

SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET FÉCONDITÉ DANS LES PAYS DU SUD

Sous la direction
d'Agnès Adjamagbo
Philippe Msellati
et Patrice Vimard

**SANTÉ DE LA REPRODUCTION
ET FÉCONDITÉ DANS LES PAYS DU SUD**

Laboratoire
Population-Environnement-Développement
UMR 151
IRD – Université de Provence

SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET FÉCONDITÉ DANS LES PAYS DU SUD

*Nouveaux contextes
et nouveaux comportements*

sous la direction de

Agnès ADJAMAGBO, Philippe MSELLATI
et Patrice VIMARD

ACADEMIA



BRUYLANT

D/2007/4910/08

ISBN 978-2-87209-832-3

© **Bruylant-Academia s.a.**
Grand'Place, 29
B- 1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays sans l'autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.

Imprimé en Belgique.

SOMMAIRE

PAGE

INTRODUCTION

- Patrice VIMARD, Agnès ADJAMAGBO et Philippe MSELLATI
Changements contemporains de fécondité
et de santé de la reproduction dans les pays du Sud 11

PREMIÈRE PARTIE

- Nouveau contexte et évolutions récentes de la reproduction
dans les pays du Sud 37

Arlette GAUTIER

- L'information sur les méthodes contraceptives,
dix ans après le programme d'action du Caire 39

Benoît FERRY

- Disparités épidémiologiques et impacts démographiques
du VIH/sida en Afrique subsaharienne 73

Maria Eugenia COSÍO-ZAVALA

- Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre.
Le cas de l'Amérique latine 103

Catherine SCORNET

- 1963 – 2003 : Quarante ans de planification familiale au Viêt-nam 139

Patrice VIMARD, Raïmi FASSASSI et Édouard TALNAN Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne	169
Valérie DELAUNAY et Agnès GUILLAUME Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne	211
DEUXIÈME PARTIE	
Comportements et gestion des risques en matière de santé familiale et reproductive	265
Aurélien FRANCKEL, Richard LALOU, Valérie DELAUNAY, Agnès ADJAMAGBO, Sylvain FAYE, Florence WAÏTZENEGGER et Jean-Yves LE HESRAN Paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sénégalais : approches croisées	267
Virginie CHASLES Recours aux soins et santé maternelle en Inde rurale : le cas de l'Andhra Pradesh	299
Narcisse ELENGA, Patricia FASSINO, Rose DOSSOU, Hortense AKA-DAGO et Philippe MSELLATI La tache aveugle de l'infection par le VIH en Afrique : la prise en charge de l'infection pédiatrique. L'expérience d'un programme pilote : le « Programme enfant Yopougon »	329
Richard LALOU et Philippe MSELLATI Le risque et le stigmat. Les comportements sexuels des migrants de retour et des séropositifs, deux cas ouest-africains	357
Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Annick TIJOU-TRAORE, Herman BROU, Hélène AGBO et Philippe MSELLATI Changements des comportements reproductifs et sexuels face au VIH : vers une prise en compte du couple ?	401

TROISIÈME PARTIE**Comportements et stratégies de reproduction 433**

Amoakon ANOH

Mise en place d'une politique de population en Afrique francophone
et évolution de la pratique contraceptive.
L'exemple de la Côte d'Ivoire 435

Raïmi FASSASSI

Pauvreté humaine individuelle : concept et relation
avec les comportements procréateurs en Côte d'Ivoire 469

Agnès ADJAMAGBO, Valérie DELAUNAY et Philippe ANTOINE

Le contexte de la première naissance en milieu rural sénégalais 499

Bénédicte GASTINEAU

Fécondité oasienne et stratégie familiale en Tunisie 535

Stéphanie VELLA

Stratégies de reproduction,sex-ratios et fécondité en Inde 565

CONCLUSION

Philippe MSELLATI, Patrice VIMARD et Agnès ADJAMAGBO

De nouvelles questions de recherche en fécondité
et santé de la reproduction dans les pays du Sud 601

LES AUTEURS**611**

INTRODUCTION

*Changements contemporains
de fécondité et de santé de la reproduction
dans les pays du Sud*

PATRICE VIMARD, AGNÈS ADJAMAGBO et PHILIPPE MSELLATI

Les contextes de la croissance démographique et de la santé de la reproduction ont été profondément transformés depuis plusieurs années. Les caractéristiques démographiques et sociales particulières du début de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, par rapport aux expériences connues en Amérique latine, en Asie ou bien encore au Maghreb, comme les transformations actuelles des conditions économiques et épidémiologiques de la reproduction humaine, montrent la nécessité de nouvelles lectures de ces phénomènes. En effet, si les données récentes montrent une diminution sensible du rythme de la croissance démographique à l'échelle mondiale, l'augmentation des effectifs demeure importante, tout particulièrement en Afrique subsaharienne et dans certains pays asiatiques. En outre, de nombreuses incertitudes demeurent sur le rythme d'évolution de la fécondité et de la mortalité, et par conséquent sur perspectives relatives à la croissance de la population mondiale, l'équilibre démographique entre les continents et l'ampleur du vieillissement général des populations des pays du Sud¹.

1. À partir d'une population mondiale estimée à 6,1 milliards en 2000, les dernières projections des Nations unies prévoient une population de 8,92 milliards en 2050 selon l'hypothèse moyenne de décroissance de la fécondité, 7,4 milliards pour l'hypothèse de forte décroissance de la fécondité et 10,6 milliards pour celle de faible décroissance. Cette augmentation de la population s'accompagnera d'une croissance de la part de la population du continent africain,

Les évolutions démographiques actuelles sont tout d'abord conditionnées par les transformations socio-économiques que connaissent les pays en développement. En dépit des progrès enregistrés en certaines régions du monde, un grand nombre de pays restent soumis à des crises économiques et/ou sociales, ou tout au moins, à des programmes économiques très contraignants, qui sont souvent associés à une aggravation des inégalités sociales et économiques, et à une montée de nouvelles formes de pauvreté. De plus, la progression du sida modifie les conditions de la reproduction démographique de manière complexe. D'une part, elle constitue une menace de remontée de la mortalité et, partant, un éventuel facteur incitatif de reprise de la natalité. D'autre part, l'extension de la maladie atteint plus spécialement les groupes en âge reproductif, pour lesquels il existe un lien évident entre les méthodes de prévention de la pandémie et certains moyens de planification des naissances.

Dans le cadre de cette évolution démographique, l'ensemble des composantes de la santé de la reproduction (santé de la mère et de l'enfant, santé sexuelle, régulation de la fécondité) se trouve concerné par les transformations socio-économiques et épidémiologiques actuelles. La dégradation des conditions de vie des ménages dans certains groupes de population, l'affaiblissement du contrôle social sur les adolescents et la recomposition des structures familiales, le développement des infections sexuellement transmissibles, la crise dans la gestion des systèmes de santé, les nouvelles priorités d'intervention des institutions sanitaires et de l'OMS, affectent directement les conditions de poursuite des progrès en matière de santé reproductive et familiale².

au détriment de l'Europe et de l'Asie (United Nations, 2004).

2. La santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risque, que la reproduction ait une issue heureuse, et que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger. Voir à ce sujet: M. Fathalla, 1992, et pour une analyse critique de ce concept, se référer à D. Bonnet et A. Guillaume, 2004.

À ces éléments s'est ajoutée une nouvelle donne en matière de politiques sanitaire et démographique qui a modifié la nature des programmes de population existants, tout en créant des conditions favorables à la mise en œuvre de programmes dans les pays qui n'en possédaient pas jusqu'à récemment. Ainsi, d'une part, on observe la généralisation des politiques de population dans les pays en développement, notamment dans le domaine de la planification familiale, dans les pays francophones du Sud les plus en retard en la matière. D'autre part, on remarque une volonté des autorités politiques et sanitaires de faire valoir la reconnaissance de liens étroits entre les questions de population et le développement humain. Pour cela, elles promeuvent tout autant une approche quantitative, visant à une stabilisation de la population mondiale, que qualitative, où la promotion de l'accès à la santé et à l'éducation est conçue comme un préalable au ralentissement de la natalité et à l'amélioration de la santé reproductive et familiale. Dans cet esprit, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, dont le rapport a été ratifié par 179 pays, a remplacé le paradigme néo-malthusien, sur lequel étaient fondées les politiques démographiques, par le principe selon lequel : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». Mais la conception qui prévalait de ce vieux principe du *bill of rights* anglais de 1869 a été radicalement transformée : d'une part, il a été reconnu que ces droits fondamentaux, présentés comme universels, ne s'appliquaient pas, jusqu'ici, aux femmes ; d'autre part, il a été admis qu'il fallait renforcer leurs capacités de négociation, individuelles et collectives, et mettre en œuvre des politiques spécifiques pour qu'elles puissent décider librement et sans risque de l'utilisation de leurs capacités procréatrices³.

3. La notion de droits reproductifs « repose sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espace de leur naissance et du droit d'accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (*Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, Nations unies, New York, 1994, p. 45). Le droit reproductif introduit au niveau individuel les notions d'équité et d'égalité entre hommes et femmes dans la gestion de leur sexualité et de leur reproduction. Il a pour but d'éviter dans ces domaines, tout risque de discrimination, de coercition ou de violence.

Ces nouvelles conditions socio-économiques, sanitaires et politiques contribuent à faire des décennies actuelles des étapes décisives pour l'évolution de la régulation de la fécondité et l'amélioration de la santé de la reproduction dans les pays en développement. Les pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie se caractérisent aujourd'hui par des taux de natalité et de mortalité élevés et des systèmes de santé fragiles ; la mise en place récente de programmes de planification familiale, ainsi que la rapidité des transformations du régime de fécondité et de la situation sanitaire décideront du profil démographique de ces pays durant le siècle qui commence. En ce domaine, l'expérience récente des autres pays du monde en développement (en Amérique latine, Asie orientale et méridionale, Afrique australe, Maghreb) pourrait servir de référence, si ce n'est de modèle, pour déchiffrer les dynamiques en cours dans les pays à forte fécondité. En effet, la transition s'est accélérée durant les dernières décennies, et la fécondité peut être égale, voire inférieure, au seuil de renouvellement des générations.

Des régimes démographiques en transformation

Le passage — qu'on nomme transition démographique — d'un régime démographique à forte mortalité et forte fécondité à un régime démographique à faible mortalité et faible fécondité apparaît aujourd'hui comme un processus incontournable vers lequel tendent toutes les sociétés, même si les facteurs et les calendriers peuvent différer fortement selon les populations. Cette transition démographique correspond à un ensemble de transformations des comportements individuels et familiaux de santé et de reproduction et se développe par conséquent en relation étroite avec des évolutions, que certains analystes présentent également sous forme de transition, de nature épidémiologique⁴, sanitaire et familiale.

4. Sur les concepts de transition épidémiologique et de transition de la santé on pourra se référer respectivement à : Omran, 1971 et Caldwell *et al.*, 1990.

La transition démographique est aujourd'hui à l'œuvre dans l'ensemble du monde en développement. La diminution de la mortalité s'est manifestée la première, souvent depuis plusieurs décennies, et se trouve relativement avancée : la plupart des pays se caractérisent par une espérance de vie supérieure à 60 ans et une mortalité infantile inférieure à 80 pour mille. Cependant, un certain nombre de pays situés en Afrique subsaharienne et, dans une moindre mesure, en Asie du Sud, sont toutefois fortement en retrait par rapport aux progrès observés ailleurs. Ces pays se caractérisent par une baisse très lente de la mortalité voire par une remontée de celle-ci, surtout aux jeunes âges sous l'effet, notamment, du paludisme résistant et du sida pédiatrique.

Quant à la baisse de la fécondité, elle a démarré plus récemment et la plupart des pays en développement se trouvent en cours de transition, mais à des étapes très distinctes selon les régions. Si en Asie, en Amérique latine ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, beaucoup de pays se situent entre 2 et 3 enfants par femme, l'Afrique subsaharienne se caractérise par un déclin de la fécondité beaucoup plus timide et les valeurs de la fécondité enregistrées lors des enquêtes les plus récentes restent supérieures à 5 enfants par femme, voire à 6 enfants par femme ; certaines populations rurales africaines, ou asiatiques, se caractérisent d'ailleurs par une baisse de natalité encore marginale (United Nations, 2003).

Si la transition est un mouvement commun aux différentes populations, aucune théorie générale ne permet de rendre compte des mécanismes complexes et variables qui ont conduit et conduisent encore aujourd'hui les populations à entrer dans la transition pour parvenir à de faibles niveaux de mortalité et fécondité. Plusieurs systèmes explicatifs se sont succédé, en privilégiant successivement différents facteurs d'évolution : facteurs économiques tout d'abord, puis facteurs culturels, et enfin facteurs institutionnels. Plus récemment, de nouvelles hypothèses insistent sur le rôle de la crise économique, à travers les notions de malthusianisme de pauvreté et de transition de crise, et sur l'impact de l'action politique. Il convient aujourd'hui d'intégrer ces différentes approches pour une meilleure compréhension globale des phénomènes à l'œuvre⁵.

5. On pourra consulter à ce sujet : Vimard, 1997 et Cosio-Zavala, 2001.

En effet, les analyses récentes de l'évolution des pays en développement montrent que les processus de transition démographique y sont plus divers et sont dotés de facteurs plus complexes que ceux rencontrés auparavant par les pays industrialisés, même si l'un de leurs résultats les plus importants met en évidence le rôle de la scolarisation et de l'urbanisation dans la baisse de la mortalité et de la fécondité. Cette diversité des processus de transition est liée à des conditions culturelles, sociales, économiques et politiques différentes selon les pays et les régions. Ces différences se traduisent et se traduiront par une distinction dans le calendrier de la transition, correspondant à une adoption de nouveaux comportements reproductifs et à une diminution de la croissance démographique plus ou moins rapide dans chacun des pays. Il en résultera une augmentation variable de l'effectif de leur population d'ici la fin de la transition. Il apparaît notamment que l'impact du développement et des programmes de population sur les transformations de la reproduction est très inégal selon les populations, en fonction de la nature plus ou moins égalitaire des progrès (en matière de santé, d'éducation, de communication...), de l'efficacité intrinsèque des programmes et de leur adéquation aux caractéristiques sociales et culturelles des populations auxquelles ils s'adressent. De même, il semble bien que les crises économiques ont des impacts différents selon les populations, en fonction de leur capital humain, de leur situation économique et de leurs conditions d'accès aux services de santé. Compte tenu de tous ces éléments, l'adoption, par des groupes pionniers, de nouveaux comportements de santé et de procréation, puis leur diffusion aux autres couches de la population, s'opèrent selon des rythmes et des conditions qui demeurent incertains mais dont dépend l'intensité de la baisse de la mortalité et de la fécondité dans les décennies à venir.

Dans ce contexte général, l'épidémie et les campagnes de prévention du sida entraînent, en suscitant une proximité avec la maladie et la mort, et en diffusant de nouvelles informations, des changements dans le rapport des populations à leur santé, en particulier dans le domaine de la santé de la reproduction. Avec cette épidémie, c'est toute l'articulation sexualité-contraception-reproduction

qui est bouleversée. La peur de contracter la maladie, mais aussi les campagnes d'information et de prévention développées pour lutter contre la pandémie retentissent sur les comportements sexuels et sur les rapports hommes—femmes en général. Le dialogue au sein du couple, le pouvoir de négociation de la femme, sans lesquels la protection des rapports sexuels n'est pas envisageable, et l'accès aux programmes deviennent des enjeux fondamentaux pour la prévention de la maladie. L'ensemble du processus de procréation est, par ailleurs, affecté par l'épidémie, avec la conjugaison de différents mécanismes. Tout d'abord, on peut s'attendre à une baisse de la natalité, due à une augmentation des décès dans les classes d'âge les plus fécondes, à la diminution de la fécondabilité des individus infectés, ainsi qu'à la diffusion des préservatifs et des comportements de protection face au risque d'infection. L'épidémie est en outre un obstacle majeur, dans les pays les plus touchés, à la baisse de la mortalité infantile et juvénile, et peut ainsi représenter un obstacle à l'amorce ou à la poursuite de la baisse de la fécondité. Enfin, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est devenu un élément central dans le suivi des grossesses et des nouveau-nés et a suscité notamment une réflexion nouvelle sur les alternatives à l'allaitement maternel pour les mères infectées. Ainsi, toute la dynamique de la procréation se trouve affectée par l'avancée du sida.

Pour ce qui concerne les programmes de santé, même si l'organisation verticale donne satisfaction aux professionnels spécialistes, et donne fréquemment de bons résultats à court terme, elle se heurte à de fortes objections — l'incapacité du système de santé à prendre en charge le malade, puisque chaque programme ne s'intéresse qu'à un seul problème — renforcées par l'impossibilité pour les bailleurs et pour les États d'assurer un effort soutenu et de longue durée aux programmes verticaux. En pratique, cette organisation privilégie donc la compétition entre les programmes, alors qu'il serait visiblement plus indiqué de rechercher les synergies. D'autant plus que, dans un monde où les ressources disponibles pour les services de santé sont de plus en plus rares par rapport au coût des interventions toujours plus techniques que propose le progrès médical, les choix de santé publique se feront inéluctablement en fonction de

critères d'efficacité à coût donné. En bref, une collaboration étroite entre les programmes de prévention du sida et les différents programmes d'amélioration de la santé de la reproduction (planification familiale, santé de la mère et de l'enfant, prévention des MST) s'avère indispensable, quoique encore inexistante dans la plupart des pays en développement.

Face à cette situation, la conférence du Caire n'a pas eu, dix ans après, toutes les conséquences escomptées, puisque seuls 70 % des pays environ ont transformé leurs législations et moins encore les contenus de leurs programmes, d'autant que les budgets consacrés à la santé ont depuis été réduits par les organisations internationales et par certains États, sans compter la mauvaise utilisation de ces ressources par les services de santé. On peut donc s'interroger sur les effets véritables du programme d'action adopté il y a un peu plus d'une dizaine d'années lors de cette conférence⁶.

Les questions de recherche à l'origine de l'ouvrage

Face à ce constat général, cet ouvrage vise à apporter au lecteur une meilleure compréhension des conditions et des facteurs de la maîtrise individuelle de la procréation et de la santé reproductive, considérées ici comme des composantes essentielles du développement humain et social. L'objectif général de l'ouvrage est d'identifier les grandes tendances actuelles de la fécondité et de la santé de la reproduction, de mettre en évidence les changements de comportements favorables à la santé reproductive et familiale et à la maîtrise individuelle de la fécondité et les obstacles auxquels ces progrès sont confrontés. Il s'agit également de montrer en quoi les évolutions en cours relèvent de lois générales, relatives à toutes les populations, ou de contextes particuliers de nature culturelle, économique ou régionale.

Trois questions, présentes dans les différentes parties de l'ouvrage, ont plus particulièrement retenu l'attention des auteurs des différents chapitres, de par

6. Voir à ce sujet FNUAP, 2004.

leurs implications dans l'évolution actuelle de la reproduction humaine dans les pays en développement : quels sont les nouveaux comportements favorables à la santé reproductive et familiale et à la régulation de la fécondité et quels en sont les processus de diffusion? Quelles sont les conséquences du sida sur les différentes composantes de la santé reproductive et familiale et les réponses apportées par les populations à la diffusion de la pandémie ? Quelles sont les relations entre les évolutions des régimes de fécondité et les changements en matière socio-économiques ou de politique de population ?

Quels changements de comportements de santé de la reproduction et de fécondité et quels processus de diffusion ?

Les concepts de changement et de diffusion des comportements occupent aujourd'hui une place prépondérante et explicite dans les théories des transitions démographique et sanitaire⁷. Depuis plusieurs décennies déjà, des études nombreuses sur les populations anciennes et contemporaines ont fourni des indications sur les rôles du comportement innovant et de sa diffusion dans la baisse de la fécondité et de la mortalité⁸. Certaines recherches affirment, de manière générale, que la modernisation (qu'elle soit celle de l'économie ou des mentalités) et l'urbanisation sont à l'origine de la transition démographique. D'autres études montrent, plus précisément, que l'instruction, l'information sanitaire, le milieu de résidence, l'ethnie, la religion ou encore le niveau économique, déterminent la naissance et la survie des enfants. Toutes suggèrent l'émergence d'un changement de comportement, au sein de groupe pionniers, puis sa diffusion progressive à l'ensemble de la population. Ces deux concepts sont donc depuis longtemps contenus de façon implicite dans les explications de la transition démographique.

7. Il faut noter que cette prédominance est davantage l'expression d'un affinement de la réflexion théorique que le résultat d'analyses empiriques.

8. Sur la diffusion des innovations, on pourra consulter l'ouvrage classique de Rogers, 1995.

Et les comportements en matière de santé de la reproduction et de fécondité sont devenus à présent, et depuis deux décennies environ, un objet d'étude véritable et une variable centrale dans l'analyse des changements démographiques. Cette montée en importance dans la littérature démographique des notions de comportement innovant et de diffusion répond probablement à des lacunes observées dans les domaines à la fois de la recherche et de l'intervention. Bien qu'importantes, certaines variables comme l'instruction des mères et l'urbanisation se révèlent quelquefois insuffisantes pour expliquer complètement les changements de régime démographique. En fait, ces relations statistiques ne font que suggérer un lien causal et dissimulent généralement des forces et des mécanismes bien plus complexes, auxquels appartiennent les attitudes et les comportements en matière de reproduction et de santé⁹. Par ailleurs, les programmes d'intervention, comme les programmes de planification familiale et de prévention du sida, attestent souvent de progrès très difficiles et renvoient toujours au même constat : l'offre massive de services de santé et l'amélioration du niveau de connaissance ne sont pas des conditions suffisantes pour provoquer des modifications du comportement sanitaire et reproducteur. Dès lors, et face à cette double évidence, l'enjeu pour les chercheurs et pour les intervenants est donc de mieux identifier les déterminants et comprendre les mécanismes qui conditionnent l'adoption et la diffusion des comportements ayant un lien avec la reproduction et la santé.

