

1

La croissance démographique

Patrice VIMARD, Amoakon ANOH et Agnès GUILLAUME

Ce premier chapitre est consacré à l'évolution du modèle de croissance démographique de la Côte d'Ivoire. Après avoir présenté la logique de cette évolution, nous en examinerons tout d'abord les différentes composantes. Pour la croissance naturelle, nous analyserons la baisse de la fécondité et de la mortalité et leurs facteurs, notamment liés aux progrès, encore insuffisants, en matière de santé maternelle et infantile. Pour la croissance migratoire, nous mettrons en évidence la place centrale de la Côte d'Ivoire dans le réseau migratoire de l'Afrique de l'Ouest francophone et le ralentissement récent des flux entre les différents pays de la région. Ensuite, nous nous intéresserons au devenir de cette croissance démographique : niveau de transition pour les différents groupes socio-économiques et déterminants sociaux, économiques mais aussi politiques de la poursuite de la baisse de la fécondité et de la mortalité. Enfin, nous verrons comment la politique nationale de population, qui vient d'être élaborée, pourrait, compte tenu de ses objectifs de maîtrise de la croissance et d'amélioration de la santé de la population, accélérer cette transition, avant d'émettre pour terminer quelques recommandations pour le succès de cette politique.

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, en bordure de l'océan Atlantique, entre les parallèles 4° 30' et 10° 30' de latitude Nord. C'est un pays d'une superficie de 322 600 km² au relief peu accidenté, partagé entre deux grandes zones de végétation : la forêt au sud et la savane au nord. L'installation des populations actuelles est relativement récente et résulte de vagues successives d'immigration en provenance des régions voisines, qui se sont installées sur le territoire de l'actuelle Côte d'Ivoire du XII^e au XIX^e siècle.

L'évolution de la croissance démographique d'un modèle populationniste vers une croissance moins rapide

La population de la Côte d'Ivoire est estimée au dernier recensement, en 1998, à 15,4 millions d'habitants. La croissance annuelle de cette population a été de 5 % entre 1955 et 1975 puis voisine de 3,8 % depuis cette date, l'accroissement migratoire s'ajoutant à la forte croissance naturelle. Selon les dernières estimations des Nations unies, cette croissance naturelle, après avoir progressé depuis, au moins, les années cinquante où elle était proche de 2,6 % par an, a connu son maximum dans les années 1980-1985, avec un taux annuel de 3,4 % par an, avant de diminuer pour atteindre 2,6 % en 1990-1995, soit un taux moyen de 3 % pour l'ensemble de la période 1950-1995 ; l'hypothèse moyenne pour la période 1995-1999 étant de 2,3 %. Ces estimations des Nations unies fournissent un taux de croissance de la population plus élevé que celui procuré par les enquêtes régionales pour les années soixante (3 % contre 2,1 %), une concordance avec la croissance mesurée lors de l'enquête à passages répétés de 1978-1979 (3,2 %) et un taux de croissance inférieur à la mesure du recensement de 1988 (3,5 % contre 3,15 %). Cette croissance naturelle, qui demeure élevée, repose sur une natalité forte, mais en baisse rapide, et une mortalité relativement faible, qui a tendance à remonter après une phase de diminution (United Nations, 1998). L'importance de la forte natalité repose, au-delà d'une fécondité intrinsèquement élevée des populations résidant en Côte d'Ivoire, comme nous le verrons plus loin, sur des structures de population où la place des groupes d'âges reproductifs est particulièrement importante de par les puissants courants d'immigration en provenance des pays africains voisins ; courants d'immigration, essentiellement dirigés vers les milieux urbains et ruraux de la zone forestière, qui ont fortement marqué le peuplement de la Côte d'Ivoire durant ces dernières décennies et ont contribué à son dynamisme démographique.

Les composantes de la croissance démographique très rapide des décennies 1960, 1970 et 1980 se sont modifiées peu à peu, depuis le début des années 1980, et le rythme de croissance de la population s'est ralenti, en relation avec de nouvelles conditions économiques et environnementales. Le premier modèle de croissance démographique était lié à une croissance économique forte, une colonisation foncière rapide des espaces forestiers, une ouverture vers l'extérieur intense en termes de ressources humaines, de capitaux et de marchandises, une amélioration du capital humain (santé et scolarisation) et une politique libérale et populationniste. La croissance démographique rapide était fondée sur ces différents éléments en même temps qu'elle les entretenait au sein d'un système démo-économique « expansionniste » cohérent.

Ce premier modèle de croissance démographique s'est peu à peu essoufflé de par : a) l'épuisement des ressources foncières, et surtout forestières, dans les régions de plantations du sud du pays ; b) les modifications des conditions économiques internes en liaison avec la situation internationale (endettement, baisse des prix aux producteurs des produits agricoles d'exportation, mise en place des programmes d'ajustement structurel conduisant à une baisse de la demande publique et privée, etc.) ; c) les transformations sociales et culturelles d'une société qui se modernise tout en étant confrontée à une crise économique et sociale sévère ; d) les changements d'orientation politique sur les questions de population, concernant la croissance naturelle comme les flux migratoires.

Ainsi le modèle « expansionniste » de croissance de la population évolue-t-il progressivement au plan quantitatif et spatial. Le ralentissement de la croissance de la population (stagnation de la mortalité, baisse de la fécondité, diminution du rythme de la croissance urbaine, affaiblissement des soldes migratoires, cf. tableaux 1 et 2) et la stabilisation spatiale relative du peuplement se concrétisent à une période où différents programmes, visant la maîtrise démographique et la préservation de l'environnement, sont institués et où l'on remarque une évolution des idéaux démographiques et familiaux vers une famille plus réduite.

La modification du modèle de croissance démographique s'est en effet instituée en relation avec une évolution du discours sur les questions de population. La croissance démographique rapide s'est développée en l'absence de politique de population explicite et dans un climat favorable à la croissance de la population. Car, jusqu'au début des années 1990, les

Tableau 1

Effectif de population et accroissement annuel selon la période

Année	Effectif	Accroissement annuel moyen pour la période précédente (en %) et temps pour un doublement de la population
1920 (a)	1 540 000	
1955 (a)	2 540 000	1,4 (50 ans)
1975 (b)	6 709 600	5,0 (15 ans)
1988 (c)	10 815 694	3,8 (19 ans)
1998 (d)	15 366 221	3,6 (20 ans)

Source : (a) Estimations basées sur des recensements administratifs ; (b) Recensement général de la population de 1975 ; (c) Recensement général de la population et de l'habitat de 1988 ; (d) Recensement général de la population et de l'habitat de 1998 (résultats provisoires).

autorités ivoiriennes ont considéré que la population ivoirienne était insuffisante au regard de la superficie du pays et que la croissance économique permettait de répondre aux investissements nécessités par l'augmentation de la population. Mais le gouvernement a été amené à modifier sa position en juillet 1991, après une décennie de crise socio-économique. Celle-ci a contribué, avec l'action d'ONG et d'Institutions internationales et étrangères comme avec la pression des bailleurs de fonds, à de nouvelles appréhensions des relations entre le développement économique et les variables démographiques. À cette date, une « Déclaration de politique de développement des ressources humaines » a été adoptée, fournissant le cadre officiel de référence pour la promotion des activités de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale, l'acquisition par les administrations concernées des moyens d'analyse des problèmes de population et la maîtrise de l'immigration internationale (Dabo, 1995 ; Locoh et Makdessi, 2000 ; N'Cho *et al.*, 1995 ; Zanou, 1994). Cette évolution des positions politiques a été prolongée par l'adoption, en 1997, d'une « Déclaration de politique nationale de population », qui vise une maîtrise des flux migratoires, une adéquation de l'offre à la demande de besoins essentiels de la population, une valorisation de la famille, une amélioration du cadre de vie, et, plus globalement, une maîtrise de la croissance naturelle de la population en faisant passer le nombre moyen d'enfants par femme à 4,5 enfants en 2005 et en réduisant de moitié la mortalité d'ici 2015 (république de Côte d'Ivoire, 1997)¹.

La Côte d'Ivoire est donc entrée aujourd'hui dans la troisième phase de la transition démographique, correspondant au début du déclin de la croissance de la population, de par le ralentissement de la baisse de la mortalité et le commencement de la diminution de la fécondité, réelle depuis le début des années 1980. La croissance naturelle demeure cependant rapide, de par l'importance des générations en âge reproductif, mais dès que la baisse de la fécondité fera connaître ses pleins effets, le ralentissement de la croissance naturelle, amorcé durant la décennie 1990, s'accroîtra selon un rythme qui reste à déterminer.

La démographie ivoirienne et celle de pays proches

Comparativement à d'autres pays africains qui lui sont proches, géographiquement ou économiquement, on constate pour la période 1990-1995 pour laquelle on dispose des principales données démographiques, une croissance naturelle et une espérance de vie à la naissance plutôt élevées, un

1. Pour plus de détail sur cette question, le lecteur pourra se reporter à la partie sur la politique de population (page 65 et suivantes).

Tableau 2

Indices démographiques selon la période

Indice (source)	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99
Taux brut de natalité (pour 1 000)			49 ^a		49 ^b		48 ^b	39 ^c	37 ^c
Indice synthétique de fécondité 15-49 ans					7,4 ^b			5,7 ^b	5,2 ^d
Taux brut de mortalité (pour 1 000)			28 ^b		17 ^b		13 ^b	13,2 ^c	14 ^c
Espérance de vie à la naissance (en années)	33 ^b		35 à 40 ^b		48,5 ^b		55,6 ^b	52,1 ^c	51,0 ^c
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000)					181 ^b		150 ^b	150 ^b	181 ^d
Accroissement naturel (en %)			2,1 ^a		3,2 ^b		3,5 ^b	2,6 ^c	2,3 ^c
Densité (hab./km ²)					21 ^b		34 ^b		
Taux de croissance urbaine (en %)	11,5 ^e	8,1 ^e	8,8 ^e	8,0 ^e	7,5 ^e	5 ^f			
Part de la population urbaine (en %)			22,3 ^e		35 ^e		39 ^b	40,3 ^g	
Taux de migration nette (en %)					1,3 ^e			0,53 ^h	
Migration internationale (solde annuel)					97 000 ^e			19 300 ^h	
Âge médian des femmes à la première union selon les générations de naissance	18,0 ^b	18,1 ^b	18,2 ^b	18,8 ^b					
Femmes 15-49 ans en union (en %)							65,1 ^b		
Pratique de la contraception, ensemble des méthodes (en % des femmes de 15 à 49 ans)						3,8 ⁱ		16,5 ^b	21 ^d

Sources : (a) Roussel, 1967 (données issues des études régionales); (b) N'Cho *et al.*, 1995; (c) United Nations, 1998; (d) ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999; (e) Ahonzo *et al.*, 1984; (f) Abbas et Bamssie, 1992; (g) Eimu, 1996; (h) Bocquier et Traoré, 1996 (population de 15 ans et plus); (i) direction de la Statistique, 1984.

Tableau 3

**Les indices démographiques actuels de quelques pays africains
(période 1990-1995)**

	Côte d'Ivoire	Burkina Faso	Ghana	Sénégal	Nigeria	Cameroun
Croissance naturelle (en %)	3,5	2,9	3,0	2,7	2,9	2,7
Indice synthétique de fécondité	5,7	6,9	5,5	6,0	6,0	5,8
Espérance de vie à la naissance (en années)	55,6	52,2	56	49,3	50,4	54,3
Décès 0-5 ans pour 1 000 naissances	150	187	119	131	192	126

Source : rapports des enquêtes démographiques et de santé.

indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) plutôt faible, et un nombre de décès avant cinq ans intermédiaire par rapport à ceux des autres pays (tableau 3).

Baisse de la fécondité et émergence de la planification familiale

L'indice synthétique de fécondité passe de 7,4 enfants par femme pour la période 1975-1980 à 6,3 en 1987-1988², 5,7 en 1989-1994 et 5,2 en 1994-1999³. À la période la plus ancienne, qui s'achève vers 1980, marquée par une forte fécondité supérieure à 7 enfants par femme, a succédé par conséquent une diminution constante. Cette baisse de l'indice synthétique de fécondité est confirmée par l'évolution des taux de fécondité par âge et par période de cinq ans qui diminuent au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'EDS de 1994, pour les femmes mariées comme pour l'ensemble des femmes (N'Cho *et al.*, 1995).

2. Il s'agit là de la donnée observée du recensement général de la population et de l'habitat de 1988, qui nous paraît plus pertinente que l'indice ajusté de 6,8.

3. Ces deux dernières mesures ont été effectuées lors des enquêtes démographiques et de santé de Côte d'Ivoire de 1994 (EDSCI-I) et de 1998-1999 (EDSCI-II), qui représentent les sources les plus récentes de données sur la population à l'échelle nationale. Dans la suite du texte nous utiliserons le sigle EDS, complété du rang ou de l'année, pour désigner ces enquêtes. Au moment de la rédaction de cet ouvrage, seul un rapport provisoire de l'EDS de 1998-1999 a été publié et les données ne sont pas disponibles ; il en est de même pour le recensement de 1998 ; aussi certains commentaires se baseront uniquement sur les données de l'enquête ivoirienne de fécondité de 1980-1981, du recensement de 1988 et de l'EDS de 1994.

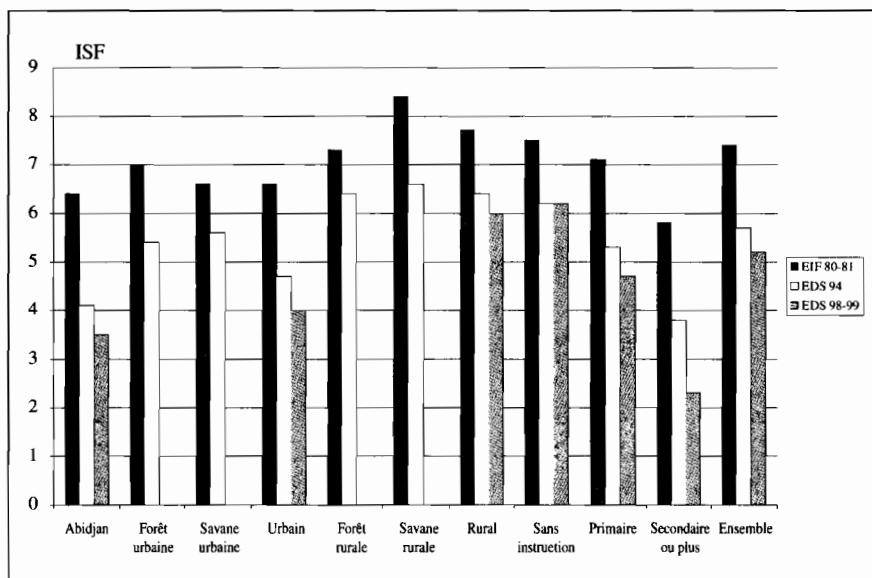
À la fin des années 1970, on pouvait déjà noter un différentiel fort de fécondité entre les milieux de résidence et les niveaux d'instruction et ces différences restent marquées au fil du temps. Ainsi, selon les données de l'EIF, les indices synthétiques de fécondité se situent, en 1975-1979, entre 8,4 pour la savane rurale, milieu rural le plus traditionnel, et 6,4 pour Abidjan, la capitale économique, et entre 7,5 pour les femmes sans instruction et 5,8 pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur (direction de la Statistique, 1984). Ces écarts se sont accentués durant la décennie 1980 dans la mesure où la baisse de la fécondité a été, d'une façon générale, plus forte dans les groupes où elle était la moins élevée, c'est-à-dire dans les groupes où la baisse est sans aucun doute antérieure à cette décennie 1980. Dans les années 1990, l'écart se maintient selon la zone de résidence et se creuse selon le niveau d'instruction (tableau 4 ; figure 1). Ainsi, pour la période quinquennale 1989-1994, l'indice synthétique de fécondité varie de 4,1 pour Abidjan à 6,4 pour les femmes résidant en milieu rural, et pour la période 1995-1999, il varie de 3,5 à Abidjan à 6,0 en zone rurale. Selon le niveau d'instruction, il se maintient à 6,2 pour les femmes sans instruction, en 1989-1994 comme en 1995-1999, alors que pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur il passe de 3,8 à 2,3 enfants par femme. La baisse de la fécondité du moment a été particulièrement forte durant les décennies 80 et 90 chez les femmes résidant à Abidjan (- 2,9 enfants) et chez celles de niveau secondaire ou supérieur (- 3,5 enfants). Pour la dernière décennie, la baisse de la fécondité a été également légèrement plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural (- 0,7 contre - 0,4).

Ce rôle de l'urbanisation et de la scolarisation sur la baisse de la fécondité est attesté par de nombreuses études (United Nations, 1987a ; Muhuri *et al.*, 1994), et par l'analyse de l'évolution récente de quelques pays d'Afrique subsaharienne comme le Cameroun, le Ghana, le Nigeria, le Kenya et le Sénégal (Vimard, 1996). On remarque en revanche une baisse plus faible, mais cependant non négligeable, chez les femmes sans instruction (- 1,3 en 15 ans mais qui se stabilise par la suite) et chez l'ensemble des femmes rurales (- 1,3 en 15 ans et - 0,4 en 5 ans).

Les femmes résidant en milieu urbain de savane, et celles qui vivent dans les zones forestières rurales représentent les deux groupes où la baisse de la fécondité a été la plus faible entre 1980 et 1994. Dans les villes de la région des savanes, les femmes sont, en proportion notable, agricultrices ou épouses d'agriculteurs, membres de groupes sociaux restés encore très traditionnels dans leurs comportements de reproduction et qui doivent compter sur leurs enfants pour les aider dans leurs activités agricoles. Quant aux populations forestières, souvent immigrées d'autres régions et fréquemment d'origine étrangère, elles sont encore pour une part engagées dans le développement d'un front pionnier qui requiert également une main-d'œuvre

Figure 1 et Tableau 4

**Indice synthétique de fécondité* selon le milieu de résidence et l'instruction,
1980-1981, 1994 et 1998-1999**



Milieu (a) et instruction	EIF 80-81 (1)	EDS 1994 (2)	EDS 98-99 (3)	Écart	
				(2) - (1)	(3) - (1)
Abidjan	6,4	4,1	3,5	- 2,3	- 0,6
Forêt urbaine	7,0	5,4	-	- 1,6	-
Savane urbaine	6,6	5,6	-	- 1,0	-
Ensemble urbain	6,6**	4,7	4,0	- 1,9	- 0,7
Forêt rurale	7,3	6,4	-	- 0,9	-
Savane rurale	8,4	6,6	-	- 1,8	-
Ensemble rural	7,7	6,4	6,0	- 1,3	- 0,4
Sans instruction	7,5	6,2	6,2	- 1,3	0,0
Instruction primaire	7,1	5,3	4,7	- 1,8	- 0,6
Secondaire ou plus	5,8	3,8	2,3	- 2,0	- 1,5
Ensemble	7,4	5,7	5,2	- 1,7	- 0,5

a. En Côte d'Ivoire les données sont, depuis l'enquête à passages répétés de 1978-1979, présentées selon les grandes « strates du pays » qui sont définies en croisant la zone géographique (forêt ou savane) et le milieu d'habitat (urbain et rural); Abidjan constituant une strate à part entière.

Sources : EIF : direction de la Statistique, 1984; EDS 1994 : N'Cho *et al.*, 1995; EDS 1998-1999 : ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999.

- non disponible; * indice de 15 à 49 ans pour la période de cinq années précédant l'enquête; ** estimation.

familiale, même si, depuis la fin des années 1980, l'épuisement rapide des terres disponibles a tendance à restreindre les courants d'immigration et la dynamique démographique de ces populations (Adjamagbo *et al.*, 1995 ; Balac, 1997).

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

Les facteurs de la baisse de la fécondité

La baisse de la fécondité, inégale selon les milieux socio-économiques comme nous venons de le constater, apparaît au plan des facteurs proches, liée, d'une part, à une diminution de durée de la vie en union vécue par les femmes, provoquée par une légère augmentation de l'âge au premier mariage et une augmentation de la durée de vie passée en divorce, et, d'autre part, à une pratique contraceptive plus fréquente et à la croissance du nombre des avortements provoqués. Cette progression de nouvelles formes de contrôle de la fécondité se développe alors que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances durant le *post partum*, comme l'allaitement prolongé, qui accroît la durée d'aménorrhée, et l'abstinence perdurent encore largement dans tous les groupes de population. Ainsi, en 1994, la mesure des différents effets inhibiteurs de la fécondité, à l'aide du modèle de Bongaarts, montre que ces pratiques relatives à la prolongation de l'infécondabilité *post partum* réduisent la fécondité théorique (estimée à 15,3 enfants) de 43 %, les comportements matrimoniaux de 16 %, la contraception de 7 % et l'avortement provoqué de 6 % (Vimard et Fassassi, 1999).

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

L'évolution de la nuptialité apparaît comme l'un des facteurs de la baisse de la fécondité. On note en effet une forte diminution de la proportion de femmes en union à tous les âges entre 1980-1981 (EIF) et 1994 (EDS-I) : ainsi à 20-24 ans, 30 % des femmes sont célibataires en 1994 contre 10 % seulement en 1980-1981. Cependant, le célibat définitif ne s'est pas développé et le recul de la nuptialité féminine se limite à un report des unions. Cette évolution repose sur un retard sensible de l'âge au premier mariage, engagé au début des années 1980, qui s'accélère pour les générations les plus jeunes : l'âge médian au premier mariage passe de 17,9 années pour

Tableau 5

**Indicateurs de primo-nuptialité féminine en 1980-1981 et en 1994
selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction**

	Âge moyen à la première union des femmes de 25-49 ans à l'EIF, 1980-1981	Âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans à l'EDS, 1994
<i>Milieu de résidence</i>		
Abidjan	17,3	19,4
Forêt urbaine		18,0
Savane urbaine		18,7
Ensemble urbain	18,3*	18,8
Forêt rurale		17,7
Savane rurale		17,9
Ensemble rural	17,6	17,8
<i>Niveau d'instruction</i>		
Aucun	17,1	17,7
Primaire	17,6	18,4
Secondaire et plus	20,6	21,4
Ensemble des femmes	17,8	18,1

Sources : EIF : direction de la Statistique, 1984; EDS-I : N'Cho *et al.*, 1995.

