception d'arrêt.

⁷² Le pouvoir explicatif d'un axe correspond à son pourcentage d'inertie ; ils sont les suivants pour les 5 premiers axes : axe 1 = 14,24 % ; axe 2 = 7,15 % ; axe 3 = 4,51 % ; axe 4 = 3,79 % ; axe 5 = 3,24 %.

Figure 7.1 : Analyse des correspondances multiples concernant les femmes sexuellement actives :
Représentation du premier plan factoriel



(Légende en annexe)

CONCLUSION

Le contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire dans le milieu des années 90 repose encore largement sur la pratique de l'abstinence post-partum, tout particulièrement dans les populations rurales et sans instruction. Si l'on considère les seules méthodes de contraception moderne et naturelle, on constate cependant que leur prévalence est plus élevée que les chiffres qui sont habituellement présentés dans la littérature ne le laissent penser, pour peu que l'on se réfère aux femmes qui sont réellement soumises au risque de conception et pour lesquelles la question d'utiliser ou non un moyen de contraception, qu'il soit d'espacement ou de limitation des naissances, se pose véritablement. Cette utilisation de la contraception varie considérablement selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes et de leur conjoint, ainsi que la position de ces derniers envers la planification familiale. En conséquence, nous rencontrons en Côte d'Ivoire plusieurs types de contrôle de la fécondité. Dans les groupes les plus traditionnels, sans instruction ou ayant un niveau faible d'instruction et vivant en milieu rural, l'abstinence post-partum est essentielle. Par contre, chez les groupes qui commencent à s'inscrire dans des sphères plus modernes, femmes rurales d'instruction secondaire ou femmes urbaines d'instruction primaire, le modèle de nuptialité, la contraception et l'avortement commencent à être intégrés dans le mode de contrôle de la fécondité. Ce phénomène s'accroît chez les femmes résolument insérées dans le monde moderne, femmes résidant en ville et d'instruction secondaire ou plus, dont le contrôle de la fécondité est fondé sur un recours équilibré entre abstinence post-partum, pratiques matrimoniales, comportements contraceptifs et avortements.

La comparaison des modes de contrôle de la fécondité dans les différents groupes 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 de l'inhibition relative 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 par les femmes. Cette évolution associe l'abandon très progressif de 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 par les femmes de leur fécondité : 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.

À partir de cet état des lieux en 1994, l'évolution mesurée durant la seconde partie des années 90 permet de confirmer la progression lente de la prévalence contraceptive au rythme antérieur de 1 % par an environ. Les résultats disponibles laissent entrevoir un début de rattrapage des groupes à la prévalence plus forte (Abidjanaises, femmes d'instruction secondaire ou supérieure...) par des groupes jusqu'alors plus faiblement impliqués dans l'utilisation de la contraception (femmes des villes secondaires, femmes d'instruction primaire...). De même, on peut discerner une pratique contraceptive plus forte chez les femmes se situant à la fin de leur vie reproductive, pouvant signifier un progrès de la contraception d'arrêt. Ceci montre que les formes de contrôle de la fécondité sont en Côte d'Ivoire, à l'aube du XXI^e siècle, en nette évolution dans le cadre des transformations profondes de la société ivoirienne.

REMERCIEMENTS :

Nous tenons à remercier A. Anoh pour sa lecture critique d'une première version de cette communication, ainsi que A. Desgrées du Loû et A. Guillaume pour leur aide dans le rassemblement et l'utilisation des données sur l'avortement.

BIBLIOGRAPHIE

- 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*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 47-71.
- Bongaarts J., 1978, "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, 4, n° 1, p. 105-131.
- Desgrées Du Loû A., Mselatti P., Viho I. et Welfens-Ekra C., 1998, "Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ?" *Population*, 54 (3), pp. 427-446.
- Direction de la Statistique, 1984, *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981. Rapport principal. volume 1. Analyse des principaux résultats, volume II : Tableaux statistiques*, Ministère de l'Economie et des Finances, Abidjan.
- 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*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, INED-PUF, Paris, p. 71-117.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999, enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999, Rapport préliminaire, Abidjan, Calverton, mai 1999, 20 p.
- National Research Council, 1993, *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington, D.C.
- N'Cho S. et al., 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut National de la Statistique-Macro International Inc.
- Vimard P., Fassassi R. et LEVI P., 1998, Maîtrise de l'espacement des naissances et gestion des risques de conception et de décès infantile en Afrique avec une attention particulière à la Côte d'Ivoire, communication aux 1^{ères} Journées scientifiques "Sciences sociales et santé" de l'ORSTOM "Gestion des risques et maîtrise des pratiques" (Marseille, 21-22 octobre 1998), Laboratoire Population - Environnement, 21 p.
- Vimard P. et Fassassi R., 2000, "Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique subsaharienne ?", *Les transitions démographiques des pays du Sud*, AUPELF - AUF, (à paraître).

ANNEXE 7.1

Aperçu sur la méthode de Bongaarts et mode de calcul de l'effet inhibiteur de la contraception (indice Cc)

Depuis les travaux de Davis et Blake⁷³ sur les déterminants de la fécondité, de nombreuses recherches ont été effectuées afin de mesurer les incidences des différents facteurs influençant la fécondité. C'est dans ce cadre que Bongaarts a défini, en 1984, six déterminants proches qu'il considère être les facteurs les plus importants influant sur la fécondité : le modèle de nuptialité, la contraception, l'aménorrhée post-partum, la stérilité et l'avortement. Il a élaboré ensuite un modèle qui lui permettra de mesurer les effets respectifs de ces facteurs dans la réduction de la fécondité cumulée potentielle que les estimations situent autour de 15,3 enfants pour une femme. Les indices qu'il introduit alors pour quantifier ces effets, mesurent le niveau de réduction de la fécondité dû à un facteur donné. Lorsque l'indice est égal à zéro, l'effet du facteur considéré est maximal c'est-à-dire que la variable inhibe complètement la fécondité. Au contraire, un indice égal à l'unité indique que le facteur considéré n'a aucun effet inhibiteur sur la fécondité.

L'indice Cc relatif à la contraception permet ainsi de quantifier, au sein de chaque catégorie de femmes, la baisse de la fécondité imputable à une pratique contraceptive. Dans le cas particulier de l'indice de contraception, lorsqu'il est nul, l'indice indique que toutes les femmes fécondes exposées au risque de grossesse utilisent des méthodes de contraception efficaces à 100 % ; lorsque l'indice Cc est égal à l'unité, aucune femme soumise au risque de conception n'utilise un moyen contraceptif.

La valeur de l'indice est donnée par la formule suivante :

$$C_c = 1 - 1,08 \times u \times e$$

où

⁷³ Davis K. et Blake J., 1956, " Social Structure and Fertility : an Analytical Framework ", *Economic Development and Cultural Change*, vol. 4, n° 4, pp. 211-235.

u = taux d'emploi actuel de contraceptifs chez les femmes en union sexuelle (quelle que soit la forme de l'union)

e = taux moyen d'efficacité de la contraception. Ce taux est égal à la moyenne pondérée des niveaux d'efficacité d'utilisation par méthode (voir tableau ci-dessous), les pondérations étant données par la proportion de femmes utilisant la méthode considérée.

Niveaux d'efficacité des méthodes de contraception

Pilule	0,90
Stérilet	0,95
Stérilisation	1,00
Autres méthodes modernes	0,70
Méthodes traditionnelles	0,30

Légende de la figure 1

Abréviation	Signification
Sep/Div/Veuve	Séparées, divorcées ou veuves
Autre religion	Religions autre que chrétienne ou musulmane
Domestique	Femmes domestiques
Religion trad	Religion traditionnelle
Conjoint non instr	Conjoint sans instruction
Groupe trad	Femmes du groupe traditionnel
Groupe intern	Femme du groupe intermédiaire entre traditionnel et moderne
Groupe moderne	Femmes du groupe moderne
Pas d'information	Femmes ne s'informant pas
Aucune méth	Femmes ne pratiquant aucune méthode
Meth moderne	Femmes pratiquant une méthode moderne de contraception
Meth naturelle	Femmes pratiquant une méthode naturelle de contraception
Source privée	Source d'approvisionnement privée en contraceptifs
Source publique	Source d'approvisionnement publique
Résid urb	Résidence urbaine
Esp/limdes nais	Contraception d'espacement ou de limitation des naissances
Bonne information	Femmes ayant une bonne information
Conjoint fonct	Conjoints fonctionnaires
Fonctionnaire	Femmes fonctionnaires

CHAPITRE 8

ANALYSER LES MODES DE REGULATIONS DE LA FECONDITE DU POINT DE VUE DU COUPLE :

Le cas du Mali et du Burkina Faso

Armelle ANDRO*

INTRODUCTION

Les pays sahéliens ne montrent encore aucun indice décisif de transition de la fécondité : au Mali et au Burkina Faso, elle se maintient à plus de 6,5 enfants par femmes et à peine 5 % des femmes mariées ont recours à la contraception moderne. De fait, ces deux pays n'ont adopté que récemment une position officielle en faveur du contrôle de la fécondité et de la santé reproductive : c'est en 1986 seulement que le Burkina Faso propose une politique nationale en faveur de la planification familiale et en 1991 que la première politique nationale de population est officiellement adoptée au Mali et au Burkina Faso (Coulibaly et al., 1996 ; Dabo, 1995 ; Kobiane, 1995 ; Konaté et al., 1994).

Depuis la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, la communauté internationale a élargi sa définition de la santé reproductive. Cette notion, qui au départ ne concernait que la santé de la mère et de l'enfant, est devenue très englobante, se définissant dans le programme d'action de la conférence du Caire comme un état de bien-être général au cours de tout le processus reproductif pour tous les

* INED - Paris X.

individus, y compris les hommes. Il s'agissait alors d'un changement de perspective important que la conférence de Pékin sur l'amélioration du statut des femmes (1995) est venue renforcer : La santé reproductive est un droit qui *"repose sur la reconnaissance du droit fondamental de tout couple et tout individu de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière"*.

La primauté donnée aux femmes dans les recherches sur la reproduction s'inscrit dans un ensemble de représentations sociales sur les rapports entre les sexes, la famille, le mariage mais aussi dans un certain nombre de contraintes méthodologiques, liées notamment à la physiologie de la reproduction (Greene, Biddlecom, 1998). Or si l'on veut saisir les processus de décision en matière de reproduction, et juger de leur évolution au cours de la transition, il est impératif de prendre en considération le point de vue des deux partenaires (Oppenheim Mason, 1995). La démarche s'impose d'autant plus en Afrique sub-saharienne où l'organisation familiale et les rapports sociaux de sexe laissent à penser que les attentes et stratégies en matière de reproduction sont différentes pour les hommes et les femmes. Ainsi, la constitution d'une descendance nombreuse sera, pour une femme, le moyen non seulement d'acquérir une reconnaissance sociale, mais aussi de s'imposer auprès de son conjoint, de ses co-épouses et de sa belle-famille (Makinwa-Adebusoye, 1994). Pour les hommes, l'enjeu associé à la descendance relèvera davantage des engagements à l'égard de son lignage ou encore de la nécessité de constituer la main d'œuvre de l'exploitation agricole dont il a la charge. De même, la participation différente des pères et des mères à la prise en charge de leurs enfants conduit très certainement à des différences dans la prise de conscience des coûts de l'enfant et dans les arbitrages éventuels sur les choix de fécondité. De plus, la plupart des sociétés africaines reconnaissent l'autorité en matière familiale aux hommes et cette attribution se retrouve au niveau du recours à la contraception, tant au niveau institutionnel, nombre de centres de planification familiale exigent l'accord du mari pour prescrire une contraception à une femme, qu'au niveau individuel, les femmes reconnaissant à leur conjoint, comme le montrent des études récentes (Dodoo et al., 1997 ; Isiugo Abanihe, 1994) une place déterminante dans les décisions de fécondité.

Les analyses seront menées ici en deux temps. La comparaison au niveau agrégé des comportements masculins et féminins, au Sahel, vis à vis de la contraception permettra de débattre de l'existence de stratégies différenciées selon le sexe. Puis nous tenterons d'analyser ce qu'il advient de ces différences au niveau du couple. En effet, pour appréhender l'émergence

des nouveaux enjeux de la reproduction, il ne s'agit pas de se limiter à une comparaison des aspirations et comportements des hommes et des femmes mais plutôt d'aller au-delà pour mettre en évidence les relations, les processus à l'œuvre entre conjoints qui conduisent à la constitution de la descendance (Andro, 2000 a).

LES DONNEES DISPONIBLES

A la différence des Enquêtes Mondiales de Fécondité, le programme EDS (Enquêtes Démographie et Santé) a, notamment dans ses deux dernières phases, intégré un échantillon d'hommes à l'enquête dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne. C'est le cas pour les enquêtes du Mali et du Burkina Faso (Tableau 8.1), ce qui permet d'envisager des analyses en terme de couple. En effet, dans une partie des ménages sélectionnés dans le plan de sondage, tous les hommes résidant dans le ménage sont enquêtés au même titre que les femmes. Une partie d'entre eux étant en union avec des femmes interrogées, on peut, *a posteriori*, reconstituer les unions et conduire des analyses de couples, notamment en comparant les réponses respectives de deux conjoints.

Tableau 8.1 : Indicateurs démographiques, économiques et caractéristiques des échantillons

Pays	Burkina Faso	Mali
Indicateurs (a)		
Population (estimée en 1999) en millions	11.6	11.0
ISF (enfants par femme de 15-49 ans)	6.7	6.7
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	94	123
PNB par habitant (en \$ US)	250	260
Données EDS (b)		
Phase de l'enquête	II	III
Date de l'enquête	1993	1995-1996
Echantillon de femmes (15-49 ans)	6354	9704
Echantillon d'hommes (1)	1845	2474
Echantillon de couples	1146	1599
(a) Population et sociétés n°348 Juillet Août 1999.		
(b) Rapports EDS.		
(1) 15-59 ans pour le Mali, 18 ans et plus pour le Burkina Faso.		

Des tailles d'échantillon variables selon le pays et le sexe

Si les échantillons de femmes sont standardisés depuis le début du programme EDS (on interroge l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans dans les ménages sélectionnés), les échantillons d'hommes sont beaucoup plus variés : tant par le nombre d'hommes interrogés (la proportion varie entre un ménage sur cinq et un ménage sur deux) que par les critères d'éligibilité retenus. Les hommes éligibles sont ceux répondant à certains critères d'âge qui ne sont pas standardisés. Selon le critère d'âge requis pour l'éligibilité des hommes, le profil de l'échantillon est variable : l'échantillon masculin du Burkina Faso n'intègre qu'une limite d'âge inférieure (tous les hommes de plus de 18 ans du ménage sont interrogés) et est donc en moyenne plus "vieux" que l'échantillon masculin malien qui lui intègre une borne supérieure et une borne inférieure (tous les hommes de 15 à 59 ans sont interrogés).

La place des hommes dans l'enquête EDS

Au delà de la taille de l'échantillon, la place accordée aux hommes dans ces enquêtes reste relativement "secondaire" : le contenu du questionnaire Homme est beaucoup moins riche que celui du questionnaire Femme. On ne dispose par exemple de quasiment aucune information sur l'histoire génésique des hommes : leur fécondité reste très mal mesurée car les enfants sont exclusivement rattachés aux femmes lors de la collecte. On ne connaît que le nombre total d'enfants de l'homme sans plus de détail sur le calendrier des naissances, ce qui occulte de fait toute dimension stratégique dans la constitution de la descendance masculine et ne permet pas d'analyses basées sur cette hypothèse. L'absence quasi générale de données sur la fécondité des hommes, sachant les différences qui peuvent exister entre sexes sur le niveau de la fécondité, est préjudiciable à l'analyse : c'est particulièrement prégnant en Afrique sub-saharienne et notamment au Sahel où la différence entre la descendance finale des hommes et celle des femmes est importante compte tenu de la polygamie. Disposer de l'intensité et du calendrier de la fécondité pour les deux partenaires permettrait pourtant de mieux percevoir les différences de logiques reproductives qui sont à l'œuvre dans les couples étudiés.

Les informations recueillies auprès des hommes sont de plus mal rattachées à leurs différentes partenaires : Si un homme déclare utiliser une méthode contraceptive, les données ne permettent pas de définir avec exactitude s'il le fait avec toutes ces partenaires, avec certaines, ou seulement dans le cadre de ces relations extra-maritales. Dernière limite, le fichier couple ne regroupe que des couples corésidents. Cette sélection peut être regrettable si ces couples qui se distinguent par leur arrangement résidentiel, défendent aussi des attitudes différentes en matière de projet de fécondité.

Mais dans une problématique qui se centre plus sur les relations que sur l'individu, on est surtout confronté aux limites intrinsèques du questionnaire fermé propre aux enquêtes quantitatives. En effet, on peut se demander quelle part des interrelations entre conjoints est réellement appréhendée par ce type de format de questions qui contiennent dans leur formulation de nombreux *a priori* sur les rôles respectifs des hommes et des femmes dans la reproduction. Si ces enquêtes permettent d'objectiver les différences entre les sexes, elles ne permettent pas d'analyser directement les rapports sociaux de sexes (Bozon, 1995). Lorsque *a contrario* on pose les mêmes questions aux hommes et aux femmes, obtient-on des réponses

comparables, de même nature, correspondant au même type de discours ? Les effets de présentation induits par l'enquête sont différents pour les deux sexes et sont difficiles à mesurer dans des réponses de ce type, les effets d'interaction entre enquêteurs et enquêtés ne sont pas contrôlés or, sur ce type de sujet en particulier, la situation d'enquête n'est pas une interaction neutre. On ne dispose par exemple d'aucune information sur le sexe de l'enquêteur.

Cependant, malgré ses limites, l'existence d'un questionnaire homme permet de travailler sur un échantillon de conjoints appariés et donc d'essayer d'élaborer une nouvelle façon d'aborder les questions de gestion de la fécondité qui tiennent compte des deux partenaires de la reproduction. Nous verrons comment, dans le cas des deux pays sahéliens étudiés, ces différents éléments sont particulièrement perceptibles et conduisent à aborder la fécondité et sa régulation du point de vue du couple.

CARACTERISTIQUES DIFFERENTIELLES DES HOMMES ET DES FEMMES AU SAHEL DANS LE RAPPORT A LA CONTRACEPTION

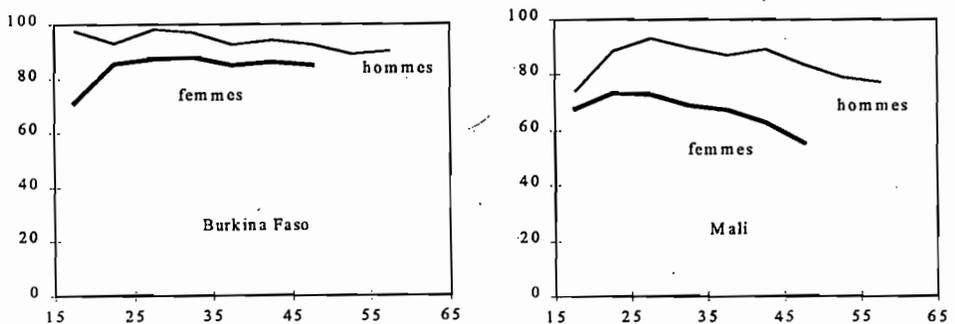
Connaissances des méthodes de contraception

La diffusion de la pratique contraceptive implique au préalable une prise de conscience de la part des individus du fait qu'ils peuvent agir sur leur fécondité (Coale, 1974). La connaissance de l'existence de méthodes de contraception est généralement envisagée comme une étape nécessaire avant le recours effectif aux contraceptifs. Implicitement, on considère souvent que se sont les femmes qui doivent être informées car ce sont elles qui gèrent la fécondité. Des efforts ont été accomplis en Afrique sub-saharienne quant à l'information sur la contraception dans les pays où des politiques de population ont été mises en place, notamment par le biais des médias ou des centres de santé. Dans quelle mesure cette information touche-t-elle aussi les hommes ? Existe-t-il des différences entre les sexes dans la connaissance des méthodes de contraception ?

La majorité des hommes et des femmes connaissent dans les deux pays étudiés au moins une méthode de contraception (figure 8.1). Même si la situation est globalement plus positive au Burkina Faso qu'au Mali, il

apparaît avant tout, que les hommes sont plus informés que les femmes sur le contrôle des naissances et ceci quel que soit l'âge et le pays. Il faut d'ailleurs noter que, même en contrôlant le niveau d'instruction, les hommes restent plus informés que les femmes (Coulibaly et *al.*, 1996). Bien que les programmes de planification familiale soient plus orientés vers les femmes, les hommes semblent plus sensibilisés à la contraception que ces dernières, ou du moins ils sont plus enclins à déclarer leurs connaissances sur le sujet. Ce premier résultat montre bien qu'exclure *a priori* les hommes de l'analyse de la reproduction est une démarche restrictive car ils disposent au moins d'une chose importante dans le processus de diffusion de la maîtrise de la fécondité, c'est l'information.

Figure 8.1 : Proportion d'hommes et de femmes en union connaissant au moins une méthode de contraception selon l'âge à l'enquête. *Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)*



Pratiques contraceptives masculines et féminines

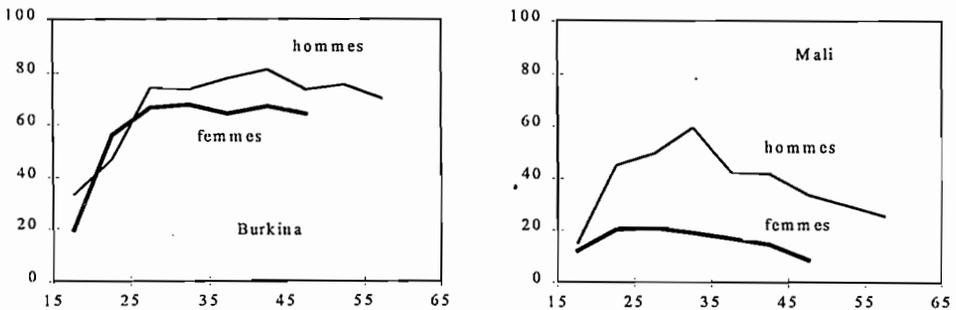
Si l'on s'intéresse alors à la pratique contraceptive, plus révélatrice d'une implication réelle dans le processus de régulation de la fécondité, la prise en compte des hommes s'avère là aussi probante.

Fournir une définition de la pratique contraceptive peut s'avérer assez complexe. En effet, selon que l'on se base sur l'efficacité réelle des méthodes ou sur leur efficacité supposée c'est-à-dire la perception qu'en ont les contracepteurs (Andro, 2000b), la notion de pratique contraceptive change. Elle est appréhendée ici dans le sens de l'efficacité de la méthode mise en œuvre pour contrôler sa fécondité : les méthodes de contraception

"folkloriques" sont exclues et on ne tient compte que des méthodes traditionnelles efficaces et des méthodes modernes de contraception⁷⁴ (figure 8.2).

La situation apparaît très différenciée entre le Mali et le Burkina Faso mais cet écart s'explique plus par des différences dans les modalités de la question que par une réelle différence dans la pratique. En effet, dans le cas du Burkina Faso, l'abstinence prolongée est considérée comme une méthode contraceptive alors qu'au Mali, seule la continence périodique est prise en compte. La prise en compte ou non de cette méthode traditionnelle d'espacement des naissances fait varier de façon très sensible le niveau de la pratique contraceptive déclarée dans l'enquête. Il faut d'ailleurs noter que les hommes maliens ont pour une part assimilé la continence périodique à l'abstinence post-partum d'où l'importance de l'écart entre les deux sexes au Mali (Coulibaly et al., 1996). Ces écarts de déclarations entre les sexes et entre les pays traduisent bien des différences dans les perceptions des hommes et des femmes sur la question du contrôle des naissances et des outils permettant ce contrôle.

Figure 8.2 : Proportion d'hommes et de femmes en union ayant pratiqué une méthode de contraception à un moment donné selon l'âge à l'enquête. *Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)*



Mis à part les premiers groupes d'âge au Burkina Faso, la proportion d'hommes ayant déjà utilisé une méthode de contraception est supérieure à la proportion de femmes. Si cet écart est pour une part liée à la formulation des questions, la sur-déclaration de la pratique contraceptive

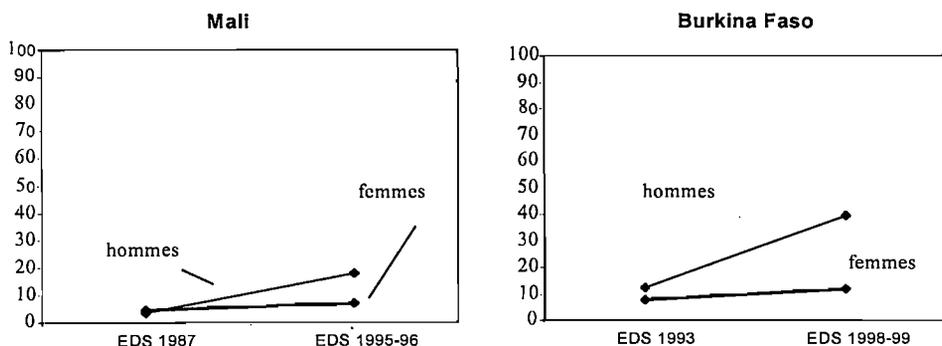
⁷⁴ Elles comprennent la pilule, le stérilet, les injections, les méthodes vaginales, le condom, la stérilisation masculine et féminine et les implants ainsi que la continence périodique, l'abstinence prolongée et le retrait.

masculine existe néanmoins dans de nombreuses sociétés, y compris des sociétés où la polygamie n'existe pas (Becker et al., 1999).

De plus les choses semblent s'accroître : si l'on compare les déclarations des hommes et des femmes aux deux enquêtes disponibles pour ces deux pays, au niveau de la prévalence contraceptive mesurée à l'enquête, les évolutions semblent même assez marquées (figure 8.3). Entre 87 et 96 pour le Mali et entre 1993 et 1999 pour le Burkina Faso, la pratique contraceptive déclarée à l'enquête a augmenté pour les deux sexes mais les écarts entre les hommes et les femmes se sont sensiblement creusés. Au Mali, on passe d'un écart favorable aux femmes à une pratique 2,5 fois plus importante pour les hommes. Au Burkina Faso, on passe d'une pratique 1,5 fois plus importante de la part des hommes à une pratique 4 fois plus importante (annexe 8.1). Les deux enquêtes burkinabées sont plus récentes que celles du Mali, ce qui pourrait expliquer une partie des écarts de prévalence contraceptive.

L'utilisation de méthodes contraceptives efficaces, si elle augmente dans les deux populations pour les deux sexes, ne semble pas relever des mêmes dynamiques pour les hommes et pour les femmes. Les causes de ces écarts peuvent être multiples : elles peuvent être liées à des différences de comportements ou de déclarations de ces comportements par les enquêtés. Mais elles peuvent être aussi liées à des différences dans les projets de fécondité entre les hommes et les femmes, dans un système matrimonial qui confère des statuts extrêmement différents selon le sexe.

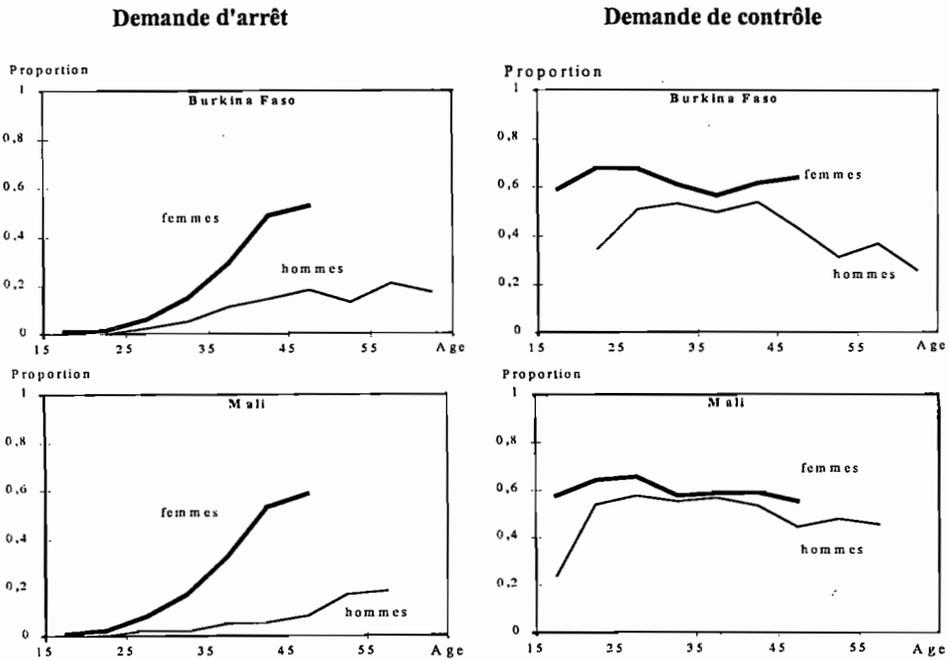
Figure 8.3 : Evolution de la pratique contraceptive entre deux enquêtes EDS. *Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993, 1998-99) et du Mali (1987, 1995-1996)*



Attentes différentes dans les projets de fécondité

Ces différences constatées dans les pratiques et les comportements entre les sexes sont à mettre en relation avec l'existence de projets de fécondité différents. En effet si l'on regarde de près les préférences en matière de fécondité déclarées par les individus, on constate des différences très importantes dans les attentes masculines et féminines (figure 8.4). On utilise ici deux indicateurs pour appréhender le projet de fécondité : la demande de contrôle du nombre de naissances et la demande d'arrêt des naissances.

Figure 8.4 : Demande de contrôle de la fécondité par âge parmi les hommes et les femmes en union. *Demande d'arrêt* : proportion d'individus ne désirant plus d'enfants. *Demande de contrôle global (espacement et limitation)* : proportion d'individus ne désirant pas d'enfants dans les deux années suivantes. Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)



Il semble a priori paradoxal de constater que les femmes ont des attentes en matière de projet de fécondité qui semblent favorables une

pratique contraceptive c'est-à-dire qu'elles souhaitent plus espacer et limiter leurs naissances que les hommes, alors que ce sont ces derniers qui sont plus utilisateurs de méthodes de contraception (Andro et Hertrich, 2000).

A travers ces analyses au niveau agrégé, les logiques des individus vis à vis de la contraception apparaissent indéniablement différenciées selon le sexe. Une approche de la gestion sociale de la reproduction qui ne tiendrait compte que des femmes propose donc une vision tronquée de la réalité du phénomène car les hommes sont partie prenante de ces questions et il est d'autant plus nécessaire de les prendre en compte qu'ils n'ont pas les mêmes aspirations et comportements que leurs partenaires féminines. Au sein des couples qu'en est-il de la confrontation de ces différentes logiques ?

COMPORTEMENTS DE COUPLES VIS A VIS DE LA REGULATION DE LA FECONDITE

Dans les deux pays étudiés, le niveau de la polygamie est relativement élevé : selon les enquêtes EDS, près d'une femme en union sur deux au Burkina Faso et 44 % des femmes en union au Mali ont des co-épouses. Or dans le questionnaire EDS, les pratiques contraceptives des individus sont mal rattachées à leur union. Afin de clarifier l'analyse, nous ne tiendrons compte dans cette partie que des couples en union monogame lors de l'enquête.

Hétérogénéité de la pratique contraceptive dans les couples

Si la mesure de la pratique contraceptive au niveau individuel est relativement complexe car soumise à des différences de perceptions de ce phénomène entre individus, elle est encore plus difficile au niveau d'un couple. Les différences entre les déclarations des conjoints peuvent être importantes. Ainsi, l'utilisation à un moment donné de l'union d'une méthode de contraception (tableau 8.2) n'est pas déclarée dans les mêmes proportions

par les deux conjoints : la proportion de couples concordants⁷⁵ est inférieure à 1 sur 2 dans tous les cas. De manière encore plus sensible qu'au niveau agrégé on voit apparaître les problèmes de définitions des méthodes de contraception ; d'où l'écart important entre les deux pays dans le niveau de concordance des conjoints sur la déclaration de la pratique contraceptive (particulièrement dans le cas de la contraception traditionnelle).

Dans la majorité des cas, les conjoints semblent donc avoir eu (ou avoir actuellement⁷⁶) une pratique contraceptive qui n'est pas connue par l'autre partenaire. Ce sont surtout les maris qui ont une pratique individuelle, non connue par leurs épouses : au delà des questions de perceptions il s'agit aussi, pour un certain nombre de cas, d'une pratique contraceptive avec une autre partenaire soit dans le cadre d'une précédente union, soit dans le cadre d'une relation extra-conjugale. Par contre peu de femmes ont utilisé (ou utilisent actuellement) une méthode de contraception sans que leur conjoint ne soit informé : la proportion de couples dans lesquels seule la femme déclare avoir utilisé à un moment donné une méthode de contraception, est de beaucoup la plus faible. Les femmes sahéliennes ne semblent donc pas accéder à la contraception sans porter cette pratique à la connaissance de leur conjoint. Si cette constatation est compréhensible pour les méthodes de contraception qui nécessitent la coopération de leur conjoint (comme l'abstinence, le préservatif, etc...) elle est plus symptomatique de leur manque d'autonomie pour ce qui concerne les méthodes qui ne nécessitent pas *a priori* la participation du conjoint (c'est le cas de la pilule, du stérilet, des injections, etc...).

Dans le cas du Mali, la pratique de la contraception moderne est 10 fois plus souvent déclarée de manière conjointe par les deux partenaires (40,2 %) que la pratique d'une méthode traditionnelle (4,2 %) alors qu'au Burkina Faso, les écarts sont beaucoup moins importants (ils sont respectivement de 48,2 % et 41,8 %). Dans le cas du Burkina Faso, la prise en compte de l'abstinence prolongée comme méthode de contraception augmente le niveau de la concordance car c'est une méthode perçue et visible pour les deux conjoints. Mais si on exclut cette pratique, comme dans le cas de l'enquête du Mali, il semble que la pratique d'une méthode de contraception moderne soit alors beaucoup plus associée, là aussi, à un niveau de concordance plus élevé entre les conjoints.

⁷⁵ On mesure ici la concordance des couples en rapportant le nombre de couples où les deux conjoints déclarent une pratique contraceptive au nombre total de couples utilisateurs (c'est à dire l'ensemble des couples où au moins un des deux conjoints déclare une pratique contraceptive).

⁷⁶ C'est à dire à l'enquête.

Les différences perceptibles entre les sexes au niveau agrégé se retrouvent et s'accroissent au niveau des couples : les couples dans lesquels les deux conjoints sont également informés sur les pratiques de l'autre sont minoritaires. Ces pratiques hétérogènes, qu'elles le soient concrètement ou seulement dans la déclaration, sont pour une part l'expression de projets de fécondité différenciés selon le sexe et pour une autre part l'expression du manque de communication sur les pratiques contraceptives entre les conjoints.