Poser la question des causes comportementales dans les changements démographiques c'est s'engager dans l'analyse d'un système complexe dont la réponse plurielle appartient aussi bien aux anthropologues, aux psychosociologues, aux économistes qu'aux épidémiologistes et aux démographes. Les décisions individuelles de maîtriser sa reproduction et d'agir sur sa santé sont déterminées par un ensemble de facteurs d'ordre et de nature différents. Parmi ces déterminants, il faut citer entre autres les caractéristiques socio-démographiques et économiques de l'individu, ses perceptions, ses croyances telles que la

9. On pourra sur ce sujet consulter différentes analyses dans Bledsoe *et al.*, 1999.

religion, son pouvoir décisionnel, les modèles comportementaux dominants en matière de santé, les réseaux d'information auxquels l'individu est exposé, la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé familiale, et plus globalement, le niveau de développement économique et humain de la communauté. Bien davantage, la notion de diffusion doit être complètement intégrée à cette analyse du changement comportemental. Car, plus qu'une simple dispersion géographique ou qu'un rythme de progression dans le temps, la diffusion est la possibilité que des idées et des comportements novateurs, adoptés par certains, puissent influencer d'autres à les adopter à leur tour. En ce sens, la diffusion est aussi un élément du changement comportemental.

Mais, si la diffusion de nouveaux comportements est reconnue comme un élément de la dynamique des transitions, les mécanismes demeurent mal explicités. Les processus d'adoption des comportements de régulation des naissances et des comportements favorables à la santé, aujourd'hui déterminants pour la généralisation de l'exercice des droits reproductifs et des droits à la santé, demandent à être approfondis. Il a semblé par conséquent important, dans cet ouvrage, de faire le point et d'apporter de nouveaux éléments sur ces questions.

Quelles conséquences du sida sur les différentes composantes de la santé reproductive et familiale et quelles réponses des populations à la diffusion de la pandémie ?

L'épidémie de sida a des conséquences majeures sur les structures familiales et sur les dynamiques de procréation dans les pays en développement les plus touchés par la pandémie, et ceci particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est où la transmission est essentiellement hétérosexuelle et touche toutes les catégories sociales de tous les âges, particulièrement les jeunes adultes. Il est donc plus urgent que jamais de discerner les relations de la pandémie avec les différentes composantes de la santé de la reproduction et d'analyser les comportements des populations face aux risques de transmission

et aux programmes sanitaires qui sont orientés vers la lutte contre l'épidémie de sida à toutes les étapes de la reproduction.

En effet, bien que la littérature en ce domaine soit assez abondante, elle se fonde, pour l'essentiel, sur des études peu nombreuses qui concernent des échantillons de population restreints. De plus, les différents aspects de la santé de la reproduction y sont inégalement traités. Compte tenu de l'état et des lacunes de la recherche en ce domaine, il est important de présenter de nouvelles approches sur les questions des comportements sexuels dans les populations générales et sur l'évolution du processus de procréation face au VIH/sida, approches prenant en compte les relations de genre.

En ce qui concerne les relations entre le sida et les comportements sexuels, il convient d'aller au-delà des analyses essentiellement centrées sur les relations entre des partenaires occasionnels, ou sur les populations les plus à risque pour la transmission du VIH, pour aborder les dynamiques de choix de partenaires dans les réseaux sociaux et sexuels, les relations au sein des couples dans un contexte de forte prévalence du sida, ou bien encore les relations sexuelles au sein d'un couple dont l'un des deux partenaires se sait séropositif, où dont l'un des partenaires est positif et l'autre négatif (couples sérodifférents). Les réseaux sexuels, la formation des relations de partenariat sexuel, la gestion des risques du sida, notamment au sein du couple, sont autant de domaines clé dans l'exposition et la transmission du VIH qu'il est important d'explorer dans les contextes spécifiques aux pays en développement.

Si l'impact important du sida sur la mortalité a été évalué depuis plusieurs années, les démographes et les épidémiologistes n'ont réalisé que récemment les fortes interactions entre fécondité et sida : le rôle de la fécondité comme facteur entretenant la dynamique de l'épidémie, et l'impact du sida sur les niveaux et les déterminants de la fécondité, notamment dans un contexte général de baisse de la fécondité. Il existe encore assez peu de recherches sur ces interactions, leurs déterminants et leurs effets¹⁰. Sur ce point, pour mieux

10. Voir à ce sujet : Gray *et al.*, 1998 et Gregson *et al.*, 2002.

identifier les effets de l'épidémie du sida sur les comportements reproducteurs, il importe tout particulièrement de mieux comprendre les changements de comportements de procréation dans les couples dont un partenaire est séropositif. Pour cela, il faut apprécier la manière dont le désir d'enfant est géré, face au risque de transmission mère-enfant si la mère est infectée, face au risque de transmission d'un partenaire à l'autre, et enfin face au risque de décès d'un des deux parents.

Quelles sont les évolutions des régimes de fécondité et leurs relations avec les changements socio-économiques et les politiques de population ?

Si le stade actuel des transitions de la fécondité, engagées dans la plupart des populations, est désormais mieux connu, grâce à l'amélioration des dispositifs d'enquête et de suivi démographiques, des progrès restent à accomplir, selon les régions étudiées, pour mieux évaluer l'ampleur des changements et les différentiels démographiques, parfois considérables, qui caractérisent régions et groupes sociaux. Sur le modèle d'autres catégories d'innovations sociales, comme le recul de l'âge au premier mariage par exemple, la baisse de la fécondité dans chaque pays s'est en effet accompagnée d'un accroissement sensible de l'hétérogénéité démographique interne entre « pionniers » et « retardataires ».

Les expériences multiples de baisse de la fécondité dans les pays en développement, correspondant à des changements des comportements reproductifs (nuptialité, sexualité, contraception) extrêmement variés, montrent qu'il n'existe pas de schéma universel de transition de la fécondité dans les pays du Sud. Les seuls invariants que l'on peut observer, tel l'effet généralement négatif de l'urbanisation ou de l'éducation sur la fécondité des couples, n'opèrent d'ailleurs jamais de manière comparable selon l'appartenance sociale des individus¹¹. Il en va de même des différents processus qui s'avèrent le plus souvent

11. À propos de l'impact variable de l'éducation, on trouvera une synthèse, déjà un peu ancienne, dans : Jejeebhoy, 1995.

associés à la transition : la baisse de la mortalité, les transformations sociales et culturelles (évolution du mariage et des relations sexuelles, éducation et activité des femmes, autonomie des couples et des individus), l'augmentation du coût des soins et de l'éducation des enfants, les programmes de santé et de planification familiale. Ainsi importe-t-il tout particulièrement d'étudier, dans différents contextes d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, les relations entre les diverses dimensions du développement humain, les politiques de population, les évolutions du contrôle de la reproduction, notamment les progrès de la prévalence contraceptive, et la baisse de la fécondité.

Cet élargissement des mécanismes de transition de la fécondité à la majorité des pays en développement n'a pas permis en effet de répondre de manière univoque aux questions cruciales sur le rôle des différents facteurs du changement démographique. De nombreuses questions demeurent non résolues, soit parce que la diversité des processus actuels de transition remet en cause le caractère linéaire des anciennes théories, soit parce que de nouveaux phénomènes concomitants (crise ou développement économique accéléré, sida, programmes de planification familiale) interfèrent avec des interrelations déjà rencontrées : quels sont les rythmes de progression de la baisse de la fécondité au sein des différentes couches de la population et les déterminants (socioculturels, économiques, sanitaires) de l'adoption de nouveaux comportements reproductifs ? Quelle liaison existe-t-il entre le développement humain, le changement de statut des femmes, la croissance économique et la baisse de la fécondité à l'intérieur des groupes sociaux ? Quelles sont les influences spécifiques des politiques démographiques et sanitaires et quel est l'effet induit par les nouveaux principes énoncés par la conférence du Caire de 1994 sur ces programmes de population ? Voilà autant de questions auxquelles cet ouvrage voudrait contribuer à apporter des réponses.

Le contenu de l'ouvrage

L'ouvrage est scindé en trois parties : nouveau contexte et évolutions récentes de la reproduction dans les pays du Sud ; comportements et gestion des risques en matière de santé familiale et reproductive ; comportements et stratégies de reproduction.

Nouveau contexte et évolutions récentes de la reproduction

La première partie de l'ouvrage est consacrée tout d'abord aux principaux éléments qui ont contribué à modifier le contexte de la reproduction dans les pays du Sud : la diffusion de l'information en matière de contraception, la pandémie de VIH/sida, et l'évolution des relations de genre. Une fois ce contexte dressé, cette partie décrit l'évolution de la fécondité et de ses facteurs dans deux contextes fort différents : au Viêt-Nam, pays où la transition est déjà bien entamée, et en Afrique subsaharienne, où la baisse n'est qu'amorcée dans la plupart des pays.

La diffusion de la contraception moderne tient un rôle important dans les transitions reproductives en cours, en permettant une accélération de la baisse de la fécondité induite par les changements socio-économiques et en améliorant la maîtrise individuelle de la fécondité. Une information diversifiée et de qualité en la matière est un préliminaire à l'utilisation efficiente des méthodes de contraception, tout en étant un droit humain fondamental. Aussi, dans le premier chapitre de l'ouvrage, A. Gautier étudie la réalité d'une amélioration de l'information sur la contraception, dix ans après la signature du programme d'action du Caire, qui en faisait l'un de ses objectifs principaux, afin de préciser la manière dont ce droit à l'information est un peu mieux respecté après 1994 et quels sont les déterminants des différences importantes entre les pays.

B. Ferry analyse, dans le chapitre suivant, les disparités démographiques du VIH/Sida et ses impacts démographiques, plus particulièrement en Afrique

subsaharienne où 25 à 28 millions de personnes vivent avec le VIH, soit environ 8 % de la population adulte. En effet, dans beaucoup de pays africains, l'impact du VIH/Sida sur la situation sanitaire mais aussi sur les dynamiques sociales, économiques et démographiques se fait sentir chaque jour davantage. Malgré la difficulté à comprendre l'extension différentielle du sida en Afrique et à en cerner les diverses conséquences, du fait de son intrication avec le sous-développement, ce chapitre nous expose les déterminants de l'épidémie, ses relations avec la démographie de la région et, plus largement, ses effets sociaux et économiques.

Dans le troisième chapitre, M. E. Cosio-Zavala examine l'intérêt de prendre en compte les relations de genre pour une meilleure compréhension des évolutions de la reproduction humaine. S'interrogeant sur la manière dont on peut introduire cette perspective de genre dans les cadres conceptuels de la transition de la fécondité et sur la nature des relations observées à partir des indicateurs actuellement disponibles dans les enquêtes, elle se livre à une première lecture de la transition de la fécondité et de ses facteurs intermédiaires en Amérique latine, et plus particulièrement au Mexique, à la lumière de l'évolution des rapports sociaux de sexe sur ce continent.

Dans le quatrième chapitre, C. Scornet fait le point sur la planification familiale au Viêt-Nam, pays paradoxal s'il en est, puisque tout en demeurant largement rural, il s'est caractérisé par la précocité de la baisse de la fécondité. Elle dresse un historique de la manière dont l'État vietnamien accompagne depuis l'indépendance les changements reproductifs. Puis, elle analyse les politiques les plus récentes en matière de limitation des naissances et en matière familiale, en montrant comment le XXI^e siècle marque une étape importante dans l'évolution démographique et reproductive du pays, tout en s'interrogeant sur la qualité générale du programme à la lumière de la forte prévalence de l'avortement comme moyen de régulation de la fécondité.

Les conditions du début de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne contribuent à enrichir le débat sur les facteurs de la transition de la fécondité. Dans le cinquième chapitre, P. Vimard, R. Fassassi et E. Talnan s'interrogent

sur la généralité de la baisse de la fécondité à l'échelle du sous-continent, la nature des facteurs de cette baisse et sur les liens qu'entretient cette diminution avec les politiques de population et les crises économiques qui atteignent maints pays de la région. Pour cela, ils analysent plus particulièrement la situation de quatre pays représentatifs de la diversité des transformations démographiques actuelles (Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya et Zambie), en montrant leurs similitudes et leurs spécificités quant aux processus et aux facteurs de la transition de la fécondité.

Les conférences du Caire en 1994 et de Beijing en 1995, ont adopté des déclarations soulignant que les programmes en matière de santé de la reproduction devaient être accessibles aux femmes et aux hommes, quel que soit leur âge et leur situation, et en particulier aux adolescents. Malgré ces intentions, il apparaît que les programmes de planification familiale ciblent plus souvent les femmes mariées. Face à ce constat, le sixième chapitre, de V. Delaunay et A. Guillaume, vise à décrire le contexte de l'entrée en vie sexuelle et féconde des jeunes hommes et femmes en Afrique. Les auteurs, en mettant l'accent sur le rôle éventuel du mariage dans le début de la vie adulte, mettent en évidence les modes de prévention adoptés par les jeunes au début de leur vie sexuelle, en considérant notamment le rôle de l'avortement dans la régulation de la fécondité.

Comportements et gestion des risques en matière de santé familiale et reproductive

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux comportements en matière de santé familiale et reproductive dans deux contextes différents, en Afrique de l'Ouest et en Inde. Par ailleurs, elle aborde la santé de l'enfant en ce qui concerne le paludisme et l'infection par le VIH mais aussi la santé maternelle dans le cadre très particulier qu'est l'Inde contemporaine. Enfin, le sida, responsable d'une stigmatisation a priori des migrants et des personnes infectées par le VIH, entraîne des changements dans les comportements sexuels et la fécondité, qui ne peuvent faire l'économie, pour être compris, d'une approche non plus de l'individu mais du couple en tant qu'entité propre.

Dans le septième chapitre, A. Franckel et ses collègues s'intéressent au recours aux soins face au paludisme chez l'enfant en milieu rural. L'émergence de résistances du paludisme aux thérapeutiques habituelles nécessite de comprendre ce qui se passe effectivement en termes de comportements face à la fièvre. Comme toujours dans le domaine de la santé, il existe un décalage important entre les recommandations et les pratiques, en particulier familiales, face au paludisme de l'enfant. Mais ce décalage ne peut être réduit à une prise en charge tardive et non adaptée des crises de paludisme dont les familles sont systématiquement accusées. La richesse de ce chapitre réside dans son exploitation concrète, de façon synthétique, des informations apportées par différentes disciplines scientifiques (anthropologie, démographie, épidémiologie, sociologie), ayant des outils méthodologiques qui, ici, sont utilisés de façon complémentaire. Les auteurs montrent que le paludisme est, pour un grand nombre, une pathologie connue, dont le traitement relève de la biomédecine. L'automédication et le recours à des structures médicales sont considérés comme les meilleures réponses thérapeutiques en cas de fièvre palustre et la faible utilisation des structures de santé ne reflète que les contraintes économiques et les faiblesses des structures de soins elles-mêmes.

Au-delà du constat que l'Inde est le seul pays au monde à avoir un sex-ratio déséquilibré en faveur des hommes très au-dessus du rapport habituel de 103 garçons pour 100 filles à la naissance, V. Chasles, dans le huitième chapitre, montre que la santé de la femme y est assujettie aux hommes dans tout ce qui est santé de la reproduction. L'offre de soins de santé maternelle se tourne d'abord vers la reproduction et non vers les problèmes de santé des femmes en tant que tels. Elle souligne aussi, à propos du VIH et des maladies sexuellement transmissibles, comme cela a été noté par ailleurs, que les questions de santé de la reproduction, du fait de leur caractère intime et « honteux » ne sont pas abordées dans les structures les plus proches de la femme, ce qui les rend plus complexes à traiter.

Alors que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est l'objet de très nombreux programmes d'intervention depuis le début des années

2000, dans le neuvième chapitre, P. Msellati et ses collègues soulignent, d'une part, que l'infection pédiatrique par le VIH, au delà de la petite enfance, est la grande oubliée de la prise en charge en Afrique au sud du Sahara et d'autre part, qu'il est possible de lutter contre cette affection et d'en faire une maladie chronique à l'instar de ce qu'elle est dans les pays développés, comme le montre une expérience pilote menée en Côte d'Ivoire. Cette initiative pionnière devrait aider à surmonter le sentiment d'absence d'espoir des soignants et des familles pour permettre, enfin, à l'ensemble de la communauté de se mobiliser autour de ces enfants infectés par le VIH en Afrique.

Le VIH, à côté des affections médicales qu'il produit, a un impact sur les relations interpersonnelles et intra-communautaires. En Afrique de l'Ouest, R. Lalou et P. Msellati ont voulu, dans le dixième chapitre, approcher les conséquences en termes de risque perçu et de stigmatisme pour deux groupes de personnes labellisées comme à risque de VIH. La personne séropositive ne peut vivre, le plus souvent, que dans le secret si elle ne veut pas être stigmatisée ; le migrant, loin de l'image positive univoque dont il bénéficiait auparavant, se trouve stigmatisé à priori par sa communauté d'origine comme personne à risque d'y introduire le virus. Ces deux situations difficiles et paradoxales, ainsi que les stratégies qui en découlent, sont analysées ici.

Parce qu'il se transmet par voie sexuelle et de la mère à l'enfant, le VIH/sida et les campagnes de prévention qu'il suscite, bouleversent les domaines de la sexualité et de la procréation. A. Desgrées du Lou *et al.* se sont attachés, dans le onzième chapitre, à décrire et analyser cet impact à partir de travaux menés en Côte d'Ivoire depuis une décennie. Il s'agit également d'une réflexion sur les relations entre homme et femme au sein du couple, et sur l'impact de cette épidémie sur les liens conjugaux, dans un contexte où ce couple, au moins en milieu urbain, subit déjà des mutations importantes.

Comportements et stratégies de reproduction

Cette troisième partie de l'ouvrage vise à l'analyse des comportements de fécondité à partir de données individuelles recueillies au niveau national ou local. Les stratégies reproductives, observées à l'échelle individuelle et familiale, sont étudiées ; leurs interrelations avec les contraintes multiples que sont la crise, la pauvreté et les programmes de planification familiale, sont mises en évidence. Elle vise à mieux comprendre un phénomène donné dans un contexte institutionnel, politique et économique donné.

Dans le douzième chapitre, A. Anoh retrace la mise en place de la politique de planification familiale en Côte d'Ivoire et examine l'influence de l'offre de services sur l'évolution des pratiques contraceptives. Il montre comment le pays, longtemps ancré dans ses convictions populationnistes, se rallie progressivement aux recommandations des Nations unies concernant le contrôle de la population. Il décrit ainsi soigneusement chaque étape cruciale de la mise en place de l'appareillage politique visant à réduire la croissance démographique. Son approche ne se contente pas de décrire le contenu de cette politique : elle s'efforce de situer son émergence dans le contexte historique et économique bien spécifique au pays. L'auteur montre par ailleurs que les activités de planification familiale n'ont pas attendu l'adoption d'une politique de population pour se propager. Il constate cependant que leur impact reste mitigé. Les grandes enquêtes nationales révèlent en effet que la pratique contraceptive moderne en Côte d'Ivoire demeure relativement restreinte, et sa progression, bien qu'effective, reste lente. À travers le décalage entre les pratiques de la population ivoirienne en matière de planification familiale et les objectifs des politiques, l'auteur s'interroge sur les liens entre logiques individuelles et logiques institutionnelles.

Le chapitre treize aborde un autre aspect de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, celui du lien entre pauvreté et comportements de régulation de la fécondité. S'inscrivant dans un domaine de réflexion abondamment exploré ces dernières années, l'auteur, R. Fassassi, s'efforce d'apporter des éléments de méthodologie originaux, à même de mieux faire ressortir les interactions entre

les deux phénomènes au niveau micro économique. Dans un premier temps, il passe minutieusement en revue les spécificités du concept de pauvreté, en soulignant notamment son caractère multidimensionnel. Il propose ensuite un indicateur de pauvreté humaine individuelle qui synthétise, au niveau individuel, les dimensions jugées pertinentes des conditions de vie en insistant sur l'accès aux ressources. Il utilise ensuite cet indicateur sur deux échantillons de population, à l'échelle locale et nationale, comme facteur discriminant du niveau de fécondité. L'étude démontre ainsi, de manière originale, que les pratiques modernes de régulation de la fécondité sont associées à des conditions de vie individuelles favorables. À l'inverse, les personnes appartenant aux catégories les plus démunies se montrent moins enclines à réguler la fécondité et, lorsqu'elles le font, recourent davantage aux méthodes traditionnelles réputées peu efficaces. Ces tendances s'observent aussi bien à l'échelle du pays, qu'à l'échelle d'une région rurale du sud-ouest.

Le chapitre quatorze se focalise sur une catégorie de population qui est apparue après la conférence du Caire comme une cible à privilégier dans les politiques de population : les jeunes adultes. Dans ce chapitre, A. Adjamagbo, V. Delaunay et P. Antoine étudient l'évolution des comportements de fécondité pré-nuptiale dans une société rurale sénégalaise en phase prétransitionnelle, où la pratique contraceptive est quasi inexistante et où le recul de l'âge au mariage s'est affirmé au cours des générations. À partir de l'étude approfondie des indicateurs de fécondité aux jeunes âges, les auteurs montrent comment le contexte entourant la première naissance change. Si les modes de constitution des familles restent encore très conformes à la norme dominante « mariage—grossesse—naissance », d'autres modèles démarrant par une grossesse ou une naissance (ou les deux) avant le mariage sont en progression régulière d'une génération à l'autre. Dans cette société où les codes sociaux restent très attachés au binôme mariage—procréation, l'annonce d'une grossesse incite les familles à précipiter les unions. Ces pratiques « de rattrapage » de ce qui reste perçu comme une méconduite sociale, contribuent probablement à limiter la tendance au recul de l'âge au premier mariage. Ces pratiques limitent également

le phénomène de décrochage entre mariage et procréation. On saisit alors tous les enjeux d'une diffusion plus large des moyens de prévention des grossesses non désirées, au sein des populations jeunes en Afrique.

Toujours en milieu rural, mais dans une toute autre région du continent africain, B. Gatineau s'intéresse aux mécanismes de baisse de la fécondité. L'auteur, dans ce chapitre quinze, insiste sur le fait que le schéma de la transition nationale en Tunisie est un amalgame de schémas régionaux qui peuvent être très différents. En Kroumirie, région isolée et pauvre, la pauvreté et la marginalisation des populations ont eu pour conséquence tout un ensemble de changements démographiques : recul de l'âge au mariage, migration des jeunes et limitation des naissances. À l'inverse, dans la délégation d'El Faouar, comme dans tout le Sud tunisien, on observe des résistances au changement dans des régions rurales parmi les plus riches, les mieux dotées en infrastructures sanitaires et scolaires. L'étude confirme ainsi ce que d'autres chercheurs ont déjà montré, à savoir que la relation « niveau de fécondité—niveau de développement socio-économique » est loin d'être simple. Dans les régions du sud, le maintien d'une fécondité élevée s'intègre dans un ensemble de décisions des familles qui tient compte des contextes économiques (nécessité d'activités non agricoles, activité salariée des femmes inexistante), sociaux (permanence des rôles masculins et féminins très inégalitaires) et culturels (contrôle de la famille élargie sur les décisions de fécondité).