* Autres villes qu'Abidjan.

les femmes des générations 1945-1949 à 18,2 ans pour les femmes des générations 1965-1969 et à 18,8 ans pour les femmes des générations 1970-1974 (N'Cho *et al.*, 1995). L'analyse des données du moment faite par ailleurs donne un recul plus important de l'âge moyen au premier mariage des femmes : de 18,4 ans lors du recensement de 1975 à 20,9 ans lors de l'EDS de 1994, soit un retard de 2,5 années en une vingtaine d'années et de 3,1 ans entre l'EIF de 1980-1981 et l'EDS de 1994 (tableau 5). Par contre, l'âge moyen au premier mariage des hommes est relativement stable durant cette période : de 27,7 en 1975 à 28,0 en 1994. On observe ainsi un resserrement de l'écart d'âge au premier mariage entre les sexes de 9,3 ans à 7,1 ans, de l'ordre d'une année par décennie (Hertrich et Pilon, 1996).

Même si les deux indices utilisés respectivement lors de l'exploitation de l'EIF (âge moyen) et de l'EDS (âge médian) pour caractériser les différences socio-économiques en matière de primo-nuptialité ne permettent pas une comparaison au sens strict, leur mise en parallèle fournit quelques enseignements sur l'évolution de ces différences entre 1980-1981 et 1994. On constate tout d'abord une différenciation croissante selon le milieu de résidence, avec un vieillissement très net de l'âge au premier mariage à Abidjan : en 1980-1981 l'âge moyen était le plus élevé dans les villes ivoiriennes,

d'un an plus vieux qu'à Abidjan et de 0,7 année qu'en milieu rural (direction de la Statistique, 1984). En 1994, l'âge médian est à Abidjan supérieur de 1,6 année à ce qu'il est en milieu rural, l'âge médian dans les autres villes étant à un niveau intermédiaire. Les différences selon le niveau d'instruction demeurent équivalentes : un écart d'âge moyen de 3,5 ans en 1980-1981 et un écart d'âge médian de 3,5 ans en 1994 entre les femmes sans instruction et celles de niveau secondaire ou supérieur.

Comme on le voit, la résidence en milieu urbain et la scolarité prolongée se révèlent des facteurs importants de retard de l'âge au premier mariage et, de ce fait, l'urbanisation croissante et les progrès de la scolarisation contribuent à la baisse de la fécondité.

Cependant, compte tenu de la faible fécondité avant 20 ans, ce recul de l'âge au premier mariage n'a encore qu'un faible impact sur l'évolution de la fécondité. Ainsi, avec un taux de fécondité de 150 pour mille à 15-19 ans, en 1994, on peut considérer que le recul d'un an de l'âge au premier mariage (enregistré par l'analyse selon les générations) entraînerait une baisse de la fécondité de 0,15 enfant seulement, et que le recul de 2,1 ans, calculé par l'analyse des données du moment, entre l'EIF et l'EDS-I, conduirait à une baisse de la fécondité de 0,31 enfant. Ce recul de la primo-nuptialité serait donc responsable d'un peu moins de 20 % de la baisse de l'indice synthétique de fécondité enregistrée entre ces deux enquêtes ; ceci en faisant les hypothèses qu'il n'y a pas de décalage du calendrier de la fécondité et que le recul de l'âge au premier mariage n'entraîne pas de croissance du nombre des grossesses et des naissances prénuptiales, cette dernière hypothèse étant d'ailleurs en contradiction avec ce que l'on a pu constater en Afrique de l'Est et australe (Mboup, 2000) comme au Sénégal⁴ (Delaunay, 1994).

Outre le recul de l'âge au premier mariage, une diminution de la nuptialité des femmes non célibataires pourrait contribuer à une baisse de la fécondité. On peut examiner cette hypothèse en comparant la proportion de la durée de vie féconde passée dans les différentes situations matrimoniales, calculée à partir des répartitions selon l'état matrimonial observées aux différentes opérations de collecte (tableau 6). On constate que, entre 1975 et 1994, le recul du temps passé en union par les femmes (de 77 à 71 %) provient autant d'une croissance du temps passé en divorce (de 3 à 7 %) que du temps

4. En Côte d'Ivoire, lors de l'enquête ivoirienne de fécondité de 1980-1981, on a pu enregistrer que 28,5 % des femmes avaient eu une première conception prénuptiale et 16 % une première naissance prénuptiale, ce qui démontre que les « relations sexuelles [...] peuvent et ont souvent lieu avant l'union » (direction de la Statistique, 1984). Ce domaine n'a pas été étudié lors de l'EDS de 1994, mais dans la mesure où cette enquête a montré que l'âge aux premiers rapports sexuels a tendance à diminuer légèrement dans les générations de femmes les plus jeunes on peut penser que ce phénomène perdure.

Tableau 6

**Évolution des indicateurs de primo-nuptialité des femmes et des hommes,
1975 à 1994**

Date	Opération	Proportion de célibataires à 15-19 ans	Proportion de célibataires à 20-24 ans	Proportion de célibataires à 45-49 ans	Âge moyen au premier mariage	Âge médian au premier mariage
<i>Femmes</i>						
1975	RGP	50	19	5	18,4	17,6
1979	EPR	46	17	2	18,5	17,1
1981	EIF	51	18	1	18,8	17,7
1988	RGPH	58	24	4	19,6	18,7
1994	EDS-I	72	30	1	20,9	20,2
<i>Hommes</i>						
		Proportion de célibataires à 20-24 ans	Proportion de célibataires à 25-29 ans	Proportion de célibataires à 45-49 ans	Âge moyen au premier mariage	Âge médian au premier mariage
1975	RGP	79	52	11	27,7	27,9
1979	EPR	75	44	6	26,9	26,5
1981	EIF	78	44	6	27,1	26,6
1988	RGPH	80	51	9	27,5	27,6
1994	EDS-I	81	51	2	28,0	27,6

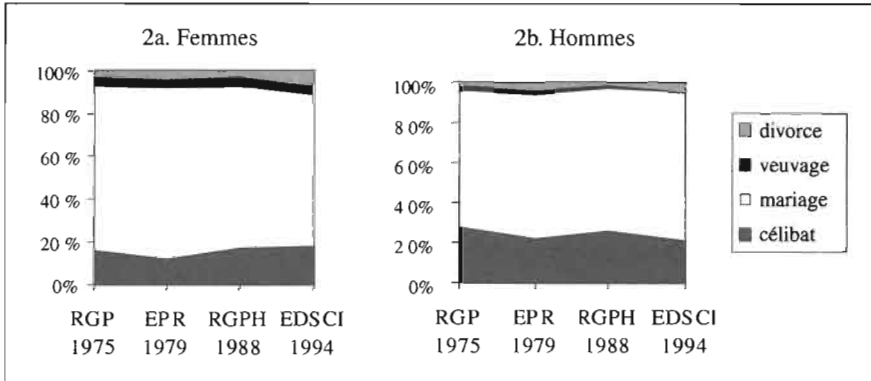
Source : Hertrich et Pilon, 1996.

passé en célibat (de 15 à 18 %), le temps passé en veuvage restant égal (figure 2 ; tableau annexe 1.1). On peut donc penser que l'accroissement du temps passé en état de divorce (qui peut provenir autant de l'accroissement de la divortialité, c'est-à-dire de la fréquence des divorces, que de l'augmentation de la durée qui s'écoule entre un divorce et le remariage, voire de l'accroissement du nombre de femmes divorcées qui ne se remarient pas) joue un rôle égal au recul de l'âge au premier mariage dans cet impact de la nuptialité sur la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire. On pourrait donc estimer que cet accroissement du temps passé en état de divorce conduirait à une baisse de la fécondité de 0,3 enfant et serait responsable d'un peu moins de 20 % de la baisse de l'indice synthétique de fécondité enregistrée entre l'EIF de 1980-1981 et l'EDS de 1994.

Pour terminer sur l'évolution des structures matrimoniales, on peut signaler un certain recul de la polygamie depuis 20 ans, la part des hommes polygames passant, entre 1975 et 1994, de 25 % à 18,1 % et la part des femmes en union polygame parmi les femmes mariées passant, durant la même période, de 41,4 % à 36,6 %⁵ (tableau 7) (Hertrich et Pilon, 1996). Ce recul apparaît surtout dû à l'urbanisation : ainsi, en 1994, la polygamie est-elle

Figure 2

Proportion (en %) de la durée de vie féconde passée par les femmes (15-49 ans) et les hommes (20-59 ans) dans chaque état matrimonial, 1975 à 1994



Source : d'après Hertrich et Pilon, 1996.

plus répandue en milieu rural (39 % des femmes de 15 à 49 ans) qu'en milieu urbain (32 %), Abidjan se caractérisant par la proportion la plus faible de femmes en union polygame (27 %) (N'Cho *et al.*, 1995).

Les différenciations de l'âge à la première naissance

De même que l'âge à la première union se différencie entre les groupes de populations, on observe un écart plus grand de l'âge à la première naissance selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes (tableau 10). Les femmes de niveau d'instruction primaire sont toujours les plus précoces à avoir leur première maternité, mais les femmes d'instruction secondaire semblent avoir changé de comportement puisqu'ayant en 1980-1981 un âge moyen à la première naissance proche des femmes de niveau primaire, elles ont, en 1994, un âge médian à la première naissance supérieur de 1,4 année aux femmes de niveau primaire. En revanche les écarts selon le milieu de résidence sont relativement faibles : 0,5 année entre le milieu rural d'une part (18,7 ans) et Abidjan et les villes de savane d'autre part (19,2 ans).

5. Cette évolution surestime sans doute un peu le recul de la polygamie dans la mesure où les données de 1994, à l'EDS, portent uniquement sur les hommes de 15 à 59 ans et sur les femmes de 15 à 49 ans et ne prennent pas en compte les individus plus âgés qui sont davantage concernés par la polygamie qui augmente régulièrement avec l'âge (N'Cho *et al.*, 1995, p. 75).

Tableau 7

Évolution des indicateurs de polygamie chez les hommes et les femmes, 1975 à 1994

Date	Opération	Proportion de polygames parmi les hommes mariés	Nombre moyen d'épouses par polygame	Nombre moyen d'épouses par homme marié	Proportion de femmes en union polygame parmi femmes mariées
1975	RGP	25,0	2,3	1,3	41,4
1979	EPR	24,4	2,2	1,3	-
1981	EIF	-	-	1,3	41,4
1988	RGPH	22,6	2,3	1,3	-
1994	EDS-I	18,1*	-	-	36,6**

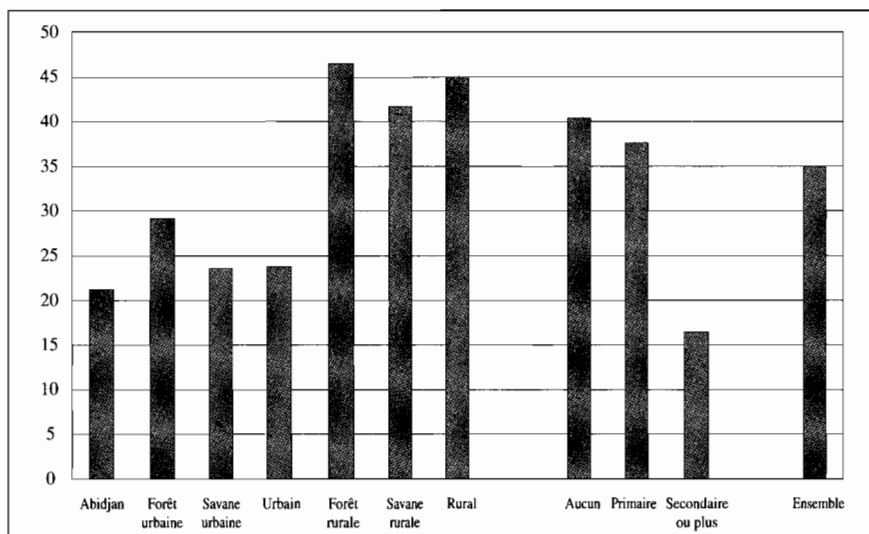
Source : Hertrich et Pilon, 1996.

* pour les hommes de 15 à 59 ans ; ** pour les femmes de 15 à 49 ans.

Par contre, on remarque en 1994 que la fécondité des adolescentes, c'est-à-dire des femmes de 15-19 ans, qui contribue à 13 % de la fécondité totale des femmes, est nettement plus forte en milieu rural qu'en ville et chez les femmes sans instruction ou de niveau primaire que chez celles de niveau secondaire (figure 3 ; tableau 8).

Figure 3

**Proportion d'adolescentes (15-19 ans)
ayant déjà commencé leur vie féconde (en %), 1994**



Source : d'après Hertrich et Pilon, 1996.

Tableau 8

**Âge à la première naissance en 1980-1981 et en 1994
et fécondité des adolescentes en 1994
selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction**

	Âge moyen à la première naissance des femmes non célibataires à l'EIF, 1980-1981	Âge médian à la première naissances des femmes de 25-49 ans à l'EDS, 1994	Fécondité des adolescentes (15-19 ans) (en %)		
			Adolescentes ayant un enfant	Adolescentes enceintes d'un premier enfant	Adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde
<i>Milieu de résidence</i>					
Abidjan		19,2	18,0	3,2	21,2
Forêt urbaine		18,7	24,4	4,7	29,2
Savane urbaine		19,2	19,2	4,4	23,6
Ensemble urbain		19,0	19,9	3,9	23,8
Forêt rurale		18,6	36,5	10,0	46,5
Savane rurale		18,9	35,9	5,8	41,7
Ensemble rural		18,7	36,3	8,8	45,1
<i>Niveau d'instruction</i>					
Aucun	18,9	18,8	33,5	6,9	40,4
Primaire	17,8	18,1	29,9	7,8	37,6
Secondaire et plus	18,7	20,2	13,5	2,8	16,4
Ensemble des femmes	18,8	18,8	28,5	6,4	35,0

Sources : EIF : direction de la Statistique, 1984 ; EDS-1 : N'Cho *et al.*, 1995.

Les progrès de la prévalence contraceptive

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

Environ 2,5 % des femmes déclaraient avoir utilisé une méthode moderne en 1980-1981 et elles sont près de 10 fois plus à le faire en 1994 (23,5 %) et près de 13 fois plus en 1998-1999 (32,6 %). C'est là sans aucun doute l'un des facteurs de la baisse de la fécondité depuis le début des années 1980. L'utilisation des moyens de contraception, toutes méthodes confondues, est

moins fréquente chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes (15 % contre 21 % en 1998-1999). Ceci est dû à la forte prévalence contraceptive chez les femmes sexuellement actives et qui ne sont pas en union : chez celles-ci, près d'une femme sur deux emploie en 1994 un moyen quelconque de contraception (49 % exactement), dont 18 % un moyen moderne et 31 % un moyen traditionnel. Il en est de même chez les hommes pour lesquels l'utilisation d'une méthode quelconque de contraception est plus forte pour l'ensemble des hommes que pour les hommes mariés (en 1998-1999, elle est de 32,9 % contre 27,5 %) Cette différence est due uniquement à l'écart dans l'utilisation de méthodes modernes qui est presque le double pour l'ensemble des hommes de ce qu'elle est pour les hommes mariés (21 % contre 13 % en 1998-1999) ; les méthodes traditionnelles étant pratiquées par 10,8 % des hommes mariés et 13,2 % de l'ensemble des hommes en 1998-1999 (direction de la Statistique, 1984 ; N'Cho *et al.*, 1995 ; ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999).

Si la connaissance des méthodes de contraception, toutes méthodes confondues, n'a guère évolué entre 1980-1981 et 1994, elle s'est nettement améliorée ensuite, de 1994 à 1998-1999, puisqu'elle passe de 78 % à 92 % chez les femmes et de 90 % à 95 % chez les hommes. La connaissance de l'existence de méthodes modernes a sans aucun doute beaucoup progressé puisque, sans avoir de données globales, toutes méthodes modernes confondues, nous savons qu'en 1980-1981 seulement 16 % des femmes connaissaient la pilule contre 62 % en 1994 et 77 % en 1998-1999, 11 % le préservatif contre 68 % en 1994 et 87 % en 1998-1999, et 8 % le stérilet contre 25 % en 1994 et 34 % en 1998-1999. Globalement la connaissance de méthodes modernes concerne, en 1994, 71,5 % de l'ensemble des femmes en union et 89 % en 1998-1999.

Les données de l'EDS de 1994 révèlent de fortes différences de connaissance des méthodes modernes selon le milieu de résidence (de 90,8 % à Abidjan à 47,9 % en savane rurale) et le niveau d'instruction (de 98,6 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure à 61,2 % pour les femmes sans instruction), qui recouvrent les écarts constatés dans l'utilisation (tableau 9). Par conséquent, les récents progrès de l'utilisation des moyens contraceptifs reposent sur une amélioration des connaissances qui est un facteur également de progrès futur.

En 1998-1999, comme en 1994, les méthodes les plus utilisées par les femmes sont, pour les moyens modernes, la pilule (3,7 %) et le condom (4,4 %) et, pour les moyens traditionnels, la continence périodique (9,4 %). Quant à la pratique masculine, elle concerne essentiellement le condom (17,1 %) pour les méthodes modernes, et la continence périodique (9,9 %) pour les méthodes traditionnelles.

Il convient de noter l'importance de l'utilisation des méthodes naturelles (continence périodique et retrait) qui, bien que moins efficaces que les méthodes modernes, sont fréquemment employées par les femmes et par les hommes. Ces méthodes traduisent le réel désir de maîtrise de la fécondité de la part de la population, et l'on peut penser qu'avec un accès meilleur et moins coûteux à la planification familiale et une meilleure acceptabilité des méthodes modernes, certains des utilisateurs de moyens naturels recourraient à des méthodes plus efficaces.

Les écarts de niveau de fécondité entre les groupes de population se retrouvent dans la pratique contraceptive. L'utilisation des méthodes de planification des naissances est plus forte en milieu urbain, et tout particulièrement à Abidjan, qu'en milieu rural. Ainsi, l'écart va de 6,9 % pour le milieu rural à 23,4 % à Abidjan en 1994, et de 10,2 % à 27,1 % pour ces deux milieux en 1998-1999. Ces différences sont également accentuées pour les méthodes modernes, avec une utilisation qui concerne 2 % des femmes en 1994 et 4,6 % en 1998-1999 pour les zones rurales contre respectivement 8 % et 12,4 % pour l'ensemble des villes, soit une prévalence près de trois fois plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les écarts selon le niveau d'instruction sont encore plus accusés : ainsi les femmes en union sans instruction ne sont que 5,2 % en 1994 et 7,7 % en 1998-1999 à utiliser une méthode contraceptive (2,2 % et 4,4 % utilisant respectivement un moyen moderne) ; au contraire, les femmes d'instruction secondaire ou supérieure sont 38,7 % et 40,3 % à le faire (13,2 et 19,6 % utilisant une méthode moderne), soit un écart de 1 à 6. La contraception masculine moderne est près de 3 fois plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural et de plus de 7 fois plus fréquente chez les hommes de niveau secondaire et supérieur que chez les hommes non scolarisés (tableau 9).

La résidence urbaine et le niveau élevé de scolarisation se révèlent des facteurs importants de la pratique contraceptive et, par conséquent, l'urbanisation et les progrès de la scolarisation vont contribuer à la croissance de cette pratique dans les années à venir et à la baisse de la fécondité, à condition que l'accessibilité des prestations et l'acceptabilité des méthodes de contraception par la population se développent.