Tableau 8.2 : Utilisation de la contraception à un moment quelconque dans les couples monogames. Effectifs de couples et proportion de couples concordants. Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)

Pays	Type de pratique	Déclaration totale (1)	Dont		Proportion de concordance (2)
			Les deux conjoints déclarent	Seule la femme déclare Seul le mari déclare	
Burkina Faso	contraception traditionnelle	337	141	70	41.8 %
(574 couples monogames)	contraception moderne	195	94	21	48.2 %
Mali	contraception traditionnelle	237	10	18	4.2 %
(955 couples monogames)	contraception moderne	249	100	40	40.2 %

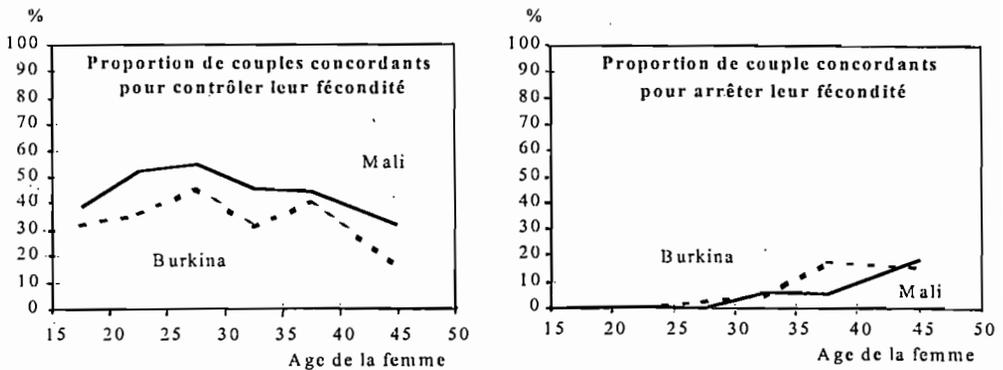
(1) Nombre de couples dans lesquels un conjoint au moins a déclaré avoir déjà utilisé le type de contraception donné de contraception (lorsqu'un enquêté a déclaré avoir déjà utilisé les deux types de contraception, c'est la contraception moderne qui est prise en compte).

(2) Proportion de couples dans lesquels les deux conjoints ont fait les mêmes déclarations.

Concordance entre époux dans les projets de fécondité

L'enquêté, homme ou femme, peut déclarer ne plus vouloir d'enfant (autrement dit avoir une demande d'arrêt de sa fécondité) ou vouloir attendre au moins deux ans avant d'envisager une nouvelle naissance (autrement dit avoir une demande d'espacement de sa fécondité). Le couple est donc concordant si les deux conjoints font des déclarations identiques.

Figure 8.5 : Concordance entre conjoints sur le contrôle de la fécondité. *Concordance sur la demande de contrôle global (espacement et arrêt) : proportion de couples monogames où les deux conjoints ne désirent pas d'enfants dans les deux années suivantes. Concordance sur la demande d'arrêt : proportion de couples monogames où les deux conjoints ne désirent plus d'enfants. Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)*



Si l'on s'intéresse à la proportion de couples dans lesquels il existe un souhait commun de maîtriser la fécondité, les situations sont assez similaires dans les deux pays sahéliens (figure 8.5). Les couples sahéliens monogames ne semblent pas avoir, pour la majorité d'entre eux, de projet commun de fécondité que se soit pour l'espacement ou l'arrêt de leur fécondité. Si l'on considère la demande globale de contrôle de la fécondité (espacement et arrêt), la proportion de couples dans lesquels les deux conjoints émettent ce souhait est inférieure à 50 % quelque soit l'âge de la femme au Burkina Faso et dépasse à peine cette barre pour les couples où la femme est âgée de 20 à 30 ans au Mali. Pourtant, l'espacement des naissances est une pratique sociale reconnue et valorisée dans ces deux pays.

Au niveau de la demande d'arrêt des naissances qui peut apparaître comme une aspiration plus novatrice dans le contexte du Sahel, la proportion de couples concordants est beaucoup plus faible (elle ne dépasse pas 20 % des couples) et même quasiment inexistante avant que la femme n'ait atteint 30 ans. Ce résultat semble pour une part logique, compte tenu de la faiblesse de cette demande d'arrêt de la part des hommes en général (cf. 2.3). On constate cependant que, même en r. tenant compte que des unions monogames, il semble que les conjoints aient des projets de fécondité individuels et différenciés selon le sexe.

Perception du point de vue du conjoint

Au-delà de l'existence de projets de fécondité différents, les écarts dans les déclarations des conjoints dans les couples sont aussi renforcés par l'absence de communication sur ces questions. Les hommes et les femmes pourraient avoir des projets différents de fécondité mais néanmoins les mener à bien individuellement s'ils développaient un espace de décision commun sur ces questions de régulation de la descendance. Or, si l'on demande aux individus en union monogame ce que pense, selon eux, leur conjoint du recours à la contraception⁷⁷ (tableau 8.3), on s'aperçoit que pour la plupart ils ne perçoivent pas correctement l'opinion de leur époux ou de leur épouse. Les femmes ont plus que les hommes des perceptions erronées de ce que pense leur conjoint : en majorité, elles pensent que ce dernier désapprouve la contraception alors que lui même déclare l'approuver quand on le questionne.

Même si il existe un certain nombre de couple ayant des projets communs de fécondité et une gestion commune de leur vie reproductive, la régulation de la fécondité apparaît au Mali et au Burkina Faso comme une démarche essentiellement individuelle, les projets étant très différenciés entre les conjoints et la faiblesse des liens conjugaux conduisant à une méconnaissance de leurs projets respectifs dans les unions.

⁷⁷ Dans le questionnaire EDS, la question est formulée comme suit : Pensez-vous que votre époux (épouse) avec qui vous vivez approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?

CONCLUSION

Les résultats obtenus ici mettent en évidence que l'on ne peut en aucun cas déduire du seul comportement de l'un des deux conjoints, en l'occurrence la femme, de ce qui adviendra de la régulation de la fécondité d'une union. Tant au niveau des pratiques effectives de régulation des naissances qu'au niveau des aspirations en terme de projet de fécondité, la prise en compte des hommes s'avère importante. Pour appréhender dans leur ensemble l'émergence de nouveaux comportements en matière de gestion sociale de la reproduction et pour élaborer des politiques de maîtrise de la fécondité efficaces, des analyses basées sur les deux partenaires de la reproduction sont plus fructueuses. Elles permettent d'avoir une vision plus fine des enjeux actuels de la reproduction pour les hommes et les femmes du Sahel et de mieux les formuler en terme d'action politique : Les structures de santé reproductive doivent s'adresser aux femmes et aux hommes afin de leur permettre d'accéder à des méthodes appropriées de régulation de leur fécondité.

Tableau 8.3 : Perception de l'opinion du conjoint vis à vis de la planification familiale. *Proportion d'enquêtés percevant correctement l'opinion de leur conjoint. Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso (1993) et du Mali (1995-1996)*

Perception de l'opinion du conjoint	Burkina Faso	Mali
La femme perçoit correctement l'opinion de son mari	39,9 %	37,0 %
Le mari perçoit correctement l'opinion de sa femme	51,2 %	44,8 %

Si elles doivent soutenir les couples ayant une démarche commune en permettant aux hommes de s'impliquer dans la pratique contraceptive en valorisant leur rôle de partenaire, il est essentiel, dans le même temps, de soutenir les femmes qui se heurtent à l'opposition de leur conjoint en leur donnant les moyens d'accéder néanmoins à des méthodes de contraception. Ces deux logiques (individuelles et conjugales) doivent pouvoir s'exprimer dans le recours à la contraception. Quant aux hommes, il est important de développer des structures qui leur soient adaptées et peut-être spécifiques : lieux d'information, d'éducation, de distribution de méthodes, par exemple

sur les lieux de travail ou de sociabilité masculine. L'intervention auprès des hommes reste encore limitée alors qu'ils interviennent dans les processus reproductifs à tous les niveaux (en tant que partenaires sexuels, en tant que pères de famille et en tant que dirigeants de la communauté) et avec, on l'a vu, des logiques différentes de celles des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- Andro Armelle, 2000 a. - "Perspective d'analyse en terme de couple à partir des enquêtes démographique et santé (DHS). Etudier l'évolution de la fécondité dans une perspective de genre", in: *Démographie, sexe et genre: bilan et perspectives*, Dossiers et recherches n°83 - INED, Paris, 90p.
- Andro Armelle, 2000 b. - "Contrôle traditionnel de la fécondité et innovations dans les pratiques contraceptives masculines et féminines en Afrique de l'Ouest.", in *Démographie: Nouveaux champs, nouvelles recherches*, Dossier et recherches à paraître, Centre de Recherche Populations et Sociétés - Université de Paris X - INED, Paris.
- Andro Armelle et Hertrich Veronique, 2000. - "La demande contraceptive au sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? *Population* - 56 (s), 2001, 721 - 772.
- Becker Stan, 1996. - "Couples and Reproductive Health; a Review of Couple Studies.", *Studies in family planning*, Volume 27, n°6, p. 291-306.
- Becker Stan, Mian Bazle HOSSAIN et Elizabeth THOMSON, 1999. - *Disagrèment in spousal reports of current contraceptive use in Sub-Saharan Africa*. - Baltimore, 15 pages (Communication présentée au Congrès annuel de la PAA, New York, 25-27 mars 1999).
- Bozon Michel, 1995. - "Les rapports entre femmes et hommes à la lumière des grandes enquêtes quantitatives" in Ephesia (Ed), *La place des femmes: les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*, p 655-667 - Paris, La Découverte, 740 p.
- Bruce Judith, 1994. - "Reproductive Choise: The Responsibilities of Men and Women", *Reproductive Health Matters*, n°4, p. 68-70.
- CALDWELL John, 1982. - *Theory of fertility decline*. - Londres, Academic Press, 386 p.
- CALDWELL John et CALDWELL Pat, 1987. - "The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa" - *Population and Development Review*, 13(3):409-435.
- Coale Ansley, 1974. - "The demographic transition", in: *Congrès International de la Population, Liège 1973*, Vol. I, p. 53-72. - Liège, UIESP.
- Coulibaly Salif, Dicko Fatoumata, Traoré Seydou Moussa, Sidibé Ousmane, Seroussi Michka, Barrère Bernard, 1996. - *Enquête démographique et de santé. Mali 1995-1996*. - Cellule de la Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA, 375 p.

- Dabo Keffing, 1995. – *Politiques démographiques en matière de fécondité dans les pays de l'Afrique sub-saharienne francophone* – Abidjan, 21 p. (Communication présentée au Séminaire international "Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique", Abidjan [Côte d'Ivoire], 16-19 mai 1995, ENSEA-ORSTOM).
- De Koninck Maria, 1998. – "Discours féministe et néo-malthusianisme : les effets pervers d'une mésalliance.", *Cahiers Québécois de démographie*, n°2, Volume 27, p 253-265.
- Ezeh Alex Chika, MBOUP Gora, 1997. – "Estimates and explanations of gender differentials in contraceptive prevalence rates", *Studies in family planning*, 24(3):163-174.
- Ezeh Alex Chika, Seroussi Michka and Riggers Hendrik, 1996. – *Men's fertility, contraceptive use, and reproductive preferences*, DHS Comparative studies n°18. – Calverton, Maryland, Macro International Inc., 45 p.
- Fnuap, 1996. – *le rôle des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité*. Rapport technique n°28 - New York, FNUAP, 1996, 110 p.
- Greene Margaret E et Biddlecom Ann E, 1997. – *Absent and Problematic Men : Demographic Accounts of Male Reproductive Roles*. Policy research division working papers n°103 - New York, Population Council, 64 p.
- Hertrich Véronique, 1997. – "Les réponses des hommes valent-elles celles des femmes ? : une double collecte sur les questions génésiques et matrimoniales dans une population du Mali", *Population*, n° 1, p. 45-62.
- Hertrich, Véronique, Thérèse Locoh 1996. – "Afrique subsaharienne : le début du tournant." in *Populations. L'état des connaissances : la France, l'Europe, le monde*, pp.226 - 230 - Paris, INED, La Découverte, 335p.
- Kobiane Silas, 1995. – *Transition de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso. Quelques données et réflexions* – Abidjan, 14 p. (Communication présentée au Séminaire international "Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique", Abidjan [Côte d'Ivoire], 16-19 mai 1995, ENSEA-ORSTOM).
- Konaté Désiré Lohé, Sinaré Tinga, Seroussi Michka, 1994. – *Enquête démographique et de santé. Burkina Faso 1993*. – Institut National de la Statistique et de la Démographie, Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA, 296 p.
- Labourie-Racape Annie et Locoh Thérèse, 1998. – "Genre et démographie : nouvelles problématiques ou effet de mode ?", *Dossiers et recherches* n°65 - Paris, INED, 28p.
- Lloyd Cynthia, "Family and Gender Issues for population policy", Population Council Research Division, n°48, 1995.
- Locoh Thérèse, 1996. – "Changements des rôles masculins et féminins dans la crise : la révolution silencieuse" in Coussy Jean et Vallin Jacques(Ed), *Crise et population en Afrique : crises économiques, politiques*

- d'ajustement et dynamiques démographiques*, Les études du CEPED n°13, p.445-469 - Paris, CEPED, 580p.
- Makinwa-Adebusoye Paulina, 1994. – "Changes in the costs and benefits of children to their parents", in: Thérèse LOCOH et Véronique HERTRICH (éds.), *The onset of fertility transition in sub-saharan Africa*, p. 175-192. – Liège, UIESP/ Derouaux/Ordina Editions, 308 p.
- Oppenheim Mason Karen, 1995. – *Gender and demographic change: what do we know ?* – Liège, IUSSP, 31 p.
- Tabah Léon, 1994. - "les antécédents de la conférence du Caire" *Revue Européenne de Démographie*, Volume 10, n°4 1994, p. 349-380.
- Tabutin Dominique, 1998. – "Vers une théorie planétaire de la fécondité ?", in *Régimes démographiques et territoires: les frontières en question*" Séminaire international de l'AIDELF - La Rochelle, 22-26 septembre 1998, 11p.
- Vimard patrice, 1997. – "Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise" Document de recherche n°3 – Paris, ORSTOM – IRD, 31 p.

ANNEXE 8.1

Evolution de la pratique contraceptive selon le type de méthode.
Enquêtes démographiques et de santé du Burkina Faso. (1993 et 1998 - 1999) et du Mali (1987 et 1995 -1996)

Pratique contraceptive à l'enquête (%)	Mali		Burkina Faso	
	EDS 1987	EDS 1995-96	EDS 1993	EDS 1998-99
Femmes (1)				
Méthodes modernes (a)	1,3	4,5	4,2	4,8
Méthodes traditionnelles (b)	3,4	2,7	3,7	7,0
Total	4,7	7,2	7,9	11,9
Hommes (2)				
Méthodes modernes(a)	1,0	8,4	7,0	13,3
Méthodes traditionnelles (b)	2,7	9,7	5,1	26,2
Total	3,7	18,1	12,1	39,5

(1) Femmes en union utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.
(2) Hommes en union utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête sauf pour l'enquête du Mali de 1987 où il s'agit de l'ensemble des hommes.
(a) Elles comprennent la pilule, le stérilet, les injections, les méthodes vaginales, le condom, la stérilisation masculine et féminine et les implants.
(b) Elles comprennent la continence périodique, l'abstinence prolongée, le retrait.

3^{ème} Partie

AVORTEMENT ET SANTE DE
LA REPRODUCTION

CHAPITRE 9

LEGALISATION DE L'AVORTEMENT ET PLANIFICATION FAMILIALE :

L'expérience tunisienne

Benedicte Gastineau*

INTRODUCTION

La Tunisie est le pays du Maghreb où la diminution de la fécondité a été la plus précoce et la plus régulière⁷⁹. Au début des années 1960, le niveau de fécondité en Tunisie est tout à fait comparable à celui du Maroc ou de l'Algérie, mais au milieu des années 1990, il est nettement inférieur. En effet, avec un indice synthétique de 2,6 en 1995, la Tunisie est actuellement l'un des pays les "moins féconds" non seulement du Maghreb mais plus généralement du monde arabe (tableau 9 1)

La baisse de la fécondité s'explique dans une première phase et jusqu'au milieu des années 1980, principalement par le recul de l'âge au mariage en Tunisie. Entre 1966 et 1994, l'âge moyen à la première union est passé de 27,0 ans pour les hommes et 20,9 ans pour les femmes à respectivement 30,3 ans et 26,6 ans. Les pratiques contraceptives se diffusent surtout après 1980 (tableau 9 2). En 1994, la prévalence contraceptive atteint 60 %

LPE/IRD UR 011

⁷⁹ Pour une analyse plus complète de la transition de la baisse de la fécondité en Tunisie on peut consulter Sandron 1998

Tableau 9.1 : Indice synthétique de fécondité en 1995 de quelques pays arabes

Pays	ISF 1995
Tunisie	2,6
Maroc	3,0
Algérie	3,6
Mauritanie	4,0
Egypte	3,6
Libye	3,6

Source : Courbage, 1999

Tableau 9.2 - Taux de prévalence contraceptive 1978 -1994 (%)

Année	Taux de prévalence Contraceptive
1978	31,4
1983	41,1
1988	49,8
1994	59,7

Source : ONFP, 1997

Dans le monde arabe, la politique de population tunisienne se distingue à plusieurs égards et particulièrement sur la légalisation de l'avortement. Elle est le seul pays à autoriser l'interruption de grossesse sur simple requête de la femme. En Algérie et au Maroc, l'avortement est autorisé seulement quand la santé physique ou mentale de la mère est en danger. En Egypte et en Libye, les conditions sont encore plus strictes (Population Division of the United Nations Secretariat, 1999). En autorisant l'avortement "sous conditions" en 1965, puis "sans conditions" dès 1973, la Tunisie fait figure de précurseur.

Après avoir rappelé dans quel contexte l'avortement a été légalisé en Tunisie, nous verrons quel impact il a eu sur la fécondité et la diffusion des méthodes contraceptives. Enfin, nous nous intéresserons aux disparités régionales socio-démographiques en relation avec la fréquence du recours à l'avortement.

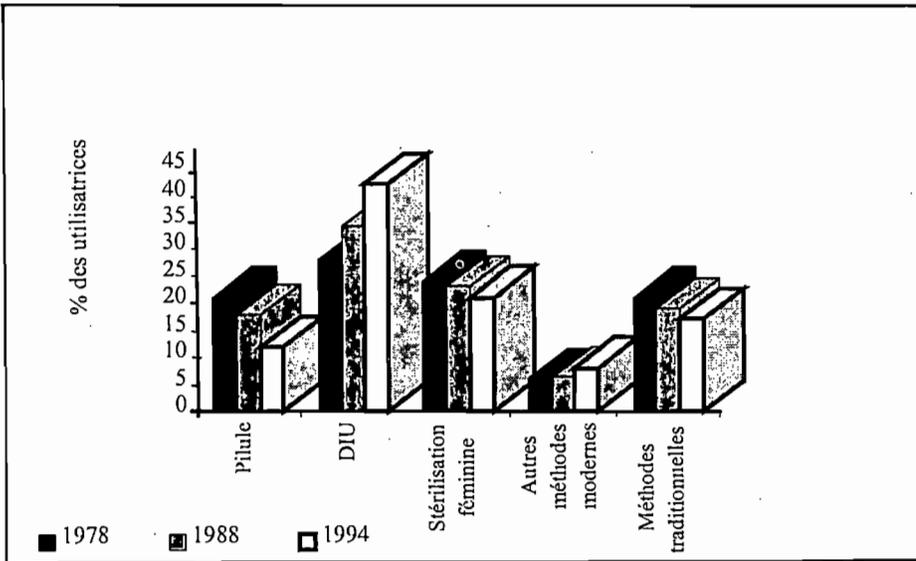
LE CONTEXTE DE LA LEGALISATION DE L'AVORTEMENT

L'exception tunisienne en matière de programme de planification familiale

La Tunisie fut le premier pays du continent africain et du monde arabe, avec l'Égypte, à adopter un programme national de planification familiale. Inséré dans une politique de population et de développement plus vaste, ce programme débute par une phase expérimentale en 1964. Fort de son succès, il devient programme national en 1966. Avant même le début du planning familial, de nombreux décrets ou lois témoignent d'une volonté politique de promouvoir de nouvelles dynamiques culturelles, sociales et économiques qui favorisent l'émancipation de la femme, la scolarisation, l'accès aux services de soins et même à la contraception (Cf. annexe 9.1).

La propagande et la vente libre des moyens contraceptifs furent autorisées dès 1961. Lors de la phase expérimentale du planning familial (1964-1966), la priorité, parmi les méthodes contraceptives est donnée au dispositif intra-utérin (DIU). Le nombre d'utilisatrices de DIU augmente rapidement de 1 030 en 1964 à 27 085 en 1968. En 1968, de nouvelles directives du programme donnent la priorité à la diffusion de la pilule mais c'est un échec. Cette méthode ne répond nullement à la demande à cette période, les femmes éprouvent des difficultés à s'approvisionner régulièrement et jugent la pilule difficile à utiliser. Très vite, le stérilet est à nouveau privilégié. Entre 1975 et 1985, l'Office de la Famille et la Population mène une double politique : d'une part, il encourage vivement le recours à la stérilisation, d'autre part, il met en place des programmes spécifiques de distribution de la pilule (gratuité, approvisionnement des pharmacies privées,...). Parallèlement les méthodes de stérilisation sont encouragées : la ligature des trompes qui n'était jusqu'alors que peu pratiquée (13 063 actes entre 1966 et 1972) devient une méthode courante, avec une moyenne annuelle de 9 784 opérations entre 1975 et 1989. Durant cette période, le nombre de femmes utilisant pour la première fois la pilule est multiplié par deux, mais cette méthode reste néanmoins relativement "marginale" (graphique 9.1). Le DIU reste en 1995 comme en 1978 et 1988 la méthode la plus fréquemment utilisée. D'une manière générale, la contraception est utilisée en fin de vie féconde.

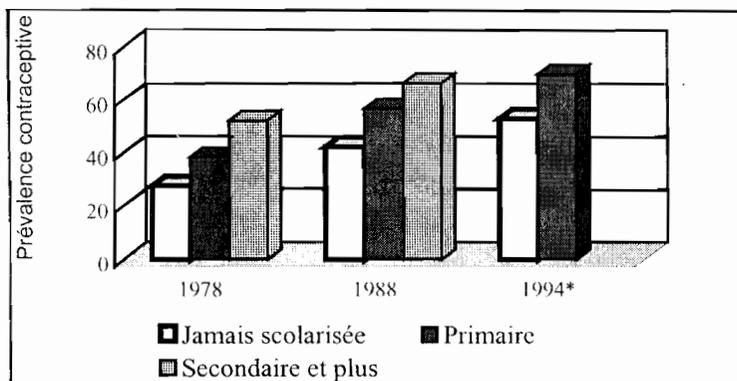
Graphique 9.1: Répartition des utilisatrices de contraception selon la méthode pratiquée



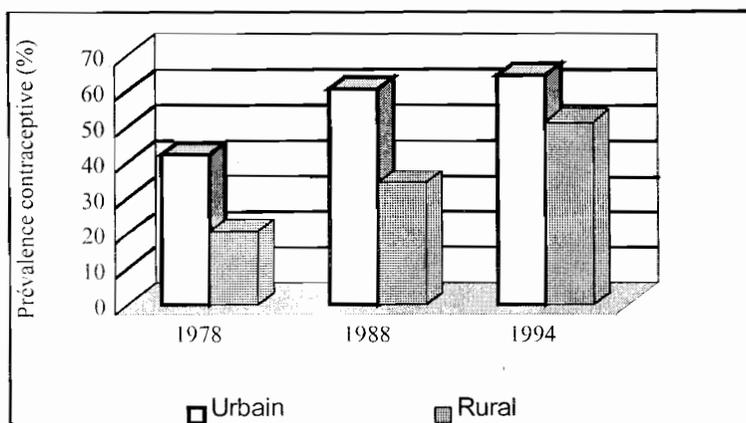
Sources : ONPFP 1982, ONFP, 1989, 1996

Estimé à 31,4 % en 1978, le taux de prévalence contraceptive en Tunisie a augmenté rapidement pour atteindre 59,7 % en 1994 (tableau 9.2). Les différences entre les zones rurales et les zones urbaines d'une part, entre les femmes analphabètes et les femmes éduquées d'autre part se sont considérablement restreintes (graphiques 9.2 et 9.3).

Graphique 9.2 : Taux de prévalence contraceptive selon la zone de résidence



Graphique 9.3 : Taux de prévalence contraceptive selon le niveau d'instruction



Sources: ONFP 1982, 1989, 1996

Ainsi, l'expérience tunisienne en matière de planning familial se révèle être exemplaire avec un taux de prévalence contraceptive de 60 % en 1994. Parallèlement les indicateurs de fécondité montrent tous que la transition démographique est presque achevée.

La place de l'avortement dans le programme de planification familiale

L'avortement n'a jamais fait partie explicitement des méthodes contraceptives promues par le programme de planning familial, pourtant il a largement contribué au succès du programme national de planification familiale. L'avortement a été légalisé en Tunisie en deux phases. En 1965, il est autorisé pour les femmes dont la santé est en danger et pour celles qui ont déjà 5 enfants ou plus. Huit ans plus tard, ces restrictions sont levées et l'avortement est autorisé sur simple demande de la femme, durant les 3 premiers mois de grossesse, quelque soit son statut matrimonial et sa descendance⁸⁰. L'interruption volontaire de grossesse existait en Tunisie bien avant sa légalisation. Les matrones traditionnelles, les *qablas*, la pratiquaient à l'aide de moyens mécaniques ou de plantes abortives. Les conditions de l'intervention étaient souvent dangereuses pour les femmes et elles ont été largement dénoncées pendant la colonisation par les médecins français qui portaient un jugement fort négatif sur cette pratique (Bakali, 1996). Nous n'avons malheureusement pas de chiffres précis sur le nombre d'interventions pratiquées clandestinement. Après 1965, lorsque l'avortement est autorisé mais réservé à certaines femmes, le nombre d'I.V.G. déclaré augmente mais reste relativement faible (graphique 9.4). Il passe de 342 avortements en 1965 à 4 621 en 1973. Ces chiffres ne reflètent certes pas la totalité des avortements. Avant 1973, les femmes qui ne remplissaient pas les conditions requises continuaient d'avoir recours à des procédés abortifs traditionnels et aux services des *qablas* (Bchir, 1969). Aujourd'hui, l'avortement est facile d'accès dans les structures sanitaires et si elles existent encore, les pratiques clandestines sont marginales.

En 1973, lorsque l'avortement est autorisé pour toutes les femmes, le nombre d'interruption de grossesse croît rapidement (graphique 9.4). En 1974, 12 427⁸¹ femmes ont avorté ; en 1976, elles sont plus de 28 000⁸². Le nombre d'avortements s'est ensuite stabilisé autour de 20 000 par an, exception faite des années 1987 et 1988 (où plus de 23 000 actes/an ont été enregistrés).

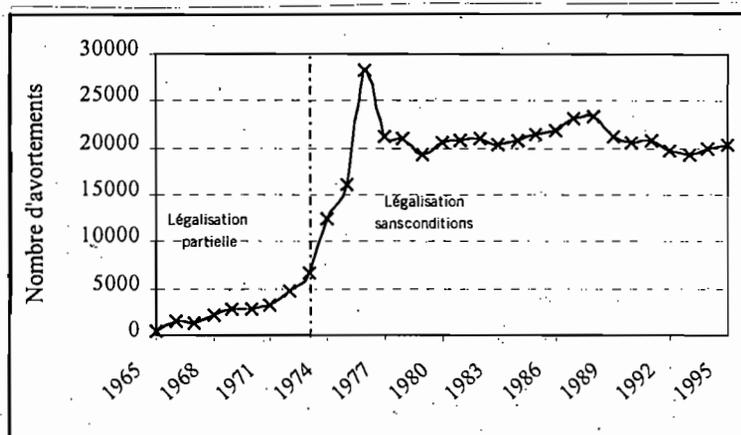
⁸⁰ Aujourd'hui encore, en Afrique, seuls 3 pays autorisent l'interruption de grossesse sur la simple demande de la femme (la Tunisie, l'Afrique du Sud, le Cap Vert) (Population Division of the United Nations Secretariat, 1999).

⁸¹ Pour 194 600 naissances.

⁸² Pour 208 724 naissances.

Certes le nombre d'avortements stagne, mais le nombre de naissances diminue depuis la fin des années 1980. En conséquence, le rapport entre les avortements et les naissances vivantes croît légèrement. Depuis 1987, on compte environ un avortement pour 10 naissances, soit trois fois moins qu'en France, et 5 fois moins qu'en République Tchèque où l'on observe un des plus forts taux d'avortement en Europe⁸³. En Afrique du Sud (ou l'avortement est autorisé sur simple demande de la femme), en 1997, moins de 3 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer ont été pratiqués contre presque 9 en Tunisie (Population Division of the United Nations Secretariat, 1999).

Graphique 9.4 : Nombre d'avortements déclarés en Tunisie (1965-1995)



Source : ONFP, 1998

Malgré une diffusion des moyens modernes de contraception de plus en plus grande en Tunisie, le nombre d'avortements ne diminue pas. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette apparente contradiction, parmi lesquels la position ambiguë de l'Office National du Planning Familial et de la Population⁸⁴. D'une part, l'ONFP s'est toujours défendu d'encourager les femmes à recourir à l'avortement. D'autre part, il reconnaît que l'avortement est utilisé "à part entière dans le programme tunisien depuis le

⁸³ En France, depuis 1987, le nombre moyen d'avortements pour 10 naissances est d'environ 3,0 (Blayo, 1995). En République Tchèque, il est de 5,3 en 1996, il était de 8,4 en 1987 (Rychtariková, 1998).

⁸⁴ L'ONFP a été créé en 1973. Il devient l'Office National de la Famille et de la Population en 1984.

début de ce dernier" (Ayad, 1976 :1). Le programme de planification familiale a, en effet, consacré beaucoup de ses moyens à rendre l'avortement plus bénin, plus sûr et gratuit dans les centres de planning familial et, dans certaines zones, l'avortement a été longtemps la méthode la plus accessible, la moins contraignante pour éviter une naissance non désirée.

Le contexte social de la légalisation de l'avortement

Avant la libéralisation de la vente des moyens contraceptifs, l'avortement était un moyen de limitation des naissances dans les classes aisées ou à l'opposé dans certaines zones rurales et pauvres (Bchir, 1969), il n'y avait donc aucun tabou sur cette méthode que les femmes connaissent toutes pour son "efficacité". Lorsque l'avortement a été totalement légalisé en 1973, les tunisiennes ont rapidement fait appel aux médecins pour avorter. Conscientes du danger de l'avortement pratiqué par les *qablas*, elles se sont tournées vers la "médecine savante". De plus, les centres de planning familial pratiquaient gratuitement l'I.V.G. alors que la *qabla* se faisait rétribuer.

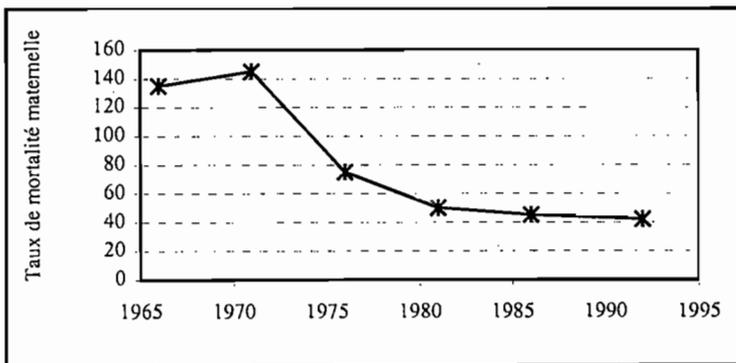
L'avortement restait un interdit religieux, interdit qui a été "assoupli". La position la plus conforme à la religion est l'interdiction totale de l'avortement. La conférence de Rabat (1971) sur la planification familiale et l'islam a néanmoins conclu qu'il pouvait être autorisé avant le 4^{ème} mois de grossesse ou après le 4^{ème} mois si la santé de la mère est réellement en danger (Ayad, 1976). Dans les faits, les femmes ont très peu pris en considération les interdits religieux. Il ressort des résultats d'une enquête menée en 1972 et 1973 que 65 % des femmes qui avortent le font en sachant que l'avortement n'est pas autorisé par l'islam. L'I.V.G. apparaît même, aux yeux de ces femmes, comme "une méthode de contraception acceptable pour les femmes ayant 4 enfants vivants"(Ayad, 1976).

La libéralisation de l'avortement en Tunisie s'inscrivait donc à part entière dans la politique du président H. Bourguiba, politique qui visait à moderniser la société tunisienne et à y modérer l'influence de la religion. Elle n'a rencontré que peu d'opposition au sein des politiques, des religieux et de la société civile.

LES CONSEQUENCES DE LA LEGALISATION DE L'AVORTEMENT EN TUNISIE

La légalisation de l'avortement a fait diminuer les pratiques clandestines et l'encadrement sanitaire a rendu l'opération beaucoup moins risquée. Elle a eu une incidence non négligeable sur la morbidité et mortalité des femmes. La disparition des avortements clandestins explique certainement une part de la baisse de la mortalité maternelle, baisse constante depuis le début des années 1970 (graphique 9.5). Malheureusement nous manquons de données pour mesurer l'incidence réelle de la légalisation de l'avortement sur la santé des femmes.

Graphique 9.5 : Taux de mortalité maternelle (‰) en Tunisie



Source : CREDIF, 1994

Les conséquences de la législation de l'avortement ne sont pas uniquement d'ordre sanitaire, cela a aussi beaucoup influé sur la fécondité et sur les pratiques contraceptives des tunisiennes. L'ONFP affirme que "l'I.V.G. ne constitue pas à proprement parler une méthode contraceptive" bien que le recours à cette pratique ait permis d'éviter 163 052 naissances entre 1974 et 1986 et presque 60 000 entre 1987 et 1991 (ONFP, 1987, 1992). L'avortement a ainsi "évit" autant de naissances que la ligature des trompes (presque 59 000 entre 1987 et 1991) mais plus que la pilule (à peine 18 000 entre 1987 et 1991) (ONFP, 1992, p.8).

Les caractéristiques des candidates à l'I.V.G. ont évolué et avec elles, l'objectif même de l'avortement. Avant sa légalisation, il était subi par des femmes en fin de vic féconde. Pendant les premières années de sa

légalisation "partielle" (1965) et jusqu'au milieu des années 1970, il reste une pratique de femmes âgées et multipares. Une fois accessible à toutes, on observe un rajeunissement des candidates. Selon plusieurs enquêtes, l'âge moyen des femmes qui avortent au milieu des années 1970 serait compris entre 30 et 31 ans (Bchir, Charfed, 1976, Chadi et *al.*, 1976). Des données récentes montrent qu'il a peu évolué jusqu'à aujourd'hui (Achour et *al.*, 1993b):

Consécutivement au rajeunissement des femmes, le nombre moyen d'enfants au moment de l'avortement diminue. Il a été estimé à 6,5 en 1966 et à 4,4 en 1974-75 (Bchir, Charfed, 1976, p.17). En 1992-1993, sur 862 femmes mariées venues subir un I.V.G. dans un centre de planning familial, 50 (6 %) n'avaient pas eu de grossesse antérieure et 179 (21 %) une seule grossesse (Achour et *al.*, 1993b).

Jusqu'au milieu des années 1970, "l'avortement est vécu par les tunisiennes comme une méthode d'arrêt de procréation". Après 1975, la stérilisation ayant efficacement remplacé l'avortement comme contraception d'arrêt, il est "probablement de plus en plus considéré comme une méthode d'espacement des naissances" par les femmes qui ont des difficultés à se procurer d'autres méthodes (Bchir, Charfed, 1976, p.7).