Le chapitre seize, dernier de l'ouvrage, traite de la question du lien entre les discriminations de genre et la fécondité, en Inde et au Tamil Nadu en particulier. L'auteure, S. Vella, y montre comment la préférence pour les garçons influence de manière significative le « comportement démographique » (nombre et sexe des enfants désirés, contraception...). Elle envisage notamment le lien entre le sex-ratio, à la naissance et dans la période infanto-juvénile, et la fécondité ; elle apporte des précisions sur les déterminants socioculturels du déficit de femmes. L'étude montre ainsi que la remarquable infériorité numérique des filles à la naissance ne peut s'expliquer par les seuls facteurs biologiques. Elle suggère l'existence de pratiques de sélection des fœtus ; pratiques difficilement

chiffrables, mais que le déploiement des technologies médicales de sélection du sexe de l'enfant semble bien confirmer. D'autre part, la surmortalité des filles dans l'enfance révèle l'importance des pratiques discriminatoires envers les filles pour les soins alimentaires et de santé. À partir de ce cas très particulier de l'Inde, l'étude rappelle à quel point des codes socioculturels forts (système de la dot, nette inégalité des statuts féminin et masculin) et un contexte politique ferme (mise en place d'une politique de population coercitive et de programmes de stérilisation dans les années 1970-1980) peuvent influencer les comportements individuels de régulation de la fécondité.

Enfin, cet ouvrage s'achève par une conclusion qui, après avoir présenté les principaux résultats des différents chapitres, montre les lacunes, qui demeurent dans notre connaissance des changements démographiques et sanitaires des pays du Sud, et dessine quelques orientations de recherche pour l'avenir.



Au terme de cette introduction, il nous apparaît nécessaire de signaler que l'unité de recherche de l'IRD intitulée *Santé de la reproduction, fécondité et développement* se trouve à l'origine de l'ouvrage qui est livré aujourd'hui au lecteur. C'est dans le cadre de cette unité, dirigée alors par Patrice Vimard, qu'est née l'idée de rassembler, dans un ouvrage collectif, les principales analyses produites par la quinzaine de chercheurs et doctorants membres de celle-ci. L'unité est devenue *l'équipe Population-santé* du Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), à la suite de la constitution de celui-ci en unité mixte de recherche IRD-Université de Provence. C'est donc dans le cadre de l'équipe Population-santé que s'est poursuivi le travail de rédaction de l'ouvrage, ponctué par un atelier de deux jours, organisé en octobre 2003, pour présenter et discuter les différents textes provisoires. Lors de cet atelier, les textes ont été tout spécialement commentés et critiqués par des discutants extérieurs, dont les interventions ont été décisives pour la mise au point des différents

chapitres. Aussi, au moment de livrer le résultat de ce processus d'édition, nous tenons à remercier chaleureusement tous les discutants : Nathalie Bajos, Doris Bonnet, Michel Bozon, Carole Brugeilles, Yves Charbit, Olivia Samuel, Bruno Schoumaker, Catherine Scornet et Dominique Tabutin, qui ont bien voulu apporter leur contribution si précieuse à la réussite de ce travail. Les auteurs et les éditeurs restent bien entendu seuls responsables des imperfections qui subsisteraient dans l'ouvrage. Nous tenons enfin également à remercier tout particulièrement Valérie Delaunay, responsable de l'équipe Population-santé, et Patrick Livenais, directeur du Laboratoire Population-Environnement-Développement, pour leurs encouragements et leur appui constant au long de notre travail d'édition. Enfin, nous ne saurions clore cette introduction sans remercier sincèrement Armelle Domenach pour le soin apporté à l'édition finale des différents chapitres de l'ouvrage.

Références bibliographiques

- BLEDSON C. H., CASTERLINE J. B., JOHNSON-KUHN J. A. et HAAGA J. G. (éd.), 1999, *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, National Research Council, National Academy Press, Washington D. C., 320 p.
- BONNET D. et GUILLAUME A., 2004, « La santé de la reproduction : une émergence de droits individuels », in Guillaume A. et Khlal M. (éd.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, CEPED-LPED-INED, Paris, pp. 11-32.
- CALDWELL J. FINDLEY S., CALDWELL P., SANTOW G., COSFORD W., BRAID J. et BROERS-FREEMAN D. (éd.), 1990, *What We Know about Health Transition : The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, Canberra, Health Transition Series, vol. 1, n° 2.
- COSIO-ZAVALA M.E., 2001, « Les deux modèles de transitions démographiques en Amérique latine : le malthusianisme de pauvreté », in Gendreau F. (éd.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Aupelf-Uref-Editions Estem, Paris, pp. 41-52.
- FATHALLA M. F., 1992, « Reproductive health in the World : two decades of progress and the challenge ahead », in Khanna J., Van Look P.F.A et Griffin P. D. (éd.), *Reproductive health : a key to a brighter future*, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organisation, Geneva,

pp. 3-31.

- FNUAP, 2004, *État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, Fnuap, New York, 115 p.
- GRAY R.H., Wawer M. J., Serwadda D., Sewankambo N., L. C., Wabwire-Mangen F., Paxton L., Kiwanuka N., Kigozi G., Konde-Lule J., Quinn T. C., Gaydos C. A., McNairn D., 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *The Lancet*, vol. 351, pp. 98-103.
- GREGSON S., Zaba b. et Hunter S.C., 2002, The Impact of HIV1 on Fertility in Sub-Saharan Africa : Causes and Consequences, Expert groupe meeting on « Completing the fertility transition », Division de la Population, Nations unies, New York, mars 2002, 34 p.
- JEJEEBHOY S. J., 1995, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour : Experience from Developing Countries*, Clarendon Press, Oxford, 306 p.
- OMRAN A., 1971, « The Epidemiologic Transition : A Theory of the Epidemiology of Population Change », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 4, pp. 509-538.
- ROGERS E. M., 1995, *Diffusion of Innovations*, The Free Press, New York, 1995 (4^e édition).
- UNITED NATIONS, 2003, *World Population Prospects : the 2002 Revision. Highlights*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2003, 22 p. (ESA/P/WP180).
- UNITED Nations, 2004, *World Population to 2300*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2004, 240 p. (ST/ESA/SER.A/236).
- VIMARD P., 1997, Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise, *Documents de recherche n° 3, ETS, Orstom*, Paris, 31 p.

PREMIÈRE PARTIE

Nouveau contexte et évolutions récentes de la reproduction
dans les pays du Sud

L'information sur les méthodes contraceptives, dix ans après le programme d'action du Caire

ARLETTE GAUTIER

Bien que des couples, surtout illégitimes, aient, depuis toujours, pratiqué la contraception, la diffusion de la contraception moderne a joué un rôle important dans les transitions reproductives en cours. Elle a permis une accélération de la baisse de la fécondité induite par les changements socio-économiques, et elle a amélioré la maîtrise individuelle de la fécondité. La reconnaissance législative du droit à la contraception est même, selon F. Héritier (2003), le levier qui permet la remise en cause de l'archaïque valorisation différentielle des sexes. Elle a fait l'objet de revendications par les mouvements féministes depuis la fin du XIX^e siècle en tant que droits des femmes et que droit à la santé, pour réduire le recours aux avortements, mais aussi par les mouvements néo-malthusiens, plus préoccupés par la baisse de la fécondité comme préliminaire à l'amélioration des situations économiques, tant au niveau individuel que social. Ces objectifs ne sont pas nécessairement contradictoires et les attendus des déclarations internationales sur la population et le développement comme les politiques anti-natalistes nationales les ont généralement mis en avant conjointement (Seltzer, 2002). Toutefois, la mise en œuvre de politiques anti-natalistes a parfois usé de contraintes ou, plus subtilement, offert uniquement des méthodes de contraception de longue durée, sans permettre les conditions d'un véritable choix, par exemple en Inde (Verkey *et al.*, 2000) et au Mexique

(Brugeilles, 2004). Ces dérives ont été néfastes au succès des programmes de planification familiale, car des clients potentiels s'en sont éloignés.

Au contraire, la diversification des méthodes de planification familiale et l'amélioration de la qualité des services qui les dispensent permettent de limiter la discontinuité des méthodes et attirent de nouveaux utilisateurs (Bongaarts et Bruce, 1995). Lorsqu'une nouvelle méthode est offerte dans le cadre d'un programme de planification familiale, la prévalence augmente en moyenne le pourcentage de 12 points (Jain, 1989). Aussi, la pluralité des méthodes contraceptives, tant au niveau de l'information que de l'accès aux services, est un élément essentiel du succès de toute politique de planification familiale. Une alliance entre certains secteurs des mouvements pour les droits reproductifs et du « lobby population » (Chasteland, 1997) a promu la nécessité de programmes de planification familiale offrant une information fiable, diversifiée et objective ainsi que l'accès à une pluralité de méthodes dans le cadre de relations respectueuses du client. De plus, ces programmes doivent désormais viser l'ensemble de la santé de la reproduction, et pas seulement la planification familiale, et concerner l'ensemble des individus, indépendamment du sexe et de l'âge, et pas seulement les femmes en âge reproductif. Cette optique a été ratifiée par 179 pays à la Conférence internationale population et développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 (Gautier, 2002).

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur ce seul aspect, même si bien d'autres points de ce vaste programme mériteraient d'être abordés². L'accès à des services de contraception de qualité, loin d'être acquis, même dans des pays qui ont accepté le programme d'action du Caire, comme le montre l'exemple de la Côte d'Ivoire (Anoh *et al.*, 2004), est également essentiel pour permettre l'accès à la maîtrise de la fécondité. Néanmoins, l'information sur la contraception est un préliminaire à son utilisation. Ainsi, une analyse de 13 enquêtes

-
1. Soit, l'ensemble des institutions, civiles, gouvernementales ou internationales (comme la Division de la population des Nations unies), qui œuvrent depuis les années 1950 pour accroître la sensibilité aux questions de population, souvent dans un sens néo-malthusien.
 2. Voir Gautier (2004) sur la question de la diversification des méthodes de contraception et de la diminution éventuelle du recours exclusif à la stérilisation féminine.

démographiques et de santé³, réalisées entre 1986 et 1990, indique que 25 % des femmes, qui risquaient d'avoir des enfants et n'en voulaient pas avant deux ans, ou plus du tout, justifiaient leur absence de pratique contraceptive par l'ignorance de la contraception (Bongaarts et Bruce, 1995 : 60). Les inquiétudes concernant la santé (20%) et l'opposition du mari (9%) constituaient les autres raisons principales de non utilisation. Elles étaient plus importantes en Amérique latine et en Asie, qu'en Afrique subsaharienne où le manque de connaissances était primordial.

Une information diversifiée et de qualité en matière de contraception est également un droit humain fondamental qui renvoie à plusieurs droits bien établis (Coliver, 1994) :

- La liberté d'expression et d'information, qui est considérée comme la pierre de touche des autres droits. Sans elle, les individus ne peuvent pas faire de choix informé concernant leur vie sociale comme leur vie privée. Il ne peut pas y avoir de démocratie sans ce droit ;
- Le droit à l'égalité et à la non discrimination. Les femmes pauvres, ou non éduquées, connaissent et utilisent généralement moins les méthodes de contraception, alors même que leur risque de décès lié à une grossesse est plus élevé que celui d'autres femmes. Elles ont souvent moins accès à l'information que les autres femmes, particulièrement lorsqu'elles sont analphabètes. Elles sont également davantage soumises à une information erronée, transmise, soit par leur milieu, soit par les moyens de communication de masse modernes. Elles peuvent avoir plus de difficultés à l'assimiler. Il est donc du devoir des gouvernements de leur fournir cette information de façon accessible ;
- Le droit à la vie est rappelé par tous les traités internationaux, mais il est souvent considéré indépendamment du risque lié à la maternité. Celui-ci a presque totalement disparu dans les pays développés, où le taux de mortalité maternelle est deux cents fois moindre que dans les pays en

3. Burundi, Ghana, Kenya, Mali, Ouganda, Soudan ; Sri Lanka, Thaïlande ; Bolivie, Colombie, République dominicaine, Équateur, Pérou.

développement. L'information sur les moyens d'éviter ou d'espacer les naissances est donc l'une des informations les plus importantes pour la vie des femmes. De plus, la mortalité maternelle n'est que l'aspect le plus visible des morbidités reproductives, encore fort mal recensées ;

— Le droit à la santé, mentionné par le *Convenant économique*, a été ratifié par 131 pays en 1994. Or, l'information sur la planification familiale permet d'éviter des avortements réalisés dans de mauvaises conditions ainsi que des grossesses et des naissances dangereuses ; elle conduit, de ce fait, à une amélioration de la santé des mères et de leurs enfants ;

— Le droit à la dignité, à la liberté et à la sécurité fonde la décision de la Commission européenne des droits de l'homme selon laquelle l'avortement ou la stérilisation sans le consentement éclairé de la personne constitue un traitement dégradant et contredit le droit à créer une famille. Cette position a été reprise lors de la Conférence mondiale sur les femmes, à Pékin en 1995 ;

— Le droit à la vie familiale et à une vie privée implique pour les individus, la possibilité de prendre des décisions informées sans interférence de l'État, mais aussi, l'obligation pour les gouvernements d'assurer le respect de la vie privée de la femme et la non interférence du mari ou du compagnon.

Aussi le droit à une information variée et objective sur les méthodes de contraception est reconnu comme faisant partie intégrante des droits de l'homme lors la conférence de Téhéran en 1968. L'article 16 de la déclaration finale statue en effet : « Les parents ont le droit humain fondamental de décider librement et de façon responsable quant au nombre et à l'espacement entre les naissances et ont le droit à une éducation et une information adéquate à ce sujet » (Coliver, 1994, p. 54). Le plan mondial d'action adopté par la conférence de Bucarest a ajouté « les individus » aux bénéficiaires de cette information. Ce droit est depuis régulièrement affirmé dans les différentes conventions internationales concernant les droits humains, les femmes, la population et le développement.

Dix ans après la signature du programme d'action du Caire, on cherchera donc à préciser si ce droit à l'information est mieux respecté depuis 1994 qu'avant, et quelles sont les raisons qui peuvent expliquer les différences existant entre les pays. Ces deux objectifs ont déterminé les sources utilisées, les questions posées et les choix méthodologiques effectués.

Mesurer le droit à l'information contraceptive

Sources, méthodes et données

Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) d'ORC-Macro International seront utilisées, car elles ont permis de collecter des données relativement uniformes sur les connaissances concernant la contraception dans un grand nombre de pays. Elles se prêtent donc aisément à des comparaisons. Seront étudiés les 36 pays, où les femmes ont été enquêtées au moins deux fois, une fois de 1987 à 1994, l'autre de 1995 à 2002⁴, ce qui permet d'analyser les évolutions entre ces deux périodes. Des taux de croissance de ces connaissances par année ont été calculés car les durées entre deux enquêtes sont variables, même si en moyenne, cette durée est de cinq ans. Les réponses des femmes seront confrontées à celles des hommes lorsque cela sera possible, c'est-à-dire lorsqu'ils ont été interrogés dans dix pays africains et Haïti en 1987-1994 et vingt-quatre pays par la suite. En effet, les hommes n'étaient pas interrogés lors des premières EDS parce que les résultats des précédentes enquêtes mondiales de fécondité semblaient indiquer que les réponses des hommes étaient trop proches de celles des femmes pour justifier une enquête spécifique (Watkins, 1993). Enfin, des données concernant l'étendue des connaissances sur les méthodes anti-conceptionnelles ont été collectées dans 15 pays seulement.

La population totale de ces 36 pays représente un tiers de la population mondiale et près de la moitié de celle des pays en développement. Cependant,

4. Sauf pour le Maroc, qui a été enquêté en 1987 et en 1992.

comme le signalent justement A. Desgrées du Loû et P. Vimard (2000), les pays traversant de fortes crises socio-politiques ou des conflits armés sont sous-représentés dans les pays disposant d'EDS, et encore plus dans ceux qui peuvent disposer de plusieurs enquêtes. Aussi, nos résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des pays en développement.

Les données seront souvent présentées séparément pour les 18 pays d'Afrique subsaharienne et les 18 autres pays, car les différences entre ces zones sont trop importantes pour les ignorer. Néanmoins, les caractéristiques de la Bolivie et du Guatemala les rapprochent souvent des pays africains, alors que celles du Kenya ou du Zimbabwe les éloignent de la moyenne des autres pays africains.

L'objectif étant de préciser le rôle des différents déterminants, économiques, politiques et sociaux, dans les éventuelles évolutions, l'unité d'analyse sera le pays, ce qui implique que les résultats par pays ne seront pas pondérés par la taille de leur population dans le calcul des moyennes. Il ne s'agit pas, en effet, de mesurer l'évolution globale des connaissances pour les habitants des 36 pays, mais bien de voir s'il y a eu une évolution et quels en sont les déterminants au niveau national, pour vérifier notamment l'éventuel impact des politiques de planification familiale.

Qu'est ce que connaître une méthode de contraception ?

Les individus peuvent donner des significations différentes au fait de connaître une méthode pour éviter les naissances. Ils peuvent dire « connaître » s'ils en ont entendu parler, ou s'ils savent comment l'utiliser ou comment elle fonctionne. Le degré de connaissance peut donc varier, allant de presque inexistante à très détaillée. De plus, les enquêteurs demandent d'abord si la personne connaît une méthode puis, si elle n'a pas su répondre, citent le nom de la méthode, ce qui risque de surestimer la connaissance, puisque des individus peuvent avoir honte de ne pas connaître une méthode ou seulement connaître son nom, sans en savoir plus. Les deux types de connaissance, spontanée et reconnue, peuvent donner des résultats fort différents. Ainsi, 40 % seulement

des citoyennes d'une quinzaine d'états africains pouvaient citer spontanément une méthode de contraception alors que 80 % déclaraient connaître au moins une méthode citée par l'enquêteur (Bangha, 2000 : 51).

Les EDS investiguent toutes les méthodes de contraception, qu'elles soient modernes ou « traditionnelles ». Le fait de connaître une méthode de contraception ouvre déjà la possibilité d'exprimer un choix quant à la taille de sa descendance. Celui de connaître une méthode moderne accroît sans doute la possibilité de réaliser son choix. Les programmes de planification familiale promeuvent plutôt les méthodes modernes, alors que certaines associations confessionnelles favorisent les méthodes dites traditionnelles. En fait, les réponses à ces deux questions sont étonnamment identiques. Ainsi, en 1987-1995, l'écart est seulement de deux points entre les deux réponses : 86 % des femmes ont cité au moins une méthode, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, alors que 84 % ont cité une méthode moderne. Seuls quelques pays, dont le Cameroun, ont un écart important entre ces deux méthodes. Les données sur l'ensemble des méthodes seront utilisées car une méthode moderne mal utilisée n'est pas plus efficace que certaines méthodes dites traditionnelles.

J. Bongaart et J. Bruce ont proposé, en 1995, de mesurer la connaissance par la combinaison de trois indicateurs : citation spontanée, connaissance du lieu d'obtention et des effets secondaires liés à cette méthode. L'ordre des treize pays précédemment mentionnés diffère peu selon ces trois indicateurs. 58 % des femmes interrogées ont une connaissance spontanée d'au moins une méthode, 74 % en reconnaissent au moins une, après citation par l'enquêteur, 71 % évoquent un lieu de diffusion de moyens de contraception, 60 % ont une opinion sur les effets secondaires des méthodes. Au total, 47 % des femmes citent spontanément au moins une méthode, savent où la trouver et ont une opinion sur ses effets secondaires, donc connaissent bien au moins une méthode. Il y a donc une différence de 16 points de pourcentage entre la connaissance spontanée et la méthode reconnue, et de 27 points entre la méthode reconnue et l'index combiné. D'après ce dernier indicateur, plus de la moitié des Africaines et des Péruviennes n'utilisant pas la contraception alors qu'elles ne veulent

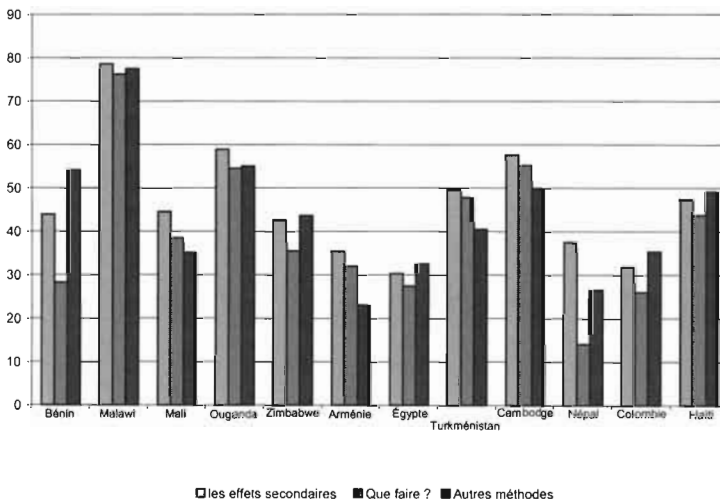
pas d'enfant tout de suite, ignorent la contraception (Bongaarts et Bruce, 1995 : 62). Les derniers rapports des EDS ne précisent pas si la connaissance est spontanée ou questionnée et le niveau de connaissance qu'ils indiquent est donc sans doute surestimé.