L'évolution des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances

Les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances visent à garantir un intervalle suffisant entre les naissances de deux enfants successifs pour préserver la santé du premier né qui pourrait être atteinte par la venue d'une grossesse rapprochée (arrêt de l'allaitement avant la date prévue du sevrage généralement située entre 12 et 24 mois, moindre attention de la mère, etc.), comme la viabilité de cette grossesse et la santé de l'enfant à venir. Elles

Tableau 9

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

	EIF, 1980-1981			EDS, 1994					EDS, 1998-1999		
	Toutes les femmes		Femmes exposées	Femmes en union				Hommes en union	Femmes en union		Hommes en union
	Connaissance d'une méthode quelconque	Utilisation au moins une fois d'une méthode quelconque	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode quelconque	Connaissance d'une méthode quelconque	Connaissance d'une méthode moderne quelconque	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode quelconque	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode moderne	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode moderne	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode quelconque	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode moderne	Utilisation au moment de l'enquête d'une méthode moderne
<i>Milieu de résidence</i>											
Abidjan	77,1	56,2	6,4	91,2	90,8	23,4	9,6	12,5	27,1	11,6	21,0
Forêt urbaine	84,3	68,2	6,6	85,5	83,4	14,2	5,0	9,0	-	-	-
Savane urbaine	77,7	56,4	2,7	85,9	84,5	16,4	7,9	13,6	-	-	-
Ensemble urbain	81,5*	63,5*	5,1*	88,8	87,4	19,3	8,0	11,9	24,2	12,4	21,7
Forêt rurale	83,5	67,9	3,1	72,7	69,3	8,1	2,5	4,1	-	-	-
Savane rurale	83,1	71,2	1,8	51,7	47,9	4,4	1,6	4,9	-	-	-
Ensemble rural	83,4	69,0	2,6	65,9	62,4	6,9	2,2	4,4	10,2	4,6	8,1
<i>Niveau d'instruction</i>											
Aucun	80,9	66,5	2,4	64,9	61,0	5,2	2,2	2,3	7,7	4,4	3,4
Primaire	82,6	59,6	6,8	94,5	93,7	20,0	7,6	8,8	25,2	10,4	15,7
Secondaire et plus	90,6	64,3	21,5	98,8	98,6	38,7	132	15,8	40,3	19,6	25,4
Ensemble	81,8	65,4	3,8	74,2	71,5	11,4	4,3	7,1	15,0	7,3	13,1

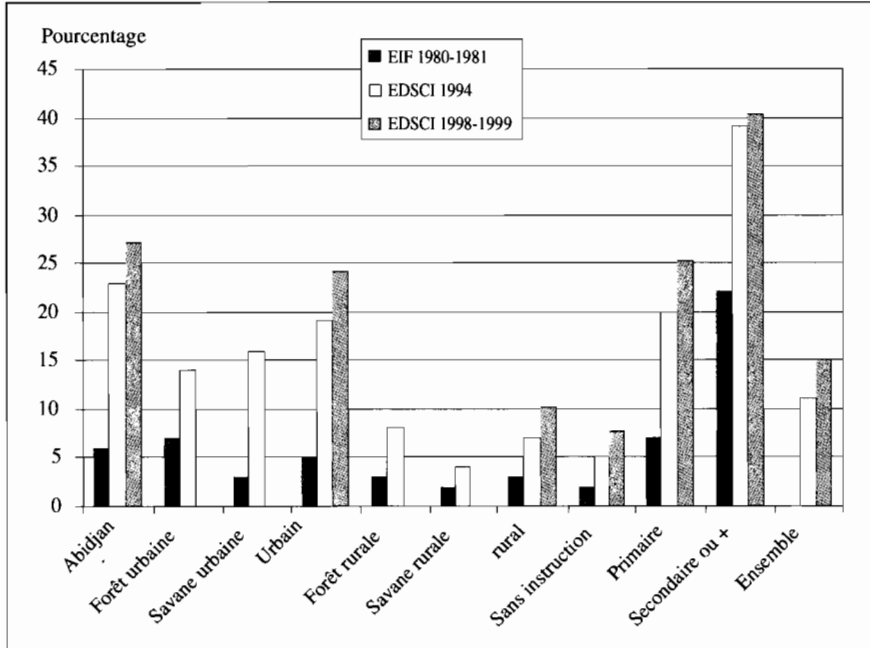
Sources : EIF : direction de la statistique, 1984 ; EDS 1994 : N'Cho et al., 1995 ; EDS 1998-1999 : ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999.

*Autres villes qu'Abidjan.

- non communiqué.

Figure 4

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



visent également à garantir la santé des mères souvent affectées par des grossesses trop rapprochées. La plupart des études montrent en effet une surmortalité des enfants dans les cas d'intervalle court (moins de 24 mois) entre les naissances. L'obtention d'une durée suffisamment longue de l'intervalle entre les naissances est obtenue par une abstinence *post partum* (souvent pratiquée dans le cadre d'une séparation des conjoints) et par l'allaitement maternel qui prolonge la durée de l'aménorrhée *post partum*.

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

En Côte d'Ivoire, la durée moyenne d'allaitement ne diminue pas d'une observation à l'autre (tableau 10). À l'EIF de 1980-1981, la durée de l'allaitement sans aucun complément alimentaire était de 6,3 mois et la durée moyenne d'allaitement de 16,2 mois. Lors de l'EDS de 1994, ces moyennes sont respectivement de 6,1 et 20,4 mois (N'Cho *et al.*, 1995, p. 131), alors que les durées médianes sont de 3,7 et 20,3 mois. On peut donc penser qu'il n'y a pas globalement de raccourcissement de la durée d'allaitement. Cependant, on observe, là aussi, l'émergence en 1994 d'une différenciation selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre les groupes de population qui n'existait pas en 1980-1981, sans pouvoir comparer les évolutions pour chaque catégorie puisque les indices utilisés aux deux enquêtes ne sont pas rigoureusement comparables (moyenne dans un cas, médiane dans l'autre). La résidence en ville, surtout à Abidjan, et l'instruction sont des facteurs de raccourcissement de la durée d'allaitement (tableau 10). En 1980-1981 les durées moyennes d'allaitement varient peu selon le milieu de résidence (allaitement seul : 1,1 mois de variation entre les extrêmes ; allaitement total : 3,1 mois de variation). Elles varient un peu plus selon le niveau d'instruction : 1,9 mois de variation entre les extrêmes pour l'allaitement seul et 6 mois pour l'allaitement total. En 1994, par contre, on observe une amplitude plus forte selon le milieu de résidence (2,8 mois de variation entre les extrêmes pour l'allaitement seul et 4,4 mois pour l'allaitement total) et on observe une différenciation selon le niveau d'instruction plus forte pour l'allaitement seul (2,9 mois de variation) mais moins importante pour l'allaitement prolongé (4,8 mois).

Dans la mesure où la durée d'allaitement varie peu, il est normal qu'il en soit de même pour celle d'aménorrhée *post partum*. Quant à la durée d'abstinence *post partum*, elle est relativement stable et apparaît toujours respectée. Mais là encore apparaît une différenciation entre les groupes : en 1994, davantage qu'en 1980-1981, l'urbanisation, surtout lorsqu'elle concerne Abidjan, et l'éducation sont des facteurs d'une durée moindre d'abstinence et d'aménorrhée *post partum*.

Conséquences de cette relative stabilité des facteurs socio-biologiques de l'intervalle entre les naissances, celui-ci a peu changé durant les deux dernières décennies. La durée moyenne entre deux grossesses était estimée à 34 mois à l'EIF de 1980-1981 et la durée médiane entre deux naissances est de 33,2 mois à l'EDS de 1994. Par contre, il est important de remarquer à cette dernière date que, malgré des durées moindres d'allaitement, d'abstinence et d'aménorrhée, les intervalles intergénéraliques sont plus longs à Abidjan (36,2 mois) que dans les autres villes (33 mois) et en milieu rural (32,8 mois), et sont également plus longs pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (36 mois) que pour les femmes d'instruction primaire (33,2 mois) ou sans instruction (33 mois). La séparation est ici très claire entre les femmes rési-

Tableau 10

Durée d'allaitement, d'aménorrhée *post partum* et d'abstinence *post partum* (en mois) selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981 et 1994

	Allaitement				Aménorrhée <i>post partum</i>		Abstinence <i>post partum</i>	
	Allaitement seul		Ensemble de l'allaitement		Durée moyenne à l'EIF, 1980-1981	Durée médiane à l'EDS, 1994	Durée moyenne à l'EIF, 1980-1981	Durée médiane à l'EDS, 1994
	Durée moyenne à l'EIF, 1980-1981	Durée médiane à l'EDS, 1994	Durée moyenne à l'EIF, 1980-1981	Durée médiane à l'EDS, 1994				
<i>Milieu de résidence</i>								
Abidjan	6,5	1,8	14,8	17,9	7,5	8,3	9,7	8,5
Forêt urbaine	5,9	2,7	15,0	19,6	6,9	12,5	9,5	9,9
Savane urbaine	7,0	2,6	16,4	18,7	7,1	12,5	10,3	10,3
Ensemble urbain	6,3*	2,2	15,5*	18,7	6,9*	10,6	9,8*	9,3
Forêt rurale	6,1	4,6	16,3	20,8	8,1	12,2	10,3	11,5
Savane rurale	6,4	4,1	17,7	22,3	8,6	14,6	12,2	14,4
Ensemble rural	6,2	4,4	16,7	21,3	8,3	12,9	10,9	12,2
<i>Niveau d'instruction</i>								
Aucun	6,4	4,3	16,8	21,4	8,2	13,0	10,9	14,7
Primaire	5,5	3,5	13,7	19,2	6,4	11,5	8,3	10,1
Secondaire et plus	4,5	1,4	10,8	16,6	5,2	9,1	6,9	6,9
Ensemble des femmes	6,3	3,7	16,2	20,3	7,9	12,3	10,5	11,8

Sources : EIF : direction de la Statistique, 1984 ; EDS-I : N'Cho *et al.*, 1995.

* Autres villes qu'Abidjan.

dant à Abidjan et celles d'instruction secondaire ou supérieure avec un intervalle entre les naissances de 36 mois et les autres femmes avec un intervalle de 33 mois. L'utilisation plus fréquente de la contraception, et notamment de la contraception moderne, est un facteur notable de cet allongement de l'intervalle intergénéral qui s'établit malgré un moindre suivi des pratiques traditionnelles d'espacement. Le rôle des avortements provoqués, sur lequel nous reviendrons dans la partie sur la santé maternelle, doit également être souligné. Le recours à ces avortements, qui semble s'être accru dans les dernières années, apparaît nettement plus fréquent en milieu urbain. Il tend à intervenir comme un moyen de contrôle des naissances pour des catégories de femmes (adolescentes, femmes seules, etc.) qui ne veulent pas d'enfants mais ne peuvent avoir accès à des méthodes contraceptives, pour des raisons de non-accessibilité aux services de planification familiale ou de coût trop important. Les mesures de l'effet de l'avortement montrent ainsi que son rôle dans la réduction de la fécondité est quasiment nul dans les milieux ruraux ou sans instruction, mais qu'il est presque aussi important que la contraception dans les autres milieux (Vimard et Fassassi, 1999).

L'effet accélérateur de la crise sur la baisse de la fécondité

Nous avons vu que la baisse de la fécondité était plus forte dans les groupes urbains et scolarisés, c'est-à-dire ceux qui ont le plus bénéficié du développement économique et social de ces dernières décennies, avec l'accroissement de leurs revenus et de leur capital culturel comme avec l'amélioration de leurs conditions de vie et d'habitat. La baisse de la fécondité apparaît de ce fait directement liée à ce développement et à ses composantes. Cependant, il faut également considérer que la baisse de la fécondité n'est réellement apparue que durant la décennie 1980, qui correspond à une période de crise marquée par la diminution des revenus et de la scolarisation, et la précarité croissante des conditions d'existence de maintes catégories de la population ; cette baisse se poursuivant dans les années quatre-vingt-dix, dans une période jugée comme plus satisfaisante au plan socio-économique, avec un retour de la croissance mais un maintien de la précarité.

Cet état de fait est plus un paradoxe qu'une réelle contradiction comme le confirme l'exemple d'autres pays dotés à un moment d'une fécondité très forte, comme la Côte d'Ivoire, et qui ont bénéficié d'une baisse de celle-ci dans des périodes de récession, telle la Syrie (Courbage, 1994), ou de stagnation économique, tel le Kenya (Robinson, 1992). En effet, il importe, pour saisir l'effet démographique de la crise, de la resituer dans l'histoire économique du pays concerné et on ne peut comprendre ses conséquences sans appréhender l'ensemble des changements socio-économiques préalables. Notamment, il apparaît que si la transition de la fécondité intervient ou s'accélère en période de difficultés comme en Côte d'Ivoire, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement de la culture traditionnelle, autonomie sociale et économique des couples et des individus, etc.) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur et accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens, comme cela transparait de l'évolution de la fécondité au Kenya, au Sénégal, au Ghana, au Nigeria et au Cameroun (Vimard, 1996).

Les impacts de la crise doivent également être différenciés selon les groupes socio-économiques. À ce titre, on est frappé en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays d'Afrique, par le contraste entre le renforcement des comportements de transition que la crise provoque dans les classes aisées et l'accroissement des contraintes à l'utilisation de la contraception pour les plus pauvres. Ceci résulte des difficultés du secteur public de santé, dont les prestations deviennent payantes, et d'absence d'implantation systématique dans tous les centres de santé de service de planification familiale, qui rend difficilement accessibles les contraceptifs pour les couches les plus défavorisées de la population, au contraire des groupes plus aisés, qui ont les moyens d'accéder à des sources privées.

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

Cependant il faut admettre que le rythme de la transition de la fécondité en Côte d'Ivoire, comme d'ailleurs partout en Afrique subsaharienne, va dépendre pour une large part de l'orientation de la natalité dans les couches pauvres de la population. À cet égard, la généralisation des programmes de planification familiale à l'ensemble des groupes demeure le point critique des années à venir. De la capacité du gouvernement à développer, grâce à la reprise économique, des services de planification familiale accessibles à tous, dépendra une réelle diffusion de la contraception et la réalisation des aspirations des individus à la maîtrise de leur fécondité.

Mortalité et santé

Cette partie sera consacrée aux niveaux de la mortalité : générale, des enfants et mortalité maternelle, ainsi qu'aux principaux facteurs qui interviennent en ce domaine : conditions d'hygiène, couverture sanitaire et accès aux services de santé, et enfin morbidité.

La baisse de la mortalité générale

La mortalité générale est relativement faible, avec un taux brut de mortalité de 15,1 pour mille, mais cela résulte d'un effet de structure lié à la jeunesse de la population. De fait, la mortalité est encore élevée à tous les âges. L'espérance de vie à la naissance a beaucoup progressé en 30 ans, depuis les années cinquante, où elle était de 33 ans seulement, à la fin des années quatre-vingt où elle a atteint 56 ans, d'après le recensement. Mais les dernières estimations des Nations unies (United Nations, 1998) indiquent une baisse de cette espérance de vie, en l'établissant à 51 ans pour la période 1995-2000, sous l'effet notamment de l'épidémie de VIH/sida (tableau 2).

L'évolution des quotients de mortalité, mesurés à 10 ans d'intervalle en 1978-1979 (lors de l'enquête à passages répétés) et en 1988 (lors du recensement), montre une stabilité de la structure de la mortalité par âge et par

sexe et une tendance générale à la baisse jusqu'en 1988 (figure 5 ; tableau annexe 1.2). On remarque, aux deux dates, une forte mortalité à 0 an, une mortalité qui demeure élevée à 1-4 ans. Ensuite la mortalité baisse rapidement pour atteindre son minimum à 10-14 ans ; elle augmente ensuite, d'abord lentement jusqu'à 40-44 ans puis plus rapidement à partir de 45-49 ans. Si cette structure générale est commune aux deux dates d'observation, on remarque une baisse de la mortalité qui concerne tous les groupes d'âges et les deux sexes. En outre, on relève une surmortalité masculine à tous les âges et lors des deux dates, et l'on observe une légère augmentation de cette surmortalité avec une baisse de la mortalité au cours de la décennie un peu plus forte pour le sexe féminin.

La baisse de la mortalité infanto-juvénile remise en cause

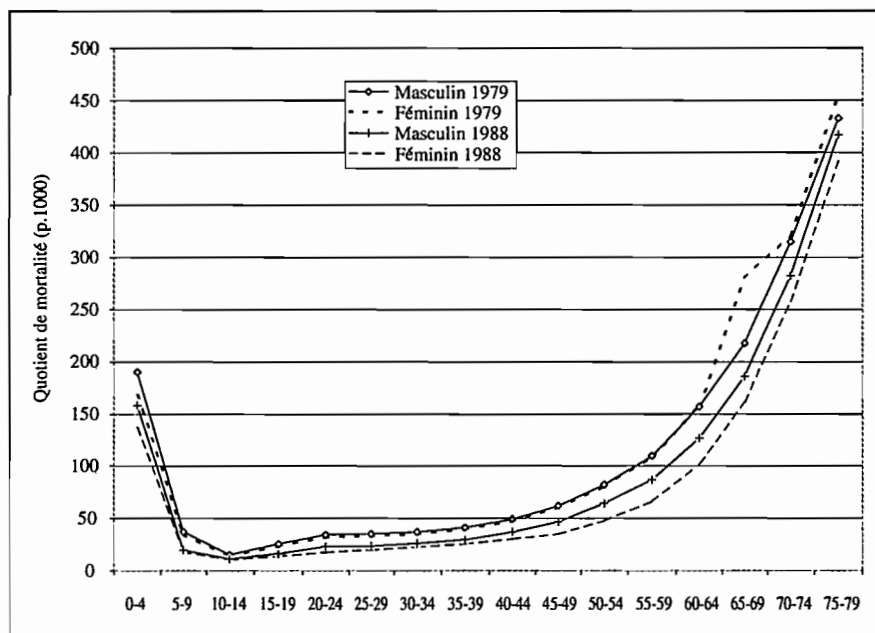
La mortalité des enfants demeure forte : pour les 5 années précédant l'EDS de 1998-1999, les mesures les plus récentes dont nous disposons, les taux de mortalité infantile (jusqu'au premier anniversaire), juvénile (du premier au cinquième anniversaire) et infanto-juvénile (durant les cinq premières années) sont respectivement de 112, 77 et 181 pour mille. De 1958 à nos jours, la mortalité infantile a été cependant divisée par près de deux, ce qui dénote un progrès important. Mais les tendances des différents indices, estimés à partir des enquêtes, montrent une évolution contrastée. À une phase de baisse des années 1960 au milieu des années 1980, dont les enquêtes régionales permettent de mesurer les effets dès 1958 (Guillaume *et al.*, 1995), succède en effet une période de stabilisation puis de remontée de la mortalité dans l'enfance à un niveau encore très élevé. Ceci traduit une dégradation des conditions de survie des enfants avant leur cinquième anniversaire lors des dernières années (figure 6 ; tableau 11).

La remontée de la mortalité des enfants, telle que l'on peut la mesurer jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, concerne les milieux urbains, et davantage Abidjan que les autres villes, et elle touche surtout la mortalité juvénile. Au contraire, la mortalité en milieu rural continue de décliner, mais à un rythme plus faible qu'auparavant (figure 7). Nul doute que ces tendances ne traduisent l'effet, durant les années récentes, des difficultés économiques sur l'alimentation, les conditions des soins de santé et le fonctionnement des formations sanitaires. En revanche, il semblerait que le sida, très prévalent en Côte d'Ivoire, n'intervienne que faiblement sur la mortalité des jeunes enfants alors qu'il apparaît être un facteur notable de surmortalité entre 5 et 14 ans (Garenne *et al.*, 1995).

Les mesures rétrospectives, réalisées par tranche de cinq années, lors de chacune des enquêtes démographiques et de santé confirment cette évolution (tableau annexe 1.3). Les tendances pour les différentes périodes de

Figure 5

Quotients de mortalité selon l'âge en 1978-1979 et 1988



Source : d'après Djedjed, 1992.

cinq années précédant l'EDS de 1994 montrent, depuis la période 1974-1979 jusqu'aux années 1990-1994, une évolution inverse des indices. La mortalité infantile a baissé régulièrement de 113 à 88 pour mille. La mortalité juvénile a diminué fortement jusqu'à la période 1980-1984 (de 77 à 58 pour mille) pour remonter ensuite à 67 pour mille. Et la mortalité infanto-juvénile a diminué jusqu'à la période 1985-1989 (de 181 à 150 pour mille) pour stagner ensuite. Ceci dénote bien l'arrêt de la baisse antérieure de la mortalité des enfants (N'Cho *et al.*, 1995).

Les résultats de l'EDS de 1998-1999 confirment la régression des progrès en matière de mortalité des enfants. Ainsi, pour les cinq années précédant cette enquête, avec une mortalité infantile de 112 pour mille, une mortalité juvénile de 77 pour mille et une mortalité infanto-juvénile de 181 pour mille, les indices sont supérieurs à ceux mesurés pour les années antérieures lors de la même observation : respectivement 111, 64 et 167 pour mille, comme d'ailleurs à ceux calculés lors de l'EDS de 1994 (ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999)

Tableau 11

**Évolution des quotients de mortalité (pour mille)
des enfants selon le milieu de résidence, 1958 à 1994-1999**

	1958 (1)	1974-1975 (2)	1975-1979 (3)	1981-1988 (4)	1984-1994 (5)	1994-1999 (6)
<i>Mortalité infantile (${}_1Q_0$)</i>						
Ensemble	200	190	103	97	91	112
Rural		200	115	108	100	
Abidjan		175	65	64	72	
Urbain (sans Abidjan)				74	76	
<i>Mortalité juvénile (${}_4Q_1$)</i>						
Ensemble			85	59	64	77
Rural			93	71	73	
Abidjan			50	27	46	
Urbain (sans Abidjan)				37	52	
<i>Mortalité dans l'enfance (${}_5Q_0$)</i>						
Ensemble			179	150	150	181
Rural			197	171	165	
Abidjan			112	89	115	
Urbain (sans Abidjan)				108	125	

Source : (1) Enquête démographique 1957-1958; (2) Recensement général de la population 1975; (3) Enquête à passages répétés 1978-1979 (Ahonzo *et al.*, 1984); (4) Recensement général de la population et de l'habitat 1988 (Djedjed, 1992); (5) EDS 1994 (N'Cho *et al.*, 1995); (6) EDS 1998-1999 (ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999); (7) Estimation des Nations unies (1998).