Actuellement, l'accès à la contraception est plus facile, une très large majorité des femmes ont à leur disposition de nombreux types de contraceptifs qu'elles peuvent se procurer gratuitement ou à un coût très faible. Pourtant d'après une étude récente "l'I.V.G. demeure toujours un moyen de régulation des naissances" et ne sert pas uniquement à pallier les "accidents" (Achour et *al.*, 1993a, p.138). Certaines femmes continuent à l'utiliser délibérément comme "méthode de planification familiale" parce qu'elles sont réticentes aux méthodes contraceptives ou parce qu'elles considèrent que l'avortement est la méthode la plus accessible.

C'est le cas notamment des jeunes filles célibataires. Les relations sexuelles pré-nuptiales étant socialement prohibées et condamnées, les femmes jeunes bénéficient de très peu d'information sur la contraception et même si elles la connaissent, elles peuvent difficilement y avoir recours. Or les relations sexuelles avant le mariage sont fréquentes. Les hommes étant toujours très réticents à l'utilisation du préservatif, certaines jeunes filles se retrouvent enceintes et décident d'avorter. Les données sur ce type d'événement sont partielles mais permettent néanmoins d'observer que la part des femmes célibataires parmi celles qui subissent un avortement augmente

significativement. En 1986, une enquête à l'hôpital Charles Nicoll de Tunis évalue à moins de 2 % le poids des célibataires dans l'ensemble des femmes qui avortent (Laâjimi, 1987 : 54). En 1992-1993, ce pourcentage se situerait entre 14 % et 23 % selon les études (alors que dans le même temps, le nombre absolu d'I.V.G. a stagné) (Achour et *al.*, 1993b).

L'une des particularités du planning familial en Tunisie est d'avoir très tôt mis en place un programme post-abortum. Depuis 1968, il donne les moyens aux médecins avorteurs de mener "une action éducative vers la population candidate à ces services afin de la sensibiliser à l'adoption d'un comportement procréateur responsable lui permettant de substituer à la pratique abortive une contraception d'espacement ou d'arrêt selon le désir des femmes" (ONFP, 1997a, p.57). Parallèlement à des actions d'éducation et de sensibilisation aux méthodes non abortives, certains centres n'ont pas hésité à refuser de prendre en charge les femmes qui n'envisagent pas une ligature des trompes ou la pose d'un stérilet après l'opération (Vallin, 1968, Yatougi, 1976). Cette pratique, encore marginale à la fin des années 1960, semble être beaucoup plus courante durant les années 1970. Après 1990, l'accent est, de nouveau, mis sur l'information et le conseil, l'office du planning affirme vouloir "permettre aux femmes qui le désirent, après information, l'accès à l'I.V.G., tout en déconseillant les I.V.G. répétitives" (Boukris, 1991).

Il faut en effet souligner le rôle qu'a joué la libéralisation de l'I.V.G. dans l'accessibilité des méthodes contraceptives. Cet acte pratiqué gratuitement dans les centres de planning familial a permis de prendre en charge des femmes qui n'ont jamais utilisé de moyens contraceptifs ou qui les utilisent mal. Les résultats actuels sont à la hauteur des moyens engagés puisque, selon l'Office du Planning Familial, un avortement est suivi dans plus de 75 % des cas par l'adoption d'une méthode contraceptive moderne (ONFP, 1997a, p.57). On compte pourtant un nombre non négligeable de "récidivistes"⁸⁵. Il est à craindre que certaines femmes adoptent une méthode pour bénéficier de l'interruption de grossesse et l'abandonnent rapidement sans doute pour les raisons qui les ont amenées à avorter la première fois, c'est-à-dire parce qu'elles ont des difficultés à se procurer des plaquettes de pilule ou pour assurer le suivi médical de leur stérilet. Les difficultés sont liées soit au manque de structures sanitaires, soit à la pression familiale et sociale défavorables à une quelconque limitation des naissances. A la grossesse suivante, les femmes prennent, de nouveau, l'initiative d'avorter.

⁸⁵ 20% d'après une enquête faite sur 1000 cas d'I.V.G. entre 1992 et 1993, Achour et *al.*, 1993.

Malgré une politique de population nationale, les régions ont bénéficié plus ou moins des moyens du programme de planification familiale et les aspirations en matière de descendance sont dépendantes du contexte socio-économique, culturel variable du Nord au Sud de la Tunisie. Les disparités régionales des taux d'avortement sont l'expression de l'influence des facteurs économiques, structurels et socio-culturels.

Disparités géographiques et sanitaires

De l'étude des dynamiques démographiques en Tunisie, on pourrait s'attendre à constater une opposition entre la Tunisie littorale orientale (urbaine et développée) et la Tunisie intérieure et méridionale (rurale, moins développée). En fait, les variables démographiques montrent notamment que la baisse de la fécondité est surtout importante, certes sur le littoral mais aussi dans le Nord-Ouest du pays (région rurale et pauvre). Inversement, la région du Centre-Est, relativement riche et développée à un rythme de transition lent, sauf la région de Sfax dont la fécondité est déjà très basse.

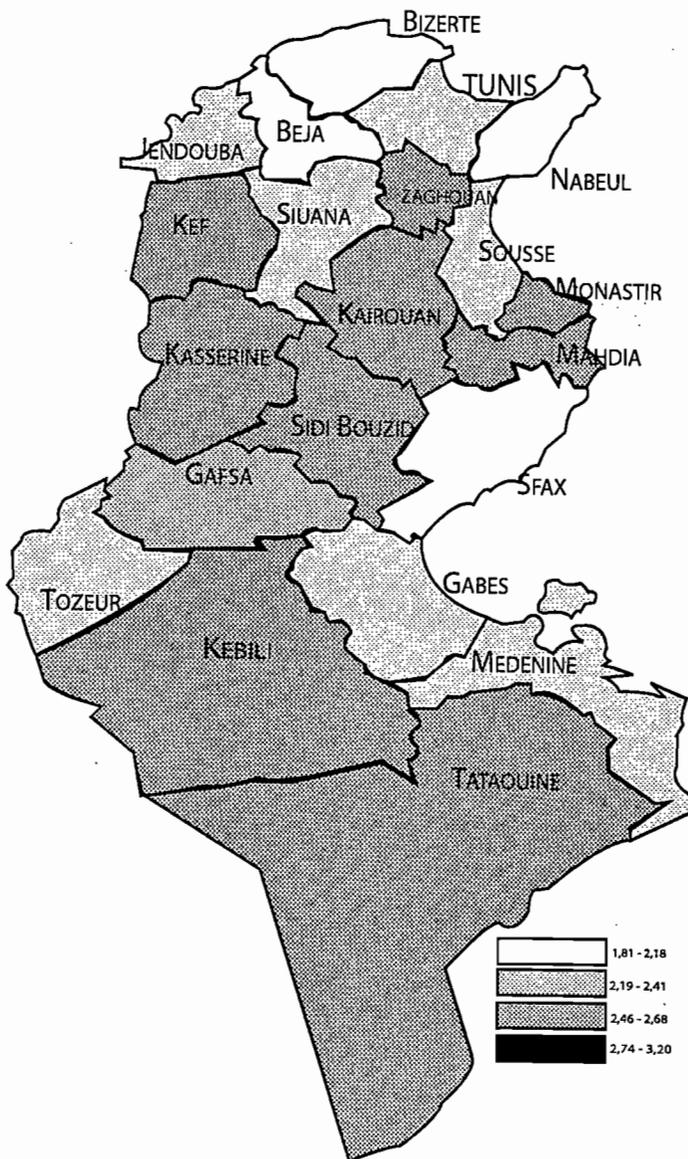
Excepté le *gouvernorat* de Tozeur, le Sud et le Centre-Ouest restent des régions très "fécondes" (carte 9.1). On a donc une opposition Nord - Sud assez marquée. La carte des avortements fait apparaître la même dichotomie (carte 9.2).

Exception faite de Gafsa et de Tozeur, le nombre d'avortement dans les *gouvernorats* au Sud d'une ligne Kasserine - Mahdia sont faibles, inférieurs à 50 ‰ naissances vivantes (carte 9.2). A Médenine, Gabès, Kébili et Tataouine, les chiffres sont même au-dessous de 25 ‰. A l'inverse, hormis le *gouvernorat* de Jendouba, le Nord affichent des taux largement supérieurs à 50 ‰ avec un maximum de 107,9 ‰ dans le District de Tunis.

Il y a donc une relation inverse entre le niveau de la fécondité et le taux d'avortement à l'échelle du *gouvernorat* (tableau 9.1).

La prévalence contraceptive est une seconde donnée qui distingue clairement le Nord et le Sud tunisiens (carte 9.3). Elle connaît beaucoup de retard dans les régions du Sud et du Centre-Ouest. Bien évidemment, la pratique contraceptive et les niveaux de la fécondité étant très dépendants, une relation forte apparaît évidemment entre les taux d'avortement et la prévalence contraceptive (tableau 9.1).

Carte 9.1 : Indice Synthétique de Fécondité en 1997



Source : INS, 1997

Carte 9.2 : Nombre d'avortements pour 1 000 naissances vivantes en 1998



Source : ONPF, 1998

Tableau 9.1 : Coefficients de corrélation entre le ratio d'avortements pour 1000 naissances en 1998 et des variables de développement socio-économique dans les 22 gouvernorats tunisiens

	Ratio avortements pour 1000 naissances en 1998
% de logements à moins de 2 km du centre de santé de base en 1994**	0,29
% de population communale en 1994**	0,55
Prévalence contraceptive en 1994-1995***	0,45
ISF 1997****	- 0,42
% d'accouchements assistés en 1997****	0,41
Nombre de lits en hôpital public (%o habitants) en 1997****	0,60
% de femmes mariées de 15-49 ans non scolarisées en 1987*****	- 0,20

*INS, 1998, ONFP, 1998

** Recensement de 1994, INS

***ONFP, 1998

****INS, 1998

L'analyse des facteurs qui expliquent les retards des régions du Sud en matière de contraception est très intéressante, elle permet de comprendre les comportements différentiels vis à vis de l'avortement. Les résultats d'une enquête sur le comportement contraceptif des familles en milieu rural indiquent que dans les régions du Centre-Ouest, un des facteurs principaux de la faible prévalence contraceptive est le manque d'accessibilité des services de planification familiale (ONFP, 1997b). Tandis que, dans les régions du Sud, ce sont les facteurs d'ordre culturel liés à la structure familiale, tels que la famille étendue, le mariage précoce qui déterminent les projets de fécondité et orientent l'attitude face à la contraception.

L'avortement est confronté aux mêmes inerties. Dans le Sud, les femmes ne sont pas réticentes à une méthode contraceptive en particulier ou

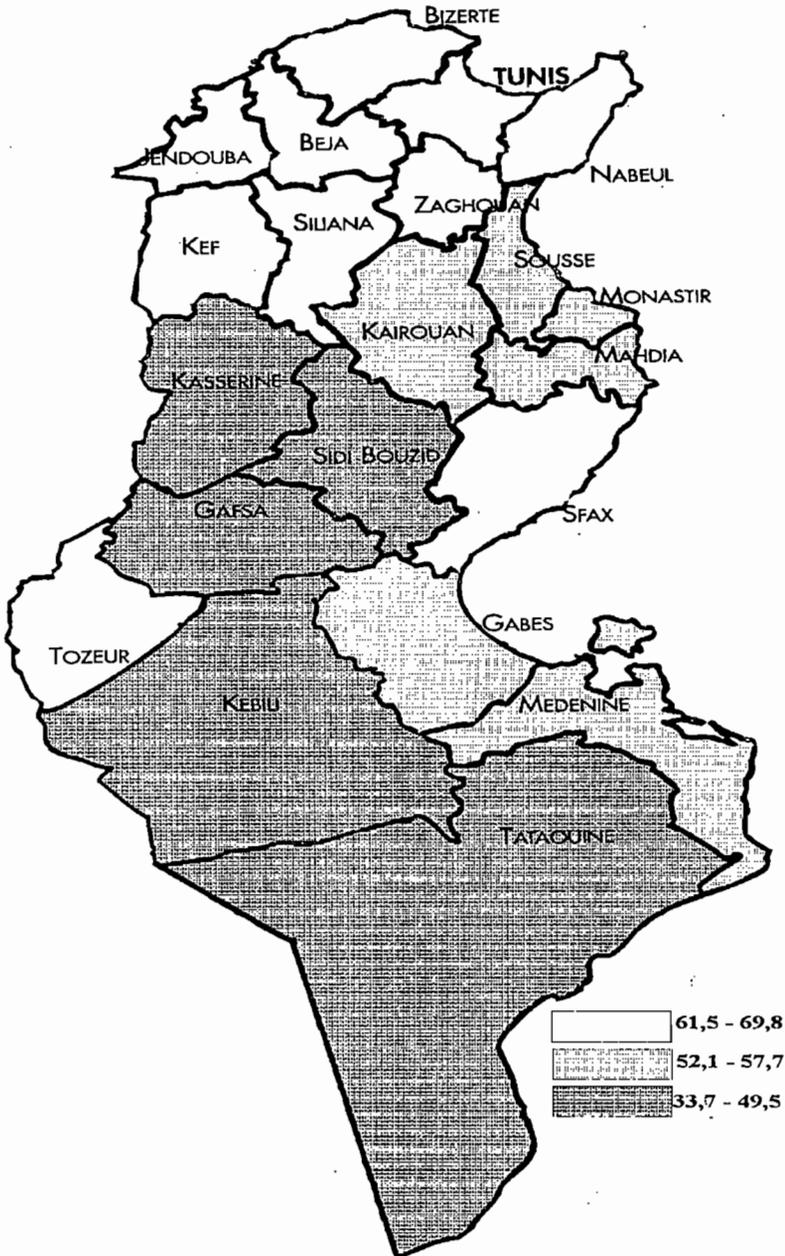
à l'avortement mais bien à l'idée même de limiter leur descendance. Dans le Centre-Ouest, les problèmes d'accès aux structures sanitaires se posent aux femmes qui voudraient avorter comme à celles qui veulent se procurer une contraception.

Les faibles ratios d'avortement dans le Sud s'expliquent donc par une réticence générale envers la contraception, doublée d'un accès difficile aux services de planification familiale. De plus, les femmes du Sud ont des comportements démographiques plus traditionnels, beaucoup s'en remettent au destin pour déterminer la taille de leur descendance. L'idée même d'une "conception maîtrisée" n'est pas très répandue. Les échecs de la contraception ne sont donc pas systématiquement suivis d'un avortement et sont plutôt bien acceptés, inversement aux régions où les pratiques contraceptives sont plus anciennes et où les femmes cherchent à programmer de plus en plus leur vie reproductive.

La fréquence des avortements est d'autant plus élevée que la couverture sanitaire est bonne. Le nombre de lits en hôpital public est un bon indicateur de l'offre de soins (en structure et en personnel) au niveau d'un *gouvernorat*. Or cet indice et le taux d'avortement sont fortement corrélés (tableau 9.1).

Trois types de régions se distinguent. Le premier comprend les régions du Sud où le nombre d'I.V.G est faible parce que les comportements reproducteurs sont encore très traditionnels, les femmes souhaitent une descendance nombreuse et acceptent assez bien de ne pas maîtriser leur fécondité. Le second regroupe le Nord et le littoral plus développé où les avortements, plus nombreux, sont subis par des femmes qui ne font pas partie des populations cibles des services de planning familial (femmes célibataires), et par celles qui veulent maîtriser leur vie féconde et n'acceptent pas les échecs de la contraception. Reste le Nord-Ouest, région pauvre mais néanmoins peu féconde, où les avortements sont certainement utilisés au même titre que les autres méthodes contraceptives par les femmes pour qui, pour des raisons d'éloignement des structures sanitaires ou des raisons financières, l'avortement reste le moyen de limitation des naissances le plus accessible.

Carte 9.3 : Taux de prévalence contraceptive en 1994-1995 (%)



Source : ONFP, 1996



CONCLUSION

Les raisons de la légalisation "précoce" de l'avortement en Tunisie, précoce relativement aux autres pays africains et arabo-musulmans, sont multiples. Un des objectifs était de faire diminuer la mortalité maternelle liée aux actes clandestins. Mais le planning familial était un élément d'une politique beaucoup plus ambitieuse de modernisation, de développement de la société tunisienne. Dès 1956, a été définie une stratégie globale de développement donnant une place importante aux femmes. Le premier président tunisien, H. Bourguiba était convaincu que le développement ne pouvait se faire sans la population féminine. Dès les premières années de l'indépendance, de nombreuses réformes ont été menées pour modifier les relations familiales et sociales vers des relations de genre plus égalitaires. Le programme de planification familiale est un bon exemple : il a constamment cherché à responsabiliser les femmes dans leur vie génésique. A ce titre, l'avortement ne pouvait pas être exclu des services de planification familiale. Les autorités ont rapidement compris que l'I.V.G. constituait pour beaucoup de femmes une méthode de planification familiale, souvent la plus accessible et efficace.

Les agents du planning familial ont très tôt eu pour mission d'informer les femmes qui venaient avorter, et de les convaincre d'utiliser une méthode contraceptive. Dans une première phase (1965-1985), l'avortement a été donc pour beaucoup de femmes l'occasion de découvrir la contraception, et éventuellement de se faire poser un stérilet ou de se faire stériliser. Aujourd'hui, les femmes bénéficient de nombreuses informations et connaissent toutes plusieurs méthodes contraceptives modernes. Elles obtiennent ces informations le plus souvent au moment de leur première grossesse. Par conséquent les femmes célibataires sont mal informées et la pression familiale, sociale condamne l'accès à la contraception, signe d'une sexualité pré-nuptiale qui est bannie. De même, une fois mariée, la femme doit rapidement faire preuve de sa fertilité, il serait donc mal perçu qu'elle cherche à reculer sa première grossesse.

C'est donc parmi ces femmes primigestes, et surtout parmi les célibataires, que l'avortement progresse. Malgré qu'elles soient totalement désavouées, les relations sexuelles avant le mariage existent dans certaines catégories de population. Enceintes, ces jeunes célibataires étaient autrefois

mariées très rapidement à l’“amant” ou quelque fois à un homme veuf, âgé qui reconnaissait l’enfant et assumait son éducation. Or, les jeunes femmes acceptent de moins en moins de se soumettre à ce type de mariages surtout dans les populations urbaines et éduquées. L’avortement, puisqu’il est légal et qu’il peut être pratiqué “discrètement”, apparaît alors souvent comme la seule solution envisageable.

BIBLIOGRAPHIE

- Achour M., Lebbi I., Bitri M., Mahjoubi S., Ouaghemni D., Chelli H., Zouari F., 1993 (a), "L'I.V.G. en Tunisie. Est-ce un échec ou une méthode de contraception ?", *Actes des premières journées de la santé des femmes et de la famille, 25-26 Juin 1993*, ONFP, pp.137-139.
- Achour M., Lebbi I., Bitri M., Mahjoubi S., Ouaghemni D., Chelli H., Zouari F., 1993 (b), "Apport de l'échographie dans le cadre des interruptions de grossesses", *Actes des premières journées de la santé des femmes et de la famille, 25-26 Juin 1993*, ONFP, pp.127-129
- Ayad M., 1976, *Les acceptantes de la ligature des trompes et de l'avortement : Caractéristiques, attitudes et opinions.*, ONFPF, Tunis, 25p.
- Bakali S, 1996, *La femme tunisienne au temps de la colonisation 1881-1956*, L'Harmattan, Histoire et Perspectives Méditerranéennes, Paris, 307p.
- Bchir M., 1969, "Structure par âge et planning familial : l'exemple de la population de Tunis", *Revue Tunisienne des Sciences Sociales*, Tunis, n°17-18, pp.365-377.
- Bchir M., Charfed-Dine A., 1976, "L'avortement dans le planning familial", *Famille et Population*, Tunis, n°6, pp.16-21.
- Blayo Chantal, 1995, "L'évolution du recours à l'avortement depuis 1976", *Population*, n°3, pp.779-810.
- Boukris M., 1991, *La politique de population et la planification familiale. Eléments pour la stratégie des années 90*, ONFP, Tunis, 58p.
- Chadi R., Garkoucha C., Golola V., 1976, "Avortements sociaux par seringue de Kerman", *Famille et Population*, Tunis, n°7-8, pp.6-10.
- Courbage Y., 1999, *Nouveaux horizons démographiques en Méditerranée*, INED-PUF, Paris, 200p.
- Institut National de la Statistique, 1998, *Annuaire statistique de la Tunisie - Année 1997*, INS, Tunis.
- Laajimi A., 1987, "La planification familiale en Tunisie. Raisons d'un succès et stratégies d'un futur", *Famille et Population*, Tunis, n°5-6, pp.48-70.
- Lapham R., 1971, "Le planning familial en Tunisie et au Maroc : résumé et évaluation des derniers résultats", *Etudes de planning familial*, The Population Council, Volume 2, n°5, pp.182-199.
- Office National du Planning Familial et de La Population, 1970, *Projet de développement des activités du planning familial*, Ministère de la santé publique, 96p.
- Office National du Planning Familial et de La Population, 1982, *Enquête*

tunisienne sur la fécondité - Rapport principal, ONFP, Tunis.

Office National de la Famille et de la Population, 1987, "Bilan des activités de planning familial durant les 3 derniers plans économiques et sociaux 1974-1986", *Famille et Population*, Tunis, n°5-6, pp.17-22.

Office National de la Famille et de la Population, 1992, *Le programme démographique de la santé familiale 1988-1992*, ONFP, Tunis, 29p.

Office National de la Famille et de la Population, 1996, *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant - Rapport principal*, ONFP, 248p.

Office National de la Famille et de la Population, 1997(a), *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, ONFP, Tunis, 337p.

Office National de la Famille et de la Population, 1997(b), *Comportement reproductif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, ONFP, Ministère de la Santé Publique, Tunis, 209p.

Office National de la Famille et de la Population, 1998, *Enquête*

tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant, ONFP, Tunis.

Office National de la Famille et de la Population, 1999, *Rapport national sur la population 1994-1998*, ONFP, 1999.

Population Division of the United Nations Secretariat, 1999, *Abortions policies 1999*, United Nations publication.

Rychtarikova Jitka, 1998, *Analyse spatiale du comportement procréateur en République Tchèque (fécondité et avortement), 1987-1996*, Communication au séminaire international de l'AIDELF - La Rochelle - 22-26 Septembre 1998, 14p.

Sandron F., 1998, *La baisse de la fécondité en Tunisie*, Les dossiers du CEPED, n°49, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris, 55p.

Yatougi K., 1976, "Centre Barthou d'éducation et de planification familiale", *Famille et Population*, Tunis, n°6, pp.7-15.

Vallin J., 1968, "Planification familiale et perspective de population en Tunisie 1966-1975", *Revue Tunisienne des Sciences Sociales*, Tunis, n°12, pp.71-88.

ANNEXE 9.1

Quelques dates importantes de la politique de population en Tunisie depuis 1956⁸⁵

- 1956** : Indépendance de la Tunisie
- 1956** : Promulgation du code du statut personnel.
Abolition de la polygamie et de la répudiation.
Age légal au mariage fixé à 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons.
- 1958** : Réforme de l'enseignement, tous les enfants de plus de 6 ans peuvent prétendre aller à l'école.
- 1959** : Constitution tunisienne
Egalité des droits entre la femme et l'homme.
La femme est éligible et électrice.
- 1960** : Instauration d'un régime d'allocations familiales.
- 1961** : La propagande et la vente des moyens contraceptifs sont autorisés.
- 1964** : Lancement du programme expérimental de planning familial.
- 1964** : L'âge légal au mariage est fixé à 17 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons.
- 1965** : Légalisation de l'avortement à partir du cinquième enfant et en cas de danger pour la mère ou pour l'enfant.
- 1966** : Lancement du programme national de planning familial.
- 1966** : Le code du travail instaure l'égalité entre les hommes et les femmes.
- 1973** : Création de l'Office National du Planning Familial et de la Population.
- 1973** : Légalisation de l'avortement sans restriction de descendance.
- 1989** : Restriction des allocations familiales aux trois premiers enfants.
- 1991** : L'école devient obligatoire jusqu'à 15 ans.

⁸⁵ Source : Office national de la famille et la population, 1997.

CHAPITRE 10

PLANIFICATION FAMILIALE A ABIDJAN : CONTRACEPTION ET/OU AVORTEMENT ?

Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines

Agnes Guillaume*
Annabel Desgrees du Loû**

INTRODUCTION

L'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité et qui a toujours fait l'objet d'importants débats (McLaren, 1990). Telle que dans certaines sociétés ou même parfois imposée pour limiter le nombre de naissances, réprimée dans d'autres, sa pratique suscite bien des controverses pour des raisons éthiques, morales ou religieuses.

À la conférence du Caire en 1994, tout comme à celle de Beijing en 1995, cette question de l'avortement a fait l'objet de nombreux débats par les gouvernements confrontés au problème de santé publique que représente cette pratique. Les avortements sont « *une cause majeure de morbidité et*

*CEPED/IRD UR 091 « Santé de la Reproduction Fécondité et Développement »

**ENSEA/IRD UR 091

Cette analyse a été produite dans le cadre d'un programme soutenu par l'AUF à travers l'action de recherche partagée sur Santé de la reproduction transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire.

mortalité maternelle » (IPPF, 1994). Ainsi dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) 330 décès se produisent pour 100 000 avortements et alors que ce taux est de 680 pour 100 000 avortements en Afrique (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement est lourd de conséquences sur la santé des femmes : perforation de l'utérus, lésions génitales, infections, douleurs, hémorragies sont des complications fréquemment rencontrées et qui se traduisent parfois par des hystérectomies et des stérilités (IPPF, 1994 ; Zabin et Kiragu 1998). Ainsi au Nigeria, 40 % des femmes ont eu des complications à la suite d'avortements provoqués et 60 % des ces dernières n'ont pas reçu pas de traitement (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement représente également une charge importante pour les systèmes de santé puisqu'en Égypte, environ un cinquième des admissions en gynécologie et obstétrique (19 %) sont dues à des complications d'avortements (Huntington, 1997).

Les risques associés à ces interruptions de grossesses s'expliquent par la pratique souvent clandestine des avortements : en Afrique 99 % des avortements se font dans l'illégalité totale (The Alan Guttmacher Institute, 1999). L'avortement est en effet illégal dans la majorité des pays africains puisque seul le Cap Vert, la Tunisie et l'Afrique du Sud l'autorisent sans restriction. D'autres pays émettent des restrictions quant à sa pratique (raisons de santé, économiques, durée de gestation, autorisation maritale ou parentale...) et bien souvent l'accès aux services habilités pour faire ces avortements reste difficile (insuffisance du nombre de centre, manque de personnel qualifié...).

Ce caractère illégal de l'avortement en Afrique explique la rareté des données disponibles sur ce sujet. Il s'agit essentiellement de données hospitalières relatives à des admissions pour complications d'avortement, de quelques rares enquêtes ponctuelles et de statistiques sanitaires dans les pays où l'avortement est légal. Il n'y a donc pas de vision d'ensemble de cette pratique dans la population pour beaucoup de pays (Bledsoe et Cohen, 1993), en particulier en Afrique sub-saharienne.

Cependant même si le recours à l'avortement reste pour les raisons précédentes, un phénomène mal connu dans les pays en développement, les quelques données disponibles sur ce sujet montrent qu'il s'agit d'une pratique courante. Les ratios d'avortements (nombre d'avortements pour 100 grossesses) sont estimés en 1995 à 41 pour 100 grossesses pour les pays développés, à 23 pour 100 grossesses dans les pays en développement et 15 pour 100 en Afrique (The Alan Guttmacher Institute, 1999). Ce problème de

l'avortement se pose avec une acuité particulière chez les adolescentes pour qui l'accès à la planification familiale est souvent difficile. Interrompre une grossesse est ainsi pour elles le moyen le plus accessible pour retarder leur entrée en vie féconde, condition parfois nécessaire pour pouvoir poursuivre leurs études. Ainsi au Cameroun, on a estimé à 18 % la proportion de grossesses terminées par un avortement chez les adolescentes (Bledsoe et Cohen, 1993). Au Nigeria, une enquête menée auprès de jeunes de 14 à 25 ans révèle que près de la moitié des jeunes femmes étudiantes et deux tiers de celles non scolarisées ont été enceintes et presque toutes ont interrompu cette grossesse par un avortement provoqué (Nichols et al., 1986). Leur situation économique et familiale, mais aussi leur manque de prise de conscience du risque d'exposition à une grossesse les amènent à un recours fréquent à l'avortement.

Lors des recommandations émises à la conférence du Caire, dans les directives pour améliorer ces droits et santé en matière de reproduction, il est stipulé que *« les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale et, dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils »* (Nations Unies, 1994). La question qui se pose donc est de savoir si l'avortement est effectivement utilisé comme méthode de planification familiale, s'il intervient en cas d'absence de contraception ou suite à un échec d'une méthode. En effet, le recours à l'avortement peut s'expliquer par un manque d'accès aux services de planification familiale couplé à un désir de contrôler sa fécondité. Dans 24 pays d'Afrique sub-saharienne, le besoin non satisfait en planification familiale varie de 14,8 % au Zimbabwe à 40,2 % au Togo (Ross et al., 1999) : ce besoin est exprimé principalement pour espacer les naissances mais aussi pour limiter la fécondité.

En Côte d'Ivoire, la fécondité a connu une baisse assez importante de 2 enfants par femme en moins de 20 ans : l'indice synthétique de fécondité est passé de 7,2 enfants par femmes à l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF) de 1980-81 à 5,2 enfants en 1998-99 à l'Enquête démographique et de santé (Ministère de la planification et de la programmation du développement et al., 1999). La pratique contraceptive a augmenté mais reste malgré tout faible puisque, selon les résultats des EDS, seulement 6 % des femmes en 1994 (Koffi, 1995) et 10 % en 1998-99 utilisaient une méthode moderne de contraception. L'accès à la planification

familiale est encore assez limité dans ce pays où une politique de population avec des objectifs affichés de maîtrise de la fécondité n'a été adopté qu'en 1997. La question du rôle que l'avortement peut également jouer dans cette diminution de la fécondité se pose.

Quelques études sur la santé de la reproduction et la planification familiale menées dans différentes régions de Côte d'Ivoire, ont permis de mesurer le recours à l'avortement. Cette pratique est importante, d'une intensité très variable selon les zones, beaucoup plus élevée en zone urbaine que rurale : la proportion de femmes ayant eu au moins une fois recours à l'avortement est de 30,5 % chez des femmes interrogées lors de consultations prénatales à Abidjan (Desgrées du Loû et *al.*, 1999), les résultats d'une enquête menée auprès d'une population de « Corps Habillés » à Abidjan et Bouaké situent à 32 % cette proportion, à mais elles oscillent entre 6,5 % et 7,8 % respectivement dans les zones du Centre Nord et de Niakaramandougou et atteignent 10 % dans la région de Tanda et 16 % dans celle d'Aboisso (Guillaume et *al.*, 1999). A travers ces enquêtes, il semble que le recours à l'avortement en ville soit un phénomène en rapide augmentation depuis quelques années.

La législation relative à l'avortement en Côte d'Ivoire est très restrictive. Il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut alors l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant. (Article 367 du Code Pénal Ivoirien). Dans ce contexte, les données relatives à l'avortement sont limitées. Elles émanent essentiellement des statistiques hospitalières où elles apparaissent au titre des complications d'avortements ou dans certains cas de causes de mortalité maternelle : ces données reflètent donc uniquement les conséquences préjudiciables à la santé de la mère. Ainsi une étude menée dans les trois CHU d'Abidjan entre 1989 et 1992 révèle que 70 % des décès maternels ont pour cause des complications d'avortements faits dans de mauvaises conditions (Barrère et Barrère, 1995 ; Thonneau et *al.*, 1996). Une autre enquête menée auprès d'environ 500 femmes admises dans un CHU d'Abidjan pour des complications du premier trimestre de la grossesse montre que 8 % de ces admissions sont dues à des avortements ainsi que 3,6 % des décès (Goyaux et *al.*, 1999).

Pour mieux comprendre les relations entre la baisse de la fécondité, la pratique contraceptive et le recours à l'avortement, nous avons réalisé une enquête spécifique en 1998 auprès de consultants dans des

centres de santé. Nous avons analysé les pratiques contraceptives des femmes, en liaison avec l'offre de planification familiale, ainsi que leur recours à l'avortement afin de comprendre comment l'avortement est susceptible d'intervenir comme mode de régulation de fécondité et s'il intervient en complément et ou en remplacement de la contraception pour pallier une offre insuffisante.

Méthodologie de l'enquête et profil de la population enquêtée

L'étude présentée ici se base sur une enquête quantitative menée en 1998 auprès de consultant·es dans quatre centres de santé de la ville d'Abidjan : 2400 femmes de 15 à 49 ans, venues en consultation quel qu'en soit le motif (santé de la femme, de l'homme ou d'un enfant, suivi prénatal ou post-natal, pesée, vaccination, accouchement...) et choisies aléatoirement ont été interrogées.

L'enquête a été réalisée par un questionnaire fermé comprenant différents modules : un module d'identification, un module comprenant une histoire complète des maternités (naissances vivantes, fausses couches, avortements, mort-nés), un consacré aux connaissances et pratiques de la contraception et un module approfondi sur l'avortement (connaissance et pratique, raisons, utilisation de la contraception antérieure et postérieure à cet avortement, perception...). Quelques entretiens ont été également menés auprès de femmes et des personnels de santé de ces structures.

La population enquêtée est composée essentiellement de femmes jeunes (52 % de moins de 25 ans) et de faible niveau d'instruction : plus d'un tiers des femmes n'ont pas été scolarisées (39 %) et environ un tiers (32 %) ont atteint seulement le niveau primaire. Ces femmes exercent essentiellement leurs activités dans le secteur primaire, le commerce (47 %) ou l'artisanat (12,3 %) et 27 % sont ménagères. Plus de deux tiers des femmes (69 %) sont en union au moment de l'enquête. Elles sont en majorité de religion catholique (41 %) ou musulmane (35 %).

Le profil des femmes interrogées est différent selon les lieux d'enquête révélant la structure sociale de ces quartiers. Le quartier de Toit Rouge est peuplé d'une population de catégorie moyenne, essentiellement des fonctionnaires, des salariés du secteur privé et des agents de maîtrise. Les femmes qui fréquentent le centre de ce quartier sont globalement plus

âgées, d'un niveau d'éducation plus élevé, beaucoup de femmes sont encore élèves ou sont engagées dans le secteur tertiaire. Le quartier de Sagbe présente une structure différente car est peuplé essentiellement d'artisans (surtout des mécaniciens, forgerons...), de commerçants et d'ouvriers peu qualifiés : les femmes qui consultent le centre de santé de ce quartier sont de femmes peu scolarisées, plutôt de religion musulmane, surtout ménagères ou commerçantes et majoritairement en union. Le quartier de Ouassakara présente quelques similitudes avec celui de Sagbe puisque l'activité dominante est le commerce, la structure de la population est assez proche de celle de Sagbe avec plus de salariés du secteur privé. Enfin le centre d'Abobo Avocatier est dans une situation intermédiaire : la population est jeune, assez instruite et exerce des activités plus variées, elle est composée de salariés du secteur privé, d'artisans et de petits fonctionnaires. Les profils variés de ces femmes vont amener des comportements différentiels en matière de régulation de la fécondité. Comment se traduisent-ils au niveau de la pratique contraceptive des femmes ?