Les personnels sanitaires informent peu les clients sur les effets secondaires liés aux méthodes de planification familiale qu'ils fournissent. Les médecins ont longtemps dénié la réalité de ces effets secondaires ou les ont minimisés. De fait, l'Église catholique ou les journaux populaires mènent parfois des campagnes contre les méthodes modernes de contraception, en affirmant que ces méthodes donnent le cancer ou ont d'autres effets négatifs. Ceux-ci sont parfois réels et parfois imaginaires. Ainsi, les pilules anti-conceptionnelles augmentent très légèrement la probabilité de développer certains types de cancer mais diminuent ce risque pour d'autres types de cancer. En revanche, il est avéré que certaines femmes ne supportent pas les dispositifs intra-utérins ou que les pilules provoquent des nausées très gênantes pour d'autres femmes. Les fabricants reconnaissent d'ailleurs ces effets, qui les ont poussés à développer à grands frais de nouveaux produits, par exemple les pilules de la quatrième génération, cependant souvent absents des programmes publics de distribution de produits anticonceptionnels des pays en développement car ils sont trop chers. Il faut d'ailleurs souligner que les produits anticonceptionnels ont généralement été testés sur des populations mieux nourries et d'une stature plus grande que celles du tiers-monde, ce qui peut expliquer que les effets secondaires y soient plus forts. Les enquêtes démographiques et de santé posent des questions sur les effets secondaires vécus réellement par les femmes et sur la crainte d'effets secondaires, ce qui permet de différencier ces deux effets.

Pour que les effets secondaires n'empêchent pas les femmes ou les couples d'atteindre la parité qu'ils désirent, les prestataires de service de planification familiale devraient les évoquer, expliquer que faire s'ils se produisent et présenter plusieurs méthodes. C'est d'ailleurs ce que recommande la norme officielle de planification familiale de plusieurs pays, dont le Mexique. Or, d'après douze enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 1999 et 2001 (dont huit font

partie de l'échantillon antérieur), il n'y a que quatre pays où plus de 40 % des femmes ont bien eu toutes ces informations, pourcentage qui monte à 80 % au Malawi. Plus souvent, les femmes n'ont pas été informées des effets secondaires,

Figure 1. L'information sur les effets secondaires des méthodes de contraception, que faire en cas d'effets secondaires, les autres méthodes possibles, 1999-2001 (en %)



Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en septembre 2004.

ni des actions à entreprendre, ni sur d'autres méthodes. L'Égypte, la Colombie et le Népal présentent les niveaux de biais les plus importants (figure 1).

J. Bongaart et J. Bruce auraient également voulu tenir compte des connaissances sur l'utilisation, mais cette information n'existe pas dans les EDS. On peut d'ailleurs s'interroger sur cette omission car les EDS interrogent les individus sur les bonnes et les mauvaises façons d'éviter le sida. Elles pourraient donc le faire pour la contraception, ce qui serait utile car les connaissances concernant l'utilisation de celle-ci paraissent assez imprécises. Une enquête brésilienne auprès de 472 femmes indique ainsi que 95 % déclarent connaître la

pilule, 72 % le préservatif, 60 % le stérilet et un tiers la ligature (Espejo, 2003). En fait, moins de la moitié des femmes qui mentionnent ces contraceptifs savent comment les prendre correctement, même en ce qui concerne la pilule. Les femmes ont beaucoup d'idées fausses sur le stérilet, qui s'insérerait dans le front de l'enfant en cas d'échec de cette contraception, croyance répandue dans de nombreux pays, dont l'île Maurice (Hillcoat-Nalletamby, 2003). Cela n'est pas étonnant; en effet, certaines institutions, comme l'Église catholique, mènent une campagne de désinformation sur les effets des méthodes modernes de contraception, dans des pays aussi variés que la Pologne (Heinen, 1992) et le Mexique (Gautier et Quesnel, 1993).

La question de l'objectivité est particulièrement sensible pour les méthodes définitives, d'autant que la stérilisation féminine est devenue la méthode de contraception la plus utilisée dans les pays en développement. Elle a l'avantage d'être irréversible. Elle est efficace à cent pour cent, du moins quand elle est bien faite. Elle peut même être cachée au mari. Elle présente donc bien des avantages, autant pour les individus que pour les programmes de planification familiale. Cependant, l'utilisation de cette méthode est susceptible de conduire à des abus de confiance qu'ils soient directs, lorsque des femmes sont opérées sans qu'elles le sachent, ou indirects quand elles ne sont pas informées des risques et des difficultés liées aux opérations de réversibilité. Ainsi, d'après ces mêmes EDS, 64 % des Maliennes interrogées, 74 % des Népalaises et 3 % dans le pays le mieux loti, la Colombie, ne se considèrent pas concernées par le risque d'irréversibilité lié à ces opérations. Les médecins eux-mêmes ne sont pas toujours formés aux risques pour la santé de cette opération. Ainsi, les manuels de médecine mexicains consultés en 1987 ne mentionnaient nulle part le risque de ménopause précoce ou de morbidité associée à toute chirurgie ; en conséquence, aucun traitement substitutif n'était proposé aux femmes ménopausées précocement (Gautier et Quesnel 1993). Aujourd'hui, les risques liés à la chirurgie sont mentionnés mais pas ceux liés à une ménopause précoce.

*Connaître plusieurs méthodes de contraception,
une des conditions d'un choix informé*

Des méthodes différentes peuvent être nécessaires en fonction du cycle de vie, de l'état de santé ou des désirs des uns et des autres. Aussi, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) calcule le nombre moyen de méthodes de contraception connues pour mesurer la diversité des connaissances. Toutefois, parmi ces méthodes se trouvent des méthodes folkloriques sans grande efficacité. Un nombre élevé de connaissances connues ne signifiera pas forcément que les individus peuvent choisir entre des méthodes ayant différents avantages et inconvénients. La validité de cet indicateur sera donc testée. De plus, le nombre de méthodes ne dit rien des méthodes effectivement connues, notamment de leur fiabilité. Il paraît préférable de vérifier le niveau de connaissances de plusieurs méthodes ayant des avantages et des inconvénients variés.

La connaissance du cycle est la base de la compréhension du système reproducteur. Elle constitue la première étape de toute alphabétisation reproductive, car elle permet d'expliquer le fonctionnement des différentes méthodes contraceptives. C'est également la base de la seule méthode approuvée par l'église catholique : la méthode du rythme. Cette dernière peut avoir une certaine efficacité pour les femmes ayant des cycles très réguliers et peu fertiles. En revanche, elle conduit à des grossesses lorsque les informations données sont trop succinctes, comme c'était le cas au Yucatan en 1987 (Gautier et Quesnel, 1993). Elle nécessite également la participation masculine.

L'ajout de sept méthodes contraceptives modernes (le condom, le diaphragme, la pilule, les injections, le stérilet, les stérilisations féminine et masculine) permettrait de couvrir l'essentiel des besoins, selon que l'on désire espacer les naissances ou les limiter, que l'on supporte ou pas les méthodes hormonales. La pilule est très efficace et elle a l'avantage d'être déconnectée de l'acte sexuel, mais elle doit être prise régulièrement. Les injections peuvent être faites à l'insu du conjoint une fois tous les trois mois. Ces deux méthodes hormonales peuvent provoquer des effets secondaires. Le diaphragme n'en produit aucun et il est

particulièrement adapté aux relations inopinées, mais il doit être mis avant l'acte sexuel et gêne certaines femmes. Le condom masculin offre également une double protection : contre les grossesses et contre les MST, mais son utilisation est soumise au bon vouloir masculin. Le stérilet permet d'assurer une contraception de longue durée mais réversible ; il nécessite un suivi médical. La ligature est aussi de longue durée mais souvent irréversible, ce qui peut conduire à des regrets lorsqu'un enfant meurt ou après une séparation. C'est la méthode la plus pratiquée dans le monde, de façon pas toujours volontaire. La vasectomie masculine, opération pourtant plus légère, est peu connue. Au Mexique en 1987, elle était assimilée, à tort, à une castration et n'était utilisée que par les membres du corps médical (Gautier et Quesnel, 1993).

D'autres méthodes pourraient être incluses, comme le préservatif féminin qui présente les mêmes avantages que le condom masculin, tout en redonnant l'initiative aux femmes (Warren et Philpott, 2003). S'il a été introduit à titre expérimental dans de nombreux pays, il est rarement présent dans les programmes de santé reproductive, sauf au Brésil. Il commence seulement à être étudié dans les EDS. De même, la méthode de l'allaitement maternel rationalisé pourrait être utile, en Afrique subsaharienne notamment, où les femmes veulent surtout espacer les naissances. Elle est pourtant rarement incluse dans les programmes de planification familiale. Douze EDS ont posé une question sur cette méthode aux hommes et aux femmes, qui est connue par la moitié des Colombiennes, Haïtiennes, Péruviennes et Ougandaises et moins par les autres nationalités. Les mentions masculines sont toujours inférieures⁵, sauf au Malawi où elles s'élèvent à 38 %.

Le niveau de connaissances pour chacune de ces huit méthodes sera donc analysé, puis on cherchera un indicateur synthétique de la diversité des connaissances.

5. Ghana, hommes : 11,5 % et femmes : 18 % ; Zimbabwe : 19 % et 34 %, Haïti : 26,2 % et 46 %.

Une augmentation, légère mais inégale, du niveau des connaissances

La mesure portera sur la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, puis sur celle de plusieurs méthodes.

Connaître une méthode : des différences plus sociales que sexuelles

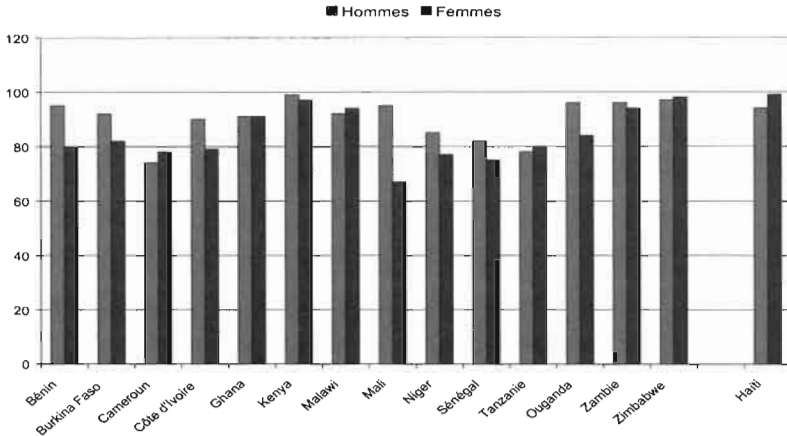
Lors des premières enquêtes démographiques et de santé, de 1987 à 1994, 87 % des femmes interrogées dans les 36 pays connaissaient au moins une méthode, pourcentage passé à 92 % lors de la seconde vague d'enquêtes (figure 2). Alors que le niveau de connaissance est comparable selon les sexes, des différences régionales et sociales persistent. Toutefois, ces inégalités se sont atténuées avec le temps et elles varient selon les pays.

Partout, les femmes ayant suivi le secondaire connaissent la planification familiale, alors que celles ayant suivi des études primaires sont légèrement discriminées. En revanche, 27 % des Africaines sans instruction en 1987-1994, et 19 % en 1995-2002, ne peuvent pas mentionner une méthode de contraception, même en étant aidées, pourcentages qui tombent respectivement à 14 % et 8 % pour les femmes sans instruction des pays non africains. Lors de la première vague d'enquêtes, les analphabètes camerounaises, malgaches et nigérianes ont plus de cinquante points de pourcentage d'écart dans les connaissances contraceptives, pour n'importe quelle méthode, avec leurs consœurs ayant suivi le secondaire, les analphabètes boliviennes et philippines plus de 30 % d'écart, les femmes analphabètes guatémaltèques et maliennes plus de 20 %. Au contraire, dans onze pays⁶, l'écart ne dépasse pas 1 % ; le droit à l'égalité en matière d'information contraceptive est alors respecté⁷.

6. Bangladesh, Brésil, Colombie, Egypte, Haïti, Jordanie, Kazakhstan, Maroc, Népal, République dominicaine, Turquie.

7. Si l'on tient compte des informations sur les méthodes modernes, les résultats sont identiques, sauf pour cinq pays : Cameroun, Madagascar, Nigeria, Bolivie et Philippines, ces deux pays se caractérisant par un fort catholicisme institutionnalisé.

Figure 2. Hommes et femmes connaissant au moins une méthode de contraception en 1987-1995, 14 pays africains et Haïti (en %)



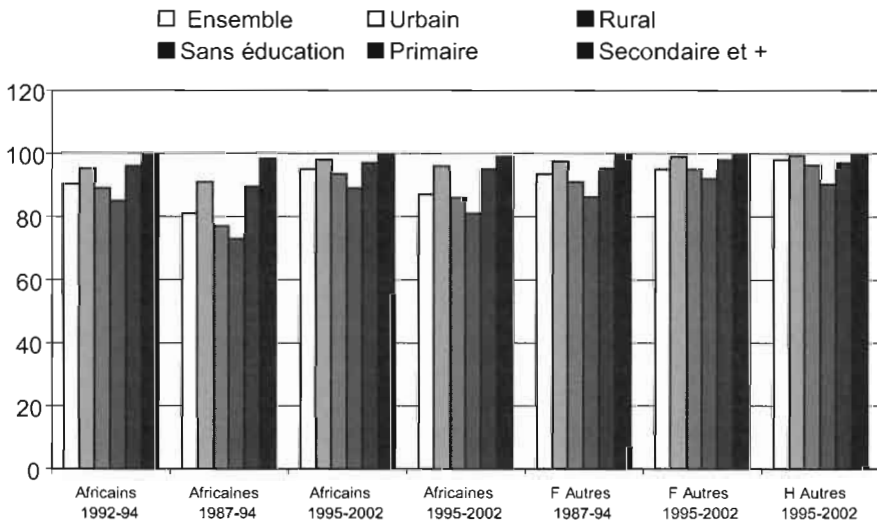
Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measuredhs.com

Dès la première vague d'enquêtes, 95 % des urbaines peuvent citer au moins une méthode (98 % par la suite), seules les Malgaches et les Nigériennes (83 %) présentant des résultats plus faibles. Les femmes rurales sont en moyenne 84 % à citer une méthode moderne en 1986-94 et 96 % par la suite. Toutefois, dans neuf pays, le quart des femmes rurales ne le peut pas, il en est de même pour la moitié des Nigériennes et les deux tiers des Malgaches. Il y a autant de pays (31,5 %) où les différences atteignent de 15 à 27 points de pourcentage que de pays où elles sont inexistantes. Cet écart est plus important en Afrique subsaharienne qu'ailleurs (10 % contre 4 %) (figure 3).

Les différences selon le niveau scolaire et selon la zone d'habitation sont fortement corrélées. Néanmoins, l'écart selon le milieu de résidence est moins fort que celui selon le niveau d'éducation. En effet, aucun pays n'a un écart de plus de 27 points entre femmes rurales et citadines alors que c'est le cas de cinq pays entre les femmes sans instruction et celles qui ont suivi l'enseignement secondaire.

Les Africaines sont généralement moins bien informées que les ressortissantes d'autres zones géographiques. Toutefois, l'écart diminue entre la première et la deuxième vague d'enquêtes. De plus, il y a peu de différences pour les femmes ayant suivi des études secondaires et pour les urbaines. Les discriminations entre les régions touchent surtout les rurales et les analphabètes et elles s'amenuisent avec le temps. C'est surtout la part plus importante des analphabètes dans l'ensemble des femmes (49 % contre 34 % en 1987-1994, puis 40 % contre 27 % en 1995-2002) qui expliquerait que les Africaines présentent un déficit informationnel.

Figure 3. Hommes et femmes connaissant au moins une méthode de contraception en 1987-1994 et 1995-2002, selon le niveau d'éducation, la zone d'habitation et le continent. 36 pays pour les femmes pour les deux périodes et 24 pour les hommes en 1995-2002. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measuredhs.com

Note : En 1987-1994, il n'y a pas eu d'enquêtes auprès des hommes qu'en Afrique et à Haïti, ce qui explique pourquoi il n'y pas de données pour les hommes autres qu'africains pour cette période.

Les hommes sont parfois présentés comme les oubliés des programmes de planification familiale. D'autres chercheurs soulignent qu'ils ont accès à plus d'informations, par leurs réseaux sociaux ou du fait de leur scolarisation supérieure, en Afrique subsaharienne notamment. Les hommes africains ont un avantage de huit points par rapport aux Africaines pour les citations de n'importe quelle méthode, quelle que soit la période. Néanmoins, il s'agit là de moyennes qui occultent une réalité un peu plus complexe, même si les différences restent faibles. Lors des premières enquêtes, les réponses sont à peu près équivalentes dans six pays, alors que dans six autres pays, les hommes citent plus souvent une méthode que les femmes (dix-huit points de plus au Mali). Les hommes des autres pays ont un avantage général de trois points en 1995-2002, mais les femmes rurales citent un peu plus souvent une méthode. Toutefois, dans tous les pays, cette légère supériorité masculine s'évanouit dans les catégories éduquées.

Un niveau de connaissance très variable selon les méthodes contraceptives

En 1987-95, les femmes citaient surtout la pilule (71 %) et la ligature (62 %). Les condoms, les injections et le stérilet étaient mentionnés par plus de la moitié des femmes, la vasectomie, le diaphragme et le cycle par le quart. C'est dire à quel point la connaissance était réduite, puisque 30 % des femmes ne connaissaient pas la méthode la plus utilisée. Lors de la deuxième vague d'enquêtes, les méthodes les moins connues ont peu progressé, la pilule, le stérilet, la tubectomie et la vasectomie ont augmenté mais nettement moins que les condoms et les injections (figure 4).

Les 18 pays africains considérés se caractérisent, quelle que soit la période, par un niveau de connaissances beaucoup plus faible que dans les pays d'Asie ou d'Amérique latine. La connaissance du cycle y est toujours faible et le diaphragme n'est mentionné que dans deux pays. Les différences sont extrêmement fortes concernant le stérilet et la vasectomie, fortes pour le diaphragme et la ligature, moyennes pour la pilule et pour le cycle.

En ce qui concerne les hommes, lors de la première enquête, 90 % des Africains interrogés pouvaient citer au moins une méthode⁸ et autant le condom, 80 % la pilule, un peu plus de la moitié les injections⁹ et la ligature, 38 % le stérilet¹⁰, un peu plus du quart le diaphragme et la vasectomie. Les connaissances des Haïtiens étaient beaucoup plus élevées, surtout en ce qui concerne la ligature et les injections. Lors de la deuxième enquête auprès des hommes, en moyenne cinq ans plus tard, les mentions d'injections et de condom ont fortement augmenté, celles de la vasectomie et de la pilule un peu, alors que celles du diaphragme et de la ligature ont légèrement diminué. L'introduction du Nigeria dans ce groupe ne change ni le niveau ni la structure des connaissances. Dans les huit pays appartenant à d'autres continents¹¹, l'ordre des méthodes connues par les hommes est identique, mais le niveau de connaissance est beaucoup plus élevé pour le stérilet, la ligature, la vasectomie, la pilule, un peu plus pour le diaphragme et le condom et un peu moins pour les injections. Les méthodes traditionnelles sont également nettement plus souvent évoquées. Les profils des connaissances des deux genres sont très proches, si ce n'est que les hommes connaissent mieux les méthodes masculines et les femmes les méthodes féminines.

Un pourcentage élevé de connaissance d'au moins une méthode peut renvoyer à une grande diversité de situations. Ainsi, 96 % des Péruviennes, Kenyanses et Togolaises citent au moins une méthode. Pourtant, 90 % des Péruviennes citent trois méthodes ; entre 80 et 89 % des Togolaises en mentionnent deux, et seules les deux tiers des Kenyanses évoquent la pilule et les injections. Cet indicateur peut même cacher une très faible connaissance globale des méthodes sous un pourcentage très élevé. Par exemple, 99,9 % des Égyptiennes signalent au moins une méthode, mais aucune des méthodes n'est connue par plus de 90 % des femmes.

8. Au Cameroun, au Mali et en Tanzanie 20 % des hommes ne peuvent citer la pilule.

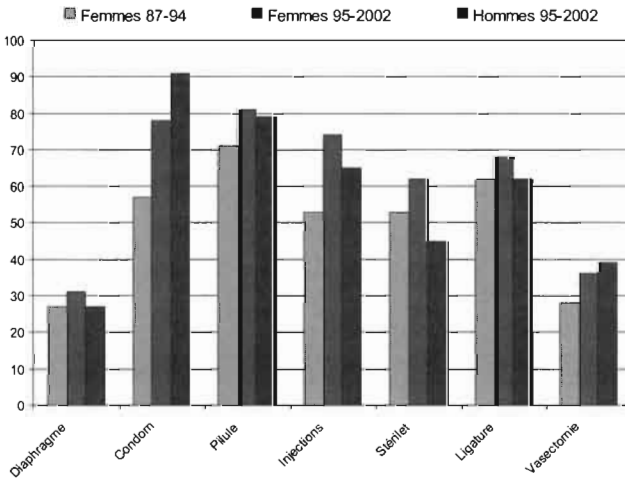
9. Le tiers au Sénégal et en Tanzanie mais 86 % et plus au Kenya, au Rwanda et en Haïti.

10. Seuls, les hommes du Zimbabwe, du Rwanda et du Kenya sont plus de la moitié à mentionner cette méthode.

11. Bangladesh, Bolivie, Brésil, Haïti, Kazakhstan, Népal, République dominicaine.

Le nombre moyen de méthodes est le chiffre utilisé par le FNUAP pour capter la diversité de l'information en matière contraceptive. Ce nombre a fortement augmenté entre les deux périodes, passant de 4,8 à 6. L'Afrique subsaharienne est légèrement en retrait avec respectivement 3,7 et 5,2, mais progresse néanmoins, puisque le nombre minimum de méthodes citées double d'1,6 à 3,2. Les femmes enquêtées citent au moins sept méthodes anticonceptionnelles dans sept pays en 1989-1994 et dans douze pays en 1995-2002. Il faut vérifier la fiabilité de cet indicateur et en trouver un autre qui mesure la démocratisation des connaissances.

Figure 4. Les méthodes connues par les femmes (36 pays, 1987-1994 et 1995-2002) et par les hommes en 1995-2002 (24 pays).

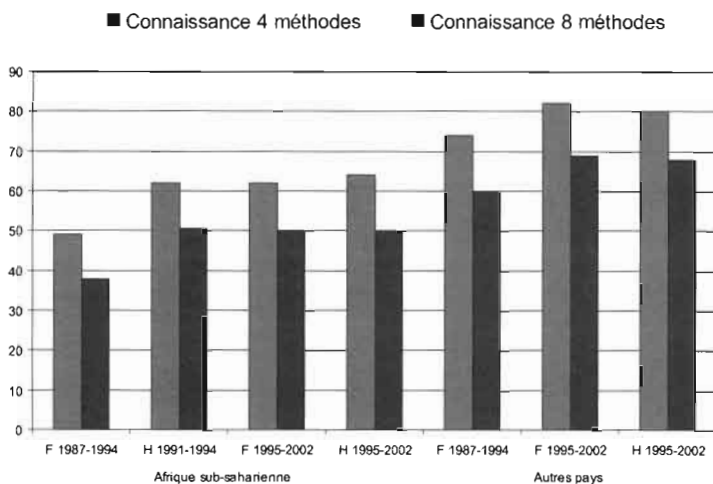


Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measureDHS.com visité le 8 février 2004.