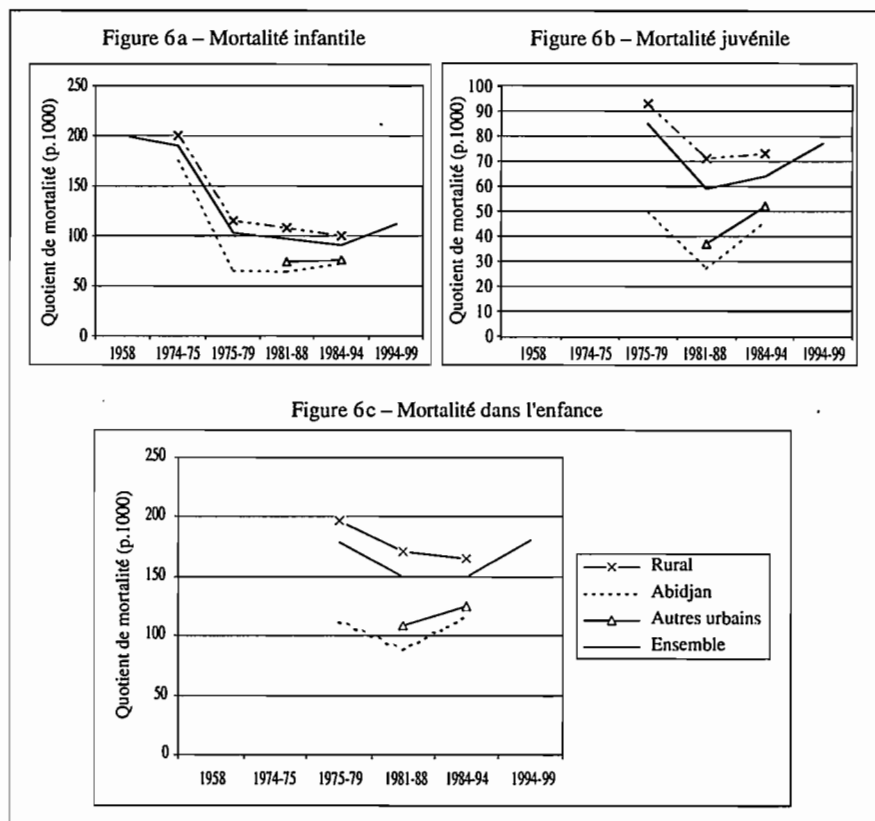
Une mortalité maternelle très élevée

Si la mortalité des enfants est encore forte, la mortalité maternelle est également relativement élevée puisque, selon les données de l'EDS de 1994, elle est égale à 597 pour cent mille naissances. Comparativement à d'autres pays africains, ce niveau place la Côte d'Ivoire dans une situation défavorable (Evina et Vimard, 1996). La mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est en effet légèrement plus faible qu'au Niger (652 pour cent mille naissances vivantes) et au Malawi (620), mais elle est par contre équivalente à celle de Madagascar (596), près de 20 % plus élevée qu'au Sénégal et de 30 % plus élevée qu'au Soudan; elle est également 1,7 fois supérieure à celle du Maroc et trois fois supérieure à celle de la Namibie (N'cho *et al.*, 1995). Ceci bien que certains de ces pays disposent d'un niveau de développement de leurs infrastructures sanitaires inférieur à celui de la Côte d'Ivoire.

L'enquête Moma menée sur cette question à Abobo, une commune d'Abidjan, auprès d'un échantillon de 3 800 femmes recrutées lors de consultations prénatales, situe le niveau de cette mortalité à 352 pour cent mille

Figure 6

**Évolution des quotients de mortalité (pour mille) des enfants
selon le milieu de résidence, 1958 à 1994-1999**



naissances vivantes (soit 12 décès), taux qui « sous-estime certainement les décès survenus en début de grossesse (avortement, grossesse extra-utérine...) » (Berche *et al.*, 1997).

En 1997, la mortalité maternelle est estimée, selon le Système d'information de gestion (SIG), à 245 décès pour cent mille naissances vivantes. Cette mortalité s'est aggravée puisqu'elle était de 208 décès en 1995 et de 231 décès en 1996. Elle connaît d'importantes disparités régionales : 750 décès pour cent mille naissances vivantes dans la région Est et 133 décès dans la région Sud. Mais cette estimation est un faible reflet de la réalité, car « les décès tardifs échappent au SIG » et, d'autre part, tous les décès qui ne se produisent pas dans une structure médicale du secteur public échappent eux aussi au SIG (ministère de la Santé, 1995).

Ces différentes données montrent l'importance de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire dont certains décès pourraient être évités. En effet, l'enquête Moma a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs de risque de morbidité et de mortalité maternelles (parmi les 12 décès, 10 cas ont été considérés comme probablement évitables) : des facteurs pouvant être dépistés avant la grossesse, liés aux caractéristiques socio-démographiques des femmes, pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement (Berche *et al.*, 1997). Autant de risques qui pourraient être évités par un meilleur suivi prénatal et une amélioration des conditions d'accouchement, mais aussi en améliorant l'accès à la planification familiale, afin d'éviter les grossesses nombreuses et trop rapprochées et les avortements.

Cette importance nouvelle des avortements provoqués ressort de certaines études récentes : ainsi, dans une enquête menée auprès des militaires et gendarmes, près d'un tiers des femmes déclarent avoir eu au moins une fois recours à l'avortement, les principales raisons en étant les études, un besoin de limiter sa descendance ou un manque de moyens financiers (Koffi et Fassassi, 1997). De même, à Abidjan, une étude rétrospective sur la vie génésique de 450 femmes enceintes a montré que chez les femmes de 20-25 ans, 35 % en 1997 avaient déjà eu au moins un avortement provoqué au lieu de 10 % en 1987 dans la même classe d'âge (Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Cette pratique de l'avortement n'est pas spécifique au milieu urbain puisque les résultats de différentes enquêtes menées en Côte d'Ivoire montrent que la proportion de femmes ayant, au cours de leur vie féconde, fait au moins un avortement oscille entre 16 % dans la région d'Aboisso, 10 % à Tanda et 7-8 % dans les régions du Centre-Nord et de Niakaramandougou (Guillaume *et al.*, 1999). Cette question de l'avortement est à prendre en considération quand on connaît la précarité des conditions sanitaires dans lesquelles ils sont le plus souvent faits.

Les niveaux élevés de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire sont également à relier à la forte fécondité et à des intervalles intergénéraliques courts, autant de facteurs qui multiplient les risques de décès maternels, notamment par rapport aux pays développés. Ils montrent, tout comme la mortalité des enfants, « les progrès considérables qui doivent être accomplis pour améliorer la santé et la survie des mères ivoiriennes » (N'Cho *et al.*, 1995, p. 165) et de leurs enfants. Des progrès qu'une baisse de la fécondité devrait faciliter.

Ces résultats médiocres relatifs aux mortalités maternelle et infantile correspondent également à des conditions d'hygiène souvent défavorables et à un accès aux services de santé inégal, selon les régions et les milieux humains, dans la mesure où les infrastructures sanitaires sont mal réparties sur l'ensemble du territoire national (cf. chapitre 7).

Des conditions d'hygiène défavorables en milieu rural

Les conditions d'hygiène sont un facteur important de morbidité et de mortalité. Leur analyse en Côte d'Ivoire, illustrée par l'approvisionnement en eau et l'équipement en sanitaires, révèle de fortes disparités selon le milieu de résidence, les zones rurales étant nettement défavorisées en ce domaine.

En milieu urbain, près de la moitié des foyers disposent de l'eau courante dans le logement et un tiers ont accès à l'eau par des robinets ou puits publics ; ainsi, 84 % des foyers urbains bénéficient-ils d'un approvisionnement en eau potable (tableau 12). En zone rurale, seulement deux tiers des ménages accèdent à cette qualité d'eau, 18 % des ménages se procurent l'eau par des puits privés et 19 % par des sources, rivières ou mares. Cet accès limité à une eau salubre accroît les risques de maladie pour les populations qui ne peuvent en disposer et entraîne également de fréquentes corvées d'eau pour les femmes et les enfants.

Quant à l'équipement sanitaire des logements, là aussi la disparité entre zone urbaine et rurale est importante. Si, en zone urbaine, 43 % des ménages utilisent des installations sanitaires satisfaisantes (chasse d'eau ou latrines améliorées), seulement 19 %, en zone rurale, bénéficient de ces équipements et plus de deux tiers d'entre eux n'ont aucun type de toilettes (tableau 13). Ce sous-équipement des foyers ruraux pose un sérieux problème d'hygiène et expose les populations au risque du péril fécal. À ce sous-équipement en sanitaires s'ajoute également la question de l'évacuation des ordures ménagères et des eaux usées : l'élimination de ces deux types de déchets n'est pas réalisée dans des conditions satisfaisantes, excepté dans certains quartiers des villes, amenant beaucoup de nuisances aux populations.

D'importants efforts restent par conséquent à faire sur l'ensemble du pays pour améliorer les conditions de vie et d'hygiène des populations, qui déterminent leur état de santé, particulièrement en zone rurale. Il importe donc à l'avenir d'améliorer les conditions sanitaires des ménages et de sensibiliser les populations au risque de transmission de maladies par l'eau et le péril fécal⁶.

Une couverture médicale inégale selon les différentes régions

Si des disparités régionales apparaissent au niveau des équipements des foyers, il convient également de s'interroger sur les différences relatives à l'accès aux services de santé : pour la période 1990-1995, le PNUD estimait que seulement 30 % de la population avait accès aux soins (PNUD, 1998).

6. Pour la période 1990-1996, le PNUD estime que 18 % de la population sont privés d'accès à l'eau potable et 61 % sont privés d'assainissement (PNUD, 1998).

Tableau 12

**Source d'approvisionnement en eau potable selon le milieu de résidence,
1994 (en %)**

	Urbain	Rural	Ensemble
Robinet dans le logement	50,8	4,1	23,2
Robinet public	27,3	20,6	23,3
Puits privé	14,3	18,3	16,7
Puits public	6,7	37,6	25,0
Autre	0,6	19,0	11,8

Source : N'Cho *et al.*, 1995, p. 23.

Tableau 13

Type de toilette selon le milieu de résidence, 1994 (en %)

	Urbain	Rural	Ensemble
Chasse d'eau personnelle	19,7	1,4	8,8
Chasse d'eau commune	9,6	0,9	4,5
Tinette	4,6	0,9	2,4
Fosse sommaire	24,0	16,4	19,5
Latrines fosse améliorée	34,7	12,7	21,7
Pas de toilette	7,2	67,6	43,3
Autre	0,1	0	0

Source : N'Cho *et al.*, 1995, p. 23.

L'analyse de la couverture médicale en Côte-d'Ivoire révèle une inégale répartition des structures sanitaires publiques et, au sein de ces établissements, un niveau de qualification des personnels très variable : ces infrastructures sont concentrées en ville et en particulier à Abidjan⁷. Ces disparités régionales posent de réelles difficultés d'accessibilité aux soins, en terme géographique mais aussi économique ; en effet, les zones les plus démunies, où les distances d'accès aux soins sont les plus importantes, sont également celles où les revenus des ménages sont les plus faibles (tableau 14).

L'analyse de la couverture sanitaire à travers les ratios population par médecin, population par infirmier et femmes en âge de procréer par sage-femme montre ces disparités régionales. Quel que soit l'indicateur concerné,

7. Une analyse plus détaillée du système de santé sera menée au chapitre 7.

Tableau 14

Couverture médicale et paramédicale dans différentes régions, 1997

	Ratio population / médecin	Ratio population / infirmier	Ratio femmes en âge de procréer / sage-femme
Centre	21 066	4 971	1 281
Centre-Nord	16 805	3 432	1 411
Centre-Ouest	36 630	6 583	4 270
Est	21 790	4 231	2 408
Nord	31 008	4 725	3 769
Nord-Est	29 450	4 180	2 721
Nord-Ouest	31 916	4 384	1 886
Ouest	26 390	5 878	4 058
Sud	6 455	2 640	1 261
Sud-Ouest	51 073	11 103	7 542
Ensemble Côte d'Ivoire	12 486	3 885	1 913

Source : ministère de la Santé, 1997.

la meilleure couverture médicale se trouve dans la région Sud, du fait de la présence de la ville d'Abidjan. Ainsi, le nombre de médecins par habitant est pratiquement deux fois plus élevé dans cette région comparativement à la moyenne nationale ; par contre, dans la région Sud-Ouest il est presque 4 fois moins élevé. Ces ratios sont d'un bon niveau dans le Centre et l'Est mais en revanche globalement tout l'Ouest de la Côte d'Ivoire est défavorisé (région Nord-Ouest, Ouest et Centre-Ouest). La ville d'Abidjan regroupe à elle seule 60 % des médecins et trois des quatre CHU, le quatrième étant localisé à Bouaké (Kouamé *et al.*, 1997)

En ce qui concerne le ratio nombre d'infirmiers par habitant, la même hiérarchie se retrouve : la région Sud reste la plus favorisée mais les écarts sont moins importants ; la région Sud-Ouest bénéficie de 2,8 infirmiers de moins que la moyenne nationale et elle demeure défavorisée par rapport aux régions Centre-Ouest et Ouest qui ont respectivement 1,7 et 1,5 fois moins d'infirmiers que la moyenne nationale. Le constat est identique pour le nombre de sages-femmes par femmes en âge de procréer.

Ces quelques indices montrent d'importantes inégalités dans la couverture médicale des différentes régions et une hypermédicalisation de la région

Sud due à la présence d'Abidjan. Dans certaines zones, l'évolution de la dotation en personnels et équipements médicaux n'a pas suivi le rythme de croissance de la population. Cette analyse de la dotation en personnel médical montre que l'accessibilité aux soins pose un problème, en termes de quantité de ressources mais aussi de leur répartition géographique, auquel s'ajoute celui de leur utilisation effective. Ces inégalités régionales dans la couverture sanitaire expliquent certainement en partie le recours non systématique aux soins de type biomédical par les populations.

Une enquête menée en 1996 sur les recours thérapeutiques en Côte d'Ivoire lors de la dernière maladie (dans les quinze jours précédant l'enquête) montre que «les malades adoptent quatre types de comportement : une minorité (0,7 %) ne recourt à aucun traitement, 55 % vont consulter dans le secteur moderne, 31 % pratiquent l'automédication et seulement 14 % s'adressent à des thérapeutes traditionnels» (Kouamé *et al.*, 1997). Les soins de type traditionnel s'opèrent dans un rayon géographique plus proche que ceux de type moderne (68 % dans un rayon de moins d'un km contre 35 % seulement pour le secteur moderne).

Un autre facteur d'entrave à la consultation de structure biomédicale est le délai d'attente dans ces centres : en effet cette attente est de 35 minutes en moyenne pour le secteur moderne et seulement 3 minutes chez les traditionnels. L'accessibilité des services et leurs conditions de fonctionnement interviennent donc dans le choix des soins. Mais il faut prendre en compte également d'autres facteurs ; en effet, ces comportements sont conditionnés par «l'adéquation avec le mode de pensée (système moderne), par des raisons financières (automédication et recours aux guérisseurs traditionnels), par les croyances étiologiques (système traditionnel) et par les décisions familiales (les trois types de recours)». Le coût de l'accès aux soins reste un déterminant important dans l'adhésion au système biomédical et il est vrai que l'éloignement géographique des structures sanitaires contribue au renchérissement des soins. Toujours selon cette étude, il apparaît que les ménages dépensent pour leur santé des montants qui dépassent leur capacité financière et que pour faire face à ces dépenses «ceux-ci s'endettent ou recourent à la solidarité familiale pour se faire soigner. La crise grandissant, la paupérisation touchant de plus en plus de familles, il est à craindre que le nombre d'exclus du système de santé n'augmente» (Kouame *et al.*, 1997, p. 111).

***Un accès variable aux services de santé :
le cas des suivis prénatals et des accouchements***

La couverture sanitaire des femmes en âge de procréer est très variable selon les régions de Côte d'Ivoire. L'analyse des données du SIG, en 1997,

Tableau 15

**Couverture sanitaire des femmes en âge de procréer
dans différentes régions, 1997 (en %)**

	Accouchements assistés par un personnel qualifié	Couverture prénatale de troisième rang	Couverture antitétanique à l'accouchement
Centre	40,5	44,1	71,7
Centre-Nord	37,4	36,4	55,7
Centre-Ouest	31,6	39,4	63,0
Est	38,0	36,3	66,9
Nord	39,6	33,8	62,5
Nord-Est	29,5	45,6	76,8
Nord-Ouest	21,5	24,8	61,8
Ouest	20,0	22,8	51,1
Sud	49,8	56,5	70,5
Sud-Ouest	25,3	28,3	63,1
Ensemble Côte d'Ivoire	37,9	43,9	67,3

Source : ministère de la Santé, 1997.

pour trois indicateurs enregistrés par les formations sanitaires : a) les proportions d'accouchements assistés, c'est-à-dire réalisés dans des structures sanitaires ou des cases de santé, b) la couverture en consultation prénatale de troisième rang, c) la couverture vis-à-vis du vaccin antitétanique (pour les femmes qui ont accouché en structures médicales), montrent d'importantes variations régionales (tableau 15).

Dans le domaine du suivi prénatal comme dans celui des conditions d'accouchement, les proportions de femmes ayant eu au moins trois consultations et de celles ayant bénéficié d'une assistance médicale lors de l'accouchement sont nettement plus élevées dans les régions du Sud et du Centre, zones bénéficiant d'une bonne couverture sanitaire, liée notamment à la présence des villes d'Abidjan et de Bouaké. Il est cependant surprenant de constater que dans des régions où le suivi prénatal est fréquent (telles les régions Nord-Est et Centre-Nord), une proportion relativement faible de femmes bénéficient d'une assistance au moment de l'accouchement : les difficultés d'accès aux centres de santé expliquent certainement en partie ces différences (éloignement des centres de santé, manque de moyens de transport et coût du déplacement).

Si l'on compare ces résultats à ceux de l'enquête démographique et de santé, qui ont été obtenus à partir des questionnaires rétrospectifs posés aux femmes, on mesure également les mêmes disparités dans les indicateurs de santé maternelle et les différences persistantes entre zones urbaines et rurales (tableau 16). Les indicateurs présentés diffèrent cependant quelque peu. Ainsi, selon les résultats de l'EDS de 1998-1999, 84 % des femmes ont bénéficié au moins une fois d'une consultation prénatale par un personnel médicalisé (5 % par un médecin, 79 % par un infirmier ou une sage-femme). Les différences sont relativement nettes selon le milieu : 97 % à Abidjan contre 78 % en milieu rural. Cet indicateur, en ne mentionnant pas le nombre de consultations, présente quelques lacunes puisque pour un bon suivi médical il est conseillé d'avoir plusieurs consultations à différents stades de la grossesse. Dans la mesure où il ne montre pas de progrès sensible depuis l'enquête de 1994, on peut penser que la situation a peu évolué quant à la fréquence de cette surveillance prénatale depuis cette date, où 15,5 % des femmes n'avaient effectué aucune visite et seulement 29 % avaient bénéficié des quatre visites recommandées, ce qui situe la Côte d'Ivoire à un rang médiocre en Afrique subsaharienne en ce domaine (Desgrées du Loué et Vimard, 2000). Dans le même sens, 47 % des accouchements reçoivent une assistance médicalisée (3 % par un médecin, et 44 % par un infirmier ou une sage-femme). L'écart selon les milieux de résidence est très important puisque environ 82 % des accouchements se font avec une assistance médicale à Abidjan, contre 79 % dans l'ensemble du milieu urbain et seulement 32 % en milieu rural. De grandes disparités apparaissent donc dans l'accès aux soins, révélatrices aussi des écarts de couverture géographique des services de santé.

Ces différentes données sur le suivi sanitaire des mères sont un bon révélateur de l'accessibilité aux soins mais d'autres paramètres doivent être pris en compte. Ainsi, les comportements des femmes varient-ils de façon notable selon le niveau d'instruction atteint : plus les femmes sont instruites et meilleurs sont leurs suivis prénatals et leurs conditions d'accouchement, quelques années d'études contribuant à un changement important de comportement (figure 7 ; tableau 16).

La morbidité des enfants

Les principales causes de morbidité des enfants, et donc de mortalité infanto-juvénile, ont très peu évolué dans le temps comme dans l'espace et sont principalement les affections respiratoires, la malnutrition, le paludisme, les maladies diarrhéiques et la néonatalogie (Kouame *et al.*, 1997).

La morbidité infanto-juvénile, telle qu'elle apparaît à travers les données du SIG pour certaines pathologies, est certainement un faible reflet de la

Tableau 16

**Surveillance prénatale, surveillance à l'accouchement
et vaccinations des enfants selon le milieu de résidence
et l'instruction aux EDS-I (1994) et EDS-II (1998-1999)**

Milieu de résidence et instruction	A reçu au moins une injection antitétanique	Surveillance prénatale*		Surveillance à l'accouchement**		Vaccinations***	
		Médecin	Infirmier / Sage-femme	Médecin	Infirmier / Sage-femme	Toutes	Aucune
<i>Abidjan</i>							
EDS-I	90,3	14,3	83,0	8,0	73,6	62,5	3,5
EDS-II	84,7	9,9	86,8	8,1	74,3	73,3	1,0
<i>Ensemble urbain</i>							
EDS-I	88,2	9,0	87,3	5,0		58,4	6,4
EDS-II	86,9	10,6	85,4	6,2	72,9	69,6	2,6
<i>Ensemble rural</i>							
EDS-I	68,7	1,6	74,9	0,6	29,0	29,1	24,3
EDS-II	69,8	2,4	76,0	1,2	30,8	41,8	12,1
<i>Sans instruction</i>							
EDS-I	69,2	2,0	76,4	0,7	36,3	32,7	22,6
EDS-II	70,0	2,8	76,0	1,4	36,3	41,0	12,6
<i>Primaire</i>							
EDS-I	84,7	4,9	86,2	2,6	52,8	49,9	8,8
EDS-II	83,3	6,1	86,1	3,4	55,9	62,7	3,5
<i>Secondaire ou +</i>							
EDS-I	94,7	18,3	79,5	11,9	69,5	71,1	2,5
EDS-II	92,3	20,3	79,4	13,3	70,3	88,9	0,0
<i>Ensemble</i>							
EDS-I	75,3	4,1	79,1	2,1	43,3	40,5	17,3
EDS-II	75,3	5,0	79,0	2,8	44,1	50,7	9,1

Source : EDS-I : N'cho *et al.*, 1995 ; EDS-II : ministère de la Planification et du Développement *et al.*, 1999.

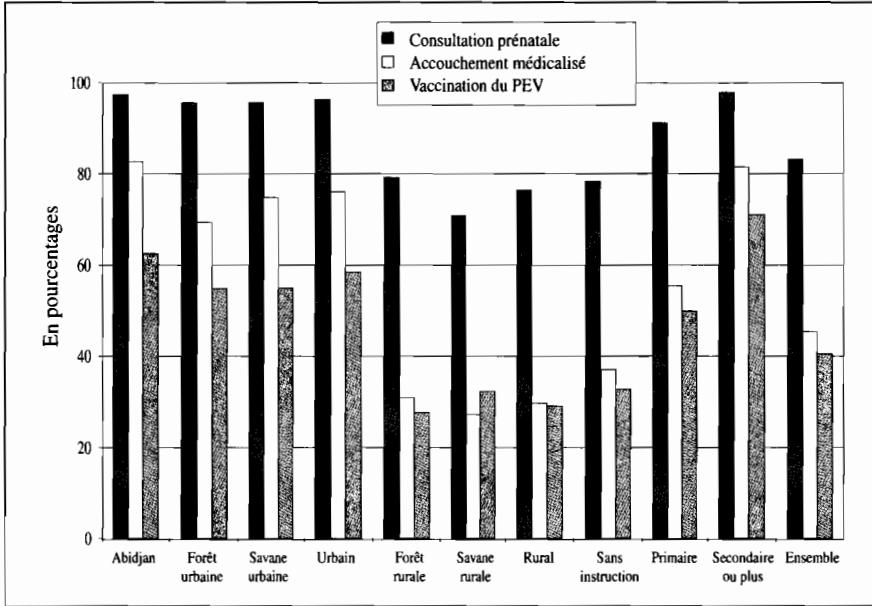
* Type de personne consultée par la mère durant la grossesse pour les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête.