L'ACCES A LA PLANIFICATION FAMILIALE : QUEL CHEMIN RESTE A PARCOURIR ?

La Côte d'Ivoire s'est engagée tardivement dans une politique de maîtrise de la fécondité puisque la politique de population qui affiche des objectifs de réduction du niveau de fécondité et d'accroissement de la prévalence contraceptive n'a été adoptée qu'en 1997 (Ministère délégué auprès du Premier Ministre, 1997). Avant cette date l'Association Ivoirienne de Bien Être Familial assurait quelques prestations de planification familiale à travers ces cliniques implantées dans différentes villes de Côte d'Ivoire.

Selon les résultats de l'enquête démographique et de santé de 1998-99, la prévalence contraceptive actuelle, chez les femmes en union, pour la ville d'Abidjan est de 27,1 % pour l'ensemble des méthodes et de 11,6 % pour les méthodes modernes (Ministère de la planification et de la programmation du développement *et al.* 1999). Cette prévalence a légèrement augmenté puisqu'elle n'était que de 9,6 % pour les méthodes modernes en 1994 lors de la précédente enquête démographique et de santé

(Koffi, 1995). Quels sont les comportements des femmes interrogées ? Quelles connaissances ont-elles de la contraception ?

Une connaissance généralisée de la contraception mais une utilisation encore modérée

Le niveau de connaissance de la contraception pour l'ensemble des méthodes est très élevé puisque 96,4 % des femmes enquêtées déclarent connaître au moins une méthode de contraception⁸⁶. Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des femmes, ce niveau de connaissance égale ou dépasse les 93 % (tableau 10.1). Les femmes connaissent (ou citent) davantage les méthodes modernes que les méthodes naturelles : 94,5 % des femmes déclarent connaître au moins une méthode moderne et seulement 54,5 % une méthode naturelle.

Tableau 10.1 : Connaissance et pratique de la contraception (%)
(N = 2400)

	Méthode quelconque	Méthode naturelle	Méthode moderne
Connaissance	96,4	54,5	94,6
Utilisation passée	64,4	35,5	42,9
Utilisation actuelle	28,1	16,8	11,6

Parmi les méthodes connues, ou citées, vient en premier lieu la pilule (89 %), puis le préservatif masculin (56,7 %), le DIU (28,5 %), et enfin l'injection mentionnée par 5,5 % des femmes. Le niveau de connaissance des autres méthodes (Norplant, préservatifs féminins, spermicides...) n'excède pas 5 % : les implants et le préservatif féminin sont peu diffusés en Côte d'Ivoire. Les campagnes de sensibilisation pour l'utilisation des préservatifs, particulièrement dans le cadre des campagnes de prévention du sida, et celles pour les pilules Confiance⁸⁷ expliquent certainement en grande partie les bons niveaux de connaissances de ces méthodes.

⁸⁶ Les méthodes quelconques regroupent à la fois les méthodes modernes (la pilule, l'injection, le stérilet, le préservatif masculin comme féminin, le Norplant, les spermicides...), naturelles (méthode Ogino ou méthode des cycles, le retrait et l'abstinence), mais aussi les méthodes populaires (telles l'indigénat et les gris-gris). L'utilisation des méthodes populaires reste marginale.

⁸⁷ Pilules à 150 FCFA la plaquette promues dans le cadre de l'AIBEF.

Malgré cette connaissance généralisée des méthodes contraceptives, la pratique contraceptive reste faible surtout pour les méthodes modernes : seulement 28 % des femmes interrogées utilisent actuellement une méthode de contraception, 17 % utilisent une méthode naturelle et 12 % une méthode moderne (tableau 10.1).

Tableau 10.2 : Régression logistique de la connaissance, de l'utilisation de la contraception et de la pratique de l'avortement selon les caractéristiques des femmes (N = 2400)

Caractéristiques socio-démographiques	Connaissance				Utilisation actuelle				Au moins 1 avortement	
	Méthode quelconque		Méthode moderne		Méthode quelconque		Méthode moderne		Odds ratio	P
	Odds ratio	P	Odds ratio	P	Odds ratio	P	Odds ratio	P		
Âge										
- < 25	2,15	0,12	3,21	0,00	0,92	0,69	0,85	0,58	13,31	0,00
- 25-34	4,88	0,00	4,14	0,00	0,97	0,86	0,96	0,88	8,33	0,00
- 35 + ^{ref}										
Niveau d'instruction										
- non scolarisée	0,00	0,39	0,00	0,37	0,40	0,00	0,38	0,00	0,34	0,00
- primaire	0,00	0,45	0,00	0,43	0,69	0,00	0,65	0,01	0,49	0,00
- secondaire et supérieur ^{ref}										
Religion										
- Chrétien ^{ref}										
- Musulman	0,39	0,01	0,52	0,02	0,81	0,09	0,95	0,77	0,31	0,00
- autre	0,48	0,06	0,53	0,03	0,71	0,01	0,74	0,08	0,98	0,88
Occupation										
- commerce	0,44	0,18	0,47	0,12	0,90	0,50	0,75	0,17	0,64	0,01
- élève	0,33	0,39	0,41	0,45	1,09	0,71	1,13	0,65	0,44	0,00
- secteur tertiaire	0,35	0,22	0,43	0,21	0,95	0,82	0,84	0,52	1,18	0,47
- ménagère	0,33	0,08	0,30	0,01	0,90	0,53	0,72	0,13	0,60	0,00
- artisan ^{ref}										
État matrimonial										
- Non en union	1,92	0,04	1,84	0,2	2,20	0,00	1,66	0,00	2,36	0,00
- en union ^{ref}										
Nombre total de grossesses	1,27	0,00	1,23	0,00	1,05	0,06	0,99	0,78	1,75	0,00
Utilisation passée de la contraception										
- non ^{ref}										
- oui									3,33	0,00

La prévalence contraceptive, tout comme la connaissance des méthodes diffère selon les caractéristiques des femmes, particulièrement selon leur niveau d'instruction et leur état matrimonial (tableau 10.2). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes instruites que celles sans

instruction et la probabilité d'utiliser la contraception moderne est presque deux fois plus élevée chez les femmes de niveau d'instruction primaire comparativement aux non scolarisées. Cette prévalence est également deux fois plus élevée chez les femmes non en union que chez celles en union. Ces tendances confirment celles observées lors de l'enquête démographique et de santé de 1994.

La plupart des femmes qui n'utilisent pas la contraception au moment de l'enquête ont ce comportement car elles ne s'estiment pas exposées au risque de grossesse, il s'agit surtout de femmes enceintes ou allaitantes (72 %). Les femmes qui s'estiment exposées à une grossesse et n'utilisent pas la contraception (29 %) justifient ce choix car elles déclarent « vouloir avoir des enfants » ou car elles ont des problèmes pour être enceintes (12 %) : il s'agit de femmes engagées dans une stratégie de constitution de leur descendance. Le manque d'information sur les méthodes est également mentionné par les femmes comme raison de ne pas utiliser la contraception (16 %), ainsi qu'une mauvaise expérience avec ces méthodes (9 %) ou une crainte des effets secondaires (4 %).

Ces raisons de non utilisation de la contraception révèlent un besoin d'information de qualité sur ces méthodes contraceptives et posent ainsi la question de l'offre réelle en planification familiale dans ces centres de santé.

Planification familiale : quelle offre pour quelle demande ?

Une offre limitée...

Le contexte politique et sanitaire de la Côte d'Ivoire n'a pas favorisé les activités de planification familiale, circonscrites pendant longtemps aux centres de l'AIBEF.

Dans les quatre centres de santé étudiés, les activités de planification familiale étaient très limitées car l'ensemble du personnel n'avait pas reçu de formation spécialisée dans ce domaine. Dans les centres où le personnel n'a pas reçu de formation, les activités sont centrées sur les conseils sur l'espacement des naissances et les femmes sont orientées vers les centres de l'AIBEF. Par contre dans les autres structures, les sages-femmes prescrivent essentiellement la pilule, les méthodes injectables et les préservatifs.

...mais une demande croissante

Malgré cette offre limitée, les personnels de ces centres de santé ont souligné une demande réelle des femmes, en particulier des jeunes femmes pour la planification familiale. Les entretiens menés avec les sages-femmes montrent que la demande correspond aussi bien à un besoin d'espacement des naissances qu'à une contraception d'arrêt. Les sages femmes souhaitent aussi par le biais de la planification familiale limiter le recours à l'avortement et les complications qui en découlent (fausses couches, mort-nés, infections....) suite à des manœuvres qui ont échoué. Le problème de la contraception en période post-partum est également souvent mentionné : le conseil étant souvent donné aux femmes d'attendre leur retour de couches avant d'adopter une méthode contraceptive : certaines naissances trop rapprochées ou suivies par un avortement sont dues à cette absence d'utilisation de la contraception.

Les femmes interrogées ont manifesté ce désir d'espacement des naissances puisque parmi celles qui désirent d'autres enfants 85 % veulent attendre encore deux ans au moins avant de commencer une nouvelle grossesse, et les deux tiers expriment l'intention d'utiliser un moyen de contraception pour espacer ces naissances. La demande de contraception est réelle et parfois non satisfaite à cause des lacunes de l'offre ou d'un manque d'information sur le fonctionnement de ces méthodes ou les lieux d'approvisionnement.

Les réseaux informels : une source d'information ou d'approvisionnement en contraceptifs ?

De nombreux auteurs (Nichols et *al.*, 1986 ; Watkins, 1991 ; Ngom, 2000), ont souligné le rôle des réseaux informels dans la diffusion des informations relatives à la contraception. Ces réseaux représentent l'entourage des femmes c'est-à-dire leur conjoint, les parents, les amis... (à l'exception des informations reçues auprès du personnel médical). Ils permettent d'avoir des informations sur les centres de planification familiale à fréquenter, les méthodes à choisir, de confronter les expériences des femmes qui ont déjà utilisé des méthodes de contraception. Ainsi au Sénégal une étude a montré que « la majorité (79 %) des femmes ont mentionné l'entourage comme étant la première source d'information sur la contraception » (Ngom, 2000).

Près de la moitié ont obtenu leurs informations sur la contraception à travers ces réseaux informels puisque 49 % déclarent que les parents et amis leurs ont donné des informations sur les méthodes modernes (tableau 10.3) alors que dans seulement 44 % des cas ces informations proviennent personnel médical et de l'Association de Bien-Être Familial (AIBEF).

Les médias (radio, télévision et presse) ainsi que l'école ont également un rôle non négligeable d'information sur la planification familiale.

L'approvisionnement en produits contraceptifs ne se fait pas uniquement à travers les centres de prestations en planification familiale, dans près d'un tiers des cas (32,0 %) les femmes s'approvisionnent dans les pharmacies privées : ainsi, si elles obtiennent leur première prescription par ces centres souvent elles renouvellent leur prescription en se rendant directement dans les pharmacies (tableau 10.3). Le réseau informel intervient aussi dans l'approvisionnement en produits contraceptifs (12,9 %), mais il s'agit seulement de préservatifs.

Tableau 10.3 : Sources d'information et d'approvisionnement en méthodes modernes de contraception

	Information	Approvisionnement
AIBEF	14,9	30,6
Personnel de santé	29,1	13,7
Pharmacie		32,0
Média	17,8	
Parent, ami	49,0	12,9
École	15,6	4,7
Autre	1,4	6,5
les pourcentages sont différents de 100 car plusieurs réponses sont possibles		

Les réseaux informels jouent un rôle important dans la diffusion des informations sur la planification familiale. Il convient de s'interroger sur la fiabilité de l'information qu'ils peuvent véhiculer mais aussi sur les phénomènes de résistance à la planification familiale qu'ils peuvent parfois engendrer (Ngom, 2000) : les femmes ne connaissent parfois que l'existence des méthodes sans en comprendre les mécanismes de fonctionnement réel.

Ces données soulignent l'insuffisance de l'offre de planification familiale en terme d'accès aux méthodes mais aussi d'information approfondies sur le fonctionnement des différents contraceptifs et leurs

possibles effets secondaires. Ces insuffisances ont-elles une influence sur le recours à l'avortement ; l'offre au niveau de ces interruptions de grossesse est-elle plus accessible ?

LE RECOURS A L'AVORTEMENT PROVOQUE

En Côte d'Ivoire, bien que le recours à l'avortement provoqué pour interrompre une grossesse soit une pratique illégale, sauf en cas de danger pour la santé de la mère, elle est répandue particulièrement dans la ville d'Abidjan et il semblerait qu'elle intervienne comme méthode de contrôle de la fécondité (Desgrées du Loû, et *al.*, 1999).

Une pratique fréquente et variable selon les femmes

Un tiers des femmes interrogées (33,5 %) déclarent avoir avorté au moins une fois au cours de leur vie féconde et 39 % des femmes qui ont eu au moins une grossesse.

L'intensité de cette pratique est donc élevée et certaines femmes pratiquent des avortements « à répétition ». Si environ une femme sur cinq (21 %) a eu seulement un avortement au cours de sa vie féconde, 18,2 % d'entre elles en ont eu deux ou plus (tableau 10.4). Parmi les femmes qui ont eu deux grossesses près de 10 % des ces grossesses ont toutes été interrompues par un avortement et 4 % parmi celles qui en ont eu trois. Le but de l'avortement est donc de retarder la constitution de la descendance pour ces femmes qui terminent toutes leurs grossesses par un avortement : ce constat se vérifie particulièrement pour la première grossesse interrompue par 19 % des femmes.

La pratique de l'avortement diffère selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (tableau 10.2). Ainsi plus les femmes sont instruites et plus elles recourent à l'avortement pour réguler leur fécondité. Les femmes d'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur recourent trois fois plus à l'avortement que les femmes non scolarisées. Les femmes de religion musulmane pratiquent moins l'avortement que celles de religion chrétienne malgré les interdits liés à cette religion. L'interruption de

grossesse est deux fois plus importante chez les femmes qui ne sont pas en union au moment de l'enquête. Les jeunes femmes recourent beaucoup plus fréquemment à l'avortement que leurs aînées.

Tableau 10.4 : Proportion de grossesses terminées par un avortement provoqué selon le nombre total de grossesse (parmi les femmes ayant eu au moins une grossesse)

Nombre total de grossesse	Proportion de grossesses terminées par un avortement				Effectifs
	Aucune	Une grossesse	Deux ou +	Toutes*	
1	81	19	-	19	503
2	62	28	10	10	431
3	53	25	22	4	348
4	52	19	31	3	247
5	51	18	31	1	204
6 et +	52	13	36	0	112
Ensemble	61	21	18	8	2065
*inclus les données de deux colonnes précédentes : une grossesse et deux grossesses et +					
*inclus les données de deux colonnes précédentes : une grossesse et deux grossesses et +					

Ces différences de comportements entre les femmes sont très liées aux raisons qui les amènent à recourir à l'avortement. En effet, les deux principaux motifs, « la poursuite des études » et « la crainte de la réaction des parents » (cités dans 19 % des cas) expliquent l'importance du recours à l'avortement chez les femmes scolarisées ainsi que chez les jeunes femmes qui craignent un rejet familial à cause de cette grossesse non désirée. Confrontées aux « difficultés à faire accepter une grossesse illégitime », 12 % des femmes préfèrent avorter plutôt que d'assumer une grossesse socialement mal acceptée et dont le père ne serait pas prêt à assumer la paternité : chez les femmes célibataires, la prévalence de l'avortement est plus forte que chez les femmes en union. Les femmes expriment également à travers les raisons de leur avortement l'incapacité à assumer la charge d'un enfant supplémentaire (15 %) mais aussi un désir d'espacement des naissances pour préserver la santé de la mère ou de l'enfant. Outre une réaction à des contraintes familiales ou sociales, l'avortement est une réponse aux difficultés économiques des femmes et aux besoins non satisfaits en planification familiale liés notamment à l'insuffisance de l'offre de planification familiale.

Une pratique en pleine évolution ?

Le recours à l'avortement est-il une pratique récente correspondant à de nouveaux besoins de gestion de la fécondité ou au contraire s'inscrit-elle dans une démarche assez traditionnelle de régulation de la fécondité ? La régulation de la fécondité par l'avortement est une pratique ancienne et de nombreuses méthodes traditionnelles ou populaires existent, basées sur la pharmacopée traditionnelle, des produits pharmaceutiques ou chimiques, des moyens mécaniques... (McLaren, 1990 ; The Alan Guttmacher Institute, 1999).

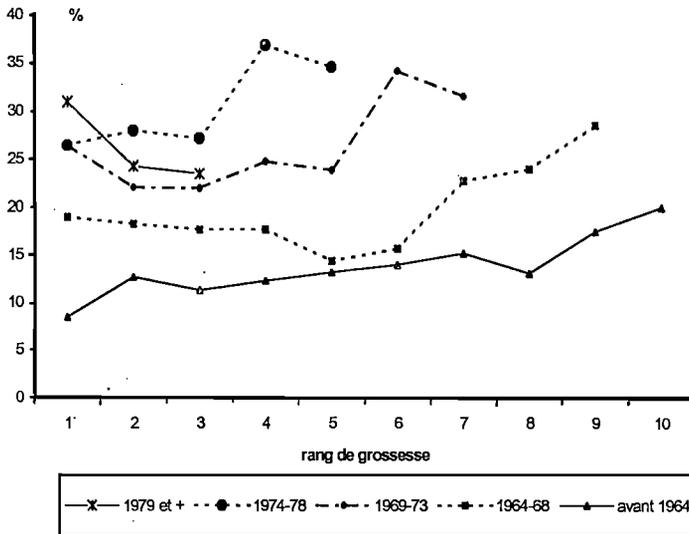
L'analyse de ce recours selon le rang de grossesse et la génération de naissance de la femme nous permet d'appréhender les éventuels changements dans cette pratique.

Au fil des générations, les comportements de régulation de la fécondité évoluent et l'on assiste à un recours de plus en plus important à l'avortement dès le début de la vie féconde surtout dans les jeunes générations (figure 10.1). Alors qu'entre 26 et 31 % des femmes nées après 1969 ont déjà avorté dès leur première grossesse, la proportion se situe seulement entre 8,5 et 19 % pour les femmes nées avant 1968 : même si l'on peut émettre l'hypothèse d'omissions de cet acte pour les femmes les plus âgées, cet écart reste malgré tout très important.

Des changements de comportements apparaissent entre les générations de femmes avec un recours à l'avortement plus important et plus précoce à chaque génération. Il semble que cette évolution se soit particulièrement accélérée entre les générations 1964-1968 et 1969-1973, qui présentent des profils de recours à l'avortement selon l'âge et le rang de grossesse très différents.

Si en début de vie féconde, ce recours manifeste un souhait de différer son entrée en vie féconde en refusant une grossesse, pour les femmes qui ont déjà eu de nombreuses grossesses, cette pratique répond davantage à un moyen d'espacer les naissances ou d'arrêter de procréer. L'avortement dans les deux cas intervient en lieu et place de la contraception pour espacer ou éviter une nouvelle grossesse : cette pratique peut être une réponse à un échec d'une méthode contraceptive ou à une absence d'utilisation de ces méthodes par manque d'information, difficultés d'accès ou refus de recourir à la contraception. Elle traduit en tous cas un besoin non satisfait de planification familiale.

Figure 10.1 : Évolution du ratio d'avortement selon la génération de naissance de la femme et le rang de grossesse



Les conditions du recours à l'avortement

Dans le contexte de la Côte d'Ivoire où cet acte est illégal, on pourrait s'attendre à ce que les avortements soient pratiqués essentiellement avec des méthodes traditionnelles ou populaires : une enquête menée auprès de consultant·es dans des centres de santé à Bamako (où l'avortement est également illégal) a montré que la méthode la plus courante était le curetage et que ces avortements étaient généralement faits en milieu hospitalier (Konate *et al.*, 1999).

Les femmes interrogées connaissent une gamme variée de méthodes (tableau 10.5), mais près de deux tiers des avortements ont été réalisés par intervention médicale (62 %), généralement un curetage. Ce type d'intervention est le plus souvent choisi en premier recours mais peut aussi faire suite à une tentative d'avortement qui a échoué et donné lieu à des complications. Parmi les femmes qui ont eu recours à l'intervention chirurgicale, 3 % déclarent avoir utilisé en premier recours une autre méthode. Cette méthode médicale est pratiquée par des personnels médicaux plus ou moins qualifiés (gynécologues, médecins généraliste,

infirmiers...), et dans des conditions sanitaires variables selon les lieux (hôpital, clinique privée, cabinet privé...): le caractère clandestin n' garantit pas la sécurité.

Tableau 10.5 : Répartition des femmes selon les méthodes d'avortement connues* et méthodes d'avortement utilisées

	Méthode connue (1)	Méthode utilisée (2)
Tisane voie orale	15	5
Lavement	40	18
Sonde végétale	16	4
Ovule traditionnel	10	9
Automédication moderne	15	10
Intervention médicale	53	62
Coca cola + sucre	5	2
Autres	28	10
*Plusieurs méthodes peuvent être citées (1) sur l'ensemble des femmes (2) parmi celles qui ont fait au moins un avortement		

Toujours dans ce registre biomédical⁸⁸, les femmes utilisent souvent des médicaments réputés pour leurs propriétés abortives, bien que leur efficacité ne soit pas prouvée. Ces médicaments sont alors utilisés à des dosages élevés et s'ils peuvent effectivement entraîner un avortement, ils mettent en péril la santé de la mère. Ainsi, les antipaludéens, notamment la nivaquine, les hormones (telles le crinex, le synergon, ...), l'aspirine... font partie de ces méthodes supposées abortives : 10 % des femmes y ont eu recours pour leur dernier avortement.

Dans le registre de la médecine traditionnelle, beaucoup de plantes et produits sont réputés pour leurs propriétés abortives. Ils sont utilisés sous diverses formes : des tisanes par voie orale, des purges ou lavements, des « ovules traditionnels ». A cela s'ajoute la sonde végétale, une tige de plante (ou autres objets contondants), des méthodes qui causent de fréquentes ruptures ou perforations utérines. Le lavement est la méthode la plus fréquemment utilisée (18 % des femmes).

De nombreuses femmes croient aux vertus abortives du coca-cola associé au sucre. L'excès de sucre, mais aussi d'alcool (vin, kotoukou...),

⁸⁸ les méthodes par aspiration et le RU486 n'existent pas en Côte d'Ivoire.

ainsi que des produits plus acides (le citron) sont considérés aussi comme ayant un pouvoir abortif, par exemple les préparations à base de citron et de miel.

Les femmes mentionnent aussi comme méthodes abortives les produits détergents (bleu à linge, bicarbonate, eau de javel...), ainsi que le verre pilé (introduit dans le vagin ou ingurgité sous forme de poudre), mais ces produits semblent relativement peu utilisés.

Ainsi donc une grande diversité de méthode apparaît mais toutes n'ont pas les effets escomptés. Cependant, elles sont souvent lourdes de conséquences pour la santé de la femme puisqu'elles peuvent se solder par des infections, des hémorragies, une stérilité secondaire⁸⁹ et dans certain cas un échec de l'avortement mais des séquelles pour le fœtus, notamment un risque accru de mortinatalité. Une étude menée à Abidjan dans un centre hospitalier où les femmes avaient été admises pour des complications d'avortement révèle que 9 % des femmes qui ont eu une péritonite comme complication avait utilisé une méthode intra-utérine pour avorter et la majorité des décès consécutifs à ces complications d'avortement était due à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux *et al.*, 1999).

Coût et prise en charge de l'avortement

Un des éléments susceptibles d'expliquer le recours à l'avortement chez les femmes pourrait être la modicité de son coût, en comparaison avec les méthodes de planification familiale.

Ces coûts sont très variables et dépendants du type de méthode utilisé, du lieu de l'intervention et éventuellement de la personne qui pratique cet acte. Ils sont gratuits dans 13 % des cas, il s'agit essentiellement méthodes traditionnelles. Près d'un tiers des avortements (30 %) coûtent entre 10 et 30 000 F, et environ un quart (23 %) dépassent les 30 000 F : il s'agit essentiellement des interventions chirurgicales. La garantie d'une certaine sécurité dans ces actes ainsi que son caractère clandestin rend cette pratique onéreuse et donc économiquement inaccessible à de nombreuses femmes.

Ces coûts de l'avortement sont dans plus d'un tiers des cas (36 %) pris en charge par la femme elle-même (avec l'aide d'une autre personne dans

⁸⁹ 27 % des femmes ont déclaré avoir eu des complications à la suite d'un avortement, essentiellement des infections ou des hémorragies.

2 % des cas seulement). C'est aussi fréquemment l'ami (responsable de la grossesse) qui intervient pour payer cet avortement, essentiellement quand il s'agit de femmes qui ne sont pas en union (37 %), et plus rarement le mari (16 %). Les autres possibilités d'aides financières restent marginales (les parents, les frères et sœurs ou des amis...). Les femmes ne prennent donc pas totalement en charge ce recours mais en « partagent » parfois la charge financière.

Cette pratique de l'avortement étant illégale en Côte d'Ivoire, mais aussi souvent condamnée par la société civile et la religion, on pourrait s'attendre à ce que les femmes cachent ces avortements à leur entourage surtout lorsqu'elles sont dans une situation sociale non établie : célibataire, union illégitime ou encore élève. Pourtant seulement 2 % des femmes disent n'en avoir parlé à personne de leur entourage. Les auteurs (supposés) de ces grossesses sont assez souvent informés de cet avortement : plus fréquemment quand il s'agit de l'ami (42 %) que du mari (30 %). Ces différentes réactions renvoient aux raisons justifiant l'avortement, mais aussi à la gestion de la fécondité au sein du couple⁹⁰. Il est possible que dans les couples, l'avortement soit fait à l'insu du conjoint pour limiter des grossesses trop nombreuses ou rapprochées : certains maris pouvant être réticents à une limitation des grossesses par ce moyen tout comme par la planification familiale.

Dans l'entourage familial, les frères et sœurs (26 %) sont plus souvent pris comme confidents que les pères ou mères (13 %) : il est certainement plus facile et acceptable surtout pour les jeunes filles de se confier à eux qu'aux parents qui risquent de les rejeter ou d'imposer la poursuite de cette grossesse.

Le facteur coût n'est certainement pas le principal déterminant dans le recours à l'avortement surtout si on le compare avec celui de la contraception⁹¹. La question de la régulation de la fécondité par l'avortement pose la question des relations entre hommes et femmes dans la négociation de leurs relations sexuelles au sein du couple et notamment de l'adoption de méthodes préventives ou contraceptives (Welfens-Ekra *et al.*, 2000).

⁹⁰ L'absence de discussion au sein du couple des questions relatives à la planification familiale a été soulignée lors d'une enquête menée dans une commune de Yopougon où seulement deux tiers des couples mentionnaient parler de ces questions (Toure, Kamagate *et al.* 1997).

⁹¹ Une plaquette de pilule dans les centres de santé ne coûte que 150 FCFA.

Contraception et avortement : quelle régulation de la fécondité ?

La baisse rapide de la fécondité en Côte d'Ivoire durant les vingt dernières années et la faible augmentation de la prévalence des méthodes modernes de contraception pose la question du rôle que peut jouer l'avortement dans cette transition de la fécondité.

L'avortement, une composante de la transition de la fécondité ?

Nous avons constaté que cette pratique de l'avortement est plus fréquente chez les jeunes femmes et qu'elle intervient dès la première grossesse pour différer l'entrée en vie féconde. Ce comportement est révélateur d'un changement de mentalité des femmes qui ont de nouvelles aspirations en matière de fécondité. La faible prévalence contraceptive montre que l'offre de planification familiale ne permet pas toujours de répondre à ces besoins non satisfaits en planification familiale.

Quel est l'impact de l'avortement sur la fécondité et comment s'articulent l'utilisation de la contraception et le recours à l'avortement ?

L'avortement a un impact non négligeable sur la fécondité puisque les femmes ont eu en moyenne 0,6 avortements et 2,04 naissances vivantes. Or, compte tenu « du délai de conception, de la durée de gestation et du temps mort post-partum ... il faut 2,67 avortements pour éviter une naissance » (Leridon et Toulemon, 1997). Si l'on applique ce modèle à nos données, il apparaît que le recours à l'avortement contribue à une diminution de 10,1 % de la descendance des femmes : 0,23 naissances sont ainsi évitées par un avortement (tableau 10.6). Ce poids de l'avortement sur la réduction de la descendance est près de 5 fois plus élevé chez les femmes de niveau d'instruction secondaire comparativement à celles sans instruction. L'importance de cette pratique chez les femmes plus instruites se confirme : elle est d'ailleurs très marquée chez les femmes encore étudiantes au moment de l'étude pour lesquelles un tiers de la réduction de leur descendance est imputable à l'avortement et 18 % pour les femmes qui travaillent dans le secteur tertiaire de l'économie.

Cet impact de l'avortement est particulièrement marqué chez les jeunes femmes pour lesquelles la réduction de la descendance due à l'avortement est de 15 % confirmant cette régulation de la fécondité dès le début de la vie féconde chez ces femmes. Nous avons constaté chez les

femmes plus âgées que le recours à l'avortement intervenait plutôt en fin de vie féconde puisqu'il n'augmentait qu'à partir des grossesses de rang six et plus.

Tableau 10.6 : Impact de l'avortement sur la diminution de la descendance

	Nombre moyen			Descendance sans avortement	réduction descendance due à l'avortement
	D'avortement	naissance évitée	naissance vivante		
Âge actuel					
- 15-24 ans	0,42	0,16	0,93	1,09	14,7
- 25- 34 ans	0,78	0,30	2,64	2,94	10,2
- 35 ans et +	0,86	0,23	5,52	5,85	6,0
Niveau d'instruction					
- non scolarisée	0,29	0,11	2,59	2,48	4,4
- primaire	0,63	0,24	1,94	2,18	11,0
- 1 ^{er} cycle	0,96	0,36	1,49	1,85	19,5
-2 ^{ème} cycle et +	1,09	0,41	0,92	1,33	30,8
Religion					
- Chrétien					
- Musulman	0,86	0,32	1,80	2,12	15,1
- autre	0,21	0,08	2,25	2,33	3,4
	0,75	0,28	2,14	2,42	11,6
État matrimonial					
- non en union	0,70	0,26	0,96	1,22	21,3
- en union	0,56	0,91	2,52	2,73	33,3
Activité					
- commerçant	0,56	0,21	2,58	2,70	7,8
- étudiant	0,55	0,21	0,42	0,63	33,3
- secteur tertiaire	1,08	0,41	1,85	2,25	18,2
- ménagères	0,46	0,17	1,82	1,99	8,5
- artisan	0,80	0,31	1,51	1,82	17,0
Utilisation passée contraception					
- non	0,19	0,07	2,03	2,10	3,3
- oui	0,83	0,31	2,04	2,35	13,3
Ensemble	0,60	0,23	2,04	2,27	10,1

Les femmes qui recourent à l'avortement s'inscrivent dans une stratégie de maîtrise de leur fécondité par différentes méthodes. Ainsi si l'on compare la baisse de la fécondité imputable à l'avortement chez les femmes qui ont utilisé la contraception dans le passé par rapport à celles qui n'y ont jamais eu recours, on constate qu'elle est quatre fois plus élevée. Avortement et contraception sont donc deux éléments qui à semblent participer à la régulation de la fécondité à Abidjan.

L'avortement : une réponse à un échec de la contraception ?

Les relations entre avortement et contraception sont difficiles et ne sont pas exclusivement liées à une méconnaissance ou une moindre utilisation de la contraception puisque Léridon (1987) a montré que « *plus on utilise la contraception et moins on aura de grossesses accidentelles mais plus on recourra à l'interruption de grossesse si celle-ci survient* ».

Pour préciser ces relations entre la pratique contraceptive des femmes et le recours à l'avortement, nous avons étudié l'utilisation de la contraception avant et après la dernière interruption de grossesse. Un peu plus d'un quart (26 %) de ces femmes n'ont pas utilisé la contraception ni avant ni après cet avortement (tableau 10.7). Elles justifient leur absence de pratique contraceptive en période post-abortum par un manque d'information sur les méthodes (1/4 des cas), des problèmes avec la méthode ou le fait que ces méthodes soient mauvaises pour la santé (10-11 %), ou encore par une opposition de la femme à la contraception (8 %).

Tableau 10.7 : Pratique de la contraception avant et après le dernier avortement (en % du total)

Utilisation avant l'avortement	Utilisation après l'avortement		
	Non	Oui	Ensemble
- non	26 % (210)	35 % (282)	61 % (492)
- oui	10 % (77)	29 % (236)	39 % (313)
Ensemble	36 % (287)	64 % (518)	100 % (805)

Certaines femmes (29 %) s'inscrivent dans une réelle stratégie de maîtrise de leur fécondité en utilisant conjointement la contraception et l'avortement : elles ont eu recours à la contraception avant et après leur avortement : l'avortement est certainement révélateur d'un échec d'une méthode contraceptive, inacceptable pour ces femmes qui souhaitent maîtriser leur fécondité. Cependant la majorité d'entre elles utilisaient des méthodes peu efficaces : des méthodes naturelles (62 %), essentiellement la méthode des cycles et 3 % une méthode populaire. Seulement 17 % des femmes utilisaient la pilule et 14 % le préservatif seul ou en association avec une méthode naturelle. Par contre, après cet avortement, ces femmes sont plus nombreuses à utiliser la pilule comme méthode contraceptive puisque 29 % d'entre elles l'adoptent, mais leur choix se porte toujours en priorité sur les

méthodes naturelles (54 % d'utilisatrices). L'expérience d'un avortement n'amène donc pas de changement radical dans la pratique contraceptive des femmes vu le niveau de prévalence encore élevé pour les méthodes naturelles.

Les femmes qui ont utilisé une contraception seulement avant leur avortement, mais pas après, ont elles aussi utilisé essentiellement des méthodes naturelles (45 % des cas) ou populaires (10 % des cas) et celles qui utilisent des méthodes modernes choisissent surtout le préservatif (1/4 des cas) et la pilule (17 % des cas). Dans cette situation également, la pratique contraceptive est donc principalement basée sur des méthodes peu efficaces : il est possible que ce soit là aussi l'échec de ces méthodes qui explique le recours à l'avortement : cette expérience malheureuse n'incitant pas les femmes à adopter une méthode contraceptive en période post-abortum. Près d'une femme sur cinq mentionne qu'elle n'utilise pas la contraception en période post-abortum, car elle a « eu des problèmes avec ces méthodes ». Mais la principale raison d'absence d'utilisation de la contraception est le désir d'avoir des enfants : les femmes qui évoquent cette raison étaient certainement au moment de l'interruption de leur grossesse dans une situation familiale ou sociale qui ne leur permettait pas d'avoir des enfants, mais qui maintenant souhaitent constituer leur descendance.

Un autre groupe de femmes (35 %) qui, par contre n'avait pas eu recours à la contraception avant leur avortement l'utilise en période post-abortum. Elles adoptent surtout des méthodes modernes : 43 % utilisent la pilule, 12 % des préservatifs et 41 % des méthodes naturelles ou populaires.