Un indicateur de la diversité des connaissances contraceptives

Dans les 36 pays étudiés, la moitié des femmes connaissaient huit méthodes en 1987-1995 et 58 % en 1995-2002. Les Africaines qui étaient très en retard, tant par rapport aux femmes des autres pays que par rapport aux Africains, ont rattrapé ceux-ci, et ont progressé plus vite que les autres femmes, sans toutefois les rejoindre. Les femmes et les hommes des autres pays étaient globalement au même niveau de connaissances aux deux périodes, avec néanmoins deux points en moins pour la gente masculine. Selon cet indicateur, la moitié des Africains des deux sexes et le tiers des habitants des autres pays n'ont pas un véritable choix (figure 5).

Figure 5. Connaissances de quatre et huit méthodes de contraception par les femmes en Afrique subsaharienne et ailleurs, en 1987-1995 et 1995-2002. 36 pays. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler www.measureDHS.com, visité le 8 février 2004.

Cependant, des pays n'ont pas les données nécessaires pour calculer la connaissance de huit méthodes. Si l'on choisit de retenir trois méthodes à portée différente : la ligature, la pilule et le stérilet, plus le condom pour la double protection qu'il apporte, 61 % des femmes connaissaient quatre méthodes modernes en 1987-1994 et 72 % en 1995-2002. La moitié des Africaines connaissaient quatre méthodes en 1987-1995 et 60 % en 1995-2002. Elles atteignent alors le niveau des Africains, dont les connaissances ont stagné. Dans les autres pays, la connaissance de quatre méthodes est passée de 70 % à 80 %, sans différences entre les genres.

Il y a bien une augmentation générale des mentions de méthodes de planification familiale, néanmoins les femmes en citent moins dans six pays¹², phénomène également vécu par les hommes zimbabwéens. Il n'y a pas eu d'amélioration pour les femmes de onze pays¹³ et pour les hommes de sept pays. Il faut donc se méfier de toute certitude en un progrès inéluctable des connaissances. Des circonstances adverses ou simplement le relâchement de l'effort peuvent nuire à la diffusion des savoirs, dans ce domaine comme dans d'autres.

La corrélation entre la connaissance de quatre méthodes et le nombre moyen de méthodes connues est bonne. Cependant, la comparaison des deux indicateurs laisse à penser qu'il faut attendre que cinq méthodes soient connues pour considérer que le niveau d'information est correct alors qu'il devient satisfaisant avec sept méthodes.

Un indicateur de la démocratisation des connaissances contraceptives

Le fait que le pourcentage de connaissances soit élevé ne garantit pas que toute la population ait accès à ces informations. Ainsi, les Péruviennes mentionnaient 6,7 méthodes en 1986, et pourtant aucune méthode spécifique n'était connue par au moins 90 % de la population. Le nombre moyen de méthodes connues est donc un indicateur très imparfait de la démocratisation d'une

12. Burkina Faso, Cameroun, Égypte, Jordanie, Kenya et Rwanda.

13. Turquie, Bangladesh, Yémen, Haïti, Indonésie, République dominicaine, Kazakstan, Maroc, Brésil, Zimbabwe, Colombie.

information variée sur les méthodes contraceptives. En effet, si l'information contraceptive est un droit, toute la population doit y avoir accès. Cependant, peu de pays atteignant ce niveau de connaissances, il sera examiné combien de méthodes citées précédemment sont connues par 90 % de la population, comme indicateur de l'universalité du droit à la contraception (figure 6). Cet indicateur trace une démarcation plus nette que le nombre moyen de méthodes connues. Ainsi, lors de la première période, dans 20 pays, il n'y a jamais 90 % de femmes capables de mentionner, même en étant aidées, une méthode de contraception spécifique, alors que 90 % des femmes peuvent en citer une dans 9 pays et deux dans 2 pays. Lors de la seconde période, le nombre de pays passe respectivement à 16 (dont la Bolivie, l'Égypte et le Guatemala), 9 et 11. Parmi ces derniers pays, certains sont parmi les pays les plus pauvres de la planète : Malawi, Zambie, Yémen, Haïti et Népal. Les femmes du Bangladesh, de la Colombie et du Pérou sont même plus de 90 % à citer cinq méthodes ou plus.

En terme régional, les pourcentages de pays où **aucune** méthode n'est connue par 90 % des femmes passent entre les deux périodes pour l'Afrique subsaharienne de 90 % à 70 % et ailleurs de 20 % à 18 %, alors que ceux où 90 % des femmes citent **trois** méthodes et plus, augmentent de 5 % à 10 % en Afrique et de 10 % à 50 % ailleurs. Ce dernier chiffre est également atteint par les hommes, en 1995-2002, dans la moitié des pays qui ne sont pas africains mais dans aucun pays en Afrique¹⁴. Une autre façon de calculer cette démocratisation des informations sur la contraception consiste à dire que 90 % des Africaines ne connaissent parmi les huit méthodes choisies que 0,2 méthode, en 1987-1992 et 0,6 en 1995-2002, alors que 90 % des habitantes des autres pays en citent respectivement 1,4 et 2,6.

Les hommes mentionnent plus souvent au moins une méthode, le condom, qui a surtout été popularisée dans le cadre de la lutte contre le VIH mais qui est citée ici comme une méthode anti-conceptionnelle, alors que les femmes

14. En 1987-1994, le Rwanda était le seul pays africain où 90 % des hommes connaissaient trois méthodes. Or, la guerre civile y a provoqué la diminution de ces connaissances et aucun autre pays africain n'a atteint un tel niveau de démocratisation des connaissances contraceptives chez les hommes.

Tableau 1. Récapitulatif des pourcentages de femmes et d'hommes connaissant au moins une méthode de contraception, au moins quatre méthodes, au moins huit méthodes ainsi que du nombre moyen de méthodes connues par les deux genres et par 90 % au moins des hommes et des femmes en 1987-94 pour les femmes (36 pays) et en 1995-2002 pour les hommes (24 pays).
Moyennes nationales non pondérées

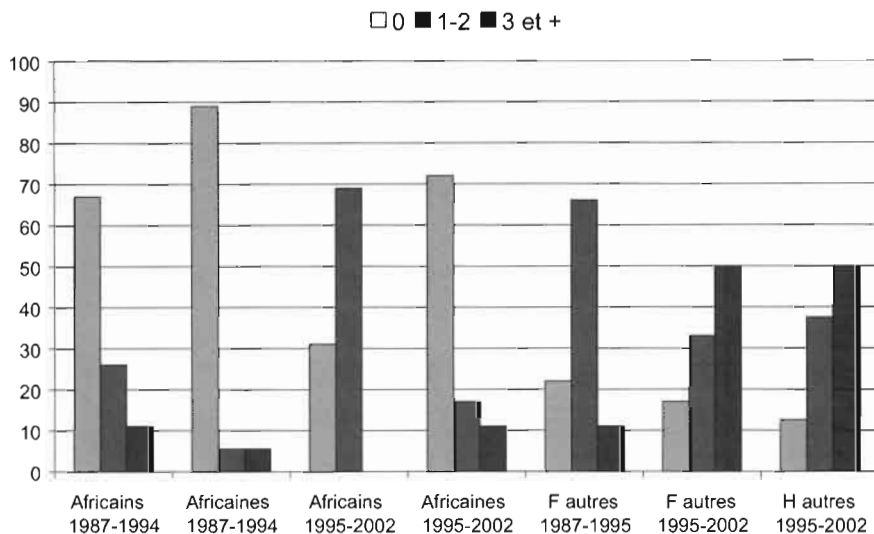
	Méthodes connues			Connaissance		Nombre moyen	
	au moins une	au moins quatre	au moins huit	du condom	de la pilule	de méthodes connues	connu par 90 % de la pop.
Femmes 1986-1994 (36 pays)	86	61	50			4,8	0,8
Femmes 1995-2002 (36 pays)	92	72	58	78	81	6,1	1,6
Hommes 1995-2002 (24 pays)	95	69	53	91	79	5,9	1,3

Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004

ont de meilleurs résultats quant à la diversification et à la démocratisation des informations (tableau 1). Les réponses des deux sexes sont néanmoins fort proches et marquent l'ampleur des progrès à réaliser pour qu'un véritable choix informé soit possible : près de 40 % des individus ne peuvent pas mentionner quatre méthodes modernes et le nombre moyen de méthodes citées par 90 % de la population, même en étant aidée par l'enquêteur, dépasse de peu une méthode alors qu'il faudrait en citer au moins quatre pour que l'on puisse parler de démocratisation de l'information.

Au total, on peut dire que l'information a progressé, mais qu'elle reste limitée et surtout très discriminante dans certains pays contre les rurales et les analphabètes. Certains pays ont stagné, alors que dans d'autres pays, l'information s'est diffusée massivement et également, tant en quantité qu'en

Figure 6. Nombre de méthodes connues par 90 % des femmes et des hommes en Afrique subsaharienne et ailleurs, en %, 1987-1995 et 1995-2002. Moyennes nationales non pondérées (en %)



Source : ORC Macro International, STAT Compiler, www.measureDHS.com, visité le 8 février 2004.

qualité, permettant une véritable démocratisation des connaissances. Quels sont les facteurs qui expliquent de telles évolutions ?

Les déterminants de l'information sur les méthodes de contraception

Un débat a longtemps opposé ceux qui croyaient que, seule, la modernisation économique et sociale pouvait augmenter la prévalence contraceptive, à ceux qui pensaient que les politiques démographiques pouvaient s'y substituer. Il est généralement considéré, aujourd'hui, que les deux facteurs interviennent. Leur poids respectif dans l'augmentation différenciée des connaissances sera donc précisé, puis on verra l'influence d'actions plus concrètes : les messages dans les media et les contacts avec les travailleurs sanitaires.

Le rôle des politiques démographiques et du développement économique et social

On peut mesurer le développement en termes économiques, par le PNB par tête, en dollars constants, ou en terme humain, en y ajoutant l'alphabétisation, la scolarisation et l'espérance de vie à la naissance, plusieurs dimensions qui peuvent intervenir dans la demande de contraception (PNUD, 2002)¹⁵. Ces deux modes de calcul arrivent au même résultat : ils montrent un impact important et positif du développement sur les connaissances contraceptives, quel que soit l'indicateur choisi : mention d'au moins une méthode (+ 15-20 points), mention de quatre méthodes ou nombre de méthodes citées par 90 % de la population. Au cours de la deuxième période, l'écart entre les niveaux faibles et moyens des indicateurs de développement évolue différemment selon les variables de connaissances contraceptives : il diminue pour la mention d'au moins une méthode (ce qui est normal, vu la diffusion de cette connaissance minimale), il se maintient pour la citation de quatre méthodes modernes et diminue légèrement pour le nombre de méthodes connues par 90 % de la population. L'Afrique subsaharienne a toujours un niveau de connaissances très inférieur à celui des autres pays, même à niveau équivalent de développement, qu'il soit économique ou social (tableau 2).

Le poids des variables politiques peut être mesuré par le soutien à la contraception, par le fait de déclarer mener une politique anti-nataliste ou par une politique plus spécifique d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la contraception. La reconnaissance du droit à la contraception est désormais presque universelle au niveau législatif, puisque 85 % des pays en développement soutiennent l'accès direct à la contraception, notamment à travers des dispensaires, contre 66 % en 1976 (United Nations, 2001)¹⁶. L'État

15. L'alphabétisation rend plus facile la compréhension des messages de planification familiale, et ouvre d'autres horizons. L'augmentation de l'espérance de vie réduit la demande d'enfants en permettant à un plus grand nombre de survivre.

16. En 1976, 7 % des États déclaraient limiter l'accès à la contraception, et 24 % ne pas s'en occuper, 11 % le soutenir indirectement (en acceptant par exemple l'action d'ONG), en 2001 les pourcentages correspondant sont de 0 %, 5 % et 10 % (UN 2001).

qui admet ce droit a généralement le devoir, négatif, de lutter contre les empiétements de ce droit et celui, positif, de fournir cette information quand cela est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas facilement accessible. Néanmoins, cette préoccupation peut n'être que rhétorique là où les États, d'ailleurs parfois déliquescents, ne se préoccupent guère du bien-être de leur population. Certaines politiques se contentent de promouvoir une méthode. Le cas de l'Inde est particulièrement caricatural puisque, cinquante ans après le début d'une politique de planification familiale, une seule méthode est connue par plus de 90 % des hommes et des femmes : la stérilisation féminine. Les Indiens mentionnent à 84 % la vasectomie, mais la méthode suivante la plus évoquée par les Indiennes est la pilule à 66 %. L'impact du soutien direct à la contraception est aussi fort que celui du développement économique, mentionné dans le précédent paragraphe. Cependant, si cet impact est manifeste, il est concentré dans sept pays, qui ne soutiennent pas directement la contraception au cours de la deuxième période et constituent un front du refus particulièrement militant. Cet effet du soutien direct à la contraception n'explique donc pas toutes les variations observées dans le succès entre les pays.

Les déclarations des gouvernements à la Division de la population de l'ONU serviront à évaluer le rôle des politiques anti-natalistes (United Nations, 1989 et 2001). Il faut quelques années pour qu'une politique puisse commencer à avoir des effets, aussi la politique attribuée aux pays correspond à celle qu'ils menaient deux ou trois ans avant l'enquête. Un pays enquêté en 1986 se verra attribuer la politique de 1983 et non celle de 1986. Cette variable a l'impact le plus faible en 1987-1994 et devient nulle en 1995-2002. La perte du pouvoir d'explication des politiques anti-natalistes déclarées est parallèle à l'augmentation du nombre de pays qui déclarent en mener, soit que les pays n'aient pas eu encore le temps ou les moyens¹⁷ de mettre en place les programmes nécessaires, soit qu'ils n'aient guère la volonté politique de mettre en œuvre ces politiques, parfois prises sous la contrainte de plans d'ajustement structurel. Ainsi, on

17. On sait que, depuis 1994, les pays en développement ont engagé les deux tiers des fonds qu'ils avaient promis à la conférence du Caire en 1994 alors que les pays développés n'en ont débloqué que le tiers.

trouve parmi les dix pays qui ont vu leur niveau de connaissances décliner, neuf pays qui déclarent mener des politiques anti-natalistes, qui manifestement sont restées virtuelles.

Le fait de déclarer avoir mis en œuvre des politiques d'IEC en matière de contraception, lors de la 8^e enquête de l'ONU, se révèle un meilleur indicateur des pratiques en la matière, bien que de manière différenciée selon les variables utilisées. Ainsi, une politique déclarée d'IEC augmente fortement le nombre moyen de méthodes connues par 90 % de la population. Elle double ce nombre dans les contextes de faible développement économique et intervient même davantage lorsque ce développement est moyen. Elle augmente également de sept points la mention de quatre méthodes, lorsque le développement économique est faible et de dix-huit lorsqu'il est élevé. On peut donc se demander si les politiques d'IEC sont plus efficaces dans un milieu moderne ou si elles y sont plus actives (tableau 3).

Il faut souligner que des pays ont obtenu de très bons résultats malgré un environnement économique et social défavorable. Ainsi, dès 1992, toutes les Bangladaises citent une méthode, 94 % mentionnent quatre méthodes modernes et 90 % d'entre elles en évoquent quatre, chiffre qui passe à six en 2000. Pourtant, leur pays est situé très bas dans l'échelle socio-économique ; c'est la haute priorité accordée à un programme de planification familiale de qualité qui explique ces bons résultats, de même que ceux de la Zambie, du Malawi, du Yémen et du Népal où plus de 80 % de la population connaît quatre méthodes en 1995-2002. Le Malawi a connu une très forte progression après être passé d'un soutien indirect à un soutien direct de l'accès à la contraception. Il est donc possible d'atteindre des niveaux élevés de contraception dans des contextes défavorables. A contrario, le Guatemala, dont le PNB par tête est quatre fois celui des pays précédents, se trouve parmi les pays où les citations de méthodes sont les plus faibles. Il ne soutient l'accès à la contraception que depuis 1996.

Tableau 2. Différences dans les variables de connaissances contraceptives (femmes connaissant au moins une méthode de contraception, quatre méthodes et nombre de méthodes citées par 90 % des femmes) selon le continent (Autres pays/Afrique subsaharienne), le PNB par habitant (moyen/faible), l'indicateur de développement humain (moyen/faible), le soutien direct à l'accès à la contraception/autre, la politique de fécondité (anti-nataliste/autre), la politique d'information-éducation-communication (IEC), et le niveau d'effort des politiques en 1986-1994 et en 1995-2002. 36 pays.

Moyennes nationales non pondérées

	Continent	PNB	HDI	Accessibilité	Politiques	IEC	Effort
1986-1994							
Au moins 1 méthode	14	15	11	15	8	12	16
Au moins 4 méthodes	23	28	23	9	8	21	21
Nombre de méthodes citées par 90 % des femmes	1,2	1,1	0,5	0,93	0,5	0,2	0,6
1995-2002							
Au moins 1 méthode	9	9	8	8	2	6	13
Au moins 4 méthodes	20	18	9	21	1	12	15
Nombre de méthodes citées par 90 % des femmes	2	1,1	0,4	1,9	0,3	1,1	1,2

Sources : variables de connaissances : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004 ; PNB et HDI : PNUD, Rapport sur le développement humain 1990 et 1997, ONU ; Accès et politiques : ONU, Division de la Population, National Population policies database ; IEC : ONU, Division de la Population, Results of the eight United Nations Inquiry among governments on Population and Development, New York : 47-48 ; Effort : Ross et Mauldin, 1996 et Ross et Stover, 2001.

Lecture de la première colonne du tableau : en 1987-1994, les femmes ne vivant pas en Afrique subsaharienne étaient plus nombreuses, de 14 points de pourcentage, que les Africaines à mentionner au moins une méthode de contraception, de 23 points de pourcentage à évoquer en moyenne quatre méthodes et 90 % d'entre elles citaient 1,2 méthodes en plus que les Africaines.

Tableau 3. Femmes connaissant au moins quatre méthodes anti-conceptionnelles selon le PNB par habitant et la politique d'information-éducation-communication (IEC) en 1995-2002. 36 pays.

Moyennes nationales non pondérées (en %)

PNB	Politique d'IEC		
	Oui	Non	Différence
Faible	69,6	62,0	7,6
Moyen	88,0	70,0	18,0

Source : ORC-Macro international, STAT Compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004 ; ONU, Division de la Population, Results of the eight United Nations Inquiry among governments on Population and Development, New York : 47-48 ; UNFPA, 2002, State of the world.

Quelle promotion des informations sur la contraception ?

Les individus sont presque deux fois plus nombreux à avoir entendu des messages de planification familiale à la radio où à la télévision (40 %) qu'à avoir été contactés par un travailleur de la planification familiale.

La présence d'une politique anti-nataliste déclarée n'augmente pas, au contraire, la probabilité d'avoir écouté des messages de planification familiale. En effet, les femmes ont plus souvent entendu des messages de planification familiale dans les pays sans politique anti-nataliste que dans les pays en déclarant, même si la différence est ténue (54 % contre 48 %) alors que l'écart selon que le niveau de développement économique est faible ou élevé est beaucoup plus fort (43 % contre 61 %). Dans les pays africains qui ne déclarent pas de politiques anti-natalistes en 1996¹⁸, sauf au Togo, la mention de méthodes a fortement augmenté et la proportion de femmes qui ont entendu des messages de planification familiale est supérieure à ce qu'elle est dans les autres pays africains. C'est particulièrement le cas au Bénin (54 %) et en Côte d'Ivoire (64 %). Les associations ou le marché peuvent prendre le relais de gouvernements défaillants. C'est le cas au Brésil et en Colombie où diverses institutions internationales (Banque Mondiale, FNUAP, ACDI, USAID, Fondations américaines), ou ONG locales informent sur la planification familiale.

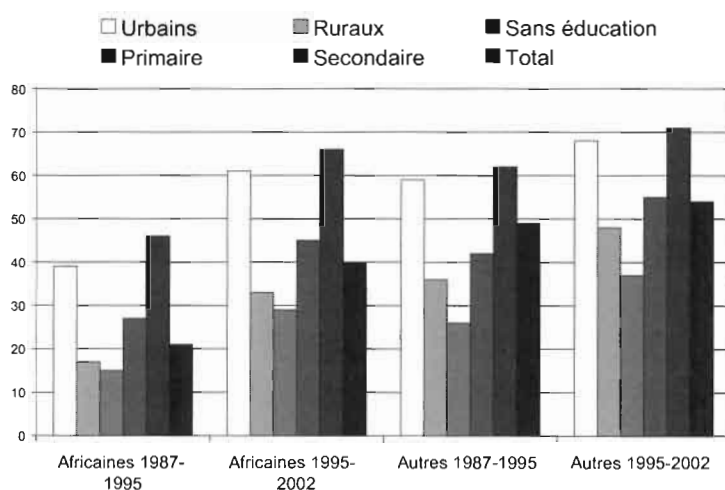
Lors de la première enquête, menée dans 22 pays, les femmes africaines sont deux fois moins nombreuses à avoir entendu de tels messages que les femmes d'autres pays, à l'exception des Zimbabwéennes. Néanmoins, lors de la deuxième enquête, les Africaines atteignent le niveau précédent des femmes d'autres pays alors que celles-ci sont désormais plus de la moitié à avoir entendu des messages concernant la planification familiale, ce qui est également le cas dans cinq pays africains.

Les femmes sans éducation de tous les continents ainsi que les Africaines rurales entendent deux fois moins souvent ce type de message que les urbaines

18. Le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Tanzanie, le Togo et la Zambie.

et les femmes ayant suivi des études secondaires. Les rurales non africaines sont moins discriminées, même si elles le sont néanmoins. Néanmoins, d'une enquête à l'autre, le progrès est remarquable, particulièrement en Afrique subsaharienne (figure 7).

Figure 7. Femmes ayant entendu des messages concernant la planification familiale à la radio et à la télévision selon la zone d'habitation et l'éducation, 22 pays d'Afrique subsaharienne et d'ailleurs, 1987-1995 et 1995-2002.