** Type d'assistance lors de l'accouchement pour les naissances survenues les trois et cinq années précédant l'enquête.

*** Vaccinations du PEV (BCG, DTCOQ 3 injections, polio et rougeole).

Figure 7

Surveillance prénatale (au moins une visite), surveillance médicalisée à l'accouchement et vaccinations complètes du PEV des enfants selon le milieu de résidence et l'instruction (EDS-II, 1998-1999)



réalité, pour plusieurs raisons : d'une part, l'adhésion au SIG a été variable selon les structures sanitaires et la mise en œuvre de ce système d'information a débuté seulement début 1995. D'autre part, pour un certain nombre de pathologies, le recours aux soins de type biomédical n'est pas forcément la règle générale, et d'autres pratiques thérapeutiques peuvent être utilisées : recours à la médecine traditionnelle en consultant des thérapeutes ; automédication familiale en recourant à des produits pharmaceutiques ou à la pharmacopée traditionnelle. Ainsi, pour certaines maladies, dont il convient d'interpréter la cause ou pour lesquelles l'identification renvoie à un traitement précis, les soins se feront-ils essentiellement par consultation de thérapeutes ou par une automédication familiale.

Il importe donc de relativiser les résultats quant à l'incidence de certaines pathologies selon les régions et les districts. En effet, la sur-représentation dans certains districts ne signifie pas forcément une plus forte prévalence de la maladie mais une plus grande fréquentation des structures de soins quelle que soit la pathologie considérée, fréquentation qui dépend étroitement des infrastructures médicales disponibles (tableau 17).

Tableau 17

**Incidence de certaines maladies chez les enfants de moins de cinq ans
par district en 1997 (pour 1000)**

Régions	Districts	Diarrhée	Infections respiratoires aiguës	Rougeole	Coqueluche
Centre	Dimbokro	95,5	184,0	2,1	0,3
	Yamoussoukro	51,8	104,8	2,6	0,2
Centre-Nord	Dabakala	33,2	91,4	0,5	0,2
	Bouaké	47,3	101,9	1,0	0,3
Centre-Ouest	Daloa	42,5	76,1	1,3	0,2
	Bouaflé	56,7	97,0	1,3	0,4
	Issia	39,8	68,2	1,4	0,7
	Gagnoa	45,6	199,3	1,9	1,6
Est	Abengourou	55,2	122,3	1,3	0,0
Nord	Boundiali	32,6	67,1	2,7	1,0
	Korhogo	56,5	192,7	1,1	0,3
	Ferké	46,4	86,4	0,7	0,1
Nord-Est	Bouna	38,1	71,7	2,6	0,2
	Bondoukou	41,5	79,6	1,9	0,6
Nord-Ouest	Odienné	29,7	95,3	1,0	0,1
	Touba	35,7	77,0	2,8	0,2
	Séguéla	44,3	69,1	1,6	0,2
Ouest	Man	46,9	73,8	2,2	0,4
	Danané	48,9	86,0	4,7	0,7
	Guiglo	39,0	76,8	1,3	0,2
Sud	Adzopé	50,6	106,2	2,2	0,3
	Tiassalé	69,6	133,1	2,5	0,1
	Abidjan	48,1	105,5	4,3	0,2
	Aboisso	110,4	170,5	2,1	0,0
	Divo	35,0	47,7	1,3	1,2
Sud-Ouest	Soubré	18,9	41,1	1,1	0,3
	Tabou	42,1	70,1	1,6	0,9
	Sassandra	34,2	51,6	4,3	1,6
	San Pédro	46,1	57,3	1,5	1,1
Ensemble Côte d'Ivoire		47,4	99,4	2,4	0,4

Source : ministère de la Santé, 1997.

Chez les enfants, l'incidence des maladies diarrhéiques est élevée (47,4 pour mille pour l'ensemble du pays) et connaît de fortes fluctuations par district (18,9 pour mille dans le district de Soubré et 110,4 pour mille dans celui d'Aboisso). À l'exception des districts de Dabakala, Man, Abidjan et Aboisso, où l'incidence des maladies diarrhéiques a baissé de 1995 à 1997, dans les autres districts elle a augmenté et ce sont les districts de Dimbokro (56,1 %) et de Tiassalé (46,7 %) qui ont connu les plus fortes augmentations (ministère de la Santé, 1997). C'est ainsi que l'on assiste à une augmentation de l'incidence de ces maladies qui passe de 42,7 % en 1995 à 47,4 % en 1997.

Les données de l'EDS de 1998-1999 relatives à la morbidité des enfants montrent que 21 % des enfants de moins de cinq ans et 26 % des enfants de moins de trois ans ont eu au moins un épisode diarrhéique durant les deux semaines précédant l'enquête ; cette prévalence étant particulièrement élevée chez les enfants en bas âge : 30 % chez les enfants de 6-11 mois et 34 % chez ceux de 12 à 23 mois. Les comportements thérapeutiques face à cet état morbide illustrent bien la fréquentation sélective des centres de santé pour certaines pathologies. Ainsi, selon les données de 1994, dans près d'un quart des cas seulement la mère a conduit son enfant en consultation médicale et 18 % d'entre eux n'ont reçu aucun traitement. Par contre, 41 % des enfants ont reçu un médicament traditionnel et 27 % une automédication ; en outre, malgré une assez bonne connaissance de la technique de réhydratation orale par les mères, un enfant sur deux (48 %) n'a bénéficié d'aucun type de réhydratation.

Les infections respiratoires aiguës sont également une cause importante de morbidité des enfants, avec une incidence de 99 pour mille sur le plan national en 1997 alors qu'elle était de 74 pour mille en 1995. Ces maladies, tout comme les maladies diarrhéiques, ont connu une augmentation de leur incidence de 15,9 % et présentent des fluctuations par district de cette incidence. Ainsi, celle-ci varie de 41 pour mille à Soubré à 193 pour mille à Korhogo. Quant à la rougeole, son incidence estimée par le SIG est passée de 8 pour mille en 1995 à 2 pour mille en 1997, avec également d'importantes disparités par district mais aussi une incidence mensuelle très variable : elle a ainsi atteint au deuxième trimestre de 1997 un niveau extrêmement faible n'excédant pas 10 pour 100 000 dans 11 régions.

Une cause importante de morbidité et de mortalité des enfants en Côte d'Ivoire est la malnutrition. En consultation curative, chez les enfants de moins de cinq ans, la prévalence de la malnutrition diagnostiquée est de 8,1 pour mille en 1997 et en consultations préventives dans les PMI la prévalence de l'indice de malnutrition (poids/âge) est de 4,5 %. Là également les données enregistrent d'importantes fluctuations régionales qui peuvent s'expliquer, entre autre, par l'accès à l'alimentation, « les enfants du milieu rural

présentent une insuffisance pondérale et un retard de croissance très nettement supérieurs à ceux résidant en zone urbaine » (Ncho *et al.*, 1995).

Ces quelques indicateurs révèlent un état de santé peu satisfaisant pour les enfants, tout spécialement dans certaines zones. La situation pourrait pourtant considérablement s'améliorer par des progrès de la prévention dans le cadre d'un suivi prénatal et postnatal, en particulier par une augmentation de la couverture vaccinale. Cette couverture est en effet moyenne, estimée à 51 % (EDS 1998-1999) avec des différences selon les vaccins : BCG (83,7 %), la polio et le DTCoq (61 % pour les trois doses) et rougeole (66 %). En définitive, la moitié des enfants de 12 à 23 mois ont reçu toutes les vaccinations prescrites par le Programme élargi de vaccination (PEV), mais 9,1 % n'en ont reçu aucune. Ceci montre un progrès par rapport au début de la décennie où seulement 40 % des enfants avaient reçu toutes les vaccinations recommandées par le PEV et 17 % aucune (N'Cho *et al.*, 1995). De fortes inégalités subsistent cependant selon le milieu de résidence : à Abidjan, 73 % des enfants ont reçu toutes leurs vaccinations et seulement 1 % aucune, par contre en milieu rural seulement 42 % les ont toutes reçues mais 12 % n'en ont reçu aucune (ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999).

D'après les données du SIG, plus d'un enfant sur deux âgé de moins d'un an (57 %) a reçu la troisième dose de vaccination pour le DTCoq ; c'est en moyenne 57,8 % des enfants de moins d'un an qui ont été vaccinés contre la rougeole, 63,4 % contre le BCG et 49,1 % contre la fièvre jaune. Cette couverture vaccinale est, elle aussi, très variable selon les zones, des campagnes ponctuelles permettant souvent une amélioration notable dans certaines régions. Il convient de noter à ce sujet l'importance des antennes de santé mobiles pour assurer le suivi vaccinal, particulièrement dans les zones où la chaîne du froid nécessaire à la conservation des vaccins ne peut être assurée.

Ces quelques données sur la santé de la mère et des enfants montrent de grandes inégalités dans la couverture sanitaire et les difficultés d'accès aux soins. D'importants efforts doivent être faits pour améliorer la santé des femmes et de leurs enfants. L'amélioration des conditions sanitaires entourant les enfants en milieu rural apparaît tout particulièrement nécessaire, tant en ce qui concerne le suivi des grossesses, l'aide médicalisée à l'accouchement (qui se fait encore dans 70 % des cas au domicile de la mère) et le respect du Programme élargi de vaccination.

En ce domaine, l'objectif du Plan national de développement sanitaire (PNDS) à l'horizon 1996-2005 est « d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population ». Mais des actions spécifiques doivent être entreprises au niveau de la santé

de la reproduction. Ainsi, est-il prévu une réduction de la mortalité infantile d'un tiers, et de celle des enfants de moins de 5 ans de 5,2 % par an, en réduisant les principaux facteurs de risque de morbidité et en visant une couverture vaccinale de 80 %. Quant à la mortalité maternelle, les objectifs fixés sont un progrès annuel de 4,5 % pour atteindre 200 décès pour cent mille naissances en 2008. Dans le domaine de la planification familiale, qui devrait contribuer à la santé des mères et de leurs enfants, il est prévu d'améliorer le taux de prévalence contraceptive moderne de 4 à 14 % en 5 ans et de couvrir les besoins des jeunes à 70 % (ministère de la Santé, 1996). Selon le Programme de planification familiale, 11 % des femmes de 15 à 49 ans en union ont eu recours à une méthode contraceptive en 1995, toute méthode confondue, et la prévalence contraceptive est estimée en 1994 à 11 % chez les femmes et 20 % chez les hommes : l'impact de ce programme reste donc très limité (ministère de la Santé, 1995).

Ces objectifs en matière de santé de la reproduction sont tout à fait justifiés mais ils supposent, pour être atteints, une amélioration de l'accessibilité aux soins en terme géographique comme économique, une meilleure sensibilisation aux questions de santé mais surtout une amélioration du statut des femmes. En effet, les femmes ne bénéficient pas toujours de l'autonomie de décision quant aux conduites à adopter pour leur propre santé et celle de leurs enfants car elles sont souvent contraintes par leur environnement familial. Leur moindre accès à l'instruction, 68 % des femmes sont analphabètes contre 48 % d'hommes, contribue à les maintenir dans des positions de dépendance et limite leurs possibilités d'accès au marché de l'emploi moderne. Dans le même temps, leur moindre accès au crédit limite leurs possibilités de développement d'activités informelles dans l'artisanat et le commerce comme dans la transformation et la vente de produits agricoles, facteur d'acquisition d'une certaine autonomie.

L'épidémie de VIH/sida et ses conséquences

Compte tenue de l'ampleur de l'épidémie de VIH/sida, qui touche le continent africain plus durement que tous les autres continents, et tout particulièrement la Côte d'Ivoire, bien que celle-ci se trouve moins atteinte que d'autres pays d'Afrique de l'Est et australe, la lutte contre le sida et la prise en compte de ses multiples conséquences est une des priorités aujourd'hui en matière de politique de santé et de développement (Desgrées du Loû et Vimard, 2000).

Estimation de la prévalence et des conséquences démographiques de l'épidémie de VIH/sida

Les données récentes font de la Côte d'Ivoire le pays le plus touché en Afrique de l'Ouest, mais il est difficile de connaître l'ampleur exacte de

l'épidémie dans la mesure où le nombre de cas notifiés officiellement par le ministère de la Santé (37778 cas de 1987 à 1996 dont 5935 pour la seule l'année 1996) ne représente qu'une faible partie de l'effectif réel de personnes vivant avec le VIH. La majorité des cas demeure non notifiée et même non diagnostiquée, mais il est difficile de connaître la véritable sous-estimation. Le programme national de lutte contre le sida (PLNS) estime par exemple (PLNS, 1997) que les effectifs notifiés représentent de 4 à 6 % du nombre total de cas et 7 % du nombre de nouveaux cas en 1996, ce qui nous donnerait un effectif de personnes vivant avec le VIH proche de 800000 et environ 85000 nouveaux cas annuels en 1997. Les Nations unies estiment que 390000 adultes vivent avec le VIH en 1994, ce qui représente un taux de prévalence de 5,6 % (United Nations, 1998), l'Onusida et l'OMS (1998) indiquant une prévalence chez les 15-49 ans de 10 %.

La diffusion et les conséquences de l'épidémie sur le niveau de la mortalité sont également sujettes à discussion. Si le PLNS (1997), sur la base de ses estimations et de l'hypothèse d'une croissance continue de l'épidémie, prévoit que le nombre annuel de décès dus au sida serait de 130000 en 2005 (sur la base de 2500 décès hebdomadaires), les Nations unies estimaient, en 1996, que ces décès seraient en moyenne de 42000 par an durant la période 2000-2005 conduisant à une augmentation du taux de mortalité à 12,9 pour mille, contre 10 pour mille en l'absence de VIH/sida (United Nations, 1998). Au-delà des divergences quant à l'ampleur actuelle de l'épidémie, des écarts importants caractérisent les hypothèses d'évolution : les uns estimant qu'après une croissance exponentielle on va assister à une évolution linéaire continue et rapide du nombre de nouveaux cas et de décès, les autres que la croissance linéaire sera plus lente et qu'elle tendra à décliner à partir des années 2005. Dans le premier cas, l'espérance de vie à la naissance se trouve durablement affectée par l'épidémie et elle pourrait être comprise en l'an 2000 entre 43,1 ans et 45,3 ans (PLNS, 1997) ; dans l'autre cas, l'espérance de vie après une certaine stagnation autour de 52 ans en l'an 2000 reprendrait peu à peu sa progression pour gagner entre 2 et 3 ans tous les 5 ans, soit une espérance de vie de 61 ans en 2018, avec un taux de mortalité inférieur à 10 pour mille (United Nations, 1998). On constate ici combien les estimations des conséquences démographiques de l'épidémie divergent.

Les conséquences socio-économiques et sanitaires de l'épidémie de VIH/sida

Quelle que soit la diffusion de l'épidémie, plus ou moins rapide et plus ou moins prolongée, ses conséquences socio-économiques et sanitaires sont dramatiques et elles affectent toutes les couches sociales et tous les groupes

professionnels de la population, même si l'on peut déceler quelques inégalités devant l'épidémie. Par exemple, à Abidjan, on note une corrélation entre l'augmentation de la mortalité et le type d'habitat : les communes d'habitat évolutif sont les plus touchées, les couches sociales moyennement défavorisées qui y vivent apparaissant davantage affectées que les couches les plus favorisées ou, au contraire, celles les plus défavorisées (Garenne *et al.*, 1995). Notons également que l'épidémie touche aujourd'hui presque autant les femmes que les hommes : le ratio de personnes touchées par le VIH est de 1,5 homme pour une femme (contre 4,8 hommes pour une femme en 1988). Dans la mesure où le mode de transmission du VIH en Côte d'Ivoire, comme dans les autres pays africains, est principalement sexuel, les populations les plus atteintes se trouvent dans les groupes d'âge 15-64 ans, soit à un âge de grande productivité économique. Les femmes sont touchées un peu plus jeunes que les hommes et la transmission mère-enfant concerne 25 % des naissances (Adjaorlolo-Johnson *et al.*, 1994). Et, en 1997, la prévalence de l'épidémie chez les femmes enceintes est estimée entre 8,7 % et 10,2 % à l'échelle nationale : de 12,5 % à 14,2 % en milieu urbain, de 6,3 % à 7,6 % en milieu rural (PLNS, 1997).

L'impact de cette maladie sur les enfants, qui dépasse largement les questions sanitaires, est donc bien réel. En effet, si la part de la mortalité infantile (avant 1 an) et même juvénile (de 1 à 4 ans) imputable au sida reste encore relativement faible, d'après les connaissances, il convient cependant de s'interroger sur l'effet du VIH sur l'état de santé des enfants qui en sont infectés. Une étude menée dans un centre accueillant des enfants séropositifs a montré que deux tiers des enfants souffraient de malnutrition et « chez l'enfant séropositif, le pronostic vital a été associé à la baisse des indices poids/âge et taille/âge qui constituent deux témoins d'une malnutrition chronique » (Beau et Imoua Coulibaly, 1997). Ainsi, on estime pour 1998 à 14 000 cas le nombre de sida pédiatrique, à 120 000 le nombre d'enfants infectés par le VIH et à 282 000 le nombre d'enfants orphelins (Aids Analysis Africa, 1997)⁸. Ceci pose dans l'immédiat la question de la prise en charge affective et économique de tous ces enfants, à la charge de la solidarité familiale et de l'ensemble de la communauté nationale, puis, à terme, celle de leur santé et de leur survie compte tenu de leur vulnérabilité à l'affection par le VIH (PLNS, 1997)

À cause de l'épidémie, les ménages sont confrontés à une croissance importante de leurs dépenses de santé au moment où la personne malade, souvent le chef de famille, doit diminuer ou cesser son activité. La sécurité

8. Une autre estimation affirme que le nombre d'orphelins dus au sida serait compris entre 380 000 et 405 000 en 1997 et entre 811 000 et 970 000 en 2005 (PLNS, 1997).

alimentaire de l'ensemble du ménage et l'éducation des enfants s'en trouvent ainsi durablement affectées (Delcroix et Guillaume, 1997 ; PLNS, 1997).

Le système de santé, quant à lui, doit faire face à un accroissement rapide du nombre de personnes infectées qui ont besoin de soins. En outre, l'effet de l'épidémie du sida sur la tuberculose est indéniable et entraîne un risque croissant d'infection dans la population générale. D'une manière générale, l'épidémie perturbe les programmes de santé, tout particulièrement la lutte contre la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies diarrhéiques, les soins prénatals et les campagnes de vaccination.

Ainsi, les conséquences de l'épidémie de sida sont à considérer dans toute politique sérieuse de santé publique comme dans toute politique sociale qui se doivent de prendre des mesures urgentes face à la progression de la maladie. Les efforts devraient porter sur la prise en charge sanitaire (traitement des infections opportunistes, lutte contre la transmission mère-enfant, etc.), psychologique et sociale du malade, en considérant qu'avec un malade touché c'est toute une cellule familiale qui se trouve atteinte. Les efforts doivent également porter sur des campagnes de prévention massive afin d'empêcher la diffusion de l'épidémie de prendre les dimensions massives prévues dans certaines estimations. Enfin, les scientifiques et les spécialistes de santé publique se rendent compte de la grande incertitude qui entoure l'épidémie : prévalence actuelle, rythme et profil de la diffusion à court et moyen terme, effet sur la fécondité et la mortalité générale, etc. La grande ignorance qui prévaut sur cette question essentielle du sida, qui touche à la survie même des populations, rend impératif la mise en œuvre d'une étude épidémiologique et démographique d'envergure seule à même d'apporter rapidement une amélioration décisive de nos connaissances en vue d'éclairer les interventions.

Migration et croissance urbaine

La Côte d'Ivoire, comme l'ensemble de l'Afrique, a connu depuis les années 1950 une importante mobilité spatiale de la population et une forte croissance démographique des villes, et cela d'autant plus qu'elle a été le lieu d'accueil d'un puissant mouvement migratoire en provenance des pays voisins. Avant de situer, dans le chapitre 4, le rôle de cette mobilité dans le développement de l'économie de plantation, nous examinerons ici deux aspects majeurs de ces mouvements : les migrations internationales et la croissance urbaine.

Les migrations internationales

Les enquêtes « migration et urbanisation » du réseau Remuao et l'Enquête ivoirienne sur les migrations et l'urbanisation (Eimu) réalisée dans ce cadre

Tableau 18

**Migration (effectif en milliers) et indices d'intensité migratoire (en %)
entre la Côte d'Ivoire et les pays francophones d'Afrique de l'Ouest,
période 1988-1992**

		Burkina Faso	Guinée	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal	Total
Immigration	effectif	383	38	166	8	67	18	679
	intensité	4,52	0,73	2,33	0,50	0,96	0,26	
Émigration	effectif	380	24	117	3	47	13	583
	intensité	4,48	0,45	1,64	0,22	0,67	0,18	
Solde	effectif	3	14	49	5	20	5	96

Source : Bocquier et Traore, 1996.

en 1993, qui fournissent les données les plus récentes sur le sujet, montrent que la Côte d'Ivoire occupe une place primordiale dans les flux migratoires entre les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Bocquier et Traore, 1996). Elle représente le principal centre de gravité de la région avec 1 409 000 migrations internationales qui lui sont destinées ou qui en proviennent, soit 57 % de l'ensemble des migrations internationales concernant ces pays. La Côte d'Ivoire bénéficie d'un solde positif avec tous les pays considérés ; ce solde est important avec le Mali et, dans une moindre mesure, le Niger et la Guinée, et nettement plus faible avec les autres pays (Sénégal, Mauritanie et Burkina Faso) (tableau 18).