Globalement l'expérience d'un avortement amène les femmes à utiliser un peu plus la contraception parfois en recourant à des méthodes peu efficaces, mais malgré tout la faiblesse globale de la pratique contraceptive après un avortement pose la question de cette prise en charge post-abortum. Rares sont les conseils prodigués aux femmes : deux tiers des femmes n'ont reçu aucun conseil après leur avortement pour éviter une nouvelle grossesse ; dans seulement 13 % des cas on a conseillé à la femme d'utiliser une méthode moderne et dans 11 % des cas on lui en a prescrit une. Cette absence de counselling post-abortum s'explique d'une part car de nombreuses femmes avortent seule ou avec l'aide de personnel de santé, mais de façon clandestine sans qu'il y ait de suivi des éventuelles complications consécutives de ces avortements. Elle pose de nombreux problèmes : les « récurrences » de ces avortements, mais aussi toutes les complications et les morbidités et mortalités maternelles comme ont pu le souligner Goyaux et *al.* (1999) dans leur étude menée dans les CHU

d'Abidjan. La fréquence des avortements multiples (une femme dans notre étude en a pratiqué huit consécutifs) montre que les femmes n'hésitent pas à y recourir fréquemment. Est-ce lié à un manque de conscience du risque lié à cette pratique ou parce que les avortements faits dans un « univers médical » présentent aux yeux de ces femmes des garanties d'hygiène et de sécurité suffisantes ? Cette hypothèse se confirme si l'on considère le cas particulier des femmes d'un niveau d'instruction supérieur. Elles pratiquent plus l'avortement que les femmes non scolarisées : ce comportement peut sembler incohérent étant donné les risques associés aux avortements clandestins. Cependant ces femmes avortent beaucoup plus en recourant à des méthodes médicalisées s'assurant (ou espérant) ainsi une certaine garantie dans cette pratique.

CONCLUSION

L'analyse du recours à l'avortement à Abidjan souligne l'importance de cette pratique et son rôle croissant dans la régulation de la fécondité. Les jeunes femmes recourent de plus en plus à l'avortement pour retarder leur entrée en vie féconde, quant aux femmes plus âgées, l'avortement intervient essentiellement pour limiter leur nombre d'enfants quand elles ont atteint une descendance déjà élevée. Ce constat d'une fréquence élevée de l'avortement a pu être fait dans d'autres capitales africaines telles à Bamako, Lomé ou Dakar où la prévalence reste cependant plus faible qu'à Abidjan (Diouf 1996 ; Konate, Sissoko *et al.* 1999).

Ce recours à l'avortement révèle chez les femmes interrogées un désir de planifier leur fécondité et d'espacer leurs grossesses, désir déjà souligné lors de l'enquête démographique et de santé de 1994 où à Abidjan 35 % des femmes mentionnaient des besoins non satisfaits en planification familiale pour espacer leurs naissances et 11 % pour les limiter. L'avortement intervient à Abidjan pour contrôler la fécondité, et son impact sur la descendance des femmes est important puisqu'il explique une diminution de 10 % de la descendance. Les femmes utilisent l'avortement parfois en l'absence de contraception ou suite à l'échec d'une méthode : son utilisation illustre les difficultés d'accès et d'acceptation de la planification familiale en Côte d'Ivoire. En effet l'offre de planification familiale ne trouve pas toujours l'écho attendu au sein de la population. Les services de planification familiale sont encore peu nombreux et le personnel médical formé est insuffisant. Hormis les quelques centres de santé où des activités spécifiques de planification familiale existent, elles sont souvent intégrées dans le cadre du suivi prénatal ou post natal, ce qui exclut de fait les adolescentes et les femmes sans enfants.

Mais l'insuffisance de l'offre ne permet pas d'expliquer totalement cette faible utilisation de la contraception. Les femmes expriment de nombreuses réticences face à ces méthodes et des fausses rumeurs circulent à leur sujet véhiculées notamment par les réseaux informels d'information. L'absence de counselling approfondi lors de leur prescription contribue à cette mauvaise image des méthodes. Ainsi certains femmes hésitent à utiliser la contraception car elles ont eu des problèmes avec les méthodes :

mal informées des effets secondaires qu'elles peuvent produire et de la possibilité de changer de méthodes, elles abandonnent fréquemment la méthode prescrite au moindre problème. D'autres craignent leurs éventuels effets secondaires tels la prise de poids, la stérilité, les risques de maladies ou ne veulent pas utiliser ces méthodes pour des raisons religieuses ou familiales (opposition du mari par exemple).

Ces craintes concernant la contraception et les difficultés d'accès à ces méthodes expliquent en partie l'importance du recours à l'avortement. Cette méthode semble facile à utiliser puisque accessible à la fois par la pharmacopée traditionnelle (sur les marchés notamment) mais aussi dans le milieu médical. Pourtant cet acte est illégal et souvent lourd de conséquence pour la santé des femmes : une étude menée dans les trois CHU d'Abidjan a montré 70 % des décès maternels ont pour cause des complications d'avortements faits dans de mauvaises conditions (Thonneau *et al.* 1996).

Cependant les femmes ne semblent pas percevoir tous les risques sanitaires et juridiques liés à ces avortements. Environ un quart des femmes (22 %) ignore si l'avortement est légal ou non et 3 % d'entre elles pense que c'est légal. Il est vrai que bien que la question des avortements clandestins soit de temps en temps relatée dans la presse, rares sont les sanctions prises contre ceux qui les pratiquent. Les risques pour la santé que représente l'avortement semblent eux aussi être peu perçus par les femmes : la plupart de ces avortements sont faits dans un milieu médicalisé et donc certainement considérés comme exempts de risques. Pourtant les complications ne sont pas rares puisque 27 % des femmes en ont eu après cet avortement. L'avortement ne semble pas pourtant bénéficier des préjugés néfastes sur la santé comme les femmes le mentionnent pour la contraception, accusée notamment de provoquer la stérilité : les femmes voient d'ailleurs avec l'avortement une façon de prouver leur fécondabilité en étant enceinte et en interrompant cette grossesse.

Dans le contexte abidjanais où les femmes s'inscrivent de plus en plus dans une demande de maîtrise de leur fécondité et où l'offre de planification familiale ne répond pas toujours à leur demande, surtout les très jeunes femmes, l'avortement est une façon de réguler leur fécondité. Face aux risques encourus par ces avortements clandestins, une sensibilisation doit être entreprise pour prévenir des dangers relatifs à ces avortements et en limiter le recours. Réduire la pratique de l'interruption de grossesse suppose de développer l'accès à la planification familiale et de sensibiliser les populations aux avantages de la planification familiale, plus

spécifiquement aux méthodes modernes de contraception. En effet, le constat a été fait d'avortements pratiqués suite à l'échec d'une méthode naturelle : une plus grande utilisation de méthodes efficaces limitera ces échecs. Cependant un meilleur accès à la contraception ne fera pas totalement disparaître les avortements : Leridon (1987) a constaté qu'en France l'utilisation de méthodes efficaces de contraception correspond à une plus grande exigence dans la maîtrise de la fécondité et à un recours fréquent à l'avortement en cas d'échec de ces méthodes.

Si la prévention des grossesses non désirées est importante, il faut également développer la prise en charge post-abortum pour limiter les conséquences de ces avortements, notamment la morbidité et mortalité maternelles consécutives à ces avortements et ainsi amener les femmes à pratiquer la contraception pour éviter les avortements à répétitions. Cette amélioration dans la maîtrise de la fécondité participera d'une amélioration de la santé reproductive en Afrique.

BIBLIOGRAPHIE

- Barrère, B. et Barrère M., (1995). Mortalité maternelle. *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire*. M. I. I. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire. Calverton, Maryland, USA : 155-166.
- Bledsoe, C. et Cohen B., (1993). *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington, National Academy Press.
- Desgrées du Loû, A., Msellati P., et al. (1999). "L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ?" *INED, Population* 54 (3): 427-446.
- Diouf, P. (1996). L'avortement à Pikine. Sénégal, DPS - CERPAA. In *La population du Sénégal*, chap. 22 : 409-418.
- Goyaux, N., Yace-Soumah F., et al. (1999). "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)." *Contraception* Aug, 60(2): 107-109.
- Guillaume, A., Desgrées du Loû A. et al. (1999). *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan, ENSEA, IRD: 50 p.
- Huntington, D. (1997). *Abortion in Egypt*. Seminar "Cultural Perspectives on reproductive Health", June 16-19, 1997, Rustenburg, South Africa, IUSSP.
- IPPF (1994). *Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique*. Conférence de Maurice, Centre international de conférence de Grand'Baie, 24-28 mars 1994, IPPF.
- Koffi, K. A. (1995). Planification familiale. *Enquête Démographique et de santé 1994*. M. I. I. Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, Calverton, Maryland, USA. Calverton, Maryland. chap. 4 : 49-72.
- Konate, M., Sissoko F., et al. (1999). *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako*. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD : 91.
- Leridon, H. (1987). *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*. Paris, INED-PUF.
- Leridon, H. et Toulemon L. (1997). L'analyse de la fécondité : approche biométrique. *Modèle mathématique. Démographie, approche statistique et dynamique des populations*. Paris, Collection "Economie et statistiques avancées". Chap. 17 : 296-322.
- McLaren, A. (1990). *A history of contraception. From antiquity to the present day*. USA, Blackwell Oxford UK and Cambridge.

- Ministère de la planification et de la programmation du développement, Institut National de la Statistique et al. (1999). *Enquête Démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999. Rapport Préliminaire*. Abidjan-Calverton : 21.
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre (1997). *Déclaration de politique nationale de population*. Abidjan, UNFPA/FNUAP: 40p.
- Nations Unies (1994). *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*. Le Caire, Nations Unies.
- Ngom, P. (2000). Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal. *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. M. Pilon and A. Guillaume. Paris, IRD Editions : 193-206.
- Nichols, D., Woods E. T., et al. (1986). "Sexual behaviour, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescent." *Studies in Family Planning* 17(2): 100-106.
- Ross, J., Stover J., et al. (1999). *Profiles for family planning and reproductive health programs 116 countries*. Washington, The Futures Group International : 87 p. + annexes.
- The Alan Guttmacher Institute, (1999). *Sharing responsibility women society and abortion worldwide*. New York, The Alan Guttmacher Institute : 56.
- Thonneau, P., Djanhan Y., et al. (1996). "The persistence of a High maternal mortality rate in the Ivory Coast." *American J Public Health* 86: 1478-9.
- Toure, L., Kamagate Z., et al. (1997). *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon. Etudes et Recherches*. Abidjan, ENSEA : 66p. + annexes.
- Watkins, S. (1991). *More lessons from the past : Women's informal networks and fertility decline*. Conférence de l'UIESP sur la fécondité en Afrique subsaharienne, Hararé.
- Welffens-Ekra, C., Desgrées du Lou A., et al. (2000). L'inégalité homme-femme face au sida. *Sida au féminin*. B. A. Paris, ed Douin.
- Zabin, L. et Kiragu K., (1998). "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa." *Studies in Family Planning* 29(2) : 210-232.

CHAPITRE 11

LE RECOURS A L'AVORTEMENT PROVOQUE EN MILIEU SCOLAIRE AU TOGO :

Mesure et Facteurs du Phénomène

Lambert K. AMEGEE*

INTRODUCTION

A l'heure où les questions relatives à la santé reproductive des adolescents s'inscrivent de plus en plus dans les programmes de recherches et de politique des pays en développement, l'on se préoccupe davantage des problèmes concernant l'activité sexuelle, la connaissance et les pratiques contraceptives de même que la prévalence des grossesses des adolescentes.

Le recours à l'avortement a connu une croissance rapide durant les deux dernières décennies en Afrique et ce recours est de plus en plus précoce selon les générations (Guillaume, 1999). Le nombre d'avortements provoqués enregistrés à Nairobi au Kenyatta National Hospital entre la période 1983 et 1993 a augmenté entre 600 et 800 % (Rogo, cité par Dingamhoudou et *al.*, 1999). On estime à environ 500.000 le nombre de décès annuels des femmes liés à la grossesse et 99 % de ces derniers proviennent des pays en développement (Odlind, cité par Dingamhoudou et *al.*, 1999). Si en Afrique 500 femmes sur 10.000 meurent de complications suite à une grossesse, à un accouchement ou à un avortement provoqué, en Europe, une seule femme sur 10.000 meurt pour ces mêmes causes. La part

* URD – Lomé.

des décès maternels pour cause d'avortement provoqué peut atteindre 50 % dans certains pays d'Afrique (Rogo, cité par Dingamhoudou et *al.*, 1999).

La question de la fécondité des jeunes en général et des adolescents en particulier pose un réel problème au Togo. En effet, les jeunes de 10-24 ans qui représentent environ 30 % de la population togolaise, ont longtemps été écartés des services offerts par les centres de planification familiale pour diverses raisons socioculturelles : l'idée selon laquelle, en offrant aux jeunes des services de planification familiale on encourage la promiscuité et la débauche demeure encore répandue au sein de la population (Kouwonou et *al.*, 2000, pp 83-84).

Souvent ces jeunes sont confrontés à divers problèmes d'information et d'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en particulier le manque d'informations sur le fonctionnement de l'appareil génital de la femme, la période féconde chez la femme, les IST/VIH/SIDA.

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998 au Togo (EDST, 1998), révèlent quelques aspects de la situation des adolescents en matière de santé de la reproduction. Cette situation se caractérise par une précocité de plus en plus accrue du premier rapport sexuel et une importante fécondité des adolescentes. En effet, en 1998, 19 % des adolescentes âgées de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde et 16 % ont déjà eu au moins un enfant. De 2 % à 15 ans, la proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde atteint 41 % à 19 ans. Leur connaissance des méthodes contraceptives est relativement bonne (83 % des filles de 15-19 ans connaissent une méthode moderne) mais le taux de prévalence contraceptive reste faible, seulement 7,8 % des filles de même âge en utilisent une (Anipah et *al.*, 1999). Du fait de la précocité des rapports sexuels et du recul de l'âge au premier mariage, les grossesses non désirées sont devenues de plus en plus fréquentes chez les adolescentes, et « *le recours à l'avortement serait de plus en plus fréquent chez les jeunes* » (Thiriart, 1998, p.102), comme en témoigne l'accueil des jeunes femmes dans divers hôpitaux suite à un avortement provoqué.

Au Togo, les données disponibles sur l'avortement en général et chez les jeunes filles en particulier sont rares, puisque cet acte est illégal et puni par la loi de 1920⁹². Cette insuffisance des statistiques fiables est l'un

⁹² Loi du 31 juillet 1920 : loi héritée de la colonisation française et réprimant l'incitation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

des principaux obstacles à la mesure de la prévalence du phénomène et à une bonne connaissance des facteurs qui la sous-tendent. Les données disponibles sur l'avortement provoqué au Togo proviennent essentiellement des statistiques hospitalières ou de certaines études médicales où elles apparaissent au titre des complications d'avortement. Ces statistiques montrent que parmi les causes de mortalité maternelle les avortements provoqués occupent une place importante. Une étude réalisée en 1991 au CHU de Lomé, révèle que sur 191 cas de décès maternels survenus dans cet hôpital, 32 % avaient pour cause un avortement provoqué (Ahoussu ; 1991).

D'autres études, notamment celle réalisée auprès de jeunes mères de moins de 20 ans, révèlent que 14 % de celles qui étaient encore à l'école au moment de l'enquête avaient déjà avorté une fois (Agouké et al., 1990) Une autre étude plus récente sur l'évaluation du centre des jeunes de Lomé menée auprès d'une population de jeunes de 15-24 ans met en évidence que 24 % des jeunes avaient pensé à l'avortement au moment de la grossesse et 8,5 % ont effectivement avorté (Kouwonou et al., 2000).

L'analyse des résultats de ces études suggère tout de même l'existence d'un recours de plus en plus important à l'avortement, en particulier, chez les jeunes filles et les jeunes femmes mariées, mais elles ne permettent pas de donner une mesure de l'importance de ce phénomène dans ces différentes populations. Cette précocité de l'activité sexuelle pré-nuptiale des jeunes filles, associée au retard du calendrier de la primo-nuptialité, expose davantage ces jeunes au risque d'une grossesse non désirée. Souvent mal préparées à cela, elle vivent le phénomène comme un drame, une honte pour leurs parents, une situation dans laquelle elles n'osent pas demander des conseils et qui les conduit souvent à des pratiques abortives dangereuses.

Dans cet article nous analyserons les comportements sexuels des élèves et leurs pratiques en matière de contraception. Nous étudierons ensuite le recours à l'avortement provoqué en mesurant son ampleur, les circonstances et les conditions dans lesquelles ces avortements se sont déroulés ainsi que leurs conséquences.

Méthodologie

Cette enquête sur la prévalence des grossesses en milieu scolaire, menée dans deux grandes régions économiques du pays (Maritime et Centrale) auprès d'un échantillon représentatif de la population d'âge scolaire a permis d'interviewer 2000 élèves⁹³ : 1000 élèves du second degré et 1000 du troisième degré. Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence des grossesses survenues en milieu scolaire et l'issue de ces grossesses. Le choix des établissements scolaires a été fait par un tirage au sort à trois niveaux : un tirage sur la base de la liste des établissements dans les régions Maritime et Centrale, puis un tirage dans les différentes classes et un tirage des élèves à enquêter. Ainsi 1786 élèves en zone urbaine et 214 en zone rurale ont été interrogées (Tableau 11.1).

L'objectif de cette enquête était de déterminer la prévalence des grossesses survenues en milieu scolaire (le risque pour une jeune fille de tomber enceinte au cours de sa scolarité) et l'issue de ces grossesses.

Tableau 11.1 : Répartition des élèves enquêtées selon le degré d'enseignement, la région et par zones d'habitation

Région	2 ^{ème} degré			3 ^{ème} degré			Ensemble		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Maritime Ouest	600	110	710	700	0	700	1.300	110	1.410
Maritime Est	60	50	110	110	0	110	170	50	220
Centrale	126	54	150	190	0	190	316	54	370
Total	786	214	1.000	1.000	0	1.000	1.786	214	2.000

L'analyse du profil des élèves révèle que l'âge des jeunes filles enquêtées varie entre 12 et 31 ans. L'âge médian est de 19 ans pour l'ensemble des élèves (18 ans pour celles du 2^{ème} degré et 20 ans pour celles du 3^{ème} degré d'enseignement). La répartition des élèves selon l'âge et le degré d'enseignement montre que 2 % des élèves sont âgées de moins de 15 ans, 61 % de 15 à 19 ans, 34 % de 20 à 24 ans et 3 % de 25 ans et plus. Dans cet échantillon, 56 % des élèves sont dans le second degré et 44 % au 3^{ème} degré,

⁹³ Parmi les 2000 élèves interviewés, 93% ont correctement répondu au questionnaire.

32 % des élèves sont catholiques, 26 % sont protestantes, 16 % sont musulmane, 14 % sont animistes et 12 % appartiennent à d'autres religions⁹⁴. En ce qui concerne l'environnement familial dans lequel vivent les élèves au moment de l'enquête, on note que en majorité les parents des élèves vivent ensemble. En général, 3 filles sur 5 ont des parents qui cohabitent (60 %). Néanmoins 40 % des filles ont déclaré que leurs parents ne vivent plus ensemble, et parmi celles-ci 26 % ont déclaré que leurs parents sont divorcés.

L'ENTREE EN VIE SEXUELLE DES ELEVES

L'âge à la première union et l'âge au premier rapport sexuel constituent deux facteurs importants du début de vie féconde. Bien que les rapports sexuels ne soient jadis acceptés que dans le seul cadre du mariage dans plusieurs ethnies au Togo, l'évolution de la société a largement favorisé les rapports sexuels pré-nuptiaux. Ces rapports sexuels se déroulent plus en dehors du mariage et l'âge auxquels ils ont lieu marque le début de l'exposition au risque de grossesse. En outre, « *l'environnement socioculturel et l'emprise du groupe familial sur les jeunes n'est plus la même* » (Thiriat, 1998, p.103). On est progressivement passé d'une " *sexualité socialisée, contrôlée par le groupe à une sexualité individualisée* " (Nanitelanio ; 1990).

Dans notre étude, la presque totalité des filles (99 %) ont déjà eu leurs premières règles au moment de l'enquête. L'essentiel des élèves interrogées et qui ont déjà eu leurs premières règles ont déclaré les avoir eu entre 12 et 16 ans (89 %). L'âge moyen et l'âge modal des filles aux premières règles est de 14 ans. Parmi les 1.867 élèves, 72 % ont déjà eu une fois au moins un premier rapport sexuel, et l'âge moyen à la première expérience sexuelle est de 17 ans. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Togo ; 1998, 74 % des filles de 15-24 ans avaient déjà eu leur première expérience sexuelle. Plus de 1/5 des jeunes filles (21 %) ont déclaré avoir eu au moins un rapport sexuel par semaine, 35 % au moins un rapport sexuel par mois et moins d'un rapport par semaine

⁹⁴ Autres religions chrétiennes regroupent essentiellement les Pentecôtistes, Assemblées de Dieu, Adventistes, Témoin de Jéhovah... etc.

et 15 % d'entre elles ont au moins un rapport sexuel par trimestre et moins d'un rapport par mois. Les fréquences des rapports sexuels les plus déclarées par les élèves sont une fois par semaine et une ou deux fois par mois. Dans le même temps 29 % des élèves n'ont eu aucun rapport sexuel. Ces chiffres révèlent tout de même une certaine habitude des rapports sexuels chez les élèves et cette fréquence des rapports sexuels augmente avec l'âge des élèves.

Tableau 11.2 : Taux cumulés de premiers rapports sexuels des élèves sexuellement actives jusqu'à un âge donné

Age au premier Rapport sexuel	Groupe d'âge à l'enquête							
	15-19 ans	16-20 ans	17-21 ans	18-22 ans	19-23 ans	20-24 ans	21-25 ans	22-26 ans
	(1135)	(1291)	(1260)	(1131)	(820)	(614)	(407)	(292)
	%	%	%	%	%	%	%	%
15 ans et moins	20,6	18,2	15,3	13	11,4	10,0	10,3	11,3
16 ans et moins		36,9	34,9	30,9	25,7	22,4	23,3	20,8
17 ans et moins			53,8	51,3	43,4	38,5	37,8	33,9
18 ans et moins				70,0	66,8	63,7	59,4	55,0
19 ans et moins					77,0	76,3	71,4	68,8
20 ans et moins						83,8	83,2	81,8
21 ans et moins							86,4	85,9
22 ans et moins								88,6

L'analyse de l'évolution des taux cumulés des premiers rapports sexuels jusqu'à un âge donné montre que les jeunes filles qui déclarent avoir déjà eu une expérience sexuelle, sont de plus en plus nombreuses à avoir plus tôt leurs premiers rapports sexuels. Si l'on considère par exemple, celles qui déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans, on remarque que parmi les filles âgées entre 18-22 ans à l'enquête (génération 74-78), 70 % déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans alors que chez celles de 22-26 ans à l'enquête (génération 70-74) cette proportion n'est que de 55 % : il y a donc une plus grande précocité des relations sexuelles chez les jeunes générations. Cette précocité des rapports sexuels des filles, associée au recul de l'âge au premier mariage, a des conséquences sur le calendrier de l'exposition au risque de grossesses non désirées et sur le risque d'avortement provoqué.

Plusieurs facteurs expliquent les motivations des jeunes filles pour les rapports sexuels : deux tiers disent avoir eu ces rapports par amour pour leur partenaire, une sur cinq par envie (20 %), 7 % pour de l'argent, 3,4 % par exigence du partenaire, 1,4 % pour faire comme les amies et moins de 1 % pour avoir de bonnes notes.

La précocité des premiers rapports sexuels constatée lors de l'EDST en 1998 se confirme dans notre étude. En l'absence de pratique contraceptive, elle va exposer les jeunes femmes aux grossesses non désirées.

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION

Connaissance de la contraception

Au cours de cette enquête, les élèves ont été interrogées sur leurs connaissances et pratiques de la contraception. Presque la totalité des jeunes filles (96 %) affirment avoir entendu parler de méthodes modernes de contraception. Ces proportions sont identiques en zone urbaine comme rurale. Ce chiffre est légèrement supérieur à ceux obtenus lors de l'EDST de 1998 où environ 83 % des jeunes filles et 94 % des jeunes garçons de 15-19 ans (ensemble des jeunes) connaissaient au moins une méthode moderne de contraception. Ce niveau relativement élevé de la connaissance des méthodes contraceptives en général a également été révélé par certaines études faites dans d'autres pays. Ainsi en Côte d'Ivoire, 71,2 % des femmes en union âgées de 15-19 ans connaissent une méthode moderne tandis que 73 % d'entre elles connaissent une méthode quelconque de contraception (Sombo *et al.*, 1995). Au Burkina-Faso, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé 1993, révèlent que, 63 % des femmes de 15-19 ans en union connaissent une méthode de contraception et 60 % une méthode moderne (Konaté *et al.*, 1994). Le degré de connaissance des méthodes contraceptives chez les élèves augmente positivement avec l'âge. Le condom apparaît comme la méthode contraceptive la plus connue en milieu scolaire au Togo. Pour tous âges 94,5 % des élèves ont déclaré connaître le préservatif. Viennent ensuite la méthode de calendrier 70,4 %,

la pilule 64,5 %, les spermicides (mousse, crème, comprimés) dans 54,8 % des cas, du stérilet 49,6 %, de l'abstinence 46,7 %, de l'injection 44,8 % et enfin du coït interrompu dans 40,5 % des cas. Le fait que le condom soit la méthode contraceptive la plus connue en milieu scolaire au Togo, n'est guère surprenant dans la mesure où d'une part, les diverses campagnes de lutte contre le sida, ont largement fait état de la nécessité pour les jeunes de se protéger, d'autre part, les cours d'éducation en santé sexuelle introduit dans les établissements scolaires ont également permis une large diffusion de l'information.

Les élèves ont une bonne connaissance des méthodes contraceptives. Quel est leur niveau d'utilisation de la contraception ?

Utilisation de la contraception

Les élèves sexuellement actives ont été invitées à préciser si elles utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête et, dans le cas contraire, de dire les raisons éventuelles pour la non utilisation. Parmi les 1333 élèves sexuellement actives 73 % utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

Tableau 11.3 : Répartition des élèves sexuellement actives selon le milieu de résidence, le degré d'enseignement et les méthodes contraceptives utilisées au moment de l'enquête (N = 1333)

Utilisation d'une méthode contraceptive	Milieu de résidence		Degré d'enseignement		Ensemble
	Région Maritime	Région Centrale	2ème degré	3ème degré	
Aucune méthode	28,7	23,2	24,6	6,6	26,7
Toutes méthodes	71,3	76,8	75,4	93,4	73,3
Total	100	100	100	100	100
N'importe quelle méthode moderne	46,4	71,2	58,7	54,5	55,0
N'importe quelle méthode traditionnelle	53,6	28,8	41,3	45,5	45,0
Total	100	100	100	100	100

L'analyse des données indique que 75,4 % des élèves du 2^{ème} degré et 93,4% des élèves du 3^{ème} degré utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les jeunes filles qui n'utilisent pas la contraception justifie leur comportement par la rareté de leurs rapports sexuels (71 %), la peur des effets secondaires de ces méthodes (11,5 %) et 2,5 % des élèves évoquent des raisons liées au coût des contraceptifs.

Les méthodes modernes de contraception sont les plus utilisées par élèves, 58,7 % et 54,5 % des élèves du 2^{ème} et du 3^{ème} degré respectivement en utilisent une. La méthode moderne la plus utilisée est le condom (57,8 % au 2^{ème} degré et 63,3 % au 3^{ème} degré). Parmi les méthodes traditionnelles utilisées par élèves, la méthode du calendrier est la plus fréquemment utilisée (par 50,3 % des élèves du 2^{ème} degré et par 49,7 % des élèves du 3^{ème} degré). L'abstinence et le coït interrompu est plus utilisé par les élèves du 3^{ème} degré que par celles du 2^{ème} degré.

Bien qu'une majorité de jeunes femmes utilisent des méthodes modernes, elles choisissent d'utiliser surtout le préservatif, qui exige non seulement une utilisation correcte mais aussi une utilisation systématique, ce qui n'est pas toujours le cas.

AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ELEVES

Le recours à l'avortement provoqué est souvent présenté comme la conséquence à une grossesse non désirée. Cette grossesse non désirée ou socialement non acceptée est généralement évoquée par les jeunes femmes pour justifier le recours à l'avortement. Ce recours est non seulement dû à la non acceptation de la grossesse par l'intéressée elle même mais également à celle de son entourage immédiat. Actuellement, nombreuses sont les remarques faites aux femmes et aux hommes qui ont une famille nombreuse dont la femme est de nouveau enceinte. On assiste de plus en plus à une valorisation de la fécondité par l'aspiration à une descendance de qualité et non de quantité surtout en zone urbaine (Picard-Tortorici, 1998). Parfois ces observations proviennent même de la belle-mère ou de la mère, ce qui constitue un grand changement par rapport à la situation d'avant.

Dans cette partie nous estimerons la fréquence de l'avortement et décrirons les conditions et les circonstances dans lesquelles il intervient. Il sera également question des complications et des conséquences suite à l'avortement et de quelques réactions psychologiques des élèves suite à l'avortement.

Issue des grossesses chez les élèves

On a recensé au total 643 grossesses (Tableau 11.4) et parmi celles-ci seulement 6,7 % sont menées à terme, 5,4 % ont abouti à des fausses couches, et 87,9 % ont connu une interruption volontaire. Plus de huit grossesses sur dix finissent par un avortement en milieu scolaire au Togo. Ce rapport entre grossesses et avortement est édifiant car il traduit en fait l'importance des grossesses non désirées chez les jeunes filles scolarisées et il donne en même temps une mesure de l'ampleur du phénomène. Cette forte proportion de grossesses ayant eu comme issue un avortement provoqué dépasse sans doute la proportion réelle de grossesses de jeunes filles qui se terminent par un avortement dans l'ensemble de la population scolaire togolaise. En effet, un certain nombre de jeunes filles qui avortent n'osent pas avouer leur geste par peur ou tout simplement parce qu'elle préfère garder le secret.

Tableau 11.4 : Répartition des grossesses selon le rang et l'issue de la grossesse (%)

Différentes issues	Rang de la grossesse				Ensemble grossesses
	1	2	3	4	
- Accouchement *	10,5	3,3	-	-	6,7 (43)
- Avortement spontané	5,0	6,2	9,5	10,4	5,4 (35)
- Avortement provoqué	84,5	90,5	90,5	89,6	87,9 (565)
Total	100	100	100	100	100
	72,5 (466)	19,3 (124)	6,7 (43)	1,5 (10)	100 (643)

* Naissances vivantes + mort-nés

En outre, lorsque nous examinons les grossesses selon le rang, on constate que le pourcentage des grossesses qui aboutit à un avortement provoqué reste toujours élevé et supérieur à 84 %. Quel que soit le rang de

la grossesse, l'avortement provoqué est l'issue la plus fréquente des grossesses. L'avortement provoqué est un phénomène très répandu parmi les filles enceintes, fréquentant les établissements scolaires au Togo. Il ne faut pas perdre de vue que les jeunes filles enquêtées sont encore en cours de scolarisation. C'est justement parce qu'elles avortent, qu'elles sont encore à l'école. Car la quasi-totalité de celles qui optent pour mener leur grossesse à terme ne reviennent plus à l'école. La prévalence de l'avortement chez les jeunes filles scolaires serait donc supérieure à celle des jeunes femmes en général.

Tableau 11.5 : Répartition du nombre de grossesses terminées par un avortement selon le rang de la grossesse, l'âge, le degré d'enseignement et la région (%)

Caractéristiques démographiques	1 ^{ère} grossesse	2 ^{ème} grossesse	3 ^{ème} grossesse
Age			
15-16 ans	75,0	-	-
17-18 ans	80,3	84,6	66,7
19-20 ans	84,1	83,3	71,4
21-22 ans	87,2	91,9	88,9
23 ans et +	86,2	97,6	100,0
Niveau d'étude			
2 ^{ème} degré	80,9	75,0	75,0
3 ^{ème} degré	86,5	95,7	91,4
Régions			
Maritime ouest	89,4	94,3	92,6
Maritime est	90,8	94,4	84,6
Centrale	75,8	87,2	90,0
Ensemble	84,5	90,5	90,5

La répartition du nombre de grossesses dont l'issue est un avortement montre l'influence du niveau d'instruction sur la probabilité d'avorter (tableau 11.5). Les élèves dans le 3^{ème} degré avortent plus que celles du 2^{ème} degré quelque soit le rang de la grossesse. Certes, les élèves du 3^{ème} degré sont en moyenne plus âgées (âge médian 20 ans pour le 3^{ème} degré et 18 ans pour le 2^{ème} degré) et il se peut qu'il y ait un effet d'âge également à ce niveau de l'analyse. Cependant cette seule raison ne suffit pas à expliquer cette incidence du niveau d'instruction sur la

propension à avorter. D'autres facteurs expliquent également cette forte propension. On peut évoquer la recherche d'une certaine liberté, un désir de poursuite des études de la part de ces jeunes filles. Par rapport à la région, on note une situation analogue dans les trois régions, excepté la région Centrale où la proportion d'avortement est légèrement inférieure à celle des deux autres régions.

Nombre moyen d'avortements par élèves

L'analyse des différentes issues de grossesses a révélé que au moins 8 grossesses sur 10 chez les élèves se terminent par un avortement provoqué. Le tableau 6 donne une description de la proportion des élèves qui ont eu au moins un avortement ainsi que leur nombre moyen d'avortements, et le nombre moyen d'avortements de l'ensemble des élèves selon l'âge à l'enquête. Notons que le chevauchement des âges dans ce tableau est jugé nécessaire dans la mesure où pour avoir des résultats assez significatifs il importe d'avoir un effectif d'élèves assez important. Les proportions et les nombres moyens obtenus peuvent alors être comparés par groupe de 5 ans d'âge entre eux. L'analyse des données montre que 23 % des élèves âgées de 15-25 ans au Togo (régions Maritime et Centrale) ont recours à l'avortement provoqué en cas de grossesse (Tableau 11.6). Le nombre moyen d'avortement augmente avec l'âge des élèves à l'enquête. Plus les élèves sont âgées, plus important est leur nombre moyen d'avortement. Ce nombre moyen d'avortement est de 0,15 pour l'ensemble des élèves âgées entre 15-19 ans et de 0,54 pour celles âgées de 20-24 ans à l'enquête et il est respectivement estimé à 0,24 et 0,60 pour les élèves sexuellement actives. Les 23 % d'élèves qui ont déclaré avoir eu recours une fois au moins à l'avortement ont eu en moyenne 1,3 avortement. Ce résultat est supérieur à ceux révélés par d'autres études antérieures au Togo, 14% des jeunes mères de moins de 20 ans ont déjà avorté une fois (Agoukéké *et al.*, 1990), 20 % des femmes célibataires âgées de 15-24 ans déclarent ne pas garder la grossesse (Thiriart ; 1998). Une étude plus récente réalisée en prélude à l'implantation d'un centre de jeune en matière de planification a révélé que un jeune sur quatre (24 %) a pensé à l'avortement lors de la survenue de sa première grossesse et 8,5 % des filles célibataires ont reconnu avoir déjà avorté une fois au moins (Kouwonou *et al.*, 2000).