Source : ORC-Macro international, STAT compiler, www.measuredhs.com, visité en février 2004.

Dans les onze pays d'Afrique subsaharienne interrogés sur ce sujet, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à avoir entendu des messages concernant la planification familiale à la radio ou à la télévision (au cours de la seconde période 59 % contre 40 %). L'avantage masculin est parfois important, comme au Cameroun, au Nigeria et au Niger. Cela serait dû au fait que les hommes écoutent plus souvent ces moyens de communication et sont plus souvent détenteurs de postes de radio et de télévision, mais peut-être également à la nature des messages, notamment là où il y a des campagnes de

sensibilisation au VIH. Ils sont aussi plus souvent alphabétisés. En revanche, hors de l'Afrique subsaharienne, les hommes et les femmes ont autant entendu les messages liés à la planification familiale, bien qu'il y ait des variations selon les pays. Toutefois, les femmes sont plus nombreuses à avoir entendu ces messages au Bénin, au Brésil, en Colombie et en Haïti.

Seules 15 % des femmes non utilisatrices de planification familiale ont été contactées pour en parler, par des travailleuses sociales dans 26 pays, un peu plus en Afrique subsaharienne (16 % contre 13 %). Dans cinq pays moins de 10 % des femmes ont été rencontrées, dans 22 pays 10 à 19 % et seuls le Bangladesh, le Togo et le Yémen présentent des niveaux de contact plus élevés. Le nombre de méthodes connues par au moins 90 % des femmes est d'ailleurs élevé au Bangladesh et au Yémen. Toutefois, la liaison entre ces deux variables n'est pas toujours avérée. Bien que 20 % des Tanzaniennes qui n'utilisent pas la contraception en aient parlé avec un travailleur familial ou sanitaire, une seule méthode est connue par 90 % d'entre elles. La qualité de l'information, et donc la formation des personnels, joue sans doute. Les Philippines, par exemple, se plaignent du peu de connaissances des personnes supposées expliquer la contraception (Coliver 1995 : 256). C'est le cas général pour les informations sanitaires, selon Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (2003), dans les cinq capitales de l'Ouest africain qu'ils ont étudiées. En effet, les personnes les plus qualifiées sont entraînées vers d'autres tâches et remplacées par des personnes non formées. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'entendre des messages lors de séances d'explications dans les cliniques, mais celles-ci n'ont pas toujours lieu dans le calme nécessaire, ni même dans une langue compréhensible par les patients. Une explication donnée dans une langue étrangère, dans une salle d'accueil bondée, où l'on attend des heures, n'est guère susceptible d'être entendue ni retenue.

Il a été démontré que les messages entendus dans les media ou surtout les contacts avec des travailleurs sanitaires expliquent la diffusion de l'information et de l'utilisation de la contraception au Bangladesh. Au Mexique, l'information passe surtout par les médecins généralistes, auxquels les individus font plus

confiance qu'aux infirmières. Il y a, cependant, peu de corrélations au niveau général entre le fait d'avoir entendu un message de planification familiale ou d'avoir eu un contact à ce sujet et le fait d'être informé, peut-être parce que ces messages sont inappropriés culturellement, ou pas assez précis quant à la présentation des méthodes.

Une information variée et objective sur les moyens de contraception : un droit réalisable

Dix ans après le consensus de la conférence du Caire, les progrès en matière d'information sur la contraception sont manifestes dans les 36 pays étudiés, particulièrement en Afrique subsaharienne qui était très en retard. Ces améliorations ont permis à plus de femmes de connaître au moins une méthode, mais elles ont aussi permis aux femmes de connaître plus de méthodes. Toutefois, elles sont limitées géographiquement puisque 16 à 18 pays, selon les indicateurs, n'ont pas connu d'amélioration entre 1987-1994 et 1995-2002. Certaines politiques, en Inde et en Indonésie ou au Maroc, se sont contentées de faire la promotion d'une seule méthode. Du fait du poids démographique de l'Inde dont le niveau de connaissances concernant la planification familiale a stagné, l'utilisation de moyennes pondérées montrerait d'ailleurs des évolutions beaucoup plus faibles.

Lors de la première période, l'importance des politiques de planification familiale était aussi forte que celle du développement, qu'il soit économique ou social. Elle semble s'affaiblir, alors même que le soutien officiel à l'accès à la contraception et les politiques anti-natalistes se sont généralisés. D'autres formes d'intervention ont parfois pris le relais.

Il faut cependant insister sur le fait que, plus de 35 ans après la déclaration de Téhéran, 20 % des femmes ne connaissent pas la méthode la plus connue et que 40 % sont privées de la possibilité de choisir entre plusieurs méthodes de contraception. Les chiffres sont généralement meilleurs pour les hommes. En revanche, les rurales et surtout les analphabètes sont moins informées que les

autres femmes dans un tiers des pays. Enfin, les informations données évoquent rarement la possibilité d'effets secondaires et les moyens d'y remédier ou les autres méthodes disponibles. Le Malawi est un des rares exemples où, d'après les EDS, le choix est à la fois varié et informé.

Toutefois, certains pays pauvres sont passés, en moins d'une décennie, d'une absence d'information à des niveaux parmi les plus élevés. Ils ont réussi à informer même les populations sans instruction ou rurales. Ces progrès, parfois fulgurants comme à Haïti, au Malawi, au Népal ou au Yémen, démentent l'argument selon lequel une information diversifiée et objective serait un objectif irréaliste pour les pays en développement et manifestent donc que la mise en œuvre de ce droit fondamental est possible. Rien ne justifie des programmes au rabais qui bafouent le droit à l'information des pauvres, d'autant qu'ils perdent par la même leur utilité.

Références bibliographiques

- ANOH A., FASSASSI R. et VIMARD P., 2004, « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », in GAUTIER A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 195-231.
- BANGHA M. W., 2000, « La planification familiale dans les pays en développement avec une attention particulière à l'Afrique », in VIMARD P. et ZANOU B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, pp. 47-71.
- BONGAARTS J. ET BRUCE J., 1995, « The causes of unmet need for contraception and the social content of services », *Studies in Family Planning* 26 (2), pp. 57-75.
- BRUGEILLES C. 2004, « La politique de population au Mexique », in GAUTIER A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 115-163.
- CASTERLINE J. B., SATHAR Z. A. et HAQUE M., 2001, « Obstacles to contraceptive use in Pakistan : a study in Punjab », *Studies in Family Planning* 32 (2), pp. 95-110.
- CHASTELAND J.-C., 1997. « De la fin de la seconde guerre mondiale à la Conférence du Caire : la communauté internationale face au problème de la croissance de la population mondiale », in CHASTELAND J.-C. et CHESNAIS J.-C. (éd.),

La population mondiale. Enjeux et problèmes, Paris, Travaux et documents, n° 139, INED/PUF, pp. 585-617.

COLIVER S., 1995, *The right to know. Human rights and access to reproductive health information*, Article 19 et University of Pennsylvania Press.

DESGRÉES DU LOÛ A. et VIMARD P., 2000, « La santé reproductive : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, n° spécial "La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis", n° 195, juillet-décembre 2000, pp. 116-135.

ESPEJO X. *et al.*, 2003, « Adequação de conhecimento sobre metodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, Sao Paulo », *Revista saude publica*, 37 (5), pp. 583-590.

FNUAP, 1994, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, Nations unies et CIPD 94.

FNUAP, 1999, *L'état de la population mondiale*, New York, FNUAP.

GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993, *Politiques de population et médiateurs institutionnels au Yucatan (Mexique)*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 114 p.

GAUTIER A., 2002, « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politique*, 47, pp. 67-81.

GAUTIER A., 2004, « De la planification familiale à la santé de la reproduction : l'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire », in QUESNEL A. (éd.), *Rapport des experts français à la 37^e Commission Population et Développement*, Nogent sur Marne, Editions du CePED.

HEINEN J., 1992, *La croix et la bannière*. Paris, L'Harmattan.

HÉRITIER F., 2003, *Féminin/Masculin II. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Éditions Odi-le Jacob.

HILLCOAT-NALLÉTAMBY S., 2003, *La pratique contraceptive à l'île Maurice : politique nationale, pratiques individuelles*, coll. Populations, Paris, L'Harmattan.

IYENGAR K. et IYENGAR S. D., 2000, « The copper T 380 A I.U.D. : a 10 year alternative to female sterilization in India », *Reproductive Health Matters*, 8 (16), pp. 125-133.

JAIN A. K., 1989, « Fertility reduction and the quality of family planning services », *Studies in Family Planning*, 20 (1), pp. 1-16.

JAFFRÉ Y. et de OLIVIER de SARDAN J-P., 2003, *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 462 p.

OYEDIRAN K. A. ISHOLA G. P. et FEYISETAN B. J. , 2002, « Factors affecting ever-

- married men's contraceptive knowledge and use in Nigeria », *Journal of Biosocial Science* 34 (4), pp. 497-510.
- ROSS J. et MAULDIN W., 1996, « Family Planning Programs : Efforts and Results, 1972-1994 », *Studies in Family Planning*, 27, n° 3, pp. 137-147.
- ROSS J. et STOVER J., 2001, « The Family Planning Program Effort Index : 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, 27, n° 3, pp. 119-129.
- PNUD, 2002, *Human Development Report*. PNUD, New York.
- SELTZER J. R., 2002, *The origins and evolution of family planning programs in developing countries*, Santa Monica, Rand Corporation.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 1989, *Trends in population policies*, New York.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 2001, *National Population policies data base*, New York.
- VERKEY P. *et al.*, 2000, « The reality of unsafe abortion in a rural community in South Asia », *Reproductive Health Matters*, 8 (16), pp. 83-90.
- WARREN M. et PHILPOTT A., 2003, « Expanding safer sex options : introducing the female condom into national programmes », *Reproductive Health Matters*, 11 (21), pp 130-139.
- WATKINS S. C., 1993, « If all we knew about women was what we read in Demography, what would we know ? », *Demography*, 30 (4), pp. 551-77.

*Disparités épidémiologiques et impacts
démographiques du VIH/sida
en Afrique subsaharienne*

BENOÎT FERRY

La situation du sida dans le monde a évolué, et son effet sur la situation sanitaire, mais aussi sur les dynamiques sociales, économiques et démographiques se fait de plus en plus sentir. On observe diverses épidémies se développer, avec des dynamiques complètement différentes, dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, avec des épidémies particulièrement préoccupantes en Afrique. Nombre de questions restent encore posées. Notamment, bien des phénomènes ne sont pas encore compris dans la dynamique des épidémies de VIH/sida et, de ce fait, il est difficile de prévoir leurs impacts dans toutes leurs dimensions. Les bouleversements sociaux, économiques et politiques dus au sida dans les pays en développement auront certainement un impact dramatique dans les pays les plus touchés.

Le sida s'inscrit en effet dans un contexte de crise et de sous-développement. Il vient se surajouter à la situation critique du développement de la majorité des pays africains, en écrasant des populations et des États accablés par la pauvreté et la précarité des conditions sociales et économiques. La difficulté à comprendre l'extension différentielle du sida en Afrique, la difficulté à en cerner les dimensions, les enjeux et les impacts provient en grande partie de son intrication avec le sous-développement. Le sida vient enrayer les moteurs du développement sur les plans sanitaire, économique, social et politique.

En vingt ans plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus du VIH/sida dans le monde. Environ 20 millions de personnes en sont mortes. Comme le montre le tableau 1, on estime qu'entre 34 et 46 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH, dont 25 à 28 millions en Afrique subsaharienne, soit environ 8 % de la population adulte (Onusida/OMS, 2003). Il ne faut pas se laisser abuser par l'apparente stabilisation, voire le reflux dans les pays développés et dans quelques pays en développement ; l'épidémie continue en effet à se développer rapidement, en Afrique et en Asie notamment. Pour la seule année 2003, la progression de l'épidémie a continué avec 5 millions de nouvelles infections dans le monde (Onusida/OMS, 2003), soit environ 12 000 adultes et 2 000 enfants s'infectant chaque jour. Le pic de prévalence se situe autour de 25 ans pour les femmes et 10 à 15 ans plus tard, autour de 35-40 ans, pour les hommes.

La plupart des personnes infectées ne se savent pas porteuses du virus, faute de dépistage, et ne sont donc pas en mesure de prévenir la transmission. Des millions d'autres ne savent rien sur le VIH et ses modes de contamination, ou trop peu pour être en mesure de s'en protéger.

La prévention à travers l'information, l'éducation, les préservatifs et autres mesures s'est sensiblement développée en Afrique, mais souvent de façon dispersée avec une efficacité limitée. On sait qu'il faudrait des efforts considérables pour atteindre les seuils qui permettraient un changement significatif sur le cours des épidémies ; ce qui est loin d'être le cas en Afrique. Selon Peter Piot, directeur de l'Onusida, la prévention ne touche qu'à peine un cinquième de ceux qui sont à risque.

En considérant la dynamique des populations, le sida est d'apparition relativement récente, et le recul manque pour en mesurer toutes les conséquences tant démographiques qu'économiques, sociales ou politiques. L'effet du VIH/sida sur la mortalité se fait à présent lourdement sentir dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. L'impact du VIH/sida sur la fécondité s'avère beaucoup plus complexe et important que prévu, et renforce sensiblement la baisse tendancielle observée depuis quelques années. Personne, aujourd'hui, ne

peut prévoir avec certitude, à l'échelle d'un pays, l'effet potentiel du VIH/sida sur la mortalité, la fécondité et les autres phénomènes démographiques sur le moyen ou le long terme. C'est pour cette raison que, jusqu'à récemment, les perspectives démographiques ne prenaient pratiquement pas en compte l'influence du sida ; de même, ses conséquences étaient peu prises en compte dans les programmes de développement des pays en développement. À cause de la structure de la population de ces pays (particulièrement jeune) et de leur forte croissance démographique, son impact majeur est encore à venir, particulièrement en Afrique australe et surtout en Asie.

Les dynamiques épidémiques sont extrêmement différentes entre les pays du Nord et ceux du Sud, mais également entre les pays du Sud eux-mêmes et, plus particulièrement, à l'intérieur de l'Afrique. Les mécanismes qui soutiennent ces dynamiques différentielles sont moins bien compris qu'on ne le pense généralement. Au total, on demeure dans une grande incertitude sur la combinaison des déterminants qui influence la transmission du VIH au niveau des populations, et leur impact effectif sur les épidémies, comme, par conséquent, sur les méthodes optimales de prévention à l'échelle des populations générales. Ces incertitudes obligent à envisager les dynamiques des épidémies de VIH/sida dans une perspective tout à fait nouvelle.

Si le sida a des conséquences démographiques et sanitaires majeures, son impact se fait aussi sentir lourdement sur les structures et l'organisation socio-économique des populations les plus touchées, dans la mesure où il fait disparaître les personnes dans leurs années les plus productives, entre 20 et 40 ans. Une partie des forces de travail est perdue, les charges sur les systèmes de santé augmentent de façon intolérable, un nombre important d'orphelins apparaît, enfin les systèmes communautaires et familiaux se trouvent bouleversés. Les conséquences, perceptibles dès aujourd'hui sur les structures familiales, la nuptialité et l'organisation sociale, se feront sentir pendant plusieurs décennies.

Tableau 1. Statistiques et caractéristiques régionales de l'épidémie de VIH/sida à la fin de 2003

	Adultes et enfants			Adulte
	Vivant avec le VIH/sida	Nouveaux cas d'infection à VIH	Décès dus au sida	Prévalence (en %)*
Afrique subsaharienne	25,0 – 28,2 M	3,0 – 3,4 M	2,2 – 2,4 M	7,5 – 8,5
Afrique du Nord et Moyen-Orient	470 000 – 730 000	43 000 – 67 000	35 000 – 50 000	0,2 – 0,4
Asie du Sud et du Sud-Est	4,6 – 8,2 M	610 000 – 1,1 M	330 000 – 590 000	0,4 – 0,8
Asie de l'Est et Pacifique	700 000 – 1,3 M	150 000 – 270 000	32 000 – 58 000	0,1 – 0,1
Amérique latine	1,3 – 1,9 M	120 000 – 180 000	49 000 – 70 000	0,5 – 0,7
Caraïbes	350 000 – 590 000	45 000 – 80 000	30 000 – 50 000	1,9 – 3,1
Europe orientale et Asie centrale	1,2 – 1,8 M	180 000 – 280 000	23 000 – 37 000	0,5 – 0,9
Europe occidentale	520 000 – 680 000	30 000 – 40 000	2 600 – 3 400	0,3 – 0,3
Amérique du Nord	790 000 – 1,2 M	36 000 – 54 000	12 000 – 18 000	0,5 – 0,7
Australie et Nouvelle-Zélande	12 000 – 18 000	700 – 1 000	<100	0,1 – 0,1
Total	40 M [34 – 46 M]	5 M [4,2 – 5,8 M]	3 M [2,5 – 3,5 M]	1,1 % [0,9 – 1,3]

Source : d'après Onusida, 2003.

M : millions.

* Proportion d'adultes (de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/sida d'après les statistiques démographiques de 2003. Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles.

La mesure de la prévalence du VIH

Comme le souligne le Rapport sur la santé du monde (OMS, 2004), il est important, aux fins de l'action de sensibilisation, ainsi que pour la planification et l'évaluation des programmes, d'obtenir une estimation exacte du nombre de personnes qui vivent avec le VIH/sida. Dans les pays en développement et en Afrique subsaharienne en particulier, les données les plus fréquentes concernant la prévalence du VIH sont issues de systèmes de surveillance visant principalement les femmes enceintes qui fréquentent des dispensaires et centres sentinelles de soins prénatals où elles font l'objet d'un prélèvement dans le cadre de leur suivi prénatal. Ces données constituent la base de la majorité des estimations de l'Onusida, en faisant l'hypothèse que ces femmes enceintes sont représentatives de l'ensemble des femmes. Ces données nécessitent généralement d'être ajustées en particulier selon l'âge de la femme. La prévalence des sites sentinelles sous-estime en effet la prévalence de l'ensemble des femmes à tous les âges, excepté pour le groupe d'âges le plus jeune où il y a surestimation (Carpenter *et al.*, 2002). D'autres biais interviennent dans les estimations au niveau national, et en premier lieu, le choix de ces sites sentinelles retenus et leur représentativité au niveau national ainsi que le type de populations qui les consulte.

La qualité des données est très variable selon les pays (Walker *et al.*, 2001). Les comparaisons dans le temps sont sujettes à caution étant données la variation importante dans un grand nombre de pays et la localisation des sites sentinelles retenus. Enfin, les liens entre la prévalence des femmes et des hommes, de même que ceux entre la prévalence et l'incidence sont en général peu connus, notamment les ratios par âge qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Les données issues des suivis prénatals permettent, cependant, après ajustement, de fournir une assez bonne estimation de l'ensemble des femmes adultes contaminées, à condition d'être dans un pays à épidémies généralisées, où l'usage de la contraception est faible, où la majorité des femmes ont un suivi prénatal, et où les sites sentinelles sont correctement choisis ; conditions qui

sont rarement réunies. Ces données permettent également d'avoir une idée de tendance sur le moyen terme. Par contre elles ne permettent ni des analyses fines en sous-catégories, ni de mettre à jour les déterminants de la prévalence (Larmarange, 2003).

Selon le Rapport sur la santé du monde (OMS, 2004), des enquêtes démographiques et sanitaires comportant un test VIH ont été organisées au Kenya, au Mali, en République dominicaine et en Zambie. Des enquêtes nationales avec test VIH ont également été menées en Afrique du Sud, au Burundi, au Niger et au Zimbabwe. Les enquêtes en population fournissent généralement, pour la prévalence du VIH, des chiffres plus faibles que ceux des estimations fondées sur la surveillance prénatale. Les enquêtes nationales représentatives ont de gros avantages par rapport à la surveillance prénatale dans la mesure où elles fournissent des données portant sur un échantillon plus large de la population, et notamment de la population rurale qui est souvent sous-représentée dans les estimations fournies par les systèmes de surveillance des centres de soins prénatals. L'Onusida et l'OMS corrigent ces données pour tenir compte de la sous-représentation des populations où la prévalence est faible, mais il est possible que ce ne soit pas suffisant. En raison du taux de non-réponses au niveau des ménages et au niveau individuel, l'interprétation des résultats est malaisée. En particulier, les absences du domicile sont vraisemblablement associées à une prévalence plus importante de l'infection à VIH. Ainsi en général, les enquêtes conduisent à une légère sous-estimation de la prévalence réelle.

Toutes ces estimations doivent être considérées d'un œil critique. Une seule méthode ou source de données ne fournit généralement pas la meilleure estimation de la prévalence du VIH. L'intérêt de la surveillance fondée sur les centres de soins prénatals tient essentiellement à l'évaluation des tendances, et des enquêtes menées tous les quatre ou cinq ans devraient permettre d'améliorer ces estimations. Des enquêtes en population, de grande qualité, peuvent en effet permettre d'affiner les hypothèses utilisées pour estimer les taux de prévalence au niveau national, notamment en ce qui concerne les corrections à apporter aux données d'origine rurale et le calcul de la prévalence chez les sujets masculins.

Les résultats des enquêtes en population mettent en évidence les améliorations qu'il est nécessaire d'apporter aux systèmes nationaux de surveillance du VIH (World Health Organization, 2003).