Cette prédominance de la Côte d'Ivoire dans le système migratoire sous-régional correspond à un solde de 96 500 migrants durant la période 1988-1992 pour la population âgée de 15 ans et plus, représentant lui-même la moitié environ du solde des migrations internationales de la Côte d'Ivoire lors de cette période, soit un solde total de 200 000 migrants en 5 années et de 40 000 migrants annuellement. Cette donnée contraste avec la situation de la fin de la décennie 1970 où l'on avait pu enregistrer un solde annuel de 98 000 migrants lors de l'EPR de 1978-1979, avec notamment un solde de 40 000 migrants avec le Burkina Faso (la Haute Volta à l'époque), correspondant à une émigration burkinabè importante dès la fin des années 1960 (Ahonzo *et al.*, 1984), alors que l'équilibre entre ces deux pays est pratiquement réalisé en 1988-1992. Ainsi la Côte d'Ivoire a-t-elle en 1988-1992 un taux de migration nette de 0,53 % avec l'ensemble du monde (et de 0,28 % avec les pays francophones d'Afrique de l'Ouest) contre 1,3 % en 1978-1979.

Le ralentissement de la croissance migratoire de la Côte d'Ivoire provient essentiellement de l'équilibre nouveau des flux migratoires avec le Burkina Faso. Cet équilibre, contrairement à ce qui est souvent affirmé, ne correspond pas à l'apparition à cette époque d'un mouvement de retour des migrants burkinabè vers leur pays d'origine, qui est une donnée constante des échanges migratoires entre les deux pays, mais semble au contraire davantage procéder d'une baisse plus importante des flux d'arrivée que de ces mouvements de départ, dans le cadre d'un ralentissement général de la mobilité entre ces deux pays. On note en effet une chute de près de 50 % des flux d'arrivée contre une diminution de 25 % seulement des mouvements de départ⁹ : arrivées annuelles en 1978-1979 : 146 195 ; en 1988-1992 : 76 600 ; départs annuels en 1978-1979 : 105 615 ; en 1988-1992 : 76 000.

L'évolution de ces mouvements entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire sera déterminante dans la balance migratoire ivoirienne future, compte tenu de l'importance de ceux-ci dans l'ensemble des échanges avec l'étranger. La reprise économique et l'amélioration de la situation de l'économie de plantation depuis 1995 pourraient constituer des éléments favorables à une reprise de l'immigration, burkinabè notamment, et à une diminution des mouvements de retour vers le Burkina. Cependant, il faut compter avec l'influence du contexte international et la diffusion des politiques de restriction en matière d'immigration en œuvre dans plusieurs pays développés ou moins développés. Le contexte social et économique en Côte d'Ivoire n'est pas non plus favorable à une reprise sensible de l'immigration, dans la mesure où la crise puis la reprise de l'économie ont suscité un changement des mécanismes de redistribution de la richesse, avec une avancée de la différenciation socio-économique entre les groupes de population et des inégalités avec une progression notable de la pauvreté et de la précarité.

La croissance urbaine

La part de la population urbaine¹⁰ s'est accrue de manière considérable en Côte d'Ivoire au cours de ce siècle, alimentée par les migrations internes et internationales. Estimée à 2,1 % en 1921, elle est passée de 22,3 % en

9. Cette comparaison est à manier avec précaution et demande à être affinée dans la mesure où les données de 1978-1979 concernent l'ensemble de la population et la mesure des migrants ; au contraire, celles de 1988-1992 concernent la population de 15 ans et plus et la mesure des migrations, caractéristiques qui l'une sous-estime et l'autre surestime le chiffre réel des migrants de cette dernière période.

10. Selon la définition utilisée en Côte d'Ivoire, il s'agit de la population vivant dans des localités de plus de 10 000 habitants ou dans des localités ayant entre 4 000 et 10 000 habitants dont au moins la moitié des chefs de ménage ont une activité non agricole. Ceci représente 68 localités au recensement de 1988, dont nous utiliserons les données, dans la mesure où celles du recensement de 1998 ne sont pas disponibles au moment de la rédaction de cet ouvrage.

1965 à 35 % en 1975 et 39 % en 1988 (tableau 2). Et les estimations les plus récentes font état d'une urbanisation de 40,3 % en 1993, lors de l'Eimu, et de 43 % en 1995 (PNUD, 1998). La croissance urbaine a été particulièrement rapide durant les décennies 50, 60 et 70, où elle était comprise entre 8 et 10 % par an. Elle s'est ensuite ralentie, durant les années quatre-vingt, à 5 % annuellement, sous l'effet de deux données principales. Tout d'abord, un mécanisme purement démographique : au fur et à mesure que le déséquilibre entre populations rurales et urbaines se faisait moins net, le poids relatif de l'exode rural par rapport à la population des villes s'atténue, ce qui contribue à diminuer l'accroissement migratoire total, bien que les centres urbains, et en particulier la ville d'Abidjan, continuent d'être la destination préférée des migrants ruraux. Ensuite, une donnée économique avec la récession qui a restreint le marché de l'emploi urbain et les flux d'arrivée, tout en conduisant à des mouvements de retour au village de jeunes, ne pouvant trouver de travail, et à des mouvements de retour au pays d'étrangers ayant perdu leur emploi. Ainsi, de 1988 à 1993, trois émigrés internationaux sur cinq quittent la Côte d'Ivoire à partir des centres urbains, et Abidjan connaît le plus fort taux d'émigration¹¹ vers l'étranger (0,49 %) de toutes les régions ; les émigrés quittant cette ville représentent près du tiers des émigrés durant cette période (Eimu, 1996).

Les populations urbaines sont jeunes, 56 % ont moins de 20 ans en 1988, et se caractérisent par un excédent d'hommes entre 25 et 75 ans, résultat de l'immigration des actifs masculins en provenance du milieu rural ivoirien et des autres pays africains. Par contre, on relève de 10 à 24 ans une prédominance féminine liée à la mobilité des jeunes filles confiées par leurs parents à des fins de scolarisation ou comme « petites bonnes », et des jeunes femmes venues en ville à la recherche d'un emploi ou d'un mari (Adje, 1991).

Trois types de villes peuvent être circonscrits au plan démographique : celles de moins de 100 000 habitants, au nombre de soixante-trois ; celles dont la population est comprise entre 100 000 et 350 000 habitants, au nombre de quatre¹² ; et, enfin, Abidjan qui demeure la principale ville ivoirienne, au plan économique et administratif, bien qu'elle ait perdu son statut de capitale politique du pays. Ayant connu, durant plus de vingt ans (de 1955 à 1978), un taux de croissance annuel moyen voisin de 10 % (dont 6 à 7 % provenaient de l'accroissement migratoire¹³), elle représente, en 1988, avec

11. Le taux d'émigration représente le rapport entre le nombre d'émigrés par région, durant la période, et la population moyenne de la région.

12. Il s'agit de Bouake (330 000), Daloa (122 000), Korhogo (109 000) et Yamoussoukro (107 000), la capitale politique.

13. Au recensement de 1988, 59 % de la population de la ville n'y étaient pas nés, 36 % étant nés dans les différentes régions de Côte d'Ivoire hors d'Abidjan et 23 % à l'étranger.

Tableau 19

**Répartition (en %) des ménages de migrants ivoiriens et étrangers
selon le milieu de résidence, 1993**

Nationalité	Abidjan	Villes principales	Villes secondaires	Milieu rural	Ensemble	Effectif
Ivoiriens	25,0	11,9	11,8	51,3	100,0	1 140 123
Étrangers	24,0	13,1	12,1	50,7	100,0	779 275
Total	24,6	12,4	11,9	51,1	100,0	1 919 399

Source : d'après Eimu, 1993.

1 929 000 habitants¹⁴, 18 % de la population totale de la Côte d'Ivoire et 46 % de la population urbaine, avec des caractéristiques semblables à celles de l'ensemble du milieu urbain : une majorité de la population a moins de 20 ans et on note une prédominance féminine de 5 à 24 ans et masculine ensuite.

La croissance urbaine est inséparable des mouvements migratoires et il est intéressant de remarquer que l'attraction qu'exercent les différents milieux urbains et le milieu rural varie très peu selon l'origine des migrants, chacun de ces milieux ayant une capacité intrinsèque d'attraction quelle que soit la population concernée. En effet, on constate que la répartition des milieux de résidence des migrants ivoiriens est similaire à celle des migrants étrangers. Le milieu rural attire un peu plus d'un migrant sur deux (51 % exactement), Abidjan pratiquement un sur quatre (25 % des nationaux et 24 % des étrangers), et les villes principales, d'une part, et secondaires¹⁵, d'autre part, de 12 à 13 % (tableau 19).

Le devenir de la transition démographique

Le niveau de transition selon les caractéristiques socio-économiques

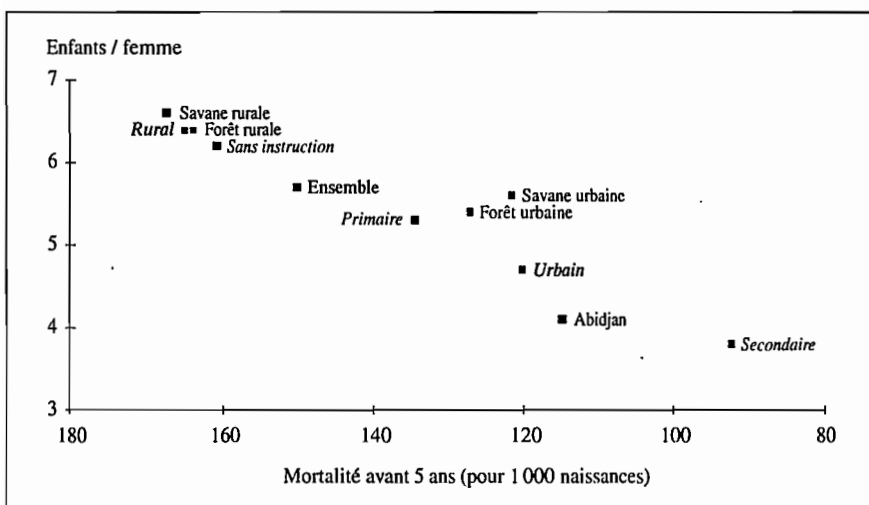
Si la baisse de la fécondité et celle de la mortalité concernent l'ensemble des populations ivoiriennes, elles les affectent inégalement. Trois ensembles relativement homogènes peuvent être distingués pour les années 1989-1994 (figure 8 ; tableau annexe 1.4).

14. Cette ville dépasse aujourd'hui les 2 millions d'habitants et se situe au 10^e rang en Afrique quant à son effectif de population.

15. Les villes principales comprennent les chefs-lieux des régions, sauf Abidjan classée à part, auxquels ont été ajoutées deux villes importantes : Divo et Gagnoa ; en conséquence, ces villes principales sont les suivantes : Abengourou, Bouaké, Bondoukou, Daloa, Divo, Gagnoa, Korhogo, Man, Odienné, San-Pédro, Yamoussoukro.

Figure 8

Fécondité et mortalité dans l'enfance selon le milieu d'habitat, la zone de résidence et le niveau d'instruction en Côte d'Ivoire
(indice synthétique de fécondité 1989-1994 pour les femmes de 15-49 ans et quotient de mortalité avant 5 ans pour la période 1984-1994)



Source : EDS-I, N'Cho *et al.*, 1995.

Le premier ensemble comprend les populations rurales et celles sans instruction qui conservent une fécondité et une mortalité élevées : plus de 6 enfants par femme et une mortalité des enfants de moins de cinq ans supérieure à 160 pour mille. Le deuxième ensemble comprend les populations urbaines de la forêt et de la savane et celles de niveau primaire, qui sont engagées dans une première phase de baisse de la fécondité avec un niveau proche de 5,5 enfants et une mortalité dans l'enfance moins élevée comprise entre 120 et 140 pour mille. Le troisième ensemble comprend les populations d'Abidjan et celles de niveau secondaire et supérieur : celles-ci se caractérisent par une transition de la fécondité plus affirmée, avec un ISF proche de 4 enfants, et une mortalité dans l'enfance plus faible que celle des autres ensembles (93 pour mille pour les enfants des femmes d'instruction secondaire, mais encore 115 pour mille à Abidjan).

Les facteurs de la transition démographique

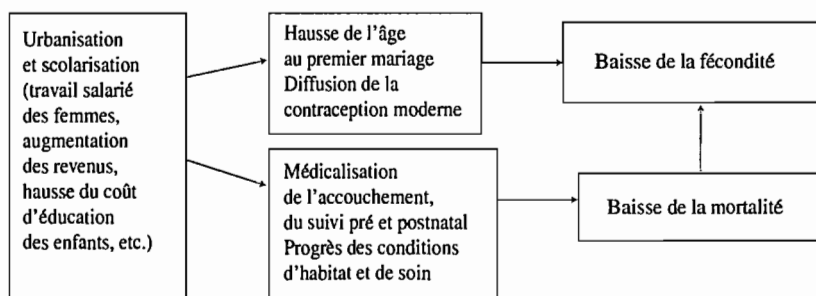
En Côte d'Ivoire, l'urbanisation et la scolarisation sont des facteurs importants de baisse de la fécondité et de la mortalité et par conséquent de transition démographique¹⁶. L'urbanisation et la scolarisation sont en effet syno-

nymes d'un changement progressif des conditions socio-économiques avec l'accroissement du travail salarié des femmes, l'augmentation des revenus, la hausse du coût d'éducation des enfants, l'amélioration de l'accès aux infrastructures sanitaires, etc. Nous avons constaté au cours de cette analyse combien la fécondité et la mortalité sont plus basses en ville qu'en milieu rural et plus faibles pour les mères instruites que pour les femmes sans instruction. Mais nous avons également vérifié que les éléments constitutifs de la transition démographique sont plus marqués à Abidjan que dans les autres villes du pays et pour les femmes d'instruction secondaire et supérieure que pour les femmes d'instruction primaire. L'urbanisation demande par conséquent une certaine intensité et la scolarisation une certaine durée pour être des facteurs affirmés de transition, ce qui est conforme aux analyses réalisées pour d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

L'urbanisation et la scolarisation interviennent par l'intermédiaire de facteurs différents selon qu'ils agissent sur la fécondité et la mortalité. Elles agissent sur la fécondité essentiellement par la hausse de l'âge au premier mariage et la croissance de la pratique contraceptive moderne et de l'avortement provoqué. Sur la mortalité, elles interviennent en favorisant la médicalisation du suivi des grossesses, des conditions de l'accouchement et du suivi postnatal comme l'amélioration des conditions d'habitat et de soin au quotidien (figure 9).

Figure 9

Schéma des facteurs de la baisse de la fécondité et de la mortalité



16. La part de la population urbaine (c'est-à-dire vivant dans des localités de plus de 5000 habitants selon la définition utilisée en Côte d'Ivoire) est passée de 22,3 % en 1965 à 35 % en 1975 et à 39 % en 1988. Le taux de scolarisation est passé de 42,7 % en 1975 à 54,6 % en 1988, mais la progression a été plus forte en milieu urbain (de 57,8 à 70,7 %) qu'en milieu rural (de 36,4 à 44 %), ce qui a accru les inégalités initiales.

La transition démographique va donc se poursuivre par un triple mouvement. Le premier est d'ordre socio-économique et concerne la croissance de la population urbaine et les progrès de la scolarisation féminine, mais aussi masculine, qui suscitent globalement une baisse de la demande d'enfants (c'est-à-dire du nombre total d'enfants souhaité par les parents). Le deuxième est de nature comportementale et repose sur la diffusion croissante dans ces populations urbaines et scolarisées de nouveaux comportements : recul de l'âge au premier mariage, utilisation de moyens modernes de contraception, médicalisation du suivi prénatal et postnatal, éléments qui raccourcissent la durée d'exposition au risque de concevoir et permettent aux parents de traduire en acte la diminution de leur demande d'enfants. Le troisième consistera dans la diffusion dans des milieux non encore concernés (populations rurales ou/et non scolarisées) de ces comportements novateurs : diffusion qui interviendra d'une part, par un phénomène d'imitation des couches sociales novatrices, au fur et à mesure que celles-ci deviendront plus nombreuses, d'autre part, par la progression de l'accès aux infrastructures et aux programmes de santé des populations rurales comme des milieux urbains les plus défavorisés.

Le rythme de baisse de la fécondité et de la mortalité devrait par conséquent dépendre de trois éléments : *a*) le rythme de l'urbanisation et de la scolarisation ; *b*) le changement de comportements de ces milieux urbains et scolarisés ; *c*) la diffusion de ces comportements novateurs à des couches de populations rurales ou non scolarisées. Mais chacun de ces éléments sera lui-même déterminé par des politiques et des programmes de nature différente.

La croissance urbaine, qui dépendra en partie de ce qui se passera en milieu rural et notamment de l'amélioration de la productivité du travail agricole, pourra être impulsée par des politiques d'industrialisation et d'aménagement du territoire, par exemple celles orientées sur le développement des villes moyennes, ainsi que par le développement des activités commerciales et de service. La scolarisation pourrait progresser grâce à des politiques visant à une augmentation des effectifs scolarisés, une répartition plus égalitaire des établissements scolaires sur l'ensemble du territoire national et une amélioration du fonctionnement du système scolaire.

Les changements de comportement de reproduction, des milieux urbains et scolarisés comme des populations rurales, pourront être accélérés par le développement des programmes de planification et de santé familiales et la multiplication des sources privées et publiques d'accès aux moyens contraceptifs. La diffusion des comportements démographiques « novateurs » à toutes les couches de la société pourra être accélérée par des campagnes visant au respect de la législation familiale ivoirienne qui favorise la famille nucléaire monogame, sur le modèle du code Napoléon, et la transmission

des biens en ligne patrilinéaire directe, toutes choses favorables à la réduction de la taille de la descendance (Adjamagbo-Johnson, 1997). En outre, le développement des médias et des voies de communication entre milieux urbains et ruraux, celui des programmes de planification et de santé familiales en milieu rural et, d'une manière générale, tout ce qui favorisera un accès aux services publics de santé maternelle et infantile et aux moyens contraceptifs de la part de populations défavorisées ou non solvables pour les officines privées, jouera un rôle essentiel dans la diffusion de la transition démographique à toutes les couches de la population.

La politique de population

Comme on vient de le voir, les politiques et programmes qui seront instaurés et poursuivis dans les années à venir seront décisifs pour l'orientation démographique de la Côte d'Ivoire. Il apparaît par conséquent nécessaire d'analyser l'évolution suivie par le pays au regard des interventions publiques sur les différentes composantes de l'évolution de la population. L'expérience ivoirienne en matière de politique démographique est très récente. En effet, ce n'est qu'au cours du Conseil des ministres du 7 mars 1997 que le gouvernement a adopté sa Déclaration de politique nationale de population (DPNP) (république de Côte d'Ivoire, 1997) et décidé de la mise en place d'un organe consultatif, le Conseil national de population (Conapo) (voir par exemple *Fraternité Matin*, 8 mars 1997, p. 11). Ceci traduit une évolution tangible d'attitude des leaders politiques ivoiriens vis-à-vis de la gestion des relations entre l'évolution de la population et celle de la société. La Côte d'Ivoire a ainsi rejoint les pays tels que le Kenya (depuis 1966), le Ghana (depuis 1969), le Cameroun (depuis 1985) ou le Sénégal (depuis 1988) qui, bien avant elle, avaient opté officiellement pour une intervention sur l'évolution de la population.

Cependant, parmi les actions de l'État pour promouvoir le développement économique et social au cours des trois décennies précédentes, certaines avaient une incidence directe ou indirecte sur les composantes de l'évolution de la population. Leur examen nous semble important pour saisir les dimensions historiques du contenu de la politique de population (objectifs, modalités d'intervention, mécanismes de coordination et de supervision, etc.) qui se met en place actuellement.

Notre réflexion est basée essentiellement sur une recherche bibliographique. Nous analyserons tout d'abord les perceptions démographiques et les politiques de population au cours des années 1980 avant d'aborder la politique nationale de population. Nous terminerons par l'examen du Programme de planification familiale qui s'est développé parallèlement au processus d'élaboration de cette politique.

Perceptions et politiques de population au cours des années 1980

Examinons les perceptions du gouvernement relatives à diverses questions démographiques vers le milieu des années 1980, date choisie du fait de la disponibilité des données. Selon l'enquête des Nations unies auprès des États membres publiée en 1987 (United Nations, 1987b), le niveau et les tendances des variables telles que la croissance démographique, la mortalité, la fécondité et l'émigration internationale étaient conformes au souhait du gouvernement. En revanche, la distribution spatiale de la population et l'immigration internationale étaient jugées inappropriées pour deux raisons. D'une part, deux villes, Abidjan et Bouaké, concentraient l'essentiel de la population urbaine et, d'autre part, l'exode rural et la mobilité des zones de savane vers celles de la forêt au sud demeuraient importantes. Pour réajuster cette distribution spatiale et l'urbanisation, des mesures telles que le développement régional, la promotion des villes moyennes, la relocalisation des industries, le développement des moyens de transport et de communication ont été mises en œuvre.

Le second problème démographique, l'immigration internationale, résultait du développement rapide de l'économie de plantation et des investissements publics au cours des années 1960 et 1970. Les flux d'immigrations provenaient essentiellement des pays de la CEDEAO, et ce phénomène n'était pas jugé satisfaisant car trop important. Le programme d'ivoirisation des emplois qui a été institué à cet effet visait à remplacer les étrangers par les nationaux.