La proportion des femmes ayant déjà eu recours une fois au moins à l'avortement est variable selon les enquêtes et selon les pays. A Abidjan, les résultats d'une enquête réalisée auprès des consultantes en planification familiale dans divers centres révèlent que quel que soit l'âge de la femme, cette proportion est toujours supérieure à 20 % avec un maximum pour les femmes de 25-34 ans et près d'une femme sur quatre âgée de moins de 25 ans y a eu déjà recours (Guillaume *et al.*, 1999).

Tableau 11.6 : Répartition des proportions des élèves ayant eu au moins un avortement, nombre moyen d'avortements de ces élèves selon le groupe d'âge à l'enquête et nombre moyen d'avortements de l'ensemble des élèves*

Groupe d'âge à l'enquête	Proportions des élèves qui ont eu au moins 1 avortement (%)			Nombre moyen d'avortements de ces élèves		Nombre moyen d'avortements (ensemble des élèves) ©/(b)
	Nombre total d'élèves ayant eu au moins 1 avortement (a)	Nombre total d'élèves (b)	% (a)/(b)	Nombre total d'avortements ©	Nombre moyen ©/(a)	
15-19 ans	143	1135	0,13	173	1,21	0,15
16-20 ans	195	1291	0,15	243	1,25	0,18
17-21 ans	241	1260	0,19	307	1,27	0,24
18-22 ans	283	1131	0,25	373	1,32	0,33
19-23 ans	279	820	0,34	365	1,32	0,44
20-24 ans	250	614	0,41	331	1,35	0,54
21-25 ans	207	407	0,51	282	1,37	0,69
22-26 ans	162	292	0,55	206	1,40	0,71
Ensemble	413	1823	0,23	543	1,31	0,30

* Pour le calcul du nombre moyen d'avortements, le groupe d'âge 15-26 ans a été considéré, compte tenu du fait que avant 15 ans, aucun avortement n'est dénombré et après 26 ans l'effectif des élèves interrogées est peu important pour avoir des résultats significatifs.

Deux enquêtes réalisées à Lomé en 1995 et en 1998 auprès des femmes consultantes âgées de 15-49 ans dans quatre centres de planification familiale, révèlent que respectivement 24 % et 27 % de ces femmes ont déjà eu recours une fois au moins à un avortement provoqué avant leur fréquentation des dits centres, et c'est dans les groupes 15-19 ans et 30-34 ans que ce recours est maximal (Amégee, 1999). Au Cameroun, la proportion des grossesses terminées par un avortement provoqué chez les adolescentes est estimée à 18 % (Bledsoe et Cohen, cité par Guillaume, 1999).

A Accra en milieu hospitalier, au début des années 1980, 25 % des femmes de moins de 20 ans venues accoucher de leur deuxième grossesse ont déclaré avoir interrompu clandestinement leur première grossesse (Bledsoe et Cohen, cité par Guillaume, 1999).

En résumé, au vu de tous ces chiffres, il est important de noter que l'avortement provoqué est loin d'être un phénomène rare. Ce recours apparaît comme la solution à une grossesse non désirée, un moyen plus sûr d'être en conformité avec les normes sociales, la manifestation d'une soumission à une certaine coercition sociale.

Les méthodes d'avortement

Les moyens abortifs utilisés par les élèves sont divers. Elles utilisent aussi bien des méthodes médicales que traditionnelles. Généralement les méthodes modernes ont été les plus citées par les élèves (68,6 %). Parmi ces méthodes modernes, la plus fréquente est le curetage utilisé dans 51 % des cas. L'aspiration est la deuxième méthode moderne à laquelle les élèves recourent (17,6 % des cas). Les méthodes traditionnelles (18 %) se résument essentiellement à la prise orale de breuvages ou de potions à base de plantes vendues sur les marchés ou à une visite chez le guérisseur ou chez une femme qui pratique les avortements. Ces produits peuvent être soit une infusion de feuilles, de tabacs, de racine d'arbre soit des purges ou lavements, soit des bains de vapeur ou l'absorption de boissons chaudes. Tous ces produits sont utilisés pour leurs propriétés supposées abortives. L'automédication moderne a été également citée par les élèves (injection de produits de toutes sortes parfois toxiques) dans 5,4 % des cas. La prise orale de produits pharmaceutiques est également un moyen pour les élèves (8 %). Généralement ce sont des médicaments prescrits à d'autres fins dont la prise est déconseillée en cas de grossesse. En résumé retenons que les manœuvres endo-utérines (curetage et aspiration) ont été les plus citées par les élèves. D'autres études proches ont également montré que le curetage est la première technique d'avortement au Togo. L'enquête auprès des consultantes âgées de 15-49 ans en planification familiale, réalisée en 1998, révèle que 66 % de ces femmes ont eu recours au curetage pour avorter (Amégee, 1999). Au Bénin en 1986, une étude réalisée à la maternité du CHU de Cotonou a montré que le curetage a été utilisé dans 40 % des cas d'avortement (Kouwakonou, 1986). Une autre plus

récente réalisée en 1996 à Bamako chez 2038 patientes de 15-49 ans dans trois cliniques révèle que dans plus de 61 % des cas, les femmes ont recouru au curetage pour avorter (Dingamhoudou et al., 1999).

En ce qui concerne la qualification de la personne qui a effectué l'avortement, la moitié (51 %) des avortements des élèves ont été réalisés par des médecins, 22,8 % par des infirmiers et assistants médicaux, 11 % par des herboristes ou des femmes avorteuses, 13 % des élèves ont déclaré qu'elles ont avorté elles-mêmes et 2,2 % grâce à d'autres personnes.

Les avortements auto-pratiqués par les femmes ou effectués par les herboristes et les femmes avorteuses sont des avortements à hauts risques. Ceux pratiqués par les infirmiers et les assistants médicaux le sont également. Souvent les avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, avec du matériel de fortune parfois. Nous pouvons supposer à la lumière de toutes ces observations que seulement 51 % des avortements sont faits dans des conditions sanitaires acceptables sans être toutefois dénués de risques

Motifs de l'avortement provoqué

Les motifs évoqués pour justifier le recours à l'avortement sont multiples et variés. La nécessité de poursuivre les études (66,1 %) a été le motif le plus évoqué quel que soit l'âge des élèves (Tableau 11.7). Le refus d'être mère a été évoqué par 12 % des élèves. Les motifs d'ordre économiques (manque de moyens pour supporter l'enfant) ont été très peu évoqués par les élèves (3,1 %). Les parents des élèves interviennent dans 10,2 % des cas dans les décisions d'avortement (6,9 % des élèves avortent par peur de la réaction des parents et 3,3 % parce que les parents l'exigent).

En résumé, trois grandes raisons poussent les jeunes à avorter. Il s'agit tout d'abord de la nécessité de poursuivre les études. Ensuite on note que les élèves avortent parce qu'elles ne veulent pas être mère à ce moment précis (soit parce qu'elles sont encore trop jeunes et donc pas encore prêtes pour assumer cette maternité, soit par peur du regard des autres). Enfin, les jeunes avortent par peur de la réaction des parents 6,9 %. Les raisons financières interviennent très peu dans la décision d'avorter chez les élèves.

Tableau 11.7 : Répartition des élèves selon le rang et le motif d'avortement

Motifs d'avortement	Rang de l'avortement			Ensemble %
	1 ^{er} avort	2 ^{ème} avort	3 ^{ème} avort	
Refus d'être mère	24,0	14,9	14,3	12,1
Raisons d'études	62,1	62,3	49,0	66,1
Réaction des parents	4,0	11,4	16,3	6,9
Raisons économiques	1,9	0,9	8,2	3,1
Refus de paternité	5,1	9,7	6,1	6,5
Exigence des parents	1,6	-	-	3,3
Autres	1,3	0,9	6,1	2,0
Total	100	100	100	100

Complications des avortements provoqués et conséquences des grossesses en milieu scolaire

La majorité des avortements réalisés ont été suivi de complications diverses. Si nous considérons l'ensemble de ces avortements (565 au total), 60 % ont été suivi de complications dont les plus importantes sont douleurs abdominales (22,9 %), saignements abondants (13,7 %) disparitions des règles (11,8 %) et infections (11,4 %). La majorité des avortements réalisés par des moyens traditionnels ont tous été suivis de complications. Néanmoins 5,5 % des avortements réalisés ont été suivi d'hospitalisation qui ont donné lieu à d'autres interventions médicales dont la plus importante est le curetage 70 % des cas. Cette intervention est nécessaire quand la première tentative a été sans succès.

En ce qui concerne les conséquences des grossesses sur la scolarité des jeunes filles, l'analyse des données montre que, 6,8 % des grossesses des élèves ont entraîné des abandons de l'école, 21,6 % un redoublement de classe. Dans 68,4 % des cas de grossesse, c'est-à-dire chez plus de deux filles sur trois, aucune conséquence scolaire n'a été observée. La poursuite d'une grossesse jusqu'à son terme entraîne inévitablement pour la jeune fille soit un arrêt volontaire soit l'exclusion de l'établissement. Mais aucun élément ne permet d'affirmer avec certitude si les grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué en cours d'année ont favorisé un redoublement ou un passage en classe supérieure en l'absence d'une complication grave ayant nécessité une longue hospitalisation.

Notons toutefois que la grossesse des jeunes filles adolescentes influence beaucoup leurs possibilités et chances dans la vie. Elle peut compromettre leur épanouissement personnel. La survenue d'une grossesse chez une fille scolarisée (ou en apprentissage), entraîne souvent un arrêt volontaire ou par exclusion. Conformément à la loi, toute élève enceinte en cours d'année doit quitter l'établissement pour « ne pas donner le mauvais exemple aux autres élèves ». La plupart du temps, elles ont peu de chance de pouvoir retourner à l'école. Elles risquent ainsi de recevoir moins d'instruction, d'être sans travail ou d'avoir un emploi très peu rémunéré. Souvent, lorsque les chances d'éducation des jeunes filles sont affectées de cette façon, cela contribue à perpétuer la condition inférieure de la femme, ceci, d'une génération à l'autre, dans la mesure où les perspectives d'emploi et de revenus décents s'en trouvent réduites. En outre, les enfants mis au monde par des mères adolescentes sont souvent mal nourris et mal soignés.

Les conséquences de l'avortement s'analysent également pour celui qui l'a pratiqué et pour l'auteur de la grossesse. Selon les élèves qui ont avorté une fois au moins, dans 94 % des cas, celui qui avait pratiqué l'avortement n'avait eu à en subir aucune conséquence (sanction juridique ou un emprisonnement), alors que la pratique de l'avortement est illégal. L'absence de conséquences pour les auteurs de grossesse est aussi très fréquente, puisque dans 89 % des cas aucune mesure n'a été prise contre lui, alors qu'une loi officielle (loi du 16 mai 1984), prévoit des sanctions pour l'auteur d'une grossesse de collégiennes ou lycéennes.

CONCLUSION

Le recul de la fécondité des adolescentes a largement contribué à la baisse de la fécondité observée au Togo entre 1988 et 1998. Au cours de cette période, le taux de fécondité des adolescentes est passé de 127 pour mille à 89 pour mille soit une réduction de 30 %. Les résultats de l'analyse approfondie sur les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo ont montré que parallèlement à l'effet des déterminants proches (allaitement et abstinence post-partum, contraception, nuptialité et stérilité), le recours de plus en plus fréquent à l'avortement est un des autres facteurs fortement soupçonnés comme pouvant expliquer également cette baisse de la fécondité (Amégee et *al.*, 2000).

Mesurer l'ampleur du recours à l'avortement nécessiterait que soient comptabilisés l'ensemble des avortements provoqués. Du fait du caractère illégal de cet acte, les avortements sont souvent sous-déclarés.

L'étude destinée à définir la place de l'avortement provoqué dans les modes de prévention des naissances au Togo, a permis de donner une mesure de l'ampleur de ce phénomène en milieu scolaire au Togo et d'en souligner l'importance. Et mieux connaître les prévalences de l'avortement provoqué est nécessaire pour une bonne prise en charge de la santé maternelle dans les pays africains (Guillaume, 1999).

Le problème du recours de plus en plus fréquent à l'avortement est indissociable de celui des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et du manque d'éducation sexuelle des jeunes. L'enquête démographique et de santé avait estimé en 1998 à 39 % les besoins non satisfaits des jeunes de 15-19 ans en matière de planification familiale (Anipah et *al.*, 1999). Les adolescents n'ont presque pas accès aux services de planification familiale ni à des informations fiables sur la santé de la reproduction (Gbenyon et *al.*, 2000) et l'utilisation des services SMI/PF par ces jeunes reste très faible inférieure à 1 % (Bocoum, 1996). Il convient donc de réduire la fréquence des avortements clandestins chez les jeunes et pour ce faire il faudrait nécessairement satisfaire les besoins des jeunes en améliorant non seulement la prévalence contraceptive mais surtout prévenir les grossesses non désirées chez les élèves pour éviter les déperditions scolaires, les avortements provoqués et les décès maternels et infantiles précoces.

Le choix du recours à l'avortement est souvent conditionné par l'environnement familial dans lequel vivent les jeunes filles et une certaine forme de pression sociale s'exerce sur ces jeunes filles, ce qui les pousse dans la plupart des cas à se réfugier dans une situation de non dit et à se replier sur elles-mêmes. Il faudrait penser à une nouvelle forme de prise en charge sociale de l'avortement chez les jeunes filles.

Les enseignements qu'on peut tirer de cette étude sont divers. Tout d'abord sur le plan économique, les conséquences des avortements s'analysent en terme de coûts engendrés pour le traitement des avortements incomplets qui arrivent à l'hôpital. Au CHU de Lomé-Tokoin, l'accueil des femmes en service de gynécologie suite à une complication d'avortement est très difficile sur le plan de la prise en charge morale, psychologique et financière. L'accueil est d'autant plus difficile que les médicaments indispensables pour cette prise en charge ne sont même pas disponibles. Sur le plan sanitaire, les conséquences s'analysent en terme d'infécondité des femmes et de prise en charge des coûts d'avortement qui coûte plus cher à la communauté que l'acte d'avortement sans risque (Blayo, 1996).

Les résultats de cette étude illustrent une fois encore la nécessité d'un véritable programme de sensibilisation des jeunes à travers l'information, l'éducation et la communication, comme en témoignent les solutions proposées par les élèves elles-mêmes pour éviter les grossesses non désirées. En effet, 47,3 % des élèves proposent qu'un accent particulier soit mis sur l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires. Ces résultats posent enfin le problème de la morale individuelle, de la responsabilité parentale et du rôle de l'État qui doit susciter au sein de la population une nouvelle forme de réflexion sur le phénomène. Ne faudrait-il pas de nouvelles mesures pour remplacer celles qui existent depuis plusieurs décennies (loi du 31 juillet 1920 et loi du 16 mai 1984)⁹⁵ et qui se sont révélées totalement inapplicables ? Actuellement la multiplication des avortements provoqués ne sont que la manifestation d'un changement d'attitude et de comportement sur la fécondité consécutif à l'aggravation de la crise sociale et économique ces dernières années et plus en amont à la forte poussée de l'urbanisation associée à la scolarisation des femmes. Souvent les cas d'avortements provoqués recensés représentent la partie

⁹⁵ - Loi du 31 juillet 1920 : op cit p. 1.

- Loi du 16 mai 1984 : loi de la République Togolaise relative à la protection des filles et des garçons régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle.

visible de l'iceberg. Plusieurs cas d'avortements clandestins ne sont répertoriés nulle part et bon nombre de cas de décès maternels suite à un avortement ne sont guère connus. La forte prévalence de l'avortement et ses conséquences sur la morbidité et mortalité maternelles devrait amener les gouvernements à prendre des mesures pour améliorer la prise en charge de ces avortements, notamment en révisant les législations trop restrictives qui ont pour conséquences de nombreux avortements clandestins.

BIBLIOGRAPHIE

- Agounke A, Assogba M., et Anipah K, 1989, *Enquête Démographique et de Santé au Togo, 1988*, URD-Direction de la Statistique-Direction Générale de la Santé-IRD, 169 p.
- Agounke, A., 1990, *Enquête sur la fécondité des adolescentes au Togo*, URD-UB, Lomé, 116 p.
- Ahossu S., 1991, *Contribution à l'étude de la mortalité maternelle dans deux maternités urbaines du Togo (CHU de Lomé et CHR de Sokodé)*, Faculté de Médecine, Université du Bénin, Lomé, 162 p.
- Anipah K, Salami-Odjo R, BoukpeSSI B, Ouro-Gnao A, Messan P, 1999, *Enquête Démographique et de Santé au Togo, 1998*, DS-URD, 287 p.
- Amegee K., 1999, *Le recours à l'avortement provoqué au Togo: Mesure et facteurs du phénomène*, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 440 p.
- Amegee K., BoukpeSSI B., Salami-Odjo R., 2000, *Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998, Rapport du Séminaire sur l'analyse approfondie des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Togo*, FNUAP-UNICEF 48 p.
- Bocoum S., 1996, *Domaine de la santé de la reproduction : Contribution au rapport final de l'Examen des Programmes et Elaboration de Stratégie en matière de population*, FNUAP, Lomé, 46 p.
- Blayo C., 1991, Choix des cohortes et des sous-cohortes: règles générales et application à l'avortement, *Population*, n°6, pp. 1379-1404.
- Blayo C., 1996, Mourir d'avortement: Facteurs Politiques et Sociaux, Université Montesquieu Bordeaux IV-INED Paris, *Communication présentée au Colloque de l'AIDELF, SINAIA*, 3-6 septembre, 10 p.
- Bledsoe C, Cohen B, 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in Sub Saharan Africa*, National Academy press, Washington, 208 p.
- Desgrees Du Lou A., et al, 1999 L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans: une causes de la récente baisse de fécondité? INED, *Population*, 54 (3): 427 - 446.
- Dingamhoudou, E. et al., 1999; *Regards croisés sur une pratique persistante : Conséquences sociales de l'avortement provoqué*, restitution des résultats d'une étude réalisée dans le district de Bamako (Mali), CERPOD, 24 p.
- Gbenyon, K ; Tettekpoe, D, 2000 *Effets des programmes de*

- planification familiale sur la prévalence contraceptive au Togo (1988-1994), Politiques démographiques et transitions de la fécondité en Afrique*, Collection populations, Harmattan, : 91-109.
- Guillaume, A. ; 1999, *Planification familiale et pratique de l'avortement dans quatre FSU-COM d'Abidjan*, Rapport d'enquête, ENSEA-IRD, 59 p.
- Guillaume, A. ; Degrees Du Lou, A ; Koffi, N ; Zanou, B., mai 1999 *Le recours à l'avortement : La situation en Côte d'Ivoire*, ENSEA - IRD, Etudes et Recherches, N°27, 54 p.
- IPPF : Les avortements à risque et la planification familiale: Le post-abortum en Afrique francophone, *la conférence de Cotonou-Bénin*, mars 1997, 40 p.
- Konate et al., 1994, *Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso*, Institut National de la Statistique et de la Démographie, 295 p.
- Kouwonou K. et al., 2000, *Enquête Evaluation du Centre des Jeunes de l'ATBEF à Lomé « EVACJEUNE I », Connaissances, attitudes et pratiques sexuelles des jeunes de Lomé*, SFPS, 107 p.
- Locoh, T. Une baisse de la fécondité est-elle en œuvre en Afrique sud-saharienne? Le temps des incertitudes, *Communication au séminaire de l'UIESP sur "la transition de la fécondité en Afrique au sud du Sahara"*, Harare, nov. 1991, 32 p.
- Nanitelamio J, 1990. *Fécondité des adolescentes : point de vue psychologique. Cas du Sénégal.* - Lomé, Nations Unies, Division de la Promotion de la Femme, 14 p. *Communication au Séminaire sur les Interactions entre la Condition de la Femme et les Phénomènes Démographiques en Afrique Francophone au Sud du Sahara*, 28-31 mai 1990.
- Picard-Tortorici N, 1998. *Quantité et qualité des enfants en présence de mortalité infantile endogène : aspects théoriques et application au cas ghanéen*, Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris, 380 p.
- Sombo N, Kouassi L, Koffi A, Schoemaker J, Barrere M, Barrere B, Poukouta P, 1995, *Enquête Démographique et de Santé Côte d'Ivoire 1994*, INS, 293 p.
- Thiriart M-P, 1998, *Faire et défaire les liens du mariage : Evolution des pratiques matrimoniales au Togo*, Etudes du CEPED, 295 p.

LA SANTE DE LA FEMME ENCEINTE, ELEMENT DETERMINANT DE L'ISSUE DE LA GROSSESSE :

le cas de Niakaramandougou

Le taux de mortalité infantile est souvent considéré comme l'indicateur de mesure du niveau sanitaire d'un pays. De ce fait, il retient généralement l'attention aussi bien des organismes internationaux que des décideurs et des chercheurs. Or, comme des études l'ont montré, la santé dans la petite enfance dépend en grande partie de la santé de la mère pendant la grossesse du suivi de celle-ci et des soins post-natals au nourrisson. Dans les pays en développement où le taux de mortalité infantile est souvent élevé, on enregistre également un mauvais suivi de la grossesse et des soins post-natals défectueux.

Prendre en charge la santé de la mère pendant la grossesse et le suivi du bébé est un élément déterminant pour agir sur la morbidité et la mortalité post-natale. C'est ce qu'a tenté de mesurer l'étude effectuée par l'ENSEA en 1998 dans l'observatoire de population de Niakaramandougou.

Dans un univers composé d'un centre semi-urbain de 8000 habitants et de neuf villages ayant ensemble une population de 7000 personnes, un échantillon de 2000 ménages a été tiré dans les quatre localités les plus peuplées de l'observatoire. Les infrastructures sanitaires de l'échantillon se résument à un dispensaire et une maternité au chef-lieu et d'un dispensaire dans deux des trois villages. Les données d'une enquête portant sur la vie génésique des femmes en âge de procréer ont permis de réaliser l'étude dont les résultats sont indiqués ci-dessous.

Sur un échantillon de 1 559 femmes interrogées sur leur dernière grossesse déjà terminée, 91,8% ont eu au moins une consultation prénatale. Si l'on ne prend en compte que les femmes dont la grossesse a duré au moins 6 mois (c'est généralement vers cet âge que les femmes rurales commencent les visites prénatales), la proportion de celles ayant été au moins une fois à la consultation prénatale passe à 96%. Seulement 45 % des femmes enquêtées ont effectué les 4 consultations prénatales recommandées pour un meilleur suivi de la grossesse.

Ce sont les femmes de moins de 30 ans (46%) et celles de niveau secondaire ou plus qui ont le plus fréquemment réalisé au moins 4 consultations prénatales (68,2%), par rapport à celles du niveau primaire (47,9%) et aux non scolarisées (40,3%). La fréquentation des CPN est plus forte lors de la première grossesse que pour les grossesses de rang supérieur ou égal à 2. Ce qui veut dire que les premières grossesses sont mieux suivies que les autres. Si tel est le cas, on peut parler de signe positif dans la mesure où les primipares sont plus à risque que les autres femmes.

Pendant leur dernière grossesse, les femmes ont connu différents épisodes morbides : certaines femmes ont eu un accès palustre (1 femme sur 5), d'autres des symptômes de IST (1 femme sur 4), etc. En ce qui concerne les symptômes de IST, il s'agit notamment des écoulements vaginaux, des démangeaisons ou des plaies.

Sur 1 446 femmes dont la grossesse a duré plus de 6 mois, 83% ont accouché dans une structure sanitaire. C'est le signe que, même certaines femmes qui n'ont pas senti la nécessité de faire suivre leur grossesse par le personnel de la santé, ont choisi quand même d'accoucher sous surveillance médicale. Les autres (17%) ont accouché à domicile soit seules, soit aidées par quelqu'un de la famille.

Dans la population enquêtée, sur 100 grossesses, 4 aboutissent à une fausse couche tandis que 3 se terminent par un mort-né. Le risque que la grossesse se termine par un mort-né est plus important lorsque la femme n'a pas effectué de consultations prénatales pendant la grossesse ou n'a pas accouché dans une structure médicale.

A l'opposé du risque de mortalité, le risque des fausses couches varie avec l'âge, il est plus important en début et en fin de vie féconde (ce qui est cohérent avec les données classiques sur les fausses couches), tandis que le risque de mortalité est relativement stable, indépendant de l'âge de la femme.

Dans son objectif de réaliser une maternité sans risque pour les femmes en âge de procréer, le gouvernement ivoirien a entrepris des efforts sur plusieurs aspects de la santé. Mais aujourd'hui, force est de constater que beaucoup reste à faire pour préserver la vie de la mère et de l'enfant.

En ce qui concerne l'issue de la grossesse et la survie de l'enfant, l'exemple de Niakaramandougou a montré que la prise en charge de la femme enceinte a un impact certain sur la mortalité. Or, les infrastructures sanitaires, cadre approprié de cette prise en charge, ne sont pas encore à la portée de tous. De ce fait, il va falloir orienter les efforts, entre autres, dans le sens du rapprochement des centres de santé des populations.

Par ailleurs, la situation de crise économique que traverse la Côte-d'Ivoire depuis le milieu des années 1980 n'est pas étrangère à l'état sanitaire actuel de la population. En effet, avec les plans d'ajustement structurel répétés, le gouvernement a dû se désengager des secteurs sociaux dont la santé. L'une des conséquences est l'abandon de la gratuité des soins de santé dans le secteur public. Les populations sont appelées depuis quelques années à participer financièrement à la prise en charge de leur santé. Or, elles sont autant, sinon plus éprouvées que l'Etat par cette crise. Devant cette situation, l'offre des services de santé et l'accessibilité aux soins de santé deviennent problématiques. On est donc en droit de se demander quelle sera la situation dans les années à venir ? Dans le cas de Niakaramandougou, les études ultérieures nous situeront.

*Benjamin Zanou
Agnès Guillaume
Annabel Desgrées du Loû*

4^{ème} Partie

SIDA ET SANTE DE LA
REPRODUCTION

CHAPITRE 12

UN PROGRAMME DE REDUCTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH PAR DE L'AZT A ABIDJAN, COTE D'IVOIRE :

Des prémisses d'un essai clinique à une phase Opérationnelle 1994-1999

**Msellati P^a - Meda N^b - Viho I^c - Hingst G^d -
Kaba F^e - Dabis F^f - Mandelbrot L^g - Welffens-Ekra C^h**

INTRODUCTION

Depuis le début de l'épidémie de VIH, l'ONUSIDA estime que 3,8 millions d'enfants sont décédés du SIDA avant leur 15^{ème} anniversaire. Durant l'année 1999 seule, le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH dans le monde est estimé à 570000 (Onusida/OMS, 1999). Le nombre d'enfants vivant avec le VIH était estimé à 1 million et 510000 enfants sont décédés du SIDA en 1998. Il est considéré que 90 % de ces enfants de moins de quinze ans infectés par le VIH sont en Afrique. Ils ont,

^a Institut de Recherche pour le Développement, Abidjan Côte d'Ivoire,

^b Centre Muraz Bobo-Dioulasso Burkina Faso

^c Programme D'ITRAME (ANRS 049) Abidjan Côte d'Ivoire

^d Unicef Côte d'Ivoire,

^e Programme National de Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire

^f Unite INSERM 330 Bordeaux France,

^g Maternité Port Royal Paris, France

^h CHU de Yopougon, Abidjan

dans leur immense majorité, acquis l'infection par la transmission mère-enfant du VIH.

Les connaissances et les moyens d'intervention dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont profondément évolué au cours des dix dernières années. Au début des années 1990, un travail collectif des principales équipes travaillant dans le domaine a montré que les taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH allaient de 20 à 35 % (The Working Group on Mother-To-child Transmission of HIV, 1995) sans intervention thérapeutique. Les taux les plus élevés étaient notés dans les pays en développement, une partie de la différence étant liée à l'allaitement maternel (Van de Perre P. et al., 1992).

L'objectif de ce chapitre est de présenter le cheminement autour d'un essai clinique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH mené de 1995 à 2000 et le processus qui a conduit à opérationnaliser les résultats de cette recherche.

En 1994, l'essai ACTG 076/ANRS024 a montré l'efficacité de la zidovudine pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant chez des femmes relativement peu immunodéprimées et non allaitantes (Connor EM, et al., 1994). Le régime thérapeutique était assez lourd (500 mg de zidovudine par voie orale en 5 prises par jour durant 3 à 4 mois, une perfusion intraveineuse de zidovudine pendant l'accouchement et six semaines de zidovudine chez l'enfant par voie orale). Le résultat de l'essai a montré une réduction de la transmission de 66 % (transmission de 25 % dans le groupe témoin contre 8 % dans le groupe ayant reçu de la zidovudine). Ce traitement par la zidovudine est devenu la référence pour les pays du nord et est aujourd'hui utilisé très largement au moins en Europe et aux Etats-Unis. Ceci a entraîné la quasi-disparition de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays du nord (Lot F., 2000). Son coût (plus de 600 000 F CFA par couple mère-enfant) et les difficultés techniques de réalisation en ont empêché l'application dans les pays plus pauvres. Des réflexions ont été élaborées pour valider et proposer un régime thérapeutique moins coûteux et adapté en termes d'acceptabilité, de faisabilité et de tolérance biologique en direction des pays en développement (Dabis F. et al., 1995). Plusieurs essais cliniques ont été initiés entre 1995 et 1997 en Afrique et en Asie pour évaluer des régimes thérapeutiques plus simples, moins coûteux et plus accessibles que le régime ACTG 076 (Dabis F. et al., 1995).

L'ESSAI DITRAME - ANRS 049

A Abidjan (Côte d'Ivoire) et Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso), un essai clinique de ce type (essai ANRS 049, projet Ditráme) a débuté en 1995 après une enquête sur l'acceptabilité du test de dépistage du VIH chez des femmes enceintes et d'un régime thérapeutique par voie orale (Cartoux M. et al., 1996). Cet essai clinique était un essai multicentrique randomisé mené en double aveugle et évaluant la zidovudine contre un placebo (Dabis F. et al., 1999). Le régime thérapeutique évalué était beaucoup plus simple que le régime ACTG076/ANRS 024. Il s'agissait de donner 300 mg de zidovudine par voie orale deux fois par jour à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement et de donner 600 mg supplémentaires de zidovudine en une prise orale au début du travail. Une prise de zidovudine selon les mêmes modalités était réalisée pendant une semaine post-partum chez la mère. Un groupe de femmes recevait un placebo selon les mêmes modalités de prise. Aucun traitement n'était donné chez le nouveau-né. Ce régime proposé, peu différent du régime testé par les Centers for Disease Control en Thaïlande et en Côte d'Ivoire (Shaffer N. et al., 1999 – Wiktor SW. et al., 1999), avait l'avantage de la simplicité de prise ; le début tardif dans la grossesse prenait en compte la réalité des consultations pré-natales en Afrique, souvent réalisées tardivement dans la grossesse ; le remplacement de la perfusion correspondait aussi aux conditions d'accouchement réelles, les femmes arrivant trop tard pour que l'on puisse poser une perfusion et le personnel des maternités n'étant pas équipé pour cela. Cette prise orale avait également l'avantage de maintenir la confidentialité du statut de la femme vis-à-vis du personnel soignant. Le coût de ce régime "court" était environ dix fois moins élevé que le régime ACTG76/ANRS024 par couple mère-enfant. Enfin, une des spécificités des essais menés en Afrique de l'Ouest étaient qu'ils se réalisaient dans des populations où l'allaitement maternel était très largement prédominant.

ÉTUDE DE LA TOLÉRANCE DE LA ZIDOVUDINE

Durant une première étape, la tolérance de la zidovudine et son acceptabilité chez des femmes enceintes furent étudiées. Les femmes enceintes ayant plus fréquemment une anémie en Afrique que dans les pays

développés, l'infection par le VIH et la zidovudine ayant toutes les deux un caractère anémiant, une attention particulière était portée sur cette conséquence possible du traitement. Les femmes les plus anémiées étaient exclues du recrutement de l'essai. De la même manière, les femmes présentant une pathologie sévère de l'hémoglobine (drépanocytose homozygote en particulier) étaient également exclues avant la prise du médicament. Une enquête de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes a été conduite dans les structures de santé de Yopougon et Bobo-Dioulasso, les communes où a été réalisé l'essai clinique (Ramon R. et al., 1999 – Méda N. et al., 1999). Chez les femmes suivies dans le programme, l'anémie (et d'autres anomalies hématologiques) étaient dépistées avant, durant et à la fin du traitement. Une prévention de l'anémie pendant la grossesse a été systématiquement offerte à toutes les femmes enceintes sous forme de fer et foliate à laquelle fut ajoutée la prévention du paludisme. Cette supplémentation a évité les problèmes d'anémie chez ces femmes même sous zidovudine.

ACCEPTABILITE DU CONSEIL ET DEPISTAGE AUPRES DES FEMMES ENCEINTES ET DES ALTERNATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL

Cette première phase a également montré la faisabilité de la proposition de test de dépistage du VIH à large échelle, sa bonne acceptation par les femmes enceintes (Cartoux M. et al., 1998) mais aussi la difficulté à recruter rapidement des femmes infectées par le VIH dans un tel programme (Msellati P. et al., 1998). Le programme a montré la nécessité de la confidentialité y compris vis-à-vis de personnels de santé extérieurs à l'équipe. Il y a eu des modifications de la distribution de la zidovudine pour intégrer l'aspect fondamental de la préservation du secret vis-à-vis du statut de la femme. En particulier, les femmes se sont vues remettre la zidovudine destinée à la dose de charge en début de travail de façon à pouvoir l'absorber avant de se rendre à la maternité et d'éviter ainsi toute identification par le biais d'une pratique particulière.

Il a été également important de développer un conseil spécifique face à l'alimentation du nourrisson de femme infectée par le VIH. Il s'agissait d'informer les femmes des risques et des avantages des deux

modes d'allaitement (maternel et artificiel) avant l'accouchement. Dans le cadre de l'essai clinique, sauf cas exceptionnel, l'alimentation artificielle n'était pas prise en charge par le projet. Lorsque les femmes choisissaient l'allaitement maternel (quel qu'en soit le motif), un conseil était réalisé pour les inciter à sevrer leur enfant de façon précoce. Les recommandations nationales étaient différentes dans les deux pays où se déroulaient l'essai (Desclaux A., 2000), et malgré des stratégies analogues mises en place par l'équipe sur les deux sites (Msellati P., 2000) les durées d'allaitement furent très différentes entre Abidjan (durée médiane 7,5 mois contre 17 mois habituellement dans la même population) et Bobo-Dioulasso (durée médiane 19 mois analogue à la durée médiane en population générale).

DEMONSTRATION DE L'EFFICACITE DU SCHEMA COURT DE ZIDOVUDINE

Une fois la bonne tolérance hématologique de la zidovudine et l'acceptabilité des procédures et du régime proposé établies, un essai clinique d'efficacité fut réalisé selon les mêmes principes méthodologiques et sur les mêmes sites. Le recrutement a été réalisé dans cet essai de février 1997 à février 1998.

En février 1998, l'essai clinique testant un régime analogue en Thaïlande a montré une efficacité de 50 % dans des populations non allaitantes (Shaffer N. et al., 1999). Tous les essais en cours abandonnèrent les bras placebo, l'efficacité du régime court étant démontrée. L'essai DITRAME continua à recruter des femmes dans un essai en ouvert jusqu'à septembre 1998.