Les niveaux et les dynamiques de l'épidémie

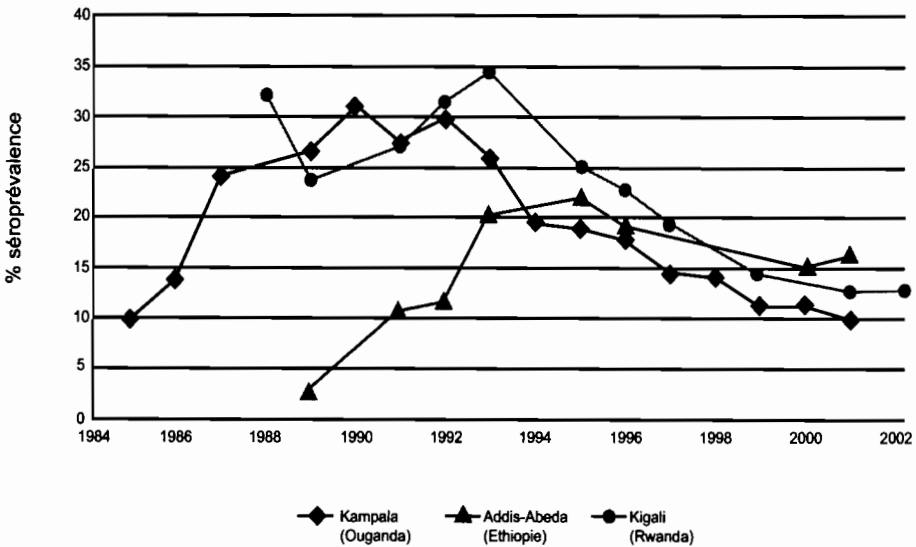
Les pays en Afrique, au sud du Sahara n'en sont plus au début de leurs épidémies. La diffusion du sida s'est effectuée de façon très différente selon les pays et les populations. La rapidité d'extension et les niveaux d'infection atteints peuvent être très contrastés entre pays voisins, voire à l'intérieur d'un même pays entre différents groupes ou régions. Une brève analyse de la propagation de la pandémie de VIH/sida au niveau régional fait ressortir de grandes différences d'une région à l'autre, à l'intérieur d'une même région ou encore d'un même pays, différences dont les conséquences sont importantes pour la prévention, les soins et le soutien aux malades. Les écarts, d'ampleur frappante, entre les épidémies de l'Afrique subsaharienne et celles d'autres régions du monde sont bien connues. Si les pays de l'Afrique subsaharienne sont presque tous gravement touchés, on observe l'apparition de variations de plus en plus importantes à l'intérieur de cette région, ce qui donne à penser que les conséquences de la pandémie vont être fortement contrastées (World Health Organization, Regional Office for Africa, 2003). De moins de 2 % au Sénégal et au Mali, la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale a une prévalence de sa population adulte relativement stable et inférieure à 5 %, à l'exception de la Côte d'Ivoire (12 %) et du Burkina Faso (8 %) (figure 1). L'Afrique Orientale est plus touchée : les prévalences y atteignent quelque 20 %, aussi relativement stables, sauf en Ouganda où la prévalence a diminué de moitié. Des dates différentielles de début d'épidémie n'expliquent pas ces différences. On a été totalement surpris par l'intensité et les niveaux atteints par l'explosion des épidémies en Afrique australe où la situation est loin d'être stabilisée. L'épidémie y a démarré tardivement mais sa progression est foudroyante, avec des proportions d'infection dépassant 25 % dans plusieurs pays. Les situations du Zimbabwe

moins de la moitié de celle que l'on observe en Afrique australe et il y a des signes d'un recul modeste.

La baisse sensible observée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est est en grande partie inexplicée. La plus marquée est en Ouganda où l'on a assisté, depuis le milieu des années 1990, à une chute de moitié de la prévalence. On a pu y étudier que l'âge au début de l'activité sexuelle a été retardé de deux ans pour les jeunes filles. C'est aussi certainement un pays où les multiples actions d'information, d'éducation et de communication ont été intenses, et ont pu avoir un effet déterminant sur la prévention des comportements à risque.

En Afrique de l'Ouest, la prévalence est actuellement à peu près égale à un cinquième de celle que connaît l'Afrique australe et n'augmente pas à un rythme soutenu. Ces différences remarquables sont confirmées par les données tirées des enquêtes en population et de diverses études. Cette situation est due à un certain nombre de facteurs socio-économiques, culturels, comportementaux et

Figure 2. Tendances de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dans certaines zones urbaines de l'Afrique, 1985-2002



Source : Onusida, 2003

biologiques tels que les migrations, la circoncision des garçons et la prévalence de l'infection par le virus de l'herpès simplex type 2 (Buvé *et al.*, 1995 ; Caraël et Holmes, 2001 ; Boerma *et al.* 2003).

Les chiffres globaux ne doivent pas masquer la grande hétérogénéité des populations face à l'épidémie de VIH/sida. L'épidémie touche de plus en plus les femmes et des personnes vulnérables socialement et économiquement. Des sous-populations sont plus particulièrement exposées : les résidents des zones frontalières, les réfugiés et certains migrants. Ces hétérogénéités et ces vulnérabilités sont variables selon le niveau global de prévalence existant dans les populations environnantes. La diffusion n'est pas homogène du point de vue des catégories sociales touchées, ce qui doit déterminer les politiques préventives à mettre en œuvre.

Les déterminants de l'épidémie

Il existe une grande différence entre les facteurs de début et d'extension des épidémies de VIH/sida, et ceux qui, 20 ans après, les entretiennent et les développent.

Un violent débat scientifique a récemment eu lieu concernant les positions de D. Gisselquist et ses collègues (Gisselquist *et al.*, 2002 ; Gisselquist et Potterat, 2003) qui prétendaient qu'en Afrique subsaharienne 20 à 40 % des infections par le VIH pourraient être dues aux piqûres peu sûres (unsafe injections), en faisant ainsi un mode majeur de transmission et diminuant de ce fait l'importance de la transmission lors de rapports sexuels non protégés. Après de nombreux échanges dans le *Lancet*, il s'avère que les estimations les plus récentes et sérieuses, et la mise en question des arguments de D. Gisselquist maintiennent la proportion de piqûres peu sûres en Afrique à moins de 2,5 % des infections (Schmid *et al.*, 2004), confirmant ainsi le rôle majeur joué par les rapports sexuels non protégés dans la transmission du VIH en Afrique.

Pour mieux comprendre les déterminants des taux différentiels de prévalence du VIH en Afrique, une étude multi-sites a été réalisée de façon comparative

dans quatre villes africaines, Cotonou au Bénin, Yaoundé au Cameroun, Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie, caractérisées par des prévalences du VIH très différentes et des contextes socioculturels variés (Caraël et Holmes, 2001). Cette étude très poussée a observé les déterminants liés aux comportements et ceux liés aux facteurs biologiques auprès de très larges échantillons représentatifs de la population générale.

Il en ressort que les différences de prévalence du VIH entre les sites ne peuvent être expliquées par les seules différences d'exposition au VIH, et notamment par des différences notables dans les comportements sexuels de la population générale (Ferry *et al.*, 2001). Il semble que les facteurs liés à l'infection, qui sont du domaine du biologique, jouent un rôle plus important. En effet cette étude n'est parvenue à découvrir l'existence d'une association des taux de VIH les plus élevés qu'avec l'herpès génital et la non-circoncision (Auvvert *et al.*, 2001). En venant s'ajouter à d'autres facteurs non étudiés (notamment génétiques), ces déterminants suffiraient à expliquer des intensités différentielles de transmission et par-là des dynamiques épidémiques et des niveaux très différents de prévalence comme ceux observés en Afrique (Buvé *et al.*, 2001).

Il en résulte que dans des populations générales, le niveau, la diffusion, ou l'accroissement du VIH, lorsque l'épidémie a dépassé la phase initiale, sont largement indépendants de l'organisation sociale de la sexualité, de son intensité et des systèmes d'échanges sexuels. Il en est tout autrement au niveau individuel, où lorsque la transmission est principalement sexuelle, ce ne sont que lors d'échanges sexuels que l'on s'expose et que la transmission peut avoir lieu. Ainsi le VIH/sida est une maladie essentiellement sexuellement transmissible et les comportements des individus impliquent ou non leur exposition personnelle au VIH. Leur infection dépend de cofacteurs facilitant ou empêchant le passage du virus. Il n'en est pas de même en ce qui concerne les populations générales.

De telles conclusions étaient totalement inattendues. Elles nécessitent de reconsidérer les hypothèses couramment admises sur le rôle majeur que l'on attribuait aux comportements sexuels des populations générales dans les ni-

veaux de prévalence du VIH et la dynamique des épidémies de sida. La grande difficulté est d'avoir pensé que c'était principalement l'activité sexuelle qui déterminait les niveaux de prévalence du VIH. Il n'est cependant pas évident que l'incertitude sur les déterminants majeurs entraîne une incertitude sur les méthodes optimales de prévention. On sait par exemple que la prévention de la transmission sexuelle, à condition d'atteindre un niveau très élevé, et le traitement des malades sont des stratégies efficaces.

La plupart des modèles développés jusqu'à maintenant sont largement basés sur les variables socio-comportementales, et assez peu sur les variables liées à l'infection, plus proches du biologique. Un travail considérable reste à faire pour identifier et quantifier correctement ces variables liées à l'infection afin d'alimenter de nouveaux modèles capables de simuler les dynamiques et les niveaux d'épidémie tels qu'on les observe dans des populations générales.

D'autres facteurs plus généraux ont été avancés sur la diffusion du sida, notamment la pauvreté, les systèmes de soins, les priorités politiques... Il est certain que les actions énergiques en matière de prévention mises en œuvre en Ouganda ont contribué à la baisse de prévalence dans ce pays. *A contrario*, les hésitations politiques de l'Afrique du Sud ont certainement eu un effet dévastateur en laissant l'épidémie de VIH exploser.

Cependant les relations entre des variables macro sociales, politiques ou économiques et le développement des épidémies de VIH/sida sont complexes et peu conclusives. Très peu d'études sont venues étayer les hypothèses que l'on pourrait avoir dans ce domaine.

Selon J. du Guerny (du Guerny, 2004), la Banque mondiale et le PNUD ont montré les interrelations entre développement et inégalité, d'une part, et la prévalence du VIH/sida, de l'autre (Banque Mondiale, 1997). Contrairement à ce que l'on croit souvent, ce ne sont pas les pays les plus pauvres qui sont généralement les plus infectés, mais ceux qui connaissent un certain développement associé à de grandes inégalités entre régions et entre catégories socio-économiques dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, ou bien la Côte d'Ivoire.

En effet, dans un pays sans route, sans transport, le virus a du mal à se propager, on trouve cependant des hommes infectés, mais la prévalence reste faible au niveau national. Par contre dans un pays doté d'une bonne infrastructure routière, avec de grands écarts de revenus, d'opportunités de trouver un emploi, les mouvements migratoires peuvent être considérables facilitant la dispersion du VIH. Ainsi on observait des migrations de jeunes burkinabés vers les plantations de la Côte d'Ivoire alors que les jeunes ivoiriens, des hommes de plantations migraient vers la côte créant ainsi le mécanisme efficace de diffusion. Il faut cependant être attentif à ne pas conclure la responsabilité des migrants dans la diffusion de VIH : ce n'est pas le fait de migrer en soi, mais de migrer dans de mauvaises conditions pour échapper à la misère qui est un facteur de diffusion de l'épidémie.

Le développement n'est donc pas nécessairement neutre face au sida : il peut contribuer à augmenter ou à réduire la vulnérabilité des populations. Cet aspect est déterminant, car il ouvre la voie à de nouvelles stratégies de lutte contre le sida en y associant des programmes de développement sectoriel conçus de manière à réduire la vulnérabilité des populations face au sida.

Les relations épidémie – démographie

La démographie se trouve en relation avec la pandémie de VIH/sida à deux niveaux. D'une part, les phénomènes démographiques alimentent l'épidémie, notamment les niveaux élevés de fécondité observés et les structures par âge jeunes dans les pays en développement, d'autre part, le VIH/sida peut avoir dans de nombreuses populations un fort impact démographique par la hausse de la mortalité et par une certaine baisse de la fécondité, entraînant un coup de frein parfois brutal de l'accroissement démographique, mais surtout de fortes perturbations dans la structure par âge.

Impact sur la mortalité

Aujourd'hui le VIH/sida est devenu la première cause de mortalité en Afrique, bien avant le paludisme, la tuberculose ou les guerres, et la quatrième pour l'ensemble du monde. Un fort contraste se développe à présent avec l'arrivée des trithérapies. Là où elles sont disponibles, c'est-à-dire dans les pays développés, on a assisté à un recul brutal de la mortalité due au sida. En revanche, là où ces thérapies ne sont que pas ou peu disponibles, dans les pays en développement, le sida fait maintenant pleinement sentir ses effets sur la mortalité.

Selon le US Census Bureau (Stanecki, 2002), du fait des hauts niveaux d'infection par le VIH, les taux de mortalité générale estimés, y compris la mortalité due au sida, sont 50 à 500 % supérieurs en Afrique de l'Est et australe, à ce qu'ils auraient été en l'absence de sida. Par exemple au Kenya, où la prévalence du VIH pour les adultes était de 15 % à la fin de 2001, les taux de mortalité générale au cours de l'année 2002 ont été estimés être plus du double (15,7 pour mille), qu'ils n'auraient été en l'absence de sida (6,2 pour mille). En Afrique du Sud, où le niveau de prévalence du VIH parmi les adultes est estimé à 20 %, on constate les mêmes figures (16,6 pour mille, contre 7,3 en l'absence de sida). On estime qu'en 2010 ce taux y sera passé à 30,1 pour mille.

Selon l'Onusida (Onusida, 2000), le risque pour un garçon âgé de 15 ans de mourir un jour du sida est beaucoup plus fort que la probabilité, pour un homme qui a aujourd'hui entre 15 et 49 ans d'être infecté par le VIH en ce moment. Cette constatation restera applicable même si le taux d'infection chute dans l'avenir. Pratiquement dans tous les pays où au moins 15 % des adultes sont infectés par le VIH, 35 % au moins des jeunes qui ont 15 ans cette année mourront du sida.

Le sida provoque une augmentation très significative de la mortalité infantile et juvénile due à la transmission mère—enfant du virus. La réduction de la mortalité infantile a été le principal objectif des grands programmes de population et de santé des dernières décennies. L'espérance de vie à la naissance est l'un des premiers indices auxquels se fient les responsables politiques pour évaluer

le développement humain. Dans un grand nombre de pays en développement, l'impact du sida sur la mortalité infantile aura pour effet de la faire remonter au niveau où elle était au début des années 1960, alors que ces pays l'avaient vu chuter de façon importante du fait des programmes de vaccinations et de l'amélioration des systèmes de soins et du niveau de vie. Avec l'accroissement du nombre des nourrissons infectés par le VIH, dans la plupart des pays de l'Afrique australe notamment, le sida constitue la principale cause de mortalité infantile. Le pourcentage de la mortalité infantile due au sida en 2002 était de 71 % au Botswana, 53 % au Zimbabwe, 37 % en Afrique du Sud, 31 % au Kenya (Stanecki, 2002). Le taux de mortalité infantile a pratiquement doublé au Swaziland (68 pour mille) et au Zimbabwe (66 pour mille) (Stanecki, 2002). On estime qu'au Zimbabwe 70 % environ des décès chez les enfants de moins de 5 ans sont dus au sida. Au Botswana 80 % de la mortalité infanto-juvénile (120 pour mille) sera en 2010 due au sida (100 pour mille).

Le terrible recul de l'espérance de vie est dû à la fois aux décès chez les adultes, dont la plupart sont jeunes ou dans la fleur de l'âge, et aux décès chez les enfants. L'évolution de l'espérance de vie à venir dépendra aussi des changements des niveaux de fécondité, de mortalité des enfants (transmission verticale) et de la diffusion des thérapies. Ces changements entraîneront des structures par âge radicalement différentes qui auront elles-mêmes de fortes répercussions sur la dynamique démographique.

En Afrique australe, de fortes baisses de l'espérance de vie commencent à se produire, là où quatre pays (Botswana, Malawi, Mozambique et Swaziland) ont maintenant une espérance de vie inférieure à 40 ans (figure 3). En Afrique du Sud, on estime que l'espérance de vie n'est plus que de 47 ans au lieu de 66 ans sans le sida. D'après les calculs de la Division de la population des Nations unies (United Nations and UNAIDS, 1999), le sida coûtera en moyenne 17 années d'espérance de vie aux neuf pays où la prévalence du VIH chez les adultes est égale ou supérieure à 10 % (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Dans ces pays, au lieu d'augmenter pour atteindre 64 ans d'ici 2010-2015 si le sida n'existait pas,

l'espérance de vie retombera à 47 ans en moyenne. Sans le sida, l'espérance de vie au Botswana serait aujourd'hui de 72 ans, alors qu'elle est estimée à 39 ans. En 2010, on estime qu'elle y sera de 27 ans (Stanecki, 2002). Plusieurs autres pays d'Afrique voient aussi leur espérance de vie descendre à moins de 40 ans : c'est le cas de l'Angola, du Lesotho, du Malawi, du Mozambique, du Rwanda et de la Zambie. Dans le futur, dans les pays les plus touchés, l'espérance de vie des femmes deviendra plus courte que celle des hommes.

Dans les pays les plus touchés l'espérance de vie revient au niveau des années 1950, tandis que dans les pays à faible prévalence l'espérance de vie continue à s'améliorer (figure 4). On peut aussi souligner (Pison, 2002) qu'une des conséquences de l'épidémie aura été de bouleverser la carte de la mortalité en Afrique : les pays qui étaient les plus en retard il y a dix à quinze ans, comme le Sénégal et la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, se retrouvent maintenant en tête, avec des espérances de vie supérieures à 50 ans, alors qu'à l'inverse, les pays d'Afrique orientale et australe, hier en tête, se retrouvent aujourd'hui au bas du tableau avec les espérances de vie les plus basses.

Parallèlement le sida a et aura des effets indirects sur la morbidité et la mortalité par d'autres causes, notamment du fait de la recrudescence de la tuberculose, ou encore par la priorité donnée au traitement des maladies opportunistes dues au VIH/sida au détriment d'autres maladies que l'on pourrait plus facilement soigner.

Le sida ajoutera aussi d'autres effets indirects sur la morbidité et la mortalité des enfants, qui continueront à augmenter. Une mère infectée place en effet son enfant, qu'il soit ou non infecté lui-même, au risque que celui-ci soit mal nourri et contracte des affections endémiques, comme la tuberculose par exemple. De plus, l'enfant risque de devenir orphelin rapidement, ce qui réduit davantage son accès aux soins, et dégrade ses conditions de vie.

Puisque le taux de mortalité des adultes continuera à augmenter à cause du sida, le nombre d'orphelins ira, lui aussi, en augmentant. On peut estimer que plus de 5 millions d'enfants de moins de 10 ans sont orphelins de mère du fait du sida, et 15 millions de moins de 15 ans (Onusida/OMS, 2002). Le

pire est encore à venir. D'ici 2010, l'USAID estime qu'en Afrique, près de 28 millions d'enfants seront privés d'au moins un de leurs parents à cause du sida, soit un enfant sur trois en Namibie, au Swaziland, au Zimbabwe et en Afrique du Sud.

Ces orphelins sont particulièrement vulnérables à l'épidémie ainsi qu'à l'appauvrissement et à la précarité qui l'accompagnent. Le traitement des enfants qui naissent séropositifs, en l'absence de programme de prévention de la transmission mère—enfant, augmente sensiblement leur nombre. Cependant, ces enfants deviennent orphelins, dans la mesure où leur mères n'est pas, elle-même et dans le même temps, prise en charge.

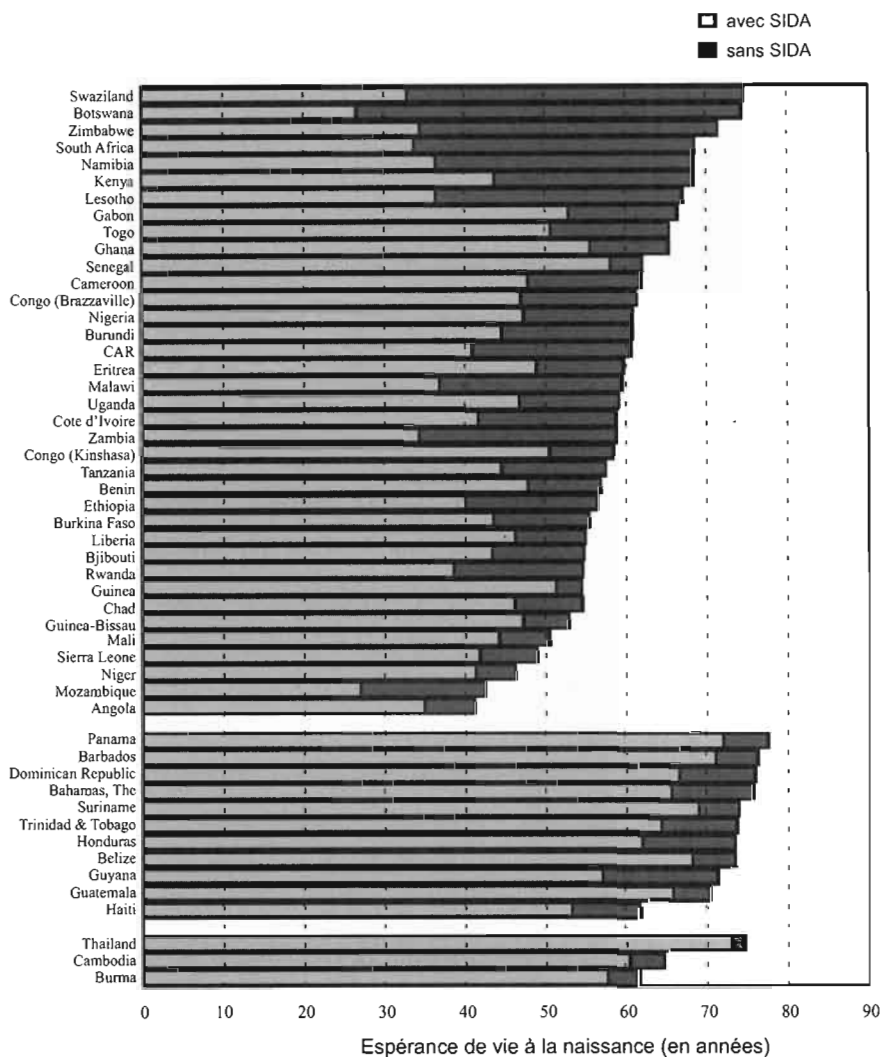
Impact sur la fécondité

Dans un contexte de déclin général de la fécondité dans les pays en développement, y compris en Afrique, l'impact du VIH/sida sur la fécondité sera probablement beaucoup plus important que l'on ne l'envisageait il y a quelques années. Cependant les mécanismes en jeu étant particulièrement complexes, la façon dont le VIH/sida a un impact sur les déterminants et les niveaux de fécondité générale n'est pas encore complètement claire et n'a pas pu être mesurée de façon précise. S. Gregson *et al.* (2003), A. Desgrées du Loû (1998) et B. Zaba et Gregson (1998) ont cependant analysé les mécanismes en jeu dans l'impact du sida sur la santé de la reproduction.