Si ces deux aspects de la démographie du pays ont été les plus préoccupants et ont fait l'objet de mesures directes, le mouvement naturel et ses composantes ont été influencés par des mesures indirectes. L'accroissement de la population, malgré son niveau élevé (supérieur à 3 % par an au cours des années 1980), était perçu comme satisfaisant par les dirigeants du pays ; ils estimaient qu'il fallait un plus grand nombre d'habitants pour mettre en valeur les ressources encore inexploitées. Pour ces raisons, les responsables avaient opté pour une politique nataliste qui n'avait toutefois pas d'objectifs quantifiés. Le programme d'action visant à favoriser l'augmentation de la population ivoirienne s'est résumé en des actions sur la santé des mères et des enfants, développées dans le cadre des politiques sanitaires et des politiques sociales.

Dans le domaine sanitaire, signalons d'abord la réorganisation du ministère de la Santé publique et de la Population qui a permis la création des Bases de Secteur. Celles-ci, reprenant les Services des grandes endémies et de la médecine sociale, vont tenter de traduire en acte les recommandations adoptées lors de la conférence organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Alma Ata en 1978.

Il faut noter ensuite la mise en œuvre de programmes spécifiques en matière de protection maternelle et infantile et l'augmentation de l'effectif des sages-femmes (1 260 en 1988 contre 781 en 1981). 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 des enfants de moins de 5 ans. En plus de l'amélioration du système de soins curatifs et de la vaccination, l'accent sera mis sur les facteurs socio-économiques, tels que l'accès à l'eau potable, l'alimentation et l'assainissement du milieu.

Dans le cadre de la politique sociale et familiale, l'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981, instituant le Code Pénal, abroge la loi du 31 juillet 1920 qui condamnait la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle (*Journal Officiel*, 4 janvier 1982). Cependant, l'avortement n'est pas totalement libéralisé. L'article 367 du Code Pénal, promulgué le 31 juillet 1981, précise les conditions de sa pratique : 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. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions, ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives.

L'acceptation des méthodes contraceptives réversibles, au début des années quatre-vingt, n'a pas été suivie d'une implantation de service de planification familiale. Ce domaine sera plutôt l'apanage des secteurs privé et associatif qui, timidement, offriront quelques services. C'est le cas de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF), créée en septembre 1979 et qui est devenue opérationnelle en 1986 avec l'ouverture de ses premières cliniques à Abidjan ; mentionnons également Provifa¹⁷, spécialisée dans la promotion des méthodes naturelles, et Pathfinder. Vers la fin des années quatre-vingt, ces organisations ont collaboré à la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF) développé dans les institutions d'éducation féminine qui sont sous la tutelle du ministère de la Promotion de la femme (ex-ministère de la Condition féminine)¹⁸.

L'action de ces organismes sera d'autant plus timide que la position du gouvernement est restée résolument populationniste, comme le montre l'extrait de l'allocution de clôture du ministre de la Santé à l'occasion du séminaire sur le thème « Population et développement en Côte d'Ivoire » orga-

17. Mouvement pour la promotion de la vie familiale.

18. Cette information est extraite du discours prononcé par Mme Aka Anghui, ministre de la Promotion de la femme, à l'occasion de l'ouverture du séminaire « Approches aux programmes d'espacement des naissances », organisé à Abidjan en janvier 1989.

nisé à Abidjan du 13 au 19 décembre 1982¹⁹ : « 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).

Notons par ailleurs qu'il n'y a pas eu de cadre institutionnel prenant en charge l'identification des problèmes démographiques et la définition des objectifs et moyens requis pour y faire face. Pour cette raison, les actions influençant directement ou indirectement l'évolution de la population au cours de cette période ne comportent aucun objectif démographique quantitatif, et les critères manquent par conséquent pour les évaluer.

Mais, au début des années 1990, les problèmes démographiques ne se limitent plus aux seules questions de la distribution spatiale et de l'immigration. La croissance démographique n'est plus perçue comme satisfaisante, elle est désormais jugée comme trop élevée et ses conséquences sont redoutées.

Vers une restructuration du développement en fonction de considérations démographiques

Les déterminants de l'adoption de nouvelles perceptions

Si le changement de position du gouvernement en matière de gestion des relations entre l'évolution de la population et celle de la société est lié aux actions des ONG, des institutions internationales et des agences de coopération bilatérale, il correspond également au nouveau contexte socio-économique qui prévaut au début des années 1990.

La Côte d'Ivoire était représentée aux différentes Conférences mondiales de population organisées par les Nations unies à Mexico (1984) et au Caire (1994) et aux Conférences africaines d'Arusha (1984) et Dakar-N'gor (1992). Elle a ratifié les accords issus de ces différentes rencontres et s'est engagée à mettre en œuvre leurs recommandations. Ces rencontres ont, comme c'est le cas pour de nombreux pays, contribué au changement des perceptions du gouvernement.

L'influence des institutions internationales s'est faite aussi par le biais de leur assistance à la collecte de données nécessaires pour l'amélioration des connaissances démographiques (Recensement national de la population

19. Le discours était lu par le secrétaire d'État à l'Industrie, M. Ehui Bernard.

en 1975 et 1988, Enquête ivoirienne de fécondité en 1980-1981, Enquête sur les dimensions sociales de l'ajustement structurel en 1993, Enquête ivoirienne sur les migrations et l'urbanisation en 1993, Enquête démographique et de santé en 1994, etc.).

Les activités de l'AIBEF concernant la maîtrise de la fécondité n'ont, sans doute, pas été sans conséquences sur l'attitude du gouvernement. En effet, outre ses prestations de services de planification familiale, elle a organisé des séminaires pour sensibiliser les parlementaires ainsi que les leaders politiques et administratifs.

Mais la situation économique nous apparaît comme l'élément décisif de ce changement. Durant la période 1978-1993, la crise économique avait affecté tous les secteurs de l'activité nationale et conduit à différents plans de stabilisation et de relance. Celui de la période 1991-1993 comportait trois programmes d'ajustement structurel dont le Programme de développement des ressources humaines (DRH)²⁰. L'objectif principal de ce dernier était « l'amélioration du niveau de vie et du bien-être de la population par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi ». La politique nationale de population, qui est une composante du programme de développement des ressources humaines, est considérée comme une stratégie d'adaptation de l'offre à la demande de services sociaux. Ainsi, se trouvaient posées les bases de la politique ivoirienne visant explicitement à harmoniser l'évolution de la population à celle de la société.

Les processus de formulation de la politique nationale de population

L'analyse du processus de formulation de la politique nationale de population nous permettra de mieux comprendre les fondements institutionnels et les objectifs des mesures de cette politique.

Sur le plan institutionnel, le responsable de l'élaboration de la politique ivoirienne de population est le ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé du Plan et du Développement industriel. L'exécution technique est assurée par la sous-direction de la Planification et de la Programmation du Développement des Ressources Humaines, sous-direction qui fait partie de l'ex-direction de la Planification et du Développement régional²¹. On constate que l'élaboration de la politique est réalisée au sein d'une structure transversale qui a l'habitude d'assumer la coordination des activités de déve-

20. Les deux autres sont le Programme d'ajustement du secteur financier (PASFI) et le Programme d'ajustement structurel compétitivité (PASCO).

21. Le décret 96-242 du 13 mars 1996 portant, entre autres, sur l'organisation du ministère délégué auprès du Premier ministre, chargé du Plan et du Développement industriel a dissout la sous-direction des ressources humaines.

loppement de tous les secteurs. C'est là un choix adéquat car il est susceptible de favoriser non seulement une coordination efficace mais la prise en compte des autres secteurs.

L'élaboration de la politique démarre effectivement en mars 1995 grâce à un accord de projet d'une durée de deux ans²², signé entre le gouvernement ivoirien et le FNUAP (Ba, 1997). Des ateliers ont été organisés au niveau national pour l'élaboration des documents sectoriels, et dans les dix régions d'alors pour tenir compte des spécificités régionales. Au terme des travaux sectoriels et régionaux a eu lieu un séminaire de synthèse. Des cadres nationaux de différentes administrations ministérielles, des institutions de formation et de recherche et des ONG y ont participé, appuyés par une équipe technique de la Communauté économique africaine (CEA) des Nations unies, qui est intervenue au niveau de l'approche conceptuelle de l'élaboration de la politique.

Les ressources humaines utilisées semblent appropriées car elles proviennent de différents ministères ; d'une part, cela permet de tenir compte des autres politiques pour maximiser la complémentarité et éviter les conflits éventuels, et, d'autre part, cela assure une large participation des structures d'exécution au processus d'élaboration²³.

Parallèlement à ces travaux des technocrates, deux séminaires de sensibilisation sur le bien-fondé d'une politique de population et de sa mise en œuvre étaient organisés à l'intention des cadres de l'administration, d'ONG et d'associations. Mais le public visé n'y a pas participé massivement (Ba, 1997).

Le contenu de la politique de population

On n'abordera pas ici les lignes d'action de la politique de population car pour l'instant elles ne constituent pas des programmes d'action, mais nous examinerons successivement les objectifs et les moyens institutionnels pour apprécier leur pertinence.

L'OBJECTIF DE MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE

L'objectif de maîtrise de la croissance démographique n'est pas exprimé par le biais du taux d'accroissement démographique mais plutôt par celui des composantes du mouvement de la population (tableau 20).

L'objectif envisagé pour la fécondité (4,5 enfants par femme en 2005) paraît un peu ambitieux, même s'il correspond à une réduction de la fécondité de 1,2 enfant en moins d'une dizaine d'années, déjà expérimentée par la Côte d'Ivoire entre 1980 et 1994. L'indice synthétique de fécondité étant

22. Projet IVC/94/P04 : appui à la formulation d'une politique de population.

23. Nous reviendrons sur cette question lors de l'analyse des moyens institutionnels relatifs à la mise en œuvre de cette politique.

Tableau 20

Objectifs généraux et spécifiques de la politique de population

Objectifs généraux adoptés	Objectifs spécifiques
Maîtriser la croissance naturelle de la population	<ul style="list-style-type: none"> – Abaisser l'ISF de 5,7 enfants par femme en 1994 à 4,5 enfants par femme en 2005 ; – Réduire sensiblement la morbidité et de moitié la mortalité maternelle et infantile d'ici l'an 2015 ; – Réduire de moitié la morbidité et la mortalité générale d'ici l'an 2015 ; – Réduire l'expansion des MST et de l'épidémie du VIH/sida.
Maîtriser les mouvements migratoires internes et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> – Réguler les flux d'immigrations internationales ; – Réajuster la distribution spatiale ; – Déplacer les quartiers d'habitat précaire des sites inappropriés en respectant les droits et biens des personnes ; – Maîtriser le développement des villes et œuvrer à un rééquilibrage au besoin par leur spécialisation.

de 5,2 enfants par femme pour la période 1994-1999, cet objectif ne sera pas loin d'être atteint. La baisse souhaitée de la mortalité, 50 % en moins de 20 ans, est également assez ambitieuse, surtout pour la mortalité générale dont le niveau est déjà relativement faible et compte tenu du vieillissement attendu de la pyramide des âges et des conséquences de l'épidémie de VIH/sida. Quant à l'évolution désirée de la morbidité, elle reste vague ; s'agit-il de la fréquence des maladies et ne serait-il pas plus judicieux de parler de schéma épidémiologique souhaité ?

Les objectifs relatifs à la maîtrise de la mobilité spatiale ne sont pas quantifiés. En dehors du souhait de déplacer les quartiers précaires qui est réalisable, le reste représente un défi.

LES AUTRES OBJECTIFS

L'ambition de maîtrise de la croissance démographique est intégrée dans des objectifs plus larges de développement. Ces derniers se présentent comme suit :

- parvenir à une adéquation entre l'offre et la demande liée aux besoins essentiels de la population (éducation, santé, emploi, alimentation) ;
- valoriser la famille et améliorer le statut des femmes et des jeunes ;
- contribuer à l'amélioration du cadre de vie des populations et à la sauvegarde de l'environnement ;

- développer les capacités de conception et de gestion des programmes de la politique nationale de population.

Le cadre institutionnel

Quatre organes ont été institués pour la mise en œuvre de la politique de population :

- un organe de décision constitué par le Conseil des ministres ;
- un organe consultatif, le Conseil national de population (Conapo) regroupant des représentants de la Primature, de l'Assemblée nationale, du Conseil économique et social, de la Cour suprême, des douze départements ministériels, du collectif des ONG, et le directeur de l'Institut de la statistique²⁴ ;
- un organe d'exécution composé par quatorze départements ministériels techniques et les ONG qui mènent des activités ayant un impact sur le mouvement démographique ;
- un organe technique, le Bureau national de la population (BUNAP), chargé d'assurer le secrétariat du Conapo et la coordination intersectorielle des activités en matière de population.

On constate que la prise des décisions relatives au processus de mise en œuvre de la politique ivoirienne de population est assurée au plus haut niveau de l'appareil de l'État ; en outre, on relève une large implication des départements ministériels techniques, mais ces éléments constituent-ils les signes d'un engagement réel de l'État ?

En résumé, tant dans le processus de son élaboration que dans ses objectifs et les moyens institutionnels envisagés pour son exécution, la politique ivoirienne de population tient compte du caractère multidimensionnel des variables démographiques. On a ainsi un programme qui potentiellement inscrit le pays dans un processus de développement durable. Il reste néanmoins à concrétiser l'engagement du gouvernement et à créer un consensus national autour du principe de l'intervention sur les niveaux et tendances des variables démographiques, en particulier la fécondité. Examinons les activités récentes dans ce dernier domaine.

Le développement des programmes de planification familiale

Le développement des activités des services de planification familiale dans le pays devient significatif à partir de 1991 grâce au nouveau contexte caractérisé, entre autres, par les dispositions offertes par la « Déclaration de

24. Le Conapo est représenté, au niveau régional, par le Corepo, composé des représentants régionaux des ministères techniques membres du Conapo.

Politique de développement des ressources humaines » et le soutien direct du gouvernement en ce domaine.

Avant cette époque, des activités de planification familiale étaient menées dans le pays essentiellement par l'AIBEF, qui développa différents services pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile par le biais de l'espacement des naissances, mais ses actions se trouvaient limitées par des moyens réduits et l'absence d'appui des autorités, voire leur hostilité. Ces activités devinrent véritablement opérationnelles en 1986 avec l'ouverture des premières cliniques. Provifa contribua à cet effort par la promotion de méthodes dites naturelles, ainsi qu'un organisme américain, le PSI, par la diffusion de la contraception en assurant le marketing social des contraceptifs. On note aussi l'intervention d'autres acteurs privés tels des pharmaciens, des petits commerçants et des tradipraticiens qui fournissent, dans le cadre de leurs activités commerciales, des moyens contraceptifs à la population.

À partir de 1991, s'ajoutent à ces intervenants le ministère de la Santé et d'autres départements ministériels tels les ministères de la Promotion de la Femme et de l'Éducation nationale. Une structure pour la coordination et la supervision de ces activités a été mise en place : la direction exécutive du Programme national de santé de la reproduction, qui fait partie du ministère de la Santé.

Parallèlement à la formulation de la politique nationale de population, différents accords de projet sont intervenus entre la Côte d'Ivoire et divers partenaires au développement : un projet entre le gouvernement de la Côte d'Ivoire et celui des États-Unis portant sur l'ouverture de 33 centres de planification familiale ; un programme pilote de planification familiale mis en place à Aboisso, dans le sud-est de la Côte d'Ivoire, appuyé par le FNUAP, etc.

Les activités de planification familiale sont, en ce qui concerne le ministère de la Santé, intégrées dans les services de santé maternelle et infantile. Les ONG, elles, mènent des activités verticales. Les efforts des différents partenaires en matière de santé de la reproduction et de planification familiale permettent de disposer actuellement sur le territoire ivoirien de près d'une centaine de points de prestation de services de régulation des naissances (tableau 21). Mais l'analyse de l'efficacité de ces services demeure très difficile car la gestion des informations relatives aux activités de planification familiale n'est, pour l'instant, pas centralisée. Deux sources principales coexistent. L'une est centrée sur les prestations dans les structures sanitaires soutenues par le FNUAP, tandis que l'autre étend ses actions sur

25. L'AIBEF gère 24 centres de planification familiale, dont 7 lui appartiennent en propre, les autres relevant du ministère de la Santé. En outre, l'association dispose de plus d'une cinquantaine de points de distribution, qu'elle approvisionne en moyens de planification et où elle effectue des visites de contrôle des activités.

Tableau 21

Disponibilité des centres de planification familiale par région

Régions	Chefs-lieux	Secteur Public
Lagunes	Abidjan	PMI Abobo Sud (soutenu par AIBEF) Centre médical des armées
Sud Comoé	Aboisso	31 centres intégrés, appuyés par le FNUAP, avec une gamme complète de services
Agnéby	Agboville	
Haut-Sassandra	Daloa	
Savanes	Korhogo	
Vallée du Bandama	Bouaké	Hôpital Sakassou PMI- Katiola
Moyen-Comoé	Abengourou	PMI-Abengourou
Montagnes	Man	Maternité Gd Gbapleu
Lacs	Yamoussoukro	PMI-Yamoussoukro
Zanzan	Bondoukou	
Bas-Cavaly	San Pédro	
N'zi-Comoé	Dimbokro	
Marahoué	Bouaflé	BSR- Bouaflé
Worodougou	Séguéla	
Denguélé	Odienné	PMI-Odienné
Sud-Bandama	Divo	CNPS-Divo
Ensemble		56 points de distribution urbains offrant des pilules, des condoms et des spermicides, avec l'assistance technique de l'AIBEF; 10 formations sanitaires soutenues par USAID/AIBEF; 31 centres à Aboisso soutenus par le FNUAP.

Tableau 21

(suite)

Institutions communautaires	AIBEF	Autres organismes privés
Distribution à base communautaire (DBC) mise en œuvre par AIBEF et Pathfinder à Yopougon (90 agents volontaires couvrent chacun 800 ménages)	Treichville Yopougon Adjamé PMI Marcory FS Koumassi Hôpital Port-Bouet	Hôpital protestant de Dabou soutenu par le FNUAP
	Daloa	
DBC mise en œuvre par AIBEF et Pathfinder à Korhogo (25 agents volontaires couvrent 6 villages en milieu rural)	Korhogo Boundiali	Hôpital baptiste de Ferkéssédougou
DBC mise en œuvre par AIBEF et Pathfinder	Bouaké	
	Man	
	Bondoukou	
	San Pédro	
DBC mise en œuvre par AIBEF et Pathfinder	13 centres AIBEF	2 centres privés

les structures gérées par l'AIBEF, qu'il s'agisse de ses propres cliniques ou des services de SMI/PF du ministère de la Santé²⁵. Les informations sur les prestations des organismes privés, tel que les pharmacies et les petits commerçants, ne sont gérées, à notre connaissance, par aucune structure.

Des efforts importants restent à faire pour apporter des services de planification familiale aux femmes qui souhaitent les utiliser : en 1994, si 11 % des femmes voient leurs besoins satisfaits, 43 % ont des besoins de planification familiale non satisfaits, 34 % pour espacer les naissances, 9 % pour limiter le nombre d'enfants (N'Cho *et al.*, 1995, p. 94). La demande de planification familiale progresse cependant très lentement durant les années récentes : selon l'EDS de 1998-1999, il apparaît que 39,4 % des femmes en union désirent espacer leurs naissances, 21,6 % ne voulant plus avoir d'enfants.

Mais ces besoins en planification familiale vont se développer au fur et à mesure de la diffusion de la contraception dans les différents groupes de la population et des campagnes d'IEC. En outre, les inégalités dans l'utilisation de la contraception moderne, soulignées dans l'analyse de la prévalence contraceptive, montrent tout l'effort qui reste à faire pour permettre aux groupes les plus démunis économiquement ou culturellement et aux populations rurales, souvent éloignées des centres de santé, d'accéder à la planification familiale. Le rôle des formations sanitaires du secteur public de santé, qui contribue actuellement faiblement et nettement moins que le secteur privé à la diffusion des méthodes modernes de contraception²⁶, sera décisif pour l'approvisionnement des femmes défavorisées et, plus généralement, pour leur procurer un ensemble de soins de santé reproductive de bonne qualité ; il devrait être mobilisé activement pour cela.

Examinons, avant de conclure, l'exemple du développement du programme pilote à Aboisso. Au début de décembre 1997, cette zone pilote comptait 31 formations sanitaires disposant d'un service de santé de la reproduction et de planification familiale. Ceux-ci ont été installés progressivement : de 5 en 1992, leur nombre est passé à 18 en 1994 et 31 en 1997. Des analyses récentes (Koffi *et al.*, 2000 ; Anoh, 1997) montrent que le recours à ces services demeure limité. Différents facteurs, qui relèvent aussi bien

26. Moins d'un tiers (30,6 % exactement) des contraceptifs modernes sont distribués par le secteur public, en 1998-1999, soit un progrès sensible par rapport à 1994 où cette part du secteur public était de 25,5 % (N'Cho *et al.*, 1995 ; ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999). Il faut savoir que ce pourcentage atteint de 60 à 90 % dans les pays d'Afrique de l'Est et australe (Botswana, Kenya, Zimbabwe) qui sont les plus avancés dans la baisse de la fécondité et qui se caractérisent par une relative égalité d'accès aux moyens de contraception. Par contre, on peut relever l'importance du secteur médical privé dans la distribution des moyens modernes de contraception (35,8 %) et des autres sources privées, tels les boutiques, les bars, les circuits commerciaux informels, les parents ou amis (33,6 %).

de l'offre que de la demande de planification familiale, sont à la base de la faible utilisation de ces services.

Au niveau de la demande, un fort sentiment pronataliste caractérise encore une grande majorité des populations : en 1993, 70 % des hommes chefs de ménage voulaient des enfants supplémentaires tandis que 30 % n'en voulaient plus. Ces souhaits d'enfants supplémentaires reposent sur des éléments cruciaux des modèles sociaux et économiques qui entretiennent la forte fécondité : prestige lié à la descendance nombreuse, statut des individus, travail de l'enfant.