Autour de l'essai, de nombreux aspects ont été explorés, à la fois en amont de l'intervention (raisons d'acceptation ou de refus du test de dépistage du VIH) et en aval (hypofertilité des femmes infectées par le VIH, problématique des désirs de procréation chez les femmes infectées, prise en charge psychologique des femmes infectées par le VIH, coût du sida pédiatrique, conseil pratiques et suivi autour de l'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH, prévention du "burn-out" au sein de l'équipe soignante).

A la fin de l'année 1998, à Abidjan et Bobo-Dioulasso, l'essai DITRAME/ANRS049 a montré une réduction de 38 % de la transmission mère-enfant du VIH à l'âge de six mois (18 % dans le groupe zidovudine contre 27,5 % dans le groupe placebo) dans une population allaitante (Dabis F. et al., 1999). Cette efficacité s'est maintenue au cours du temps puisqu'à l'âge de 15 mois, il y avait encore une réduction de la transmission de 30 % (18). Il est important de noter que l'essai mené à Abidjan par les Centers for Disease Control (Retro-CI) a montré des résultats extrêmement proches (Wiktor SW. et al., 1999).

DEBUT D'OPERATIONNALISATION DES RESULTATS OBTENUS

A partir de ces résultats de recherche, dans le contexte de la mise en place d'une politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, un programme pilote de l'UNICEF a démarré en 2000 en Côte d'Ivoire comme dans d'autres pays africains. Avant de débiter ce programme pilote, un travail a été réalisé par le Programme National de Lutte contre le SIDA ivoirien, le bureau national de l'UNICEF et l'équipe locale du projet DITRAME afin de rendre opérationnelles les différentes étapes d'un tel programme.

Les objectifs retenus pour une période de six mois étaient les suivants :

- fournir gratuitement en routine dans des cliniques prénatales préalablement choisies l'ensemble des services considérés comme nécessaires pour prévenir l'infection pédiatrique par le VIH (conseil et test de dépistage du VIH, traitement antirétroviral - zidovudine -, alternatives à l'allaitement maternel) selon les standards en vigueur (19).

- il s'agissait également d'améliorer l'expertise nationale et préparer un programme pour accroître l'engagement politique ivoirien sur ce sujet.

Concernant le dépistage volontaire confidentiel et le conseil chez les femmes enceintes, nous avons poursuivi cette activité dans deux structures publiques de santé (les consultations pré-natales du Centre Hospitalier Universitaire et de la Formation Sanitaire Urbaine de Yopougon) et deux structures de santé communautaires dans les communes

de Yopougon et Abobo, les deux communes les plus peuplées d'Abidjan. Une proposition systématique de réalisation du test sérologique pour le VIH a été faite à toutes les femmes enceintes fréquentant les structures de santé où le programme est implanté durant leur première visite prénatale.

Si durant l'essai clinique, le test n'était proposé qu'à des femmes âgées de 18 ans ou plus, résidant à Abidjan et étant à moins de 32 semaines de grossesse, dans cette phase opérationnelle, le test était proposé à toutes les femmes enceintes, quel que soit leur âge, à l'exception de celles qui ne pouvaient pas communiquer dans une langue commune avec les conseillères. Le conseil pre-test, dispensant des informations sur les modes de transmission et de prévention du VIH a été réalisé lors d'un entretien individuel entre la conseillère et la femme enceinte. Ensuite, la proposition de test était faite et si la femme donnait son accord au prélèvement, celui-ci était réalisé sur place. Le résultat du test était rendu deux semaines plus tard par la même conseillère.

Lorsque la femme se révélait infectée par le VIH et revenait chercher son résultat, la conseillère lui expliquait le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les modalités de distribution de la zidovudine. Elle était ensuite vue par un médecin ou une sage-femme pour le suivi de grossesse et la prévention de la transmission mère-enfant. Le traitement par la zidovudine lui était expliqué (régime identique à celui de l'essai à l'exception de la semaine post-partum qui n'était plus donnée, n'ayant pas fait la preuve de son intérêt), le rythme des visites prénatales et la prophylaxie de l'anémie. Un conseil spécifique sur les modalités d'allaitement du nourrisson était également délivré uniquement adressé à ces femmes infectées par le VIH et le sachant. La femme était informée des risques d'exposition au VIH liés à l'allaitement maternel et des problèmes d'hygiène et de préparation que pose l'allaitement artificiel afin qu'elle puisse choisir le mode d'alimentation de son nourrisson, conformément aux recommandations internationales (Unaid, Unicef, WHO, 1998).

Une fois la 36^{ème} semaine de grossesse débutée, la femme enceinte recevait la zidovudine pour un mois et devait revenir à la fin du mois si elle n'avait toujours pas accouché pour prendre une autre boîte de zidovudine. Une fois l'accouchement réalisé, la femme revenait pour pouvoir bénéficier de la fourniture de lait artificiel si elle avait choisi ce mode d'alimentation. Sinon, l'allaitement maternel exclusif était encouragé, le choix d'une alimentation mixte ne donnant pas lieu à la fourniture gratuite de lait en poudre.

En termes de dépistage, l'activité des centres impliqués dans le programme a été importante puisque 4309 femmes enceintes ont consulté pour la première fois en consultation pre-natale durant les six mois du programme et 4111 parmi elles ont été vues par une conseillère de l'équipe. Le conseil pre-test a été réalisé auprès de 3756 femmes, soit 87 % des consultantes. La principale raison pour ne pas avoir fait le conseil était l'impossibilité de communiquer avec les consultantes. Parmi les 3756 femmes qui ont reçu le conseil pré-test, 3452 d'entre elles (92 %) ont accepté le test VIH et 2384 sont revenues chercher leur résultat. Ceci représente une acceptabilité globale de 63 %, c'est à dire que 63 % des femmes ont accepté le test et sont venues chercher le résultat. Il est important de souligner que le retour pour le résultat du test s'est fait sans aucune incitation matérielle ou financière, contrairement à la période précédente.

La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes consultant dans ces PMI et ayant accepté le test de dépistage du VIH était de 13 %, ce qui est du même ordre de grandeur que la prévalence chez les femmes enceintes dans une enquête anonyme et non corrélée réalisée en 1995 à Abidjan (Sylla-Koko et al., 1997). En ce qui concerne les femmes infectées par le VIH qui représentaient 13 % des femmes enceintes dépistées dans ces structures, elles sont 268 sur 445 à être venues chercher leur résultat. Chez elles, le retour pour le résultat était de l'ordre de 60 %. C'est une constante depuis plusieurs années dans cette population, comme en d'autres endroits en Afrique, que les femmes infectées par le VIH reviennent moins souvent chercher leur résultat que les femmes non infectées (Ladner J. et al., 1993).

Chez les jeunes filles enceintes âgées de moins de 18 ans qui représentaient 12 % des femmes enceintes ayant accepté le test, la prévalence du VIH était de 5,1 %.

Parmi les 268 femmes infectées par le VIH qui sont venues chercher leur résultat, 109 ont été en contact avec l'équipe pour la prévention de transmission mère-enfant du VIH (40 %) et 100 d'entre elles ont reçu leur première boîte de zidovudine. Soixante d'entre elles ont été revues après l'accouchement. Pour celles-ci la durée médiane de traitement par zidovudine était de 22 jours étendue 0 à 68 jours. Il est important de noter que 60 % des femmes infectées par le VIH informées de leur statut n'ont pas pu ou pas voulu bénéficier de l'intervention de réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Soit elles ont refusé l'intervention ou plus exactement elles ont disparu du circuit mis en place et ne sont plus venues solliciter l'équipe du programme, soit elles sont venues chercher leur résultat

trop tard pour pouvoir bénéficier de l'intervention. Au delà de ces généralités, de la peur de la stigmatisation et de la difficulté à gérer l'annonce qu'elles sont infectées par le VIH, il y a certainement d'autres raisons qui sont malheureusement imparfaitement comprises et devraient faire l'objet de recherches approfondies.

En ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, à la différence de la période de l'essai clinique, les substituts au lait maternel étaient offerts gratuitement. Ils étaient délivrés sous contrôle médical de façon hebdomadaire. La femme ne pouvait recevoir ce lait que si elle venait accompagnée de son enfant, ce qui permettait de relever très précisément la croissance de l'enfant et les problèmes survenus depuis le dernier contact. Jusqu'à septembre 1998, c'est à dire jusqu'à la fin du recrutement dans l'essai clinique, les femmes qui choisissaient l'allaitement artificiel représentaient 5 à 10 % des femmes séropositives à qui il était proposé et l'obstacle principal déclaré par les femmes était le coût du lait en poudre. A partir du moment où le lait en poudre était offert, elles ont été 27 sur 57 (soit 47 %) à retenir ce mode d'alimentation dans les 6 premières semaines de vie dont 15 dès la naissance.

Une analyse est en cours sur la croissance des enfants sous allaitement artificiel et sur la morbidité de ces enfants mais les résultats n'en sont pas encore disponibles.

En termes de développement d'expertise et de plaidoyer, un manuel pratique de formation sur le conseil le dépistage et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en direction des femmes enceintes est en voie de finalisation. Une version française de documents majeurs dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont été traduits (guides ONUSIDA, OMS...).

La formation au conseil a concerné plus de 20 professionnels de santé essentiellement des sage-femmes et des assistantes sociales. Elles ont été reçues en stage pratique deux semaines chacune par les conseillères du projet. Malheureusement en dehors du programme du Fonds de Solidarité Thérapeutique International qui est un programme opérationnel spécifique, la formation n'a eu que très peu de résultats quant à la mise en place effective du conseil par les personnels formés.

CONCLUSION

Si nous avons pu, grâce à l'essai clinique DITRAME/ANRS049 démontrer l'efficacité du régime court de zidovudine, au terme de ce programme opérationnel, nous pouvons constater que :

- le test VIH est réalisable dans de bonnes conditions et il est bien accepté par les femmes enceintes. Même si nous ne savons pas encore en mesurer l'impact, le conseil pré et post test a permis, au delà de l'intervention sur la transmission mère-enfant du VIH, d'informer des milliers de femmes sur le VIH/SIDA et leur statut personnel vis-à-vis de l'infection.

- le retour pour les résultats peut encore être amélioré en particulier pour les femmes infectées par le VIH qui sont directement concernées par la suite du programme. Par ailleurs, il semble difficile d'envisager que le dépistage et conseil auprès des femmes enceintes puisse se faire sans l'ajout de personnel à celui qui est déjà impliqué dans les soins prénataux.

Un nombre non négligeable de jeunes filles de moins de 18 ans sont infectées par le VIH et ces femmes particulièrement vulnérables représentent une proportion importante des femmes enceintes. Une approche spécifique en direction de cette population est indispensable tant dans le domaine de la prévention du VIH que dans celui du planning familial.

- Le dépistage et conseil dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH nécessite, peut-être encore plus que d'autres actions de santé, une supervision régulière et un engagement réel des personnels et des autorités.

- Dans le contexte urbain spécifique d'Abidjan, il est possible d'introduire les alternatives à l'allaitement maternel en direction des femmes infectées par le VIH avec un soutien adapté.

- Enfin, le programme opérationnel Unicef a permis de faire le lien entre un essai clinique et le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI), premier programme de santé publique en Afrique de l'Ouest visant à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et à la prise en charge des familles affectées par le VIH à Abidjan.

BIBLIOGRAPHIE

- Cartoux M, Msellati P, Rouamba O et al. Acceptability of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. *J Acquir Immun Syndr Hum Retrovir* 1996 ; 12 : 290 - 2.
- Cartoux M, Msellati P, Meda N et al. Attitude of pregnant women toward HIV testing in West Africa : Abidjan, Côte d'Ivoire, and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *AIDS* 1998 ; 12 : 2337- 44.
- Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994 ; 331 : 1173-80.
- Dabis F, Msellati P, Newell ML et al. Methodology of intervention trials to reduce mother to child transmission of HIV with special reference to developing countries. *AIDS* 1995 ; 9 (suppl A) : S67-S74.
- Dabis, F, Mandelbrot L, Msellati P, Van de Perre P. Zidovudine to decrease mother-to-child transmission of HIV-1: is it good for developing countries ? *AIDS* 1995 ; 9 : 204-6.
- Dabis F, Msellati P, Méda N et al. Six month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reducing vertical transmission of HIV in breast-fed children : A double-blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso. *Lancet* 1999 ; 353 : 786-92.
- Desclaux A. Conditions et enjeux de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement. In *Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest*. Rapport final Mars 2000. 199-211.
- Ditrame ANRS 049 Study Group. 15 month-efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV-1 in breastfed African children. *Lancet* 1999 ; 354 : 2050-1..
- Ladner J, Leroy V, Msellati P et al. A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda, 1992-1993. *AIDS* 1996 ; 10 : 69-75.
- Lot F. Situation épidémiologique en France et en Europe. Diminution du nombre d'enfants infectés. *Transcriptase Sud. Spécial Transmission mère-Enfant*. 2000 ; 2 : 24.
- Méda N, Mandelbrot L, Cartoux M, Dao B, Ouangré A & Dabis F for the DITRAME Study Group. Anaemia during pregnancy in Burkina Faso, West Africa, 1995-6: prevalence and associated factors. *Bull WHO* 1999 ; 77 : 916-22.
- Msellati P, Méda N, Ramon R, Ky-Zerbo O, Sombié I, Wellfens Ekra C. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : expérience d'un essai clinique. In *Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique*

- de l'Ouest. Rapport final Mars 2000. 159-61.
- Msellati P, Ramon R, Viho I et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: uptake of pregnant women in clinical trial, Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS* 1998 ; 12 : 1257-8.
- Onusida/OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999, ONUSIDA, 24 p. Onusida/ 99.53 F.
- Ramon R, Sawadogo D, Sylla Koko F et al. Hematologic characteristics and HIV status of pregnant women in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1996. *Roy Trans Hyg Trop Med* 1999 ; 93 : 419-22.
- Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand : a randomised clinical trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 773-80.
- Sylla-Koko F, Anglaret X, Traore-Anaky M et al. Séroprévalence de l'infection par le VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire 1995. *Med Mal Infect* 1997 ; 27 : 1-2.
- The Working Group on Mother-To-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe. Results from 13 perinatal studies. *J Acquir Imm Defic Syndr* 1995 ; 8 : 506-10.
- Unaid, Unicef, WHO. HIV and Infant Feeding : A guide for health managers and supervisors. 1998 ; 32 p. WHO/FRH/NUT/CHD/98.2, UNAIDS 98.4, UNICEF/ PD/NUT / (J) 98-2.
- Van de Perre P, Lepage P, Homsey J. and Dabis F. Mother-to-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus by breast milk: presumed innocent or presumed guilty ? *Clin Infect Dis*, 1992 ; 15 : 502-7.
- Wiktor SW, Ekpini E, Karon JM et al. Short course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 781-5.
- World Health Organization. Recommendations on the safe and effective use of short-course zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Wkly Epidemiol Rec* 1998 ; 73 : 313-20.

CHAPITRE 13

COMPORTEMENTS REPRODUCTIFS CHEZ LES ADOLESCENTS EN COTE - D'IVOIRE

Benjamin ZANOU*

Albert NYANKAWINDEMER**

INTRODUCTION

La Côte-d'Ivoire est l'un des pays d'Afrique les plus touchés par l'épidémie du VIH/SIDA et le pays de l'Afrique de l'Ouest le plus durement frappé par cette pandémie. En effet, près de 700.000 à 1 000 000 de personnes vivraient avec le VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire et le taux de prévalence dans la population sexuellement active de 15-49 ans est estimée à au moins 10 % (PNLS 1998).

Le rapport 1998 du programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a montré que près de 5,8 millions de personnes dans le monde étaient infectées par le VIH au cours de l'année 1998. Soixante dix pour cent de ces infections étaient survenues en Afrique et la moitié des personnes infectées étaient des jeunes de 15-25 ans. Il n'y a pas de raison évidente de penser que la proportion des jeunes infectés par rapport au nombre total d'infections soit différente en Côte-d'Ivoire.

Dans une enquête menée en 1993-1994 (Tapé Gauzé et Dédy Séri) sur le comportement sexuel des jeunes dans la ville d'Abidjan, seulement 10 % des jeunes déclaraient utiliser de façon systématique un préservatif lors d'un rapport sexuel tandis que 39 % des garçons et 8 % des filles déclaraient

* Démographe à l'ENSEA.

** Statisticien à l'ENSEA.

avoir des partenaires occasionnels. La même enquête révélait que 38 % des jeunes déclaraient des antécédents de MST.

Cette situation alarmante des jeunes est à mettre en rapport avec leur vulnérabilité pendant cette période de la vie où ils font leurs premières expériences sexuelles. La période de jeunesse est souvent caractérisée par un changement fréquent de partenaires sexuels ; l'insouciance et le sentiment d'invulnérabilité exposent plus les jeunes au risque de contamination au VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables pour des raisons biologiques et comportementales : l'immaturation du développement des organes génitaux et la tendance à ne pas craindre les MST augmentent le risque d'infection des jeunes filles au VIH. De plus, le fait que celles-ci ont souvent des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qu'elles, donc ayant une expérience sexuelle plus longue, les expose davantage à l'infection au VIH et autres MST.

L'identification des changements de comportements parmi les jeunes (surtout ceux de moins de 20 ans) peut être un des premiers signes du succès des programmes de prévention du VIH/SIDA. Par exemple en Ouganda, où on a noté une baisse de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes, on a aussi noté un changement de comportement significatif parmi les jeunes de 15 à 19 ans dont certains utilisaient de plus en plus le préservatif et d'autres retardaient le début de leur activité sexuelle. Par conséquent, les jeunes constituent un groupe cible important dans lequel on peut suivre les tendances comportementales afin d'évaluer les activités de prévention et de contrôle du VIH/SIDA. En outre, les jeunes étant un groupe encore malléable, on peut leur faire accepter plus facilement des comportements protecteurs contrairement aux adultes qui ont déjà acquis des habitudes de comportements sexuels difficiles à changer.

Ce texte est basé sur les données de l'enquête de surveillance de comportements auprès des jeunes de 15 à 19 ans menée en Côte-d'Ivoire en Octobre 1998. Après avoir présenté la méthodologie de l'enquête, nous exposons le niveau de connaissance du VIH/SIDA chez les jeunes avant de décrire leurs comportements en matière de sexualité.

METHODOLOGIE

Sites de l'enquête

L'enquête a été menée auprès des jeunes filles et garçons non mariés de la tranche d'âges 15-19 ans résidant dans six villes de la Côte-d'Ivoire. Ces villes ont été retenues compte tenu de leur statut de capitales régionales et du fait qu'elles constituent les sites de la surveillance sentinelle du VIH menée par le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) depuis un certain nombre d'années. Il s'agit des villes suivantes: Abidjan, Bondoukou, Bouaké, Daloa, Korhogo et San-Pédro.

Les objectifs spécifiques de l'enquête BSS (Behaviours Surveillance Survey) sont de :

- décrire les comportements sexuels des jeunes filles et garçons de 15-19 ans ;
- mesurer les connaissances, attitudes et la perception de risque de l'infection du VIH parmi ces jeunes.

Procédure d'échantillonnage

Un échantillon aléatoire à 2 degrés a été constitué dans chacune des six villes. Au premier degré, 18 quartiers ont été sélectionnés au hasard dans chaque ville proportionnellement au nombre de jeunes de 15 à 19 ans de ces quartiers.

Au deuxième degré s'est faite la sélection de 36 îlots proportionnellement à leur taille dans les 18 quartiers sélectionnés au premier degré. La procédure de sélection est similaire à celle des quartiers. Ainsi, un échantillon de 400 personnes par sexe soit un total de 800 jeunes (filles et garçons) a été retenu pour chaque ville d'enquête.

La base de sondage a été fournie par la direction de l'Institut National de la Statistique (INS).

Procédure d'enquête

Dans chaque îlot sélectionné, un total de 24 jeunes (12 filles et 12 garçons) étaient visés. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire standardisé et presque entièrement pré-codé. Le questionnaire était structuré en six sections :

- Caractéristiques socio-démographiques
- Comportements sexuels
- Connaissance et utilisation des condoms
- MST

Connaissances, opinions et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA

Les enquêteurs devaient interviewer les personnes éligibles après avoir dénombré tous les membres du ménage.

A l'issue de l'enquête, 5075 jeunes de 15-19 ans ont été touchés. La plupart de ces jeunes sont scolarisés (68,9 %) et ont en général le niveau de l'enseignement secondaire (39,6 %). Neuf d'entre eux sur dix (87,3 %) sont de nationalité ivoirienne. Plus de 2 jeunes sur 5 (43,7 %) ont déclaré exercer une activité lucrative à temps partiel ou à plein temps.

NIVEAU DE CONNAISSANCE DU SIDA CHEZ LES ADOLESCENTS EN COTE-D'IVOIRE

Le SIDA est devenu de nos jours un sujet d'actualité. Les médias, les affiches, les conversations, etc., constituent de véritables sources d'informations sur ce fléau. Ces informations parviennent-elles à tout le monde ? Sont-elles bien assimilées par tout le monde ? La réponse à ces différentes questions permet de voir le niveau de connaissance du SIDA dans la population. Avoir entendu parler du SIDA, connaître les méthodes de prévention, connaître l'affection asymptomatique et connaître une personne infectée par le VIH ou morte du SIDA constituent les principaux éléments qui contribuent à la mesure de la connaissance du SIDA.

Avoir entendu parler du sida

Pour s'intéresser au SIDA et en avoir plus d'informations, il faut au moins en avoir entendu parler. Dans cette étude, la quasi-totalité des adolescents (99 % des garçons contre 98 % des filles) a déjà entendu parler du SIDA. Quelle que soit la ville d'étude, les proportions des adolescents ayant déjà entendu parler du SIDA sont très élevées. Le SIDA étant devenu un sujet de conversation et surtout de campagne de sensibilisation tant au niveau national qu'au niveau international, ces résultats montrent que les messages véhiculés sur le SIDA parviennent à tous les adolescents. La question qu'on pourrait alors se poser est de savoir si toutes les informations notamment celles relatives aux méthodes de prévention sont bien comprises par tous ces adolescents.

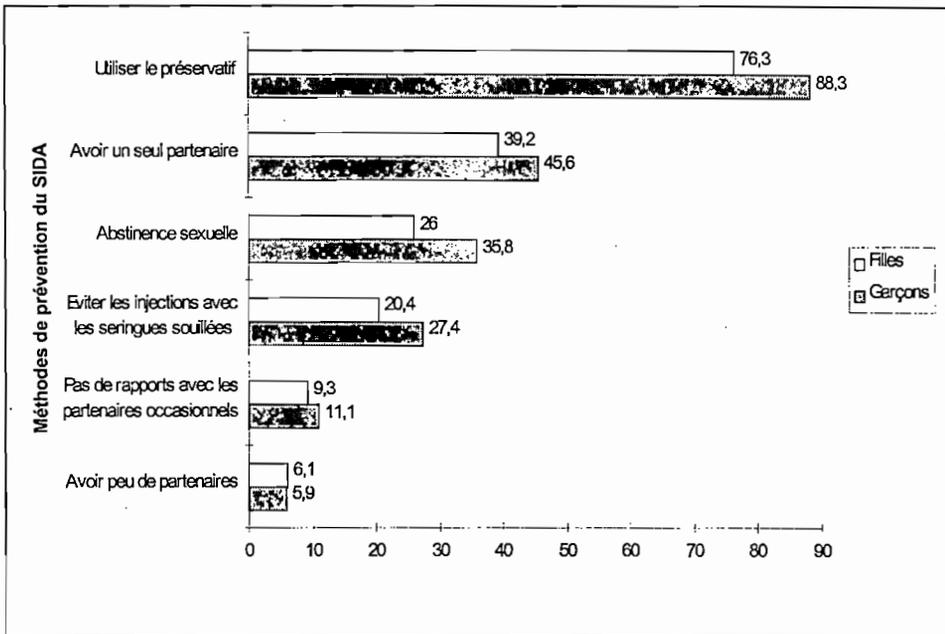
Connaissance des méthodes de prévention du sida et de l'infection Asymptomatique

Bien que les méthodes de prévention du VIH figurent dans toutes les campagnes de sensibilisation sur le SIDA, les messages véhiculés ne parviennent pas tous aux populations au même degré. En effet, l'utilisation du préservatif est la méthode de prévention la plus connue (88,3 % des garçons contre 76,3 % des filles) (figure 13.1). Cette méthode bénéficie de sa double utilité : d'une part, son utilisation comme contraceptif et d'autre part sa protection contre les MST/VIH/SIDA. Ainsi, la publicité du produit "préservatif" et la sensibilisation sur les méthodes de prévention du SIDA contribuent à une bonne connaissance du préservatif comme moyen de prévention contre le SIDA. La fidélité ou avoir un seul partenaire (45,6 % des garçons contre 39,2 % des filles) et l'abstinence (35,8 % des garçons contre 26 % des filles) sont les méthodes les plus connues après le préservatif. C'est un bon signe de voir que les adolescents reconnaissent que ces éléments sont des méthodes de prévention contre le SIDA même s'ils ne les appliquent pas régulièrement. Eviter les injections avec les seringues souillées constitue aussi une méthode de prévention citée par plus d'un adolescent sur cinq (27,4 % des garçons contre 20,4 % des filles).

D'une façon générale, on note une assez bonne connaissance des méthodes de prévention du SIDA. Dans chacune des villes, plus de 60 % des garçons ont cité au moins deux méthodes correctes de prévention du SIDA. C'est dans les villes de Daloa et Korhogo que l'on rencontre les plus grandes

proportions de garçons citant au moins deux méthodes de prévention du SIDA. Ces proportions sont respectivement de 73 % et de 70 %. Chez les filles, le niveau de connaissance d'au moins deux méthodes de prévention n'est que de 53,4 %. Bouaké et Abidjan sont les plus mal lotis avec respectivement 44 % et 49 % de filles qui en connaissent au moins deux.

Figure 13.1: Répartition des adolescents selon la méthode de prévention citée contre le VIH et le sexe



Le niveau de connaissance des méthodes de prévention augmente avec l'âge et le niveau d'instruction. En effet, des jeunes qui n'ont jamais été à l'école à ceux qui ont atteint le niveau de l'enseignement secondaire, la proportion de ceux qui connaissent au moins deux méthodes de prévention du SIDA passe du simple au double (42 % à 82 %) chez les garçons et environ de simple au triple chez les filles (de 29 % à 81 %). De même, les personnes de 19 ans sont plus informées que celles de 15 ans.

Savoir que le SIDA existe et connaître ces méthodes de prévention est une bonne chose ; mais savoir aussi qu'une personne infectée peut avoir l'air en bonne santé, est encore mieux. C'est pourquoi, une bonne connaissance de l'infection asymptomatique dans une population devrait indiquer une meilleure prise de conscience du risque dans cette population.

En ce qui concerne la population de l'échantillon, 70,4 % des garçons contre 59,3 % des filles affirment qu'une personne peut être infectée par le VIH et avoir l'air en bonne santé. En outre, on note que les adolescents les plus âgés comme ceux qui sont les plus instruits ont le niveau de connaissance de l'infection asymptomatique le plus élevé.

La connaissance d'une personne infectée par le virus du SIDA ou morte de SIDA est un des éléments qui pourrait susciter une meilleure prise de conscience du risque de SIDA et/ou susciter un changement de comportement en vue de se mettre à l'abri de cette maladie.

Dans cette étude, près d'un quart des adolescents (24,4 % des garçons contre 23,3 % des filles) connaît une personne infectée par le virus du SIDA ou morte du SIDA. Huit pour cent (8 %) des garçons et 9 % des filles connaissent des proches parents ou des amis infectés ou morts de SIDA, tandis que 17 % de garçons et 15 % de filles connaissent des personnes qui sont sans lien de parenté ou d'amitié avec eux et qui ont été également infectées. Les garçons de Daloa sont ceux qui connaissent le plus de personnes infectées ou décédées des suites de SIDA (45 %). Les garçons de Bondoukou sont les moins nombreux à connaître une telle personne. L'analyse par âge montre que les plus âgés sont ceux qui connaissent le plus de personnes atteintes ou mortes de SIDA.

Quant aux filles, celles de Daloa sont les plus nombreuses à connaître au moins une personne infectée par le virus du SIDA ou morte de SIDA (43,7 %). Tout comme les garçons, les filles les plus âgées connaissent davantage de personnes infectées ou mortes de SIDA que les autres.

Ces données sur la proximité du VIH/SIDA montrent que cette pandémie n'est pas une maladie rare pour les adolescents puisqu'ils la rencontrent chez d'autres personnes même au sein de leur famille et ailleurs. Cela devrait donc les amener à une prise de conscience sur ce fléau et ainsi à changer de comportement sexuel.

En bref, la quasi-totalité des adolescents en Côte-d'Ivoire ont déjà entendu parler du SIDA. Ils ont une assez bonne connaissance des méthodes de prévention de cette maladie et la plupart d'entre eux savent qu'une personne peut être infectée par le VIH/SIDA et avoir l'air en bonne santé. En outre, une proportion non négligeable de ces adolescents connaissent au moins une personne malade ou morte du SIDA. Ces résultats sont-ils en rapport avec les comportements des jeunes ? En d'autres termes, le fait de

savoir que le SIDA existe et qu'on peut en être infecté à tout moment amène-t-il les jeunes à avoir des comportements responsables ?

COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES ADOLESCENTS EN COTE-D'IVOIRE

La période d'adolescence est celle des changements morphologiques, de curiosité dans divers domaines et de sentiment d'invincibilité. Elle est parfois très difficile à gérer et pour les adolescents eux-mêmes et pour leur entourage. Ils sont parfois dominés par l'esprit d'aventure qui les amène à leur perte du fait de leur naïveté. Nous mesurons ici le comportement des adolescents à travers l'âge au premier rapport sexuel, l'âge relatif du (de la) premier(ère) partenaire, le nombre et le type de partenaires sexuels et l'utilisation des préservatifs. Cette analyse permettra d'avoir une idée sur l'influence de la connaissance du SIDA sur le comportement sexuel des jeunes.

Age au premier rapport sexuel

En matière de prévention du VIH/SIDA, l'âge au premier rapport sexuel permet de déterminer le degré de vulnérabilité d'une personne et surtout des jeunes, en ce sens qu'un rapport sexuel trop précoce intervient quand les organes de la personne ne sont pas bien formés et que cette dernière manque aussi de l'expérience en la matière, toutes choses qui pourraient l'exposer d'avantage à plus de risque de contamination.

Il ressort des résultats de l'enquête qu'à 15 ans, plus du quart des adolescents (29 % des garçons et 28 % des filles) ont déjà eu leur premier rapport sexuel contre 73 % des garçons et 78 % des filles à 18 ans. L'analyse selon la ville montre que les adolescents de San-Pédro ont une sexualité plus précoce que ceux des autres villes : à 15 ans, 45 % des garçons et 37 % des filles ont déjà eu leur premier rapport sexuel. L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 15 ans tant pour les filles que pour les garçons sexuellement actifs. On note par ailleurs que la moitié de l'ensemble des adolescents de 15-19 ans a déjà eu son premier rapport sexuel à 18 ans.

L'âge du premier partenaire et le nombre de partenaires sexuels

Un autre élément de vulnérabilité des jeunes est l'âge du premier ou de la première partenaire. En effet, si le rapport a eu lieu avec une personne beaucoup plus âgée, cela suppose que celle-ci a plus d'expérience dans le domaine et qu'elle a par conséquent, plus de chance d'être contaminée et de contaminer l'adolescent(e). Les résultats de cette étude montrent que, malheureusement, la grande majorité des filles (89 %) ont leur premier rapport sexuel avec des personnes plus âgées, tandis que 51 % des garçons l'ont eu avec des personnes plus jeunes.

Chaque rapport étant un facteur de risque d'infection à VIH, plus on a de rapports, plus on court de risques. Mais ce risque est encore plus grand quand on a plusieurs partenaires à 35,5 % des garçons et 21,2 % des filles ont eu plus de deux partenaires au cours des 12 mois précédant l'enquête.

L'analyse par ville montre qu'Abidjan détient la plus forte proportion de garçons ayant eu au moins deux partenaires sexuelles différentes au cours des 12 derniers mois. Dans cette ville, 42 % des garçons ont eu plus d'une partenaire sexuelle sur cette période. Dans les autres villes, cette proportion varie de 32 % à Bouaké à 39 % à Daloa.

La multiplicité des partenaires a davantage été le fait des adolescents les plus âgés. Des garçons âgés de 15 ans à ceux de 19 ans, la proportion des personnes ayant eu au moins deux partenaires sexuelles différentes au cours des 12 mois précédant l'enquête est passée de 25 % à 42 %.

Du point de vue du niveau d'instruction, les garçons ayant atteint le niveau secondaire sont plus nombreux que ceux de niveaux d'instruction moindre à avoir eu plusieurs partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois.

Parmi les filles, celles d'Abidjan (27 %) ont le plus eu de multiples partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Tout comme chez les garçons, ce sont les filles les plus âgées qui ont le plus eu plusieurs partenaires.

Ces résultats indiquent que les adolescents sexuellement actifs ont des rapports sexuels avec un(e) ou plusieurs partenaires et que ces rapports les exposent au risque de contamination par le VIH/SIDA. Pour ne pas en arriver là, il va falloir qu'ils se protègent. Plusieurs moyens de prévention

s'offrent à eux ; parmi lesquels, la fidélité, l'abstinence, le préservatif pour ne citer que ceux qu'ils connaissent le plus. Ces méthodes n'étant pas connues dans les mêmes proportions par les adolescents, il va s'en dire qu'elles ne seront pas appliquées de la même façon.

L'utilisation des préservatifs

Comme mentionné plus haut, le préservatif, surtout celui des hommes, est la méthode la plus citée (98 % des garçons et 93 % des filles) suivi de la fidélité et de l'abstinence. La plupart de ceux qui ont cité le préservatif masculin (93 % des garçons contre 76 % des filles) savent où l'obtenir en cas de besoin.

Le préservatif féminin par contre, est de loin moins connu que le préservatif masculin : seulement 51 % des garçons et 42 % des filles en ont déjà entendu parler. Quant à l'endroit où l'on peut l'obtenir, à peine 5 % des garçons et 4 % des filles ont pu désigner quelques lieux de vente.

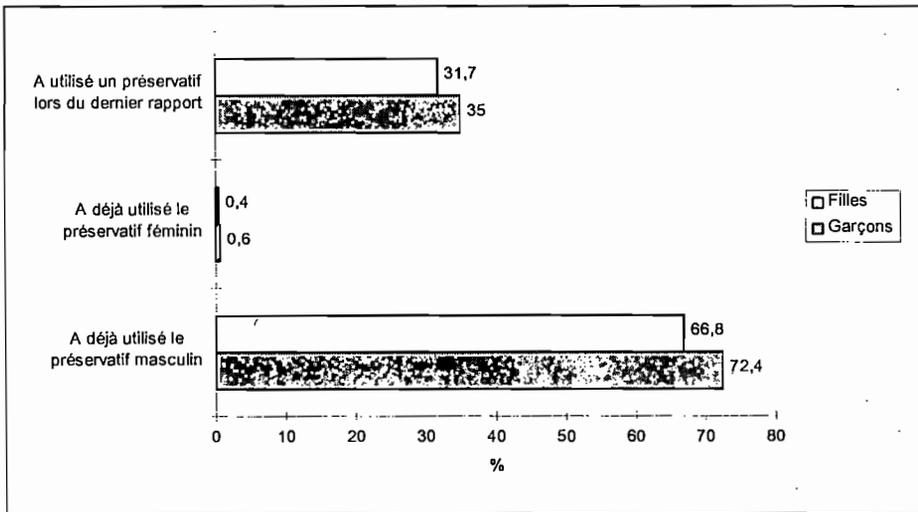
Malgré cette large connaissance du préservatif (masculin essentiellement), parmi les adolescents sexuellement actifs, on n'enregistre que 72 % de garçons et 67 % de filles qui ont déjà utilisé le préservatif masculin. Les plus âgés sont les plus nombreux à avoir utilisé un préservatif au moins une fois au cours de la vie. Dans l'échantillon des garçons, on observe que la proportion des individus ayant utilisé un préservatif croît avec l'âge, passant de 48 % chez les 15 ans à 82 % chez les 19 ans. Le lien est statistiquement significatif ($X^2=65,86$ ddl=1 $p<0,001$). Dans l'échantillon des filles, on observe une tendance similaire ; la proportion des filles qui déclarent avoir déjà utilisé le préservatif passe de 62 % chez les filles de 15 ans à 75 % chez celles âgées de 19 ans. La différence est significative également ($X^2=13,43$ ddl=4 $p=0,009$).

L'utilisation des préservatifs est liée au niveau d'instruction. Tant dans l'échantillon des garçons que celui des filles, ce sont surtout les personnes ayant un niveau d'instruction élevé qui ont le plus utilisé les préservatifs. Dans la population des garçons, 55 % des personnes n'ayant jamais été à l'école contre 65 % de ceux qui ont atteint le niveau primaire et 78 % de ceux qui sont parvenus au secondaire ont déclaré avoir utilisé au moins une fois le préservatif. Ces proportions sont respectivement de 50 %, 64 % et 82 % chez les filles.

Une infime proportion des personnes enquêtées (moins d'une personne sur cent) dit avoir utilisé un préservatif féminin. Ceci montre combien ce type de préservatif doit faire l'objet d'une promotion afin de le faire connaître à un plus grand nombre d'utilisateurs potentiels.

Pour une meilleure protection contre le VIH/SIDA, l'utilisation des préservatifs devrait être systématique chez les adolescents mais c'est loin d'être le cas. Alors que 72 % des garçons et 67 % des filles ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif au cours de leur vie, seulement un tiers des adolescents (35 % des garçons et 32 % des filles) l'a utilisé au cours du dernier rapport sexuel. C'est à Korhogo (47 % des garçons et 40 % des filles) et à Bondoukou (41 % des garçons et 42 % des filles) qu'on observe le plus d'adolescents ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Figure 13.2 : Répartition des adolescents selon l'utilisation du préservatif



L'utilisation du préservatif ne semble pas être liée au fait de savoir que le partenaire a d'autres partenaires sexuels. Par contre, on observe que les jeunes ayant eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, ont le plus souvent utilisé le préservatif par rapport à ceux ayant eu un seul partenaire. D'autre part, la proximité vis-à-vis du SIDA semble inciter à utiliser plus souvent les préservatifs : les personnes qui connaissent un proche parent ou un ami infecté par le VIH ou mort de SIDA sont plus nombreuses que les autres à avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

En définitive, on retiendra donc que la quasi-totalité des adolescents des deux sexes ont déjà entendu parler du préservatif masculin et que la grande majorité de ceux-ci, notamment les garçons, savent où l'obtenir s'ils en ont besoin. Cependant, son utilisation n'est pas systématique, même lorsque les adolescents pensaient que leurs partenaires n'étaient pas fidèles. Toutefois, le fait de connaître une personne infectée par le VIH ou morte du SIDA et le fait d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires augmentent l'utilisation du préservatif.

On dira donc que d'une façon générale, les adolescents de Côte-d'Ivoire ont des comportements sexuels à risque face aux MST/SIDA. Quelles en sont les conséquences? Quelle est l'attitude des jeunes face à ces conséquences? Quelle est enfin leur attitude vis-à-vis du SIDA et des personnes infectées par le VIH?

CONSEQUENCES DES COMPORTEMENTS A RISQUE ET ATTITUDES FACE AUX MST/VIH/SIDA

Conséquences des comportements à risque :

cas des MST

Les comportements à risque tels que le multipartenariat, l'infidélité, la non-utilisation des préservatifs dans un milieu où on dénombre une proportion importante de personnes infectées, mènent certainement à l'infection aux MST/VIH/SIDA. On a donc cherché à dénombrer les cas de MST chez ces adolescents.

Les cas des MST au cours des 12 mois précédant la collecte chez les adolescents des villes de l'enquête ont été relevés d'une façon indirecte. Plutôt que de demander à ces derniers s'ils ont eu une MST au cours de cette période, question qui pourrait obtenir des taux de non réponse fort élevés ou induire des sous-déclarations considérables en raison de la gêne qu'ont, en général, les adolescents à déclarer leurs MST, l'on a recherché au contraire les signes qui pourraient indiquer chez l'adolescent la survenue d'une MST. Les adolescents ayant eu l'un de ces signes au cours des 12 derniers mois sont considérés comme ayant été infectés par une MST au cours de cette

période, bien qu'il soit possible que dans certains cas, ces symptômes ne traduisent pas des maladies à transmission sexuelle.

Dans l'ensemble, 8 % et 6 % des garçons ont respectivement eu un écoulement urétral et des boutons ou plaies sur le sexe. Au total, 12 % des garçons ont eu au moins l'un de ces deux symptômes. Des proportions de 12 % et 7 % des filles interrogées déclarent avoir eu respectivement des écoulements vaginaux et des boutons ou plaies sur le sexe au cours des 12 derniers mois. Au total, 15 % des filles ont eu au moins un de ces symptômes.

L'analyse selon la ville de résidence montre que 19 % des garçons de Korhogo, 17 % de ceux de San-Pédro et 15 % de ceux de Bondoukou ont eu un écoulement urétral et/ou des boutons/plaies sur le sexe au cours des 12 derniers mois. Dans les autres villes, ces proportions sont moins élevées, se situant entre 4 % à Bouaké et 9 % à Abidjan. Dans l'échantillon des adolescentes par contre, ce sont celles de Bouaké (22 %) et Korhogo (22 %) qui sont les plus nombreuses à avoir eu un des signes de MST.

Par rapport à l'âge des répondants, les garçons les plus âgés ont le plus souffert des symptômes de MST au cours des 12 derniers mois. Ainsi, 8 % des garçons et des filles de 15 ans ont eu au moins l'un de ces symptômes sus-cités au cours des 12 derniers mois. Dans la catégorie des adolescents de 19 ans par contre, 15 % des garçons et 19 % des filles ont eu au moins un de ces symptômes. Les garçons ayant été scolarisés déclarent dans l'ensemble plus de symptômes de MST que ceux non scolarisés. Un tel phénomène n'est pas observé chez les filles.

Au vu de ces données, il apparaît que plus d'un adolescent sur dix a eu des signes de MST au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Comment réagissent ces adolescents face à ces signes ?

Attitude face aux MST/VIH/SIDA

Attitude face aux MST

Pour analyser la réaction des adolescents face aux cas des MST, on les a interrogés sur les actions entreprises la dernière fois qu'ils ont eu un symptôme de MST. On constate que dans l'ensemble, près d'un tiers des garçons (31 %) se sont rendus dans un hôpital ou une clinique pour demander conseil ou traitement à un personnel de santé. Une proportion

presque similaire de garçons (30 %) a pris les médicaments qui se trouvaient à domicile ; 16 % ont demandé conseil ou un traitement auprès d'un tradipraticien tandis que 8 % ont demandé conseil et/ou traitement dans une pharmacie. Les itinéraires thérapeutiques suivis par les filles ne sont pas différents de ceux des garçons. Ainsi, la dernière fois qu'elles ont eu un symptôme de MST, 28 % des filles se sont rendues dans un hôpital ou une clinique pour chercher un traitement. Une proportion identique s'est livrée à l'automédication en prenant les médicaments qu'elle avait à la maison. Presque autant de filles (26 %) se sont rendues chez un tradipraticien pour rechercher un traitement tandis que 8 % sont allées rechercher des conseils et/ou un traitement dans une pharmacie.

D'une façon générale, la proportion des adolescents qui se rendent dans une structure de soins appropriée (clinique/hôpital) en cas de MST est relativement faible et est sensiblement la même que la proportion de ceux qui se livrent à l'automédication. Un autre itinéraire thérapeutique largement suivi par les adolescents est le recours aux tradipraticiens. Alors, pourquoi cette faible fréquentation des structures de soins appropriés ? Les données de la littérature indiquent que la qualité des services, l'accessibilité des centres de traitement et le coût du traitement sont des facteurs qui influent sur le recours aux structures de soins.

Test du VIH/SIDA

Il semblerait qu'actuellement en Côte-d'Ivoire, le dépistage du VIH est accessible dans tous les centres hospitaliers universitaires (CHU), tous les centres hospitaliers régionaux (CHR), tous les hôpitaux généraux et certaines formations sanitaires. Ces structures sont implantées dans toutes les grandes villes du pays. Presque tous les adolescents le savent car plus de 99 % des filles et des garçons affirment qu'il est possible de faire un test VIH dans leur ville de résidence. Mais le fait de le savoir ne les incite pas à aller effectuer ce test. Seule une infime minorité (3,3 % de garçons et 2,5 % de filles) a fait un test de dépistage de VIH. Des efforts restent à faire pour amener ces adolescents à se faire dépister. Il faut parvenir à leur montrer l'importance de connaître leur état sérologique et ainsi, quel que soit le résultat du test, ils seront amenés à adopter certainement, un comportement responsable. Il faut noter que la plupart des adolescents ayant fait ce test ont pris connaissance des résultats.

Degré de tolérance vis-à-vis d'une personne infectée par le VIH

Les gens, par peur du SIDA et par méconnaissance de ses modes de transmission, ont inventé des méthodes incorrectes de prévention du SIDA, comme éviter de toucher des personnes qui ont le SIDA et éviter de manger dans le même plat qu'un malade du SIDA. Ces fausses idées contribuent à la marginalisation des personnes infectées par le VIH. La majorité des adolescents d'entre eux sait que ces idées sont fausses. En effet, près de trois quarts (74 %) des adolescents affirment qu'éviter de toucher les personnes qui ont le SIDA ne constitue pas du tout une méthode de prévention du SIDA. De même le fait d'éviter de manger dans le même plat qu'une personne malade du SIDA ne constitue pas une méthode de prévention du SIDA pour 70 % des adolescents. Toutefois, il faut noter que les proportions des adolescents qui croient à ces deux fausses méthodes ne sont pas négligeables : 19 % et 23 % des adolescents croient qu'éviter de toucher les personnes qui ont le SIDA et de manger dans le même plat qu'une personne qui a le SIDA protègent contre le SIDA. Il va falloir donc poursuivre la campagne de sensibilisation pour diminuer encore cette proportion des personnes ayant encore de fausses compréhensions du VIH/SIDA.

Face aux personnes vivant avec le SIDA, les adolescents ont une attitude compréhensive. En effet, à la question de savoir s'ils sont prêts à s'occuper d'un membre de leur famille infecté par le VIH ou malade du SIDA, 75 % des garçons et 71 % des filles répondent par l'affirmative. Les garçons et les filles les plus âgés et les plus instruits sont les plus disposés à s'occuper d'une personne infectée par le VIH.

Au regard donc de ces résultats, on peut dire que les adolescents comprennent que le SIDA, même si c'est une maladie redoutable, ne doit pas créer un mur entre les malades et les non-malades. Ceci montre que les campagnes de sensibilisation commencent à pénétrer ce groupe de population.

CONCLUSION

Au terme de cette analyse descriptive des comportements des adolescents dans les villes de Côte d'Ivoire, on retiendra que malgré une bonne connaissance de l'existence du SIDA, les adolescents ont des comportements à risque : l'utilisation du préservatif n'est pas systématique même quand ils savent que leurs partenaires sont infidèles ; ils ont une multiplicité de partenaires.

Au vu de ces comportements, les adolescents étant encore malléable, un accent particulier doit être mis sur le respect des valeurs morales telles que la fidélité, un partenaire unique. Le cas échéant, l'utilisation systématique du préservatif s'impose. Il faut aussi les encourager à faire le test de dépistage du VIH et connaître leur état sérologique afin adopter un comportement responsable.

En bref, pour amener ce groupe de population à changer de comportements à risque, il faut :

- Développer des programmes de sensibilisation sur les VIH/MST ciblés sur les adolescents afin de combler les déficiences notées dans cette étude ;
- Renforcer les programmes de marketing social des préservatifs (spécialement le préservatif féminin) en ciblant les adolescents ;
- Si les taux d'antécédents des MST sont exacts, il serait indiqué de développer des programmes de prévention et de traitement des MST pour les adolescents. Une étude de prévalence de MST parmi les adolescents serait nécessaire ;
- La répétition tous les deux ans de la présente enquête afin de suivre l'évolution des divers indicateurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Ensea, Fhi, Plns, 1999 : Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/SIDA en Côte-d'Ivoire : enquête auprès des jeunes ; 56 p.
- Ensea, Fhi, Plns, 1999 : Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/SIDA en Côte-d'Ivoire : enquête auprès des migrants ruraux ; 53 p.
- Ensea, Fhi, Plns, 1999 : Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/SIDA en Côte-d'Ivoire : enquête auprès des prostituées ; 58 p.
- Ensea, Fhi, Plns, 1999 : Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/SIDA en Côte-d'Ivoire : enquête auprès des routiers ; 61p.
- Meekers (D), 1994 : Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan *Africa Population Studies* 48 pp. 47-64.
- Meekers (D), 1998 : Côte-d'Ivoire : Condom consumer profile survey, 1998, 56 p. ; à paraître.
- PNLS, 1998 : Rapport sur la prévalence des MST/SIDA
- Trebucq (A), Louis (Jp), Tchupo (Jp), Migliani (R), Smith (J), Delaporte (E) 1994 : Treatment regimens of STD patients in Cameroon : a need for intervention. *Sexually Transmitted Diseases* 1994 ; 21 : 124-126
- Tchupo (Jp), Manchester (T), Timyan (J) Et Al., 1993 : "The search for treatment: self treatment for STD in Cameroon" communication orale à la Tenth International Meeting of the International Society for STD research Helsinki, Finland, Août-Septembre 1993. (abstract)
- Tchupo (JP) 1998 : Evaluation du projet de prévention des MST/SIDA auprès des adolescents de la préfecture de Gitarama au Rwanda, Care International au Rwanda, 1998.
- Sawadogo (R.C.), Yeo (S), 1994 : Migration et SIDA en Afrique de l'Ouest/ Etude socio-Anthropologique du comportement des migrants Burkinabè de Côte-d'Ivoire et des attitudes des populations du village d'origine des migrants de Nariou au Burkina Faso ; document de travail ; 82 p.
- Zanou (B), Tuo (S), Kone (I) Et Al, 1998 : Mobilité et SIDA ; Résultats d'une enquête de base auprès des routiers, travailleurs migrants et prostituées en Côte-d'Ivoire, ENSEA, SFPS, Abidjan 113 p.
- Zoungrana (C.M.), Zanou (B.), Koffi (A.), Toure (L.). 1998) : La prévention du SIDA en Côte-d'Ivoire : Rôle des médias de masse et de la série " SIDA dans la cité2 " dans les attitudes générales vis à vis du SIDA et les comportements à risque ; ENSEA, PSI, SFPS, 60 p.

FAISABILITE DES ALTERNATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL A ABIDJAN

CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES POUR LE VIH :

Expérience du projet DITRAME

Bien que le risque de transmission du virus du sida par le lait maternel soit connu depuis de nombreuses années, on a longtemps estimé que, dans les pays en développement, un mode d'alimentation autre que l'allaitement maternel soumettrait les nourrissons à des risques de malnutrition et d'infections plus grands que le risque d'infection par le VIH et dans ces pays, l'allaitement maternel était conseillé à toutes les femmes sans tenir compte de l'infection par le VIH. Des études récentes ayant montré d'une part la faisabilité d'autres modes d'alimentation dans certains cas particuliers (Gray G et al, 1996), et d'autre part ayant confirmé que le risque d'infection par le VIH se poursuit tout au long de l'allaitement maternel (Leroy V et al, 1998), les directives internationales en la matière ont été modifiées en 1996 et préconisent aujourd'hui que chaque femme qui se sait séropositive pour le VIH soit pleinement informée à la fois « sur les bienfaits de l'allaitement au sein, sur les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein, et sur les avantages potentiels et les risques associés aux autres modes d'alimentation du jeune enfant » (OMS, 1996). En 1998, un consensus UNICEF, OMS et ONUSIDA sur VIH et alimentation du nourrisson a établi la nécessité d'aider les femmes qui se savaient VIH à choisir et adopter des alternatives à l'allaitement maternel (ONUSIDA, 1998).

Dans ce contexte, un projet de recherche intitulé « perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest » a été réalisé dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest¹. En Côte d'Ivoire, dans le cadre de ce projet, des entretiens ont été menés auprès de femmes séropositives pour le VIH et suivies dans le projet DITRAME². Ce projet était un essai thérapeutique visant la diminution de la transmission mère-enfant et s'adressait donc à des femmes enceintes. Au cours du suivi des femmes dans ce projet, pendant et après la grossesse, des informations leur ont été données sur les modes de transmission du VIH et des recommandations leur ont été faites pour l'alimentation de leur bébé, de façon à diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant. L'équipe du projet proposait l'allaitement artificiel pour celles qui le désiraient et qui en avaient les moyens, ou l'arrêt de l'allaitement à six mois pour celles qui optaient pour l'allaitement maternel.

¹ Ce projet de recherche était coordonné par Alice DESCLAUX, Maître de conférence au LEHA, Aix en Provence, et financé par l'ANRS, Agence Nationale de Recherche contre le Sida, France. Il a donné lieu à un ouvrage intitulé « l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest - de l'anthropologie à la Santé Publique » dans lequel les premiers éléments présentés ici pour la Côte d'Ivoire ont été repris et complétés.

² Le projet Ditráme (Diminution de la transmission mère-enfant) était financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, France (essai 049), et dirigé par l'unité Inserm 330, France. La coordination à Abidjan était sous la responsabilité du Programme Sida de l'IRD (Philippe Msejlati).

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche ont montré que les femmes VIH+ interrogées ont bien perçu le risque de transmission du virus du VIH par le lait. Ainsi, le conseil donné par l'équipe du projet Ditrane de sevrer l'enfant au plus tard à 6 mois semble avoir été bien accepté et généralement possible à suivre à Abidjan. Cependant les conditions de sevrage sont très différentes selon que le sevrage est effectué avant ou après 6 mois : les femmes qui ont décidé de sevrer l'enfant seulement à partir de 6 mois n'ont pas eu recours au lait maternisé, mais sont passées par les bouillies traditionnelles (riz, mil, maïs), puis rapidement le plat collectif. Ce type de sevrage ne pose donc pas de problèmes financiers particuliers, et ne demande pas de collaboration de la part du mari, qui dans de nombreux cas n'est pas tenu au courant du statut VIH de la mère et de la raison de ce sevrage. Le sevrage est dans ces cas-là présenté au mari et à l'entourage comme un choix médical consécutif à un problème de santé bénin chez la mère (fréquemment des problèmes de seins ou la fatigue) ou à un manque de lait. D'autre part, ce sevrage peut passer facilement « inaperçu » auprès de l'entourage, puisqu'il n'est par rare de voir une femme proposer des bouillies à un enfant de plus de 6 mois, même lorsqu'il est au sein.

Les femmes qui décident de sevrer avant 6 mois utilisent par contre, au moins en partie, du lait maternisé. L'accord et la participation financière du mari sont donc généralement nécessaires, sauf si la femme est autonome financièrement. Le mari est alors fréquemment au courant du statut VIH de la femme et de la véritable raison de ce sevrage très précoce. Vis à vis de l'entourage (qui ignore le statut VIH+ de la mère), ce choix « d'allaitement artificiel » est accepté de façon variable. C'est une pratique qui, même si elle est peu répandue dans la population générale, est connue (référence est souvent faite à une amie ou à une personne de la famille qui l'a pratiquée) et qui semble de plus en plus reconnue comme une alternative en cas de problème médical (problèmes aux seins, fatigue ou maladie chez la mère), sans qu'il y ait apparemment référence au sida. Cependant le fait de ne pas allaiter son enfant ou de le sevrer plus tôt reste suspect : on craint que la mère ne soit pas une bonne mère, ou que l'enfant en retour ne soit pas assez attaché à sa mère par la suite.

Notons cependant que la réaction de l'entourage (mari exclu) semble une souci secondaire pour plusieurs femmes que nous avons rencontrées sans doute du fait du relâchement des liens familiaux en ville et de l'autonomie de ces femmes qui ont de moins en moins à rendre compte de leurs choix aux membres de la famille autres que leur mari.

Par contre, ce sevrage qui peut être bien vécu tant par la mère que par l'entourage tant que l'enfant est en bonne santé devient pierre d'achoppement dès lors que l'enfant dépérit ou tombe malade : a posteriori la mère regrette d'avoir sevré l'enfant trop tôt, elle se persuade que c'est ce sevrage qui a affaibli l'enfant, et est confortée dans ce sentiment de culpabilité par l'entourage qui lui reproche alors d'avoir été une « mauvaise nourricière ».

D'autre part, lorsqu'on passe en revue les différentes alternatives possibles à l'allaitement maternel, il apparaît que seul l'allaitement artificiel avec du lait maternisé et éventuellement du lait non maternisé est acceptable ; les autres mesures sont rejetées soit parce qu'elles entraînent une rupture de la confidentialité, soit parce qu'elles apparaissent inadaptées pour l'alimentation du nourrisson et enfin pour des problèmes psychologiques ou affectifs. Choisir du lait maternisé ou non maternisé pour nourrir un enfant peut être acceptable dans une grande ville, mais aller au-delà en utilisant du lait frais animal, chauffer du lait maternel ou recourir à une nourrice fut-elle une parente sont

peu valorisés. Devant les risques perçus (exposition au sida, maladies diarrhéiques, etc.), il semble plus simple pour ces femmes d'acheter du lait et préparer des biberons pour l'enfant.

Notons enfin que les femmes qui ont une activité qui demande leur absence de la maison au cours de la journée, ont moins de difficultés à justifier le choix de l'allaitement artificiel ou mixte. Cela vient d'une part de leur autonomie financière (quand une femme a la possibilité de s'acheter le lait ou une partie du lait nécessaire pour l'alimentation de son enfant, le mari peut accepter plus facilement l'allaitement artificiel) mais aussi de leur statut qui leur confère une certaine autonomie de décision, qui paraît tout aussi importante en ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Msellati P., Dossou R. et Wellfens-Ekra C. « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Health Reproductive Matters*, 1999 ; 7 : 20-9.
- Cartoux M et al. « Attitudes of pregnant women towards VIH testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo Dioulasso, Burkina Faso », *AIDS*, 1998, 12 : 2337-2344.
- Coulibaly D. et al. « Attitudes et comportements de femmes face au dépistage du VIH/sida à Abidjan ». *Cahiers santé*, 1998, 8 : 234-8.
- Dabis F., Msellati P., Dunn D. et al. (1993), « Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues ». Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. *Aids* 7 pp. 1139-1148.
- Gray G, MacIntyre J, Lyons S. The effect of breastfeeding on vertical transmission of VIH in Soweto, South Africa. In : Xith International Conference on AIDS ; 1996, 7-12 July ; Vancouver, Canada ; 1996, 7-12 July. P. Abstract TU C415.
- Leroy V, Newell M, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal Mother-to-Child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1998 ; 352 : 597-600.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du développement, Enquête Démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire. Mai 1999, DHS, Macro International Inc., INS, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Msellati P., Mada N., Wellfens-Ekra C. et al. Zidovudine and reduction of HIV vertical transmission in Africa. *Am J Public Health* 1999 ; 89 : 946-7.
- OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1996, 71, pp.289-296.
- ONUSIDA, Mother to child transmission of HIV, UNAIDS technical update. Octobre 1998, 11p.

*Djénéba Coulibaly (IRD)
et Annabel Desgrées du Loû (IRD-ENSEA)
Pour le Projet DITRAME*



LA PART DES COMPORTEMENTS SEXUELS DANS LES NIVEAUX DIFFERENTIELS DE PREVALENCE DU SIDA EN AFRIQUE DES RESULTATS INATTENDUS

Il existe de grandes différences des niveaux de prévalence du VIH en Afrique sub-Saharienne. La majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale ont une prévalence relativement stable à présent de moins de 5 %, avec l'exception de la Côte d'Ivoire avec 15% et du Burkina et du Bénin avec 8 %. L'Afrique Orientale est plus touchée. Les prévalences sont généralement de plus de 20 % dans la plupart des pays, la aussi relativement stables, voire en légère diminution, comme en Ouganda qui est passé en quelques années de 25 % à 15 %. Ces différences de prévalence du VIH ne peuvent être expliquées par des dates différentielles de début d'épidémie dans les populations concernées. La situation en Afrique Australe est loin d'être stabilisée. On y assiste actuellement à une explosion de l'épidémie de Sida. Les prévalences s'orientent vers des niveaux dépassant 30% dans plusieurs pays. La situation actuelle du Zimbabwe et du Botswana est particulièrement préoccupante, le devenir de la Namibie et de l'Afrique du Sud remis en question.

Quels sont les facteurs qui sous-tendent les dynamiques épidémiologiques et les forts différentiels de prévalence du VIH rencontrés en Afrique?

Telle était la question que s'est posée le Groupe d'Etude sur l'Hétérogénéité des Epidémies de VIH dans les Villes Africaines, composé d'équipes de recherche de cinq centres européens et de dix centres africains. Une étude multisite pluridisciplinaire a tenté de répondre en élaborant des enquêtes comparatives dans quatre villes africaines. Les villes de Kisumu (Kenya) et de Ndola (Zambie) ont été retenues pour leur taux élevé de prévalence du VIH, parallèlement, les villes de Cotonou (Benin) et Yaounde (Cameroun) ont été choisies pour leur faible taux de prévalence. Dans chaque ville des échantillons représentatifs de 2000 personnes de 15 à 49 ans des deux sexes ont été interrogés par un questionnaire standardisé portant sur leurs caractéristiques démographiques, leurs comportements sexuels, leurs migrations etc. Des prélèvements urinaires et sanguins ont permis de faire des tests sur les principales maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Une enquête spécifique sur les prostituées de chacune de ces villes et des études anthropologiques ont permis de collecter des informations complémentaires.

La prévalence de l'infection à VIH chez les hommes (âges de 15 à 49 ans) était de 3 % à Cotonou, de 4 % à Yaounde, de 20 % à Kisumu et de 23 % à Ndola. Concernant les femmes, les taux de prévalence étaient respectivement de 3 %, 8 %, 30 % et de 32 %.

Dans les sites à haute prévalence les personnes interrogées n'ont pas déclaré de manière plus systématique des taux élevés de changement de partenaires, avant le mariage et au cours de la vie, de contacts avec des prostituées et de partenariats sexuels simultanés que dans les sites à prévalence faible. Concernant ces échanges sexuels entre différentes classes, Cotonou et Kisumu et

Ndola sont proches ; alors qu'à Yaoundé les échanges sexuels sont plus intenses et entre des partenaires plus hétérogènes quant à leurs caractéristiques socio-comportementales.

Facteurs de risque individuel

Au niveau individuel les comportements sexuels constituent bien entendu le principal facteur de risque. Les analyses ont montré que les variables les plus influentes sur le risque de transmission au niveau des individus sont les suivantes :

- le fait d'être ou d'avoir été en union,
- le fait d'avoir eu un ou des partenaires extra-conjugaux au cours des 12 derniers mois,
- le nombre total de partenaires sexuels au cours de la vie.

Parmi les variables liées directement à l'infection au niveau individuel, les variables les plus importantes sont :

- le statut de séropositivité du conjoint,
- la circoncision (freinant la transmission du VIH),
- l'herpès génital (HSV2).

Facteurs associés avec l'hétérogénéité des épidémies dans les populations générales

Parmi les déterminants de l'exposition au VIH, il apparaît contre toute attente que la plupart des variables comportementales n'ont que peu ou pas d'effet sur les niveaux de prévalence du VIH observé dans les quatre sites.

Les analyses bivariées et multivariées entreprises sur les données montrent en effet que les variables suivantes n'ont aucun effet sur la propagation du VIH et les niveaux de prévalence, et ne constituent donc pas des facteurs de risque au niveau de la population générale :

- l'âge au premier rapport sexuel pour les hommes,
- la proportion des hommes et des femmes qui ont eu des rapports sexuels avant 20 ans,
- le nombre de partenaires sexuels avant le premier mariage, pour les hommes comme pour les femmes,
- le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie,
- les relations extra-conjugales des hommes et des femmes,
- la différence d'âge des partenaires dans des relations extra-conjugales,
- la simultanéité de plusieurs partenaires sexuels (concurrency),
- la rapidité des changements de partenaires
- la fréquentation de prostituées.

Dans les facteurs liés à l'infection on ne trouve aucun effet des variables suivantes :

- certaines maladies sexuellement transmissibles telles que la gonorrhée, chlamydia chez les hommes comme chez les femmes,
- les ulcérations génitales chez les hommes,
- le traitement du dernier épisode de MST pour les hommes,
- l'utilisation de préservatifs,
- les pratiques de "dry sex",
- les sous-types de VIH1.

L'âge médian au premier rapport sexuel pour les femmes n'apparaît que dans les analyses bivariées et ne se retrouve pas dans les analyses multivariées.

Ainsi au terme de l'ensemble des analyses approfondies menées sur les données des quatre sites, les seuls facteurs associés avec l'hétérogénéité des niveaux de prévalence du VIH dans les populations générales seraient les suivants:

- l'âge médian à la première union, plus jeune pour les sites à haute prévalence de VIH,
- la proportion d'hommes et de femmes qui ont déjà été en union, plus forte dans les sites à haute prévalence de VIH, .
- l'herpès génital (HSV2), plus fréquent dans les pays à haute prévalence de VIH,
- la circoncision masculine, beaucoup plus fréquente dans les pays à basse prévalence.

Cependant les relations trouvées entre les seules variables de comportement significatives (âge d'entrée dans la vie sexuelle et en union, proportion des personnes qui ont déjà été union) et les niveaux de prévalence du VIH dans les populations générales observés dans quatre villes africaines, ne sont pas confirmées par des comparaisons faites à partir d'autres villes africaines.

Ainsi dans les quatre populations africaines étudiées il y a d'importantes différences de comportements sexuels; Cependant ces différences n'arrivent pas à expliquer par elles-mêmes les différences des niveaux de prévalence du VIH entre les quatre villes. En effet cette étude confirme que les comportements sexuels demeurent un facteur de risque individuel important à l'infection par le VIH. Cela a déjà été montré dans de nombreuses recherches. Par contre cette étude montre clairement que les comportements sexuels ne constituent pas un facteur clé pour comprendre l'hétérogénéité des niveaux de prévalence du VIH. Un argument majeur est que les activités sexuelles sont nettement plus importantes à Yaoundé alors que l'épidémie de VIH y demeure relativement basse comparativement à Kisumu et Ndola. De tels résultats étaient totalement inattendus.

Il serait donc difficile de prétendre, à partir de ces données, que la divergence dans le taux de propagation du VIH entre les sites d'Afrique centrale et orientale et d'Afrique occidentale peut s'expliquer uniquement par des différences de comportement sexuel.

En outre, aucune preuve ne permet d'affirmer que les différences dans les souches de VIH-1 en circulation sont un facteur majeur dans le taux de propagation du VIH. Le sous-type A s'est révélé le sous-type le plus répandu aussi bien dans les sites à prévalence faible que dans l'un des sites à prévalence élevée.

L'étude est toutefois parvenue à découvrir l'existence d'une association entre des taux de VIH plus élevés et deux cofacteurs biologiques, la non-circconcision et l'herpès génital; ce qui donne à penser que ces derniers pourraient avoir contribué à accroître le risque de transmission du VIH pendant les rapports sexuels dans les sites à forte prévalence.

De telles conclusions étaient totalement inattendues et nécessitent de remettre en question les hypothèses couramment admises sur le rôle majeur que l'on attribuait aux comportements sexuels des populations générales dans les niveaux de prévalence du VIH et la dynamique des épidémies de Sida.

On ne mesure sans doute pas encore toutes les implications de ces travaux. On met en effet le doigt sur une forte tension entre la prévention individuelle, qui doit tout faire pour que les individus se protègent et limitent leur exposition au VIH, et une politique de santé publique efficace dont le but serait d'infléchir la propagation du virus et qui ne dépendrait pas principalement de l'exposition et des comportements sexuels.

Benoît Ferry
IRD, Paris

Membres du Groupe d'Etude sur l'Hétérogénéité des Epidémies de VIH dans les Villes Africaines :

A. Buvé (coordinator), M. Laga, E. Van Dyck, W. Janssens, L. Heyndrickx (Institute of Tropical Medicine, Belgium) ; B. Auvert, E. Lagarde (INSERM U88, France) ; B. Ferry, N. Lydié (Centre Français sur la Population et le Développement/Institut de Recherche pour le Développement, France); R. Hayes, L. Morison, H. Weiss, J. Glynn (London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK) ; N.J. Robinson (Glaxo Wellcome, UK) ; M. Caraël (UNAIDS, Switzerland) ; S. Anagonou (Programme National de Lutte contre le Sida, Benin); M. Laourou (Institut National de Statistiques et d'Analyses Economiques, Benin ; L. Kanhonou (Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, Benin) ; E. Akam, M. de Loenzien (Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Cameroon) ; S-C. Abega (Université Catholique d'Afrique Centrale, Cameroon) ; L. Zekeng (Programme National de Lutte contre le Sida, Cameroon) ; J. Chege (The Population Council, Kenya) ; N. Rutenberg (The Population Council, USA) ; V. Kimani, J. Olenja (University of Nairobi, Kenya); M. Kahindo (National AIDS/STD Control Programme, Kenya) ; F. Kaona, R. Musonda, T. Sukwa (Tropical Diseases Research Centre, Zambia).

L'étude a été financée par les organisations suivantes :

European Commission, Directorate General XII, Brussels, Belgium; UNAIDS, Geneva, Switzerland; Agence Nationale de Recherches sur le SIDA/ Ministère Français de la Coopération, Paris, France ; DFID, London, UK ; The Rockefeller Foundation, New York, USA ; SIDACTION, Paris, France; Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, Brussels, Belgium; Glaxo Wellcome, London, UK ; BADC, Belgium Development Cooperation, Nairobi, Kenya.

Achévé d'imprimer sous les presses
de l'Imprimerie  - Tél. : 21.24.35.98 / Fax : 21.24.36.21
ISBN : 2-9514096-7-2
Dépôt légal : 2^{ème} semestre 2002



ENSEA

Tél. : (225) 22 44 41 15 / 22 44 08 42

Fax : (225) 22 44 39 88

E-mail : ensea@ensea.ed.ci

Côte d'Ivoire (Abidjan)

Couverture :

Motif pagne de Côte d'Ivoire

Maquette : B. Estelle HOUENOU

PRIX : 15 EURO