Le VIH/sida modifie les niveaux de fertilité et de fécondité, mais aussi et surtout les attitudes concernant l'ensemble des variables de la santé de la reproduction. C'est pourquoi il est particulièrement difficile d'évaluer les changements de fécondité induits par le VIH/sida qui ne sont que la résultante de ces multiples modifications qui peuvent s'avérer fort différentes, voire divergentes selon les contextes. La plupart des données de terrain manquent pour mesurer les changements d'attitudes et les changements de fertilité et de fécondité.

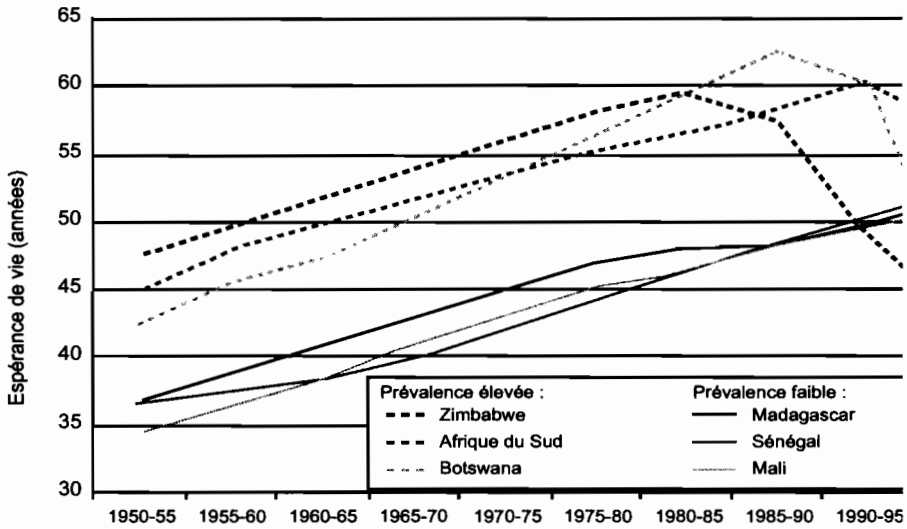
On sait que là où le sida est fortement prévalent, un certain nombre de variables ont pour effet de faire décroître la fécondité. Notamment la réduction

Figure 3. Espérance de vie à la naissance avec et sans sida dans certains pays en 2002



Source : Nations unies, 2001.

Figure 4. Modification de l'espérance de vie dans certains pays africains à prévalence du VIH élevée et faible, 1950-2005



Source : Stanecki, 2002

de la fréquence des rapports sexuels des malades, l'augmentation des avortements spontanés, l'augmentation des divorces et des séparations, l'utilisation plus importante de préservatifs, la réduction du nombre de partenaires, la diminution du désir d'enfants pour ceux qui ont peur de mettre au monde un enfant séropositif. À l'inverse, d'autres variables ont pour effet d'augmenter la fécondité, notamment le traitement des autres IST, l'augmentation de la mortalité infanto-juvénile et l'augmentation du désir d'enfant, la réduction de l'allaitement maternel et de l'abstinence post-partum.

Dans la plupart des pays en développement, la majorité de ceux qui sont infectés, les hommes comme les femmes ne connaissent pas leur statut VIH. De ce fait, le statut de séropositivité n'aura que peu d'effet sur les décisions de reproduction. Cependant, la perception du VIH/sida et le risque d'infection des enfants pourront avoir des effets contradictoires et sans doute non négli-

geables sur le désir d'enfant. On pourrait, par exemple, souhaiter avoir plus d'enfants pour s'assurer une survie et le remplacement des générations, ou bien au contraire, décider d'en avoir moins pour éviter le risque de contamination ou que ces enfants ne deviennent orphelins. L'augmentation de l'utilisation des préservatifs pourrait avoir comme effet secondaire de prévenir une partie des grossesses non désirées.

On note dès à présent, que les femmes séropositives sont sensiblement moins fécondes, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives (Gray *et al.*, 1998). On sait aussi que l'infection à VIH au stade symptomatique entraîne une baisse de la capacité fécondante du sperme. La réduction de fécondité de 25 à 40 % des femmes séropositives (Gregson *et al.*, 2003) serait principalement due à des facteurs biologiques plus que comportementaux. Il en résulte que cette réduction devrait avoir un effet important sur la fécondité générale des populations les plus touchées. La plupart des adultes infectés mourront après avoir passé la période la plus féconde de leur vie. Il faut cependant noter que l'épidémie a le potentiel de réduire la fécondité, si une plus faible proportion de la population arrive en âge de procréer. De plus, l'accroissement de la mortalité des adultes laissera un grand nombre de veufs et de veuves. Du fait de la stigmatisation, la fréquence des remariages, qui est la règle en Afrique, diminuera sensiblement.

Les principales conséquences sur la fécondité seront surtout indirectes du fait du bouleversement des ménages et des structures de reproduction, de soin et d'éducation des enfants. Les cellules de base de la reproduction, constituées par toutes les formes d'organisation de la vie en couple, mais aussi leur environnement, seront désorganisées, ce qui ne sera pas sans effet sur la fécondité des populations les plus touchées par le sida. L'impact sur la fécondité ne pourra donc s'envisager que dans le cadre plus large de l'impact du sida sur les sociétés, les cultures, les économies, les représentations et la reproduction sociale, ce qui va bien au delà de cette contribution. De façon globale, il apparaît toutefois clairement que le sida fait et fera chuter la fécondité selon des modalités hau-

tement complexes qui remettent en cause le schéma classique de la transition de la fécondité pour les pays les plus touchés.

Impact sur la structure par âge des populations

Les effets de la hausse de la mortalité et la baisse de la fécondité se conjuguent pour transformer radicalement et très rapidement les structures par âge dans les pays les plus touchés par le sida, comme on peut le constater avec l'exemple de l'Afrique du Sud (figure 5). La fécondité diminuant, la base de la pyramide se resserre. La mortalité se fait sentir très fortement dès 25-30 ans, d'abord chez les femmes, laissant une population de seniors réduite. Ce double resserrement de la pyramide, tout à fait inhabituel dans la dynamique des populations, aura un fort impact social et économique, notamment par les faibles effectifs de population active au delà de 35 ans.

Dans les pays les plus touchés par le VIH, les structures démographiques se trouvent et se trouveront radicalement modifiées. Du fait de la plus forte mortalité des jeunes filles liée au sida, entre 15 et 44 ans, il y aura plus d'hommes que de femmes dans chacun des groupes quinquennaux d'âge, ce que l'on ne voit jamais en démographie (Stanecki, 2002). L'un des effets importants de l'épidémie de sida sur la population générale est la perte d'une part du potentiel de reproduction, due aux niveaux élevés de mortalité féminine (Zaba et Gregson, 1998). Les changements induits auront sur l'organisation sociale une importance majeure quant à l'avenir et la survie des sociétés concernées. Cependant, l'ensemble des implications des profondes et rapides modifications des structures par âge, jamais vues auparavant, ne sont pas encore complètement claires.

Dans les pays modérément touchés par le sida, l'effet sur les structures par âge sera faible et relativement uniforme.

Impact sur la croissance démographique

Bien que la mortalité due au sida augmente de façon très importante, compte tenu des hauts niveaux de fécondité encore observables, l'accroissement de population continuera à être positif dans la plupart des pays à forte fécondité (figure 6). D. Kault (2000) démontre qu'il y a une relation linéaire entre la croissance de la population et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes. Le taux de croissance annuel de la population diminue d'environ 1 % à chaque fois que le pourcentage de femmes enceintes infectées augmente de 12 %.

Pour la majorité des pays faiblement touchés par le VIH, que ce soit en Afrique, en Amérique latine ou en Asie, l'accroissement naturel pourrait diminuer de moins de 1 %, tout en demeurant largement positif. Du fait des niveaux de fécondité qui restent très élevés, notamment en Afrique, les populations continueront à s'accroître malgré les hauts niveaux de mortalité que l'on y observera.

Il n'en est sans doute pas de même pour les pays plus fortement touchés, comme aujourd'hui en Afrique de l'Est ou en Afrique australe, où l'on envisage des accroissements négatifs. On estime qu'en 2010, le taux d'accroissement de la population de l'Afrique du Sud sera de -1,4 %, celui du Botswana de -2 %, du Swaziland -0,4 %, du Mozambique et du Lesotho -0,2 %, du Zimbabwe de 0 %, de la Namibie +0,2 %, de la Zambie +1 % (Stanecki, 2002). L'accroissement des populations du Malawi, de la Namibie et du Zimbabwe deviendra nul. C'est la première fois que des accroissements négatifs auront été projetés pour des pays en développement. Ils résultent de très hauts niveaux de prévalence du VIH et du début de leurs effets sur la mortalité, et des relativement bas niveaux de fécondité déjà acquis dans ces pays.

Le phénomène de saturation des populations les plus vulnérables, classique en épidémiologie, s'applique mal au VIH dans les PED dans la mesure où les jeunes, la population la plus vulnérable et la plus touchée, arrivent en permanence pour s'exposer. Ainsi, les pyramides jeunes observées en Afrique constituent de formidables moteurs de maintien des niveaux de VIH, car les

jeunes arrivent chaque année en masse sur le « marché » de l'activité sexuelle et constituent de nouvelles cohortes exposées puis infectées, puis infectantes. De la façon dont ils s'engageront dans leur vie sexuelle dépendra l'avenir de la population à laquelle ils appartiennent. Une prévention très active auprès des jeunes aura d'autant plus d'efficacité. Les profondes modifications des structures et les évolutions de la mortalité et de la fécondité remodeleront, à moyen terme, complètement ce « marché » en terme quantitatif. Cela constitue un élément supplémentaire de difficulté dans la projection des épidémies et le devenir de ces populations.

Impacts plus généraux de nature sociale et économique

Selon le Rapport annuel sur la santé du monde (OMS, 2004), les épidémies de VIH/sida partagent une particularité importante avec les famines, les guerres et les catastrophes naturelles : elles sont invariablement suivies d'autres catastrophes. Dans l'ensemble du monde, les épidémies de VIH/sida ont d'ores et déjà un effet d'entraînement dévastateur. Des millions d'enfants se retrouvent orphelins, des communautés sont anéanties, les services de santé sont débordés et des pays entiers sont aux prises avec la famine et l'effondrement économique.

Ce sont les populations pauvres qui sont les plus gravement touchées par la maladie : elles sont les plus vulnérables à l'infection et c'est parmi les familles les plus démunies que la maladie cause le plus de souffrances, de maladies et de morts. L'un des effets du VIH/sida tient aux difficultés financières dévastatrices qu'il entraîne, lesquelles ont à leur tour des conséquences tragiques. La maladie enfonce encore davantage les familles démunies dans la pauvreté et elle condamne au même sort des ménages relativement aisés.

Il est probable que les effets de l'épidémie sur la structure démographique et l'espérance de vie des adultes vont se traduire par des changements négatifs majeurs dans le mode de comportement socio-économique (Barnett et Whiteside, 2002). En plus d'avoir à subir une perte de revenu et à consacrer

leurs ressources aux dépenses de santé, les familles doivent se résoudre, pour affronter la situation, à des solutions dont les effets à long terme sont négatifs comme l'émigration (Bronfman *et al.*, 2002), le travail des enfants, la vente de leurs biens et la liquidation de leur épargne. Les familles, déjà accablées par la maladie ou la mort d'un ou de plusieurs de leurs membres, doivent encore assumer directement les frais médicaux et les frais d'obsèques et subir les coûts indirects générés par l'impact de la maladie sur la productivité (Mutangadura *et al.*, 2000 ; Over, 1998). L'effet du VIH/sida sur la mortalité des adultes productifs, sur la sécurité alimentaire, et la baisse des populations en milieu rural aura un impact en retour sur les capacités de reproduction démographique (destruction de capacités d'auto-consommation des ménages, atteinte à la fécondabilité).

Du fait que le VIH/sida modifie la structure même des populations, dans beaucoup de pays d'Afrique, la proportion des personnes à charge augmente, avec par exemple, un nombre réduit d'adultes en âge de travailler qui doivent assurer la subsistance d'enfants et de parents âgés, situation qui a tendance à s'aggraver.

Pour des jeunes qui voient leurs aînés mourir en masse et de si bonne heure, les effets psychologiques et les craintes pour leur propre avenir sont considérables et ne manqueront pas d'avoir de profonds effets sur le développement économique. De plus, comme les parents (de jeunes adultes pour la plupart) meurent prématurément, ils n'ont pas le temps de transmettre des biens ou un bagage à leurs enfants. Ces impacts de grande ampleur sur l'emploi, les capacités de production et de reproduction humaine mériteraient de longs développements qui vont au delà de ce chapitre. Ainsi, le VIH/sida mine le processus d'accumulation et de transmission du capital humain : expérience, savoir-faire et connaissances, d'une génération à l'autre (Bell *et al.* 2003).

Vue d'ensemble

Il apparaît qu'il n'est pas possible d'isoler l'impact démographique du VIH du contexte de sous-développement et des autres impacts sociaux, économiques

et politiques qu'il engendrera et qui auront eux-mêmes des répercussions sur l'évolution démographique des populations les plus touchées.

Au total, les relations entre la dynamique épidémiologique de l'infection par le VIH et la dynamique démographique qui en résulte dans les pays du Sud sont complexes. Il est difficile d'en mesurer les éléments avec précision. Les niveaux et les tendances des épidémies observés sont extrêmement disparates et relèvent de plusieurs types de dynamiques dont on ne comprend pas encore tous les déterminants et leurs interrelations. Certes, le VIH/sida a un impact important sur la mortalité, notamment celle des jeunes adultes, mais son impact sur la fécondité, fort complexe et divergent, est difficile à prévoir.

L'impact démographique du sida, dans des situations épidémiologiques et des dynamiques extrêmement variées, devrait s'intensifier, dans un futur proche, dans les régions les plus touchées par le virus. L'évolution des épidémies de VIH/sida et leurs impacts démographiques nécessitent encore un travail considérable pour en comprendre davantage les mécanismes, les déterminants et les interactions. Il s'avère d'ores et déjà que l'impact du sida sur la mortalité, la fécondité et les structures par âge seront importants et auront des conséquences sociales et économiques qui sont susceptibles de déstabiliser sensiblement le développement des pays les plus touchés.

Toutes les projections sont assez théoriques, car plusieurs maillons essentiels de la chaîne explicative manquent. Reste alors un grand nombre de questions scientifiques dont les réponses sont nécessaires à la compréhension des épidémies de VIH, de leurs déterminants, leur dynamique, et leur impact, et qui, même au delà de l'Afrique, conditionnent l'action et le devenir de nombre de populations.

La mise en place des thérapies, qu'il est essentiel de mettre en œuvre rapidement et à grande échelle dans les pays en développement, fournira un espoir décisif aux malades et aura un effet de synergie déterminant pour développer les actions de prévention qu'il est plus que jamais nécessaire de renforcer. Ces thérapies pourraient favoriser, à terme, les mesures de dépistage et de prévention, mais elles n'auront, dans un premier temps, pas un grand effet direct pour

freiner l'extension des épidémies de sida. Un plus grand nombre de personnes seront porteuses du virus, la mortalité due au sida diminuera, mais, en l'absence d'effort massif pour renforcer la prévention, probablement hors d'atteinte dans la plupart des pays en développement, les nouvelles générations continueront à s'infecter. Seule, la prévention de la transmission mère-enfant qui pourrait se généraliser rapidement, sous réserve de la mise en place de centres de dépistage gratuits, aurait un effet notable sur la réduction de la mortalité infantile, en augmentant toutefois le nombre d'orphelins.

On s'est sans doute trop focalisé sur les niveaux individuels. Il est urgent de développer des approches qui traitent des dynamiques et des comportements sociaux, de l'organisation des systèmes de santé, des communautés et des enjeux culturels et sociopolitiques. Plus précisément, la nécessité de travailler sur les populations marginalisées et la question de la vulnérabilité sociale, notamment des femmes. Il faudrait pouvoir élaborer des recherches multacentriques sur les déterminants sociopolitiques des évolutions des épidémies. Enfin, des recherches sur l'organisation des systèmes de soins apparaissent nécessaires avec l'arrivée des thérapies, qui risquent d'être indisponibles faute d'infrastructures et de personnes formées.

D'une manière plus générale, on ne doit pas oublier les acquis récents qui laissent espérer une amélioration future de la lutte et de la santé des populations sous-développées. Les progrès thérapeutiques remarquables auront, tôt ou tard, une application dans les pays en développement. Les acteurs de la lutte contre le sida s'efforcent davantage de coordonner les programmes et les actions. Les interventions s'intègrent mieux dans les programmes de développement. La reconnaissance des droits de l'homme en matière de santé et les dimensions éthiques soulevées par le sida ont constitué des avancées pionnières qui continuent à faire évoluer l'approche de la santé et les interventions. Du fait de la vulnérabilité spécifique des femmes et celle de leurs enfants, la perspective de genre est devenue partie intégrante de la lutte contre le sida.

Ce ne serait que par un engagement politique de haut niveau, et en intégrant le sida comme une des dimensions majeures des problèmes de développement,

que l'on pourrait contrôler l'épidémie et résoudre les problèmes qui lui sont liés. Le sida s'est installé dans le paysage des problèmes mondiaux et s'ajoute à la longue liste des problèmes liés au sous-développement. C'est à des efforts considérables de solidarité, d'engagement politique, de recherche, non seulement biomédicale, mais aussi socio-comportementale et opérationnelle, de mobilisation de fonds et d'intégration de l'action contre le sida dans les programmes de développement, que le monde se trouve confronté en ce début du XXI^e siècle.

Références bibliographiques

- AUVERT B., BUVÉ A., FERRY B. *et al.* for the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. 2001, « Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection », *AIDS*, 15 (Suppl. 4), S15-S30.
- BANQUE MONDIALE, 1997, *Confronting AIDS : Public priorities in a Global Epidemic*.
- BELL C., DEVARAJAN S. et GERSBACH H., 2003, *The long-run economic costs of AIDS : theory and application to South Africa*, Washington, DC, World Bank.
- BOERMA J.T., NYAMUKAPA C., URASSA M. et GREGSON S., 2003, « Understanding the uneven spread of HIV within Africa : a comparative study of biologic, behavioral, and contextual factors in rural populations in Tanzania and Zimbabwe », *Sexually Transmitted Diseases*, 30, pp. 779-787.
- BARNETT T. ET WHITESIDE A., 2002, *AIDS in the 21st century : disease and globalization*, London, Macmillan Palgrave.
- BRONFMAN M. N., LEYVA R., NEGRONI M. J. et RUEDA C. M., 2002, « Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico : research for action », *AIDS*, 16 (Suppl. 3) : S42-S49.
- BUVE A., CARAËL M., HAYES R. et ROBINSON N.J., 1995, « Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-Saharan Africa: do we understand them ? », *AIDS*, 9 (Suppl. A), S103-S109.
- BUVÉ A., CARAËL M., HAYES R. J. *et al.* for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities. 2001, « Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa : Summary and conclusions », *AIDS*, 15 (Suppl. 4), S127-131.
- CARAËL M. et HOLMES K., 2001, « The multicentre study of factors determining the different prevalences of HIV in sub-Saharan Africa », *AIDS*, 15 (Suppl. 4), S1-4.

- CARPENTER L. M., KAMALI A PAYNE M., KIWUUWA S., KINTUNAKIYINGI P, KINSMAN J., NALWEYISO N., QUIGLEY M. A., KENGEYA-KAYONDO J. F. et WHITWORTH J. A., 2002, « Independent effects of reported sexually transmitted infections and sexual behavior on HIV-1 prevalence among adult women, men, and teenagers in rural Uganda », *J Acquir Immune Defic Syndr*, 29 (2), pp. 174-80.
- DESGRÉES DU LOÛ A., 1998, « Santé de la Reproduction et sida en Afrique subsaharienne – Enjeux et défis », *Population*, 4, pp. 701-730.
- FERRY B., CARAËL M., BUVÉ A., *et al.* for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities, 2001, « Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection », *AIDS*, 15 (Suppl. 4), S41-S51.
- GISSELQUIST D. P. et POTTERAT J. J., 2003, « Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored », *Int J STD AIDS*, 14, pp. 148-61.
- GISSELQUIST D., ROTHENBERG R., POTTERAT J. et DRUCKER E., 2002, « HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission », *Int J STD AIDS*, 13, pp. 657-66.
- GRAY R.H. *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *The Lancet*, vol. 351. pp. 98-103.
- GREGSON S., ZABA B. et HUNTER S. C., 2003, « The Impact of HIV1 on Fertility in Sub-Saharan Africa : Causes and Consequences », *UN Population Bulletin*, Spécial Issue on « Completing the Fertility Transition », Division de la Population, Nations unies, New York.
- GUERNY J. (du), 2004, *Impact du sida sur les structures productives : le cas de l'agriculture*, Document préparé pour la contribution de chercheurs sur le Sud pour la 37^e CPD «Le Caire +10», CEPED, Paris, 5 p.
- KAULT D., 2000, « Uncertainties in Predicting the Demographic impact of AIDS », *Theoretical Population Biology*, 57, pp. 309-324.
- LARMARANGE J., 2003, *Mesure de la prévalence du VIH dans les pays en développement. Principaux résultats*, Document préparé pour le Contrat d'objectifs 2003 MAE-CEPED, CEPED, Paris, 10 p.
- MUTANGADURA G., MUKURAZITA D. et JACKSON H., 2000, *A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of sub-Saharan Africa*, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- NATIONS UNIES, 2001, *Perspectives démographiques mondiales, révision 2000*. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, New York.
- OMS, 2004, *Rapport annuel sur la Santé du Monde*, Genève.

- ONUSIDA, 2000, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, Genève.
- ONUSIDA, 2003, *Accélérer l'action contre le sida en Afrique*, ONUSIDA/03.46F, Genève.
- ONUSIDA /OMS, 2002, *Le point sur l'épidémie de sida*, Décembre 2002, Genève.
- ONUSIDA /OMS, 2003, *Le point sur l'épidémie de sida*, Décembre 2003, Genève.
- OVER M. 1998, « Coping with the impact of AIDS », *Finance and Development*, 8. March, pp 22-24.
- PISON G., 2002, « Le sida va-t-il entraîner un recul de la population de l'Afrique au sud du Sahara ? », *Population et Sociétés*, n° 385, décembre 2002.
- SCHMID G. P., BUVÉ