En ce qui concerne l'offre, on constate une faible mobilisation autour du programme : la prestation des services repose presque exclusivement sur les formations sanitaires ; les réseaux d'acteurs privés et les institutions communautaires y sont très peu impliqués. Or, cette offre est limitée du fait du manque de personnel et de l'insuffisance de leur formation. En définitive, le programme n'est pas encore parvenu à susciter l'adhésion massive des femmes et à les fidéliser. Les cas d'abandon sont fréquents, résultant de l'un ou l'autre des facteurs suivants : effets secondaires, désir de grossesse, pression du mari ou de la famille, ruptures d'approvisionnement, etc. Cette situation de relatif désintérêt est toutefois commune à de nombreux pays lors de la mise en place des premiers programmes de planification familiale, et il serait erroné de croire que les services de planification, qui vont à l'encontre des pratiques antérieures et viennent s'ajouter aux activités habituelles des personnels de santé, peuvent s'imposer sans engagement fort de la puissance publique sur le terrain, au-delà des discours et des textes réglementaires ou législatifs.

Conclusion et recommandations

Jusqu'au milieu des années 1990, la Côte d'Ivoire n'a pas eu de politique de population au sens strict. Il n'existe donc pas jusqu'à cette date de cadre institutionnel prenant en charge l'identification des problèmes démographiques et la définition des objectifs et des moyens requis pour y faire face. On ne s'étonnera donc guère que les actions des décideurs influençant directement ou indirectement l'évolution de la population n'aient comporté jusque-là aucun objectif démographique quantitatif.

Aujourd'hui, tant dans la démarche de sa formulation que dans ses objectifs, la politique ivoirienne de population est inspirée par le concept : « intégrer population et développement ». La justesse de cette approche ne fait pas de doute étant donné les interactions entre les structures et processus démographiques et l'évolution socio-économique. Mais sa mise en œuvre constitue un réel défi qui concerne la nécessité de faire accepter le principe de l'intervention sur certaines variables démographiques comme celle d'ac-

croître les moyens humains, institutionnels et financiers nécessaires à la réalisation des différents programmes.

Compte tenu du diagnostic qui vient d'être porté sur la situation démographique de la Côte d'Ivoire, six objectifs nous semblent prioritaires et décisifs pour la réussite de cette politique de population ivoirienne : renforcer la collaboration entre tous les acteurs impliqués dans la politique de population ; améliorer la santé et la survie des mères et des enfants ; assurer aux individus une maîtrise de leur fécondité ; assurer à tous les Ivoiriens des conditions de vie et d'habitat satisfaisantes ; intégrer la dimension du VIH/sida dans les politiques sanitaire, sociale et de recherche ; avoir une connaissance en temps réel des résultats obtenus par les différents programmes de population mis en œuvre.

Pour atteindre ces objectifs, nous pouvons émettre les recommandations suivantes, sans anticiper sur celles que nous serons amenés à faire dans les secteurs d'intervention spécifiques que nous avons définis :

- renforcer les rapports de collaboration et de concertation entre tous les acteurs impliqués dans les politiques ; il importe en premier lieu de développer un esprit de complémentarité entre les partenaires, afin de créer une synergie favorable à la mise en place des programmes de population et à leur articulation avec l'ensemble des programmes de développement ;
- généraliser le suivi prénatal et postnatal et garantir des conditions d'accouchement satisfaisantes à toutes les femmes : un suivi prénatal inexistant ou limité à une ou deux visites ainsi que des mauvaises conditions d'accouchement, sans assistance médicale de quelque nature que ce soit, constituent, on l'a vu dans le diagnostic sur la santé des mères et des enfants, des causes importantes de la morbidité et de la mortalité infantiles et maternelles. Un bon suivi prénatal permet de dépister les grossesses à risque et notamment celles qui doivent bénéficier de conditions d'accouchement particulières dans des centres spécialisés. Une amélioration, en ce domaine, assurée sur l'ensemble du territoire, et notamment en milieu rural, serait de nature à diminuer fortement les risques de morbidité et de mortalité des mères et des enfants et à améliorer la santé des individus survivants, dont il résulterait un progrès humain, social et économique indéniable. Il importe précisément de : 1) renforcer les moyens en personnels, et notamment en postes de sages-femmes, et en crédits de fonctionnement des dispensaires installés dans les petites unités de peuplement et les quartiers démunis ; 2) former les accoucheuses traditionnelles aux méthodes modernes d'asepsie ;
- assurer un accès aux moyens de contraception et aux soins de santé reproductive à l'ensemble de la population : l'absence de maîtrise de sa fécondité par les individus a des conséquences démographiques et sanitaires

- sérieuses que l'on a distinguées dans l'analyse : recours à l'avortement, avec les risques d'atteinte à la santé génésique des femmes pouvant conduire à des décès ; intervalle entre les naissances trop court, mettant en péril la santé des mères et des enfants concernés, sans parler des conséquences familiales (enfant non désiré, difficulté d'élever l'ensemble de la descendance, etc.). Ainsi tout progrès de la prévalence contraceptive serait de nature à améliorer la santé des mères et des enfants, tout en permettant aux individus de concilier effectivement la taille de leur descendance avec leurs aspirations parentales, familiales et professionnelles. Pour cela, la mise en œuvre d'un programme public de planification familiale et le renforcement des activités existantes comprenant des campagnes nationales d'IEC (Information-Education-Communication) et la mise en place de services dispensateurs de moyens de contraception et de l'ensemble des soins essentiels de la santé reproductive (lutte contre la stérilité, soins pour la santé sexuelle et génésique, etc.) dans tous les centres de santé apparaît indispensable pour assurer à chacun, selon sa demande et ses besoins, et quels que soient ses moyens, l'accès à ces services essentiels. Précisément, il importe, pour lutter contre des insuffisances en cours : 1) de mettre en application le document officiel en matière de SR/PF (santé reproductive/planification familiale), chargé d'orienter précisément les programmes et actuellement en cours de validation ; 2) d'éviter tout conflit de leadership entre les organismes d'assistance et de favoriser leur synergie dans le cadre des orientations définies ; 3) de lutter contre l'instabilité du personnel et notamment de veiller à ce que les personnels formés à la planification familiale soient affectés dans des centres de santé dispensateurs des services de planification familiale où ils puissent faire effectivement bénéficier les populations de leurs compétences ;
- améliorer l'équipement des logements et les conditions d'hygiène dans les quartiers et les villages les plus démunis : l'absence d'équipement et de confort et les conditions d'hygiène déplorables de bien des quartiers et des villages sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité, comme nous l'avons vu dans l'analyse qui a permis de préciser l'extrême inégalité entre les groupes de population. Ils constituent de plus un obstacle à l'épanouissement des individus et de la vie familiale en entraînant une surcharge de travail pour les femmes et les enfants et de mauvaises conditions d'éducation. Il est donc nécessaire, pour lutter contre l'insalubrité des logements et des quartiers dans les zones où les habitants peuvent bénéficier de conditions d'installation durable : 1) de lotir les quartiers précaires des villes ; 2) d'équiper ces quartiers précaires et les villages en les dotant des services prioritaires (électricité, eau potable, assainissement, voies de communication, dispensaire, maternité, etc.) afin d'ap-

- porter, dans un délai raisonnable, à leurs habitants une amélioration tangible de leurs conditions de vie. Dans les cas où les conditions locales ne peuvent être réunies pour une installation durable, les populations doivent être réinstallées ailleurs dans un environnement viable ;
- prendre en compte la dimension du VIH/sida dans les politiques sanitaire, sociale et de recherche : il s'agit de prendre des mesures urgentes face à la progression de la maladie. Les efforts doivent porter sur la prise en charge sanitaire (traitement des infections opportunistes, lutte contre la transmission mère-enfant, etc.), psychologique et sociale du malade, en aidant les services de santé et les associations concernés. Les efforts doivent également porter sur des campagnes de prévention massive afin d'empêcher la diffusion de l'épidémie de prendre les dimensions prévues dans certaines estimations. Enfin, la grande incertitude qui entoure le développement de l'épidémie et l'ignorance qui prévaut sur cette question essentielle rendent impératives la mise en œuvre d'une étude épidémiologique et démographique afin d'apporter une amélioration des connaissances susceptibles de mieux orienter les interventions ;
 - se doter d'un système de conception et d'analyse scientifique des programmes de population : les programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile sont souvent mal adaptés, à la fois dans le contenu des méthodes, l'information dispensée et le suivi des consultants, aux croyances et aux attentes réelles des populations. En conséquence, il apparaît nécessaire de concevoir des programmes à partir d'une connaissance plus précise des populations auxquelles ils s'adressent et de mettre en œuvre un suivi prolongé de leur application et de leur impact. Il s'agit là, par des enquêtes à petite échelle et des analyses systématiques des données recueillies, d'élaborer des procédures de suivi et d'évaluation de ces programmes (fichiers de consultants, état des prestations, etc.), afin de mesurer et d'améliorer leur accessibilité et leur compatibilité avec les données culturelles et économiques des populations concernées, seules susceptibles de permettre à terme leur efficacité croissante. Ce suivi devra notamment s'appuyer sur le SIG, qu'il s'agit de dynamiser, d'une part, en favorisant l'adhésion de toutes les formations sanitaires du pays, d'autre part, en adaptant ses moyens matériels et humains à ces tâches de suivi et d'analyse.

Bibliographie

- ABBAS S. et BAMSSIE R., 1992, Communication au Séminaire national sur *Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028*, Abidjan, 18 au 20 novembre 1992, Document de base, 35 p. multigr.
- ADJAMAGBO A., GUILLAUME A. et VIMARD P., 1995, «Évolution de la fécondité et espaces socio-économiques à Sassandra (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)», Communication au Séminaire international Ensear-Orstom *Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique*, Abidjan, 16-19 mai 1995, 20 p., multigr.
- ADJAMAGBO-JOHNSON B.K., 1997, «Législations familiales, politique de population et changements familiaux en Afrique subsaharienne francophone», in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P. (éds.), *Ménages et familles en Afrique*, Études du Ceped n° 15, Ceped-Ensear-INS-Orstom-URD, Paris, p. 239-256.
- ADJAORLOLO-JOHNSON *et al.*, 1994, «Prospective comparison of mother to child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan Ivory Coast», *JAMA*, No. 272, p. 462-466.
- ADJE K. G., 1991, *Structure de la population*, Communication au Séminaire national de présentation des résultats du Recensement général de la population et de l'habitat, Abidjan, 18-21 novembre 1991, 23 p.
- AHONZO E., BARRÈRE B. et KOPYLOV P., 1984, *Population de la Côte d'Ivoire. Analyse des données disponibles*, direction de la Statistique, Abidjan, 324 p.
- AIDS ANALYSIS AFRICA, 1997, Vol. 7, No. 2, April.
- ANOH A., 1997, «L'offre récente de service de planification familiale à Aboisso», *Bulletin du GIDIS-CI*, n° 15, p. 57-72.
- BA A., 1997, *Rapport d'évaluation du projet IVC/94/P04. Appui à la formulation d'une politique de population*, FNUAP, Abidjan, 58 p. + annexe.
- BALAC R., 1997, «Peuplement et économie de plantation sur le territoire de Sassandra», in GUILLAUME A., IBO J. et KOFFI N. (éds.), *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire)*, Orstom-Ensear-Gidis CI, Paris, p. 87-114.
- BAMSIE R. et KOUAME K., 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 au 20 novembre 1992.
- BEAU J.-P. et IMOUA COULIBALY L., 1997, «Caractéristiques anthropométriques d'enfants malnutris infectés ou non par le VIH en Côte d'Ivoire», *Cahiers de Santé*, n° 7, p. 236-238.
- BERCHE T. *et al.*, 1997, *Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest*, ministère de la Santé

- publique, Abidjan, ministère de la Coopération, Paris, Mission de Coopération et d'Action culturelle, Abidjan, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, 96 p.
- BOCQUIER P. et TRAORÉ S., 1996, «Les nouvelles tendances des migrations internationales d'après les enquêtes du réseau migration et urbanisation en Afrique de l'Ouest», Communication au Colloque *Systèmes et dynamiques des migrations internationales ouest-africaines*, Orstom-Ifan, Dakar, 3-6 décembre 1996, 12 p. multigr.
- COURBAGE Y., 1994, «Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie», *Population*, n° 3, p. 725-750.
- DABO K., 1995, «Politiques démographiques en matière de fécondité dans les pays de l'Afrique subsaharienne francophone», Communication au séminaire Ensea-Orstom *Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique*, Abidjan, 16-19 mai 1995, 21 p.
- DELAUNAY V., 1994., *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Études du Ceped n° 7, Ceped, Paris, 326 p.
- DELCROIX S. et GUILLAUME A., 1997, «Le devenir des familles affectées par le sida : une étude de cas en Côte d'Ivoire», in PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P. (sous la dir. de), *Ménages et familles en Afrique*, Études du Ceped n° 15, Ceped-Ensea-INS-Orstom-URD, Paris, p. 345-369.
- DESGRÉES DU LOÛ A. *et al.*, 1999, «Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité?» *Population*, vol. 54, n° 3, p. 427-446.
- DESGRÉES DU LOÛ A. et VIMARD P., 2000, «La santé de la reproduction en Afrique subsaharienne», *Afrique Contemporaine* (à paraître).
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984, *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981. Rapport principal*. Vol. I : *Analyse des principaux résultats* ; vol. II : *Tableaux statistiques*, ministère de l'Économie et des Finances, Abidjan.
- DJEDJED O., 1992, «Mortalité», Communication au Séminaire national sur *Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028*, Abidjan, 18 au 18 novembre 1992, 17 p. multigr.
- EIMU (ENQUÊTE IVOIRIENNE SUR LES MIGRATIONS ET L'URBANISATION), 1996, *Séminaire de dissémination des résultats*, Abidjan, 10-11 octobre 1996, INS-IGT-IES-Cires, 78 p.
- EVINA AKAM et VIMARD P., 1996, *Planification familiale et santé de la reproduction en Afrique francophone*, Iford-Orstom, novembre, 52 p. + annexes.
- FRATERNITÉ MATIN, N° 9719, 8 mars 1997, p. 11.

- GARENNE *et al.*, 1995, *Conséquences démographiques du sida en Abidjan 1986-1992*, Études du Ceped n° 10, Ceped, Paris.
- GUILLAUME A., KOFFI N. et VIMARD P., 1995, « Santé de la mère et de l'enfant en Côte d'Ivoire », in *Populations du sud et santé. Parcours et horizon*, Hommage à Pierre Cantrelle, Orstom Éditions, Paris, p. 201-232.
- GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., KOFFI N. et ZANOU B., 1999, *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire*, Études et Recherches n° 27, ENSEA-IRD, Abidjan, 54 p.
- HERTRICH V. et PILON M., 1996, *Évolution de la nuptialité en Afrique*, Ceped, Paris, 40 p. multigr.
- JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, vol. 24, n° 1, Numéro spécial, 4 janvier 1982.
- KOFFI N. et FASSASSI R., 1997, *Fécondité et planification familiale au sein de corps habillés militaires et paramilitaires*, Rapport d'enquête, ENSEA, FNUAP, Abidjan, 155 p.
- KOFFI N., SIKALÉ L. et ANOAH A., 2000, « Une expérience pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso (Côte d'Ivoire) », in VIMARD P. et ZANOU B., *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, p. 111-130 (coll. Populations).
- KOUAME *et al.*, 1997, *Niveau, coûts des facteurs de la demande de soins traditionnels (en comparaison avec les soins de santé modernes). Le cas de la Côte d'Ivoire*, Iford, REDSO/WSA, 241 p.
- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 2000, « Politiques de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne », in VIMARD P. et ZANOU B., *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, p. 263-297 (coll. Populations).
- MBOUP G., 2000, « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in VIMARD P. et ZANOU B., *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, p. 133-170 (coll. Populations).
- 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, 20 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1995, *Rapport annuel sur la situation sanitaire*, Abidjan, 97 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1996, *Plan national de Développement sanitaire, 1996-2005*, t. 1, *Diagnostic, politique et stratégies*, Abidjan, 50 p.
- MUHURI P.K., BLANC A.K. et RUTSTEIN S.O., 1994, *Socioeconomic Differentials in Fertility*, Demographic and Health Surveys, Comparative Studies No. 13, Macro International Inc., Calverton, Maryland, 79 p.

- N'CHO S. *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut national de la statistique/Macro International Inc., 294 p.
- UNAIDS/WHO, 1998, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, 75 p.
- PNLS (Programme national de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose, ministère de la Santé publique), 1997, *Sida en Côte d'Ivoire*, décembre, 4 p.
- PNUD (PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT), 1998, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, Economica, Paris.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1997, ministère délégué auprès du Premier ministre chargé du Plan et du Développement industriel, *Déclaration de politique nationale de population*, 40 p.
- ROBINSON W.C., 1992, «Kenya enters the fertility transition», *Population Studies*, No. 46, p. 445-457.
- ROUSSEL L., 1967, *Côte d'Ivoire 1965 ; Population. Études régionales 1962-1965 : synthèse*, ministère du Plan, Abidjan, 192 p.
- UNITED NATIONS, 1987a, «Fertility Behaviour in the Context of Development : Evidence from the World Fertility Survey», *Population Studies*, No. 100,
- UNITED NATIONS, 1987b, *World population policies*, Vol. 1.
- UNITED NATIONS, 1998, *World Population Prospects : The 1996 revision*.
- VIMARD P., 1996, «Évolutions de la fécondité et crises africaines», in COUSSY J. et VALLIN J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, Études du Ceped n° 13, Ceped, Paris, p. 293-318.
- VIMARD P. et FASSASSI R., 1999, «Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire», Communication au Séminaire international ENSEA-IRD *La santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, 9-12 novembre 1999, 15 p.
- ZANOU C. B., 1994, «Vers une politique de population en Côte d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique», in KOFFI N., GUILLAUME A., VIMARD P. et ZANOU B. (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Orstom, Paris, p. 369-379 (coll. Colloques et Séminaires).

Annexes

Tableau 1.1.

**Évolution de la proportion de temps (en %) passé
par les femmes de 15 à 49 ans et les hommes de 20 à 59 ans
dans chaque état matrimonial durant leur vie féconde selon l'observation
(1975-1994)**

Date	Opération	Pourcentage de temps passé en célibat	Pourcentage de temps passé en mariage	Pourcentage de temps passé en veuvage	Pourcentage de temps passé en divorce	Total
<i>Femmes</i>						
1975	RGP	15	77	4	3	100
1979	EPR	12	80	4	4	100
1988	RGPH	17	76	4	3	100
1994	EDSCI	18	71	4	7	100
<i>Hommes</i>						
1975	RGP	28	68	2	2	100
1979	EPR	22	72	2	4	100
1988	RGPH	26	71	1	2	100
1994	EDSCI	21	74	0	5	100

Source : Hertrich et Pilon, 1996.

Tableau 1.2.

Quotients de mortalité (pour mille) selon l'âge en 1978-1979 et en 1988

Âge	EPR 1978-1979		RGPH 1988	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
0	111,0	95,0	103,4	85,0
1-4	89,0	81,0	60,4	56,9
5-9	37,3	34,5	19,7	18,0
10-14	15,0	14,0	11,2	10,7
15-19	25,4	23,8	15,9	13,8
20-24	34,2	32,2	22,9	17,6
25-29	35,3	33,5	23,5	20,1
30-34	36,9	35,3	26,0	22,6
35-39	41,1	40,1	29,4	25,5
40-44	49,2	47,6	36,9	30,2
45-49	62,0	60,5	46,6	35,0
50-54	82,1	80,8	64,2	47,8
55-59	109,7	109,0	86,9	66,0
60-64	156,9	157,4	126,6	102,3
65-69	217,5	280,4	185,9	161,2
70-74	314,7	321,5	282,0	257,5
75-79	433,0	454,4	417,3	391,9
80 et +	-	-	-	-

Source : Djedjed, 1992.

Tableau 1.3

**Indicateurs de la mortalité des enfants de moins de cinq ans
par période de 5 années ayant précédé les enquêtes démographiques et de santé,
1994 et 1998-1999 (quotients de mortalité pour mille)**

Enquête et nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néo-natale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
EDS-I, 1994					
0-4	42,0	46,5	88,5	66,9	149,5
5-9	53,4	40,5	93,9	62,0	150,1
10-14	55,7	49,1	104,8	57,7	156,5
15-19	54,6	58,2	112,8	76,7	180,8
EDS-II, 1998-1999					
0-4	62,0	50,3	112,3	76,9	180,6
5-9	48,8	61,8	110,6	63,8	167,4
10-14	44,0	41,1	85,1	52,7	133,3
15-19	45,1	48,6	93,7	71,1	158,1

Source : EDS-I : N'Cho *et al.*, 1995 ; EDS-II : ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999.

Tableau 1.4.

**Indice synthétique de fécondité (ISF) pour les femmes de 15 à 49 ans
et quotient de mortalité (pour mille) avant 5 ans pour la période 1984-1994
selon le milieu de résidence, la région de résidence et le niveau d'instruction**

	ISF	Mortalité avant 5 ans
<i>Milieu de résidence</i>		
Urbain	4,7	120,2
Rural	6,4	165,2
<i>Région de résidence</i>		
Abidjan	4,1	115,2
Forêt urbaine	5,4	127,1
Savane urbaine	5,6	121,6
Forêt rurale	6,4	164,1
Savane rurale	6,6	167,5
<i>Niveau d'instruction</i>		
Aucune instruction	6,2	160,9
Instruction primaire	5,3	134,6
Instruction secondaire et plus	3,8	92,6
Ensemble	5,7	149,9

Source : EDS-I, N'Cho *et al.*, 1995.

Vimard Patrice, Anoh Amoakon, Guillaume Agnès. (2001)

La croissance démographique

In : Photios Tapinos G. (ed.), Hugon P. (ed.), Vimard Patrice (ed.). La Côte d'Ivoire à l'aube du 21ème siècle : défis démographiques et développement durable

Paris : Karthala, 15-87. (Hommes et Sociétés). ISBN 2-84586-257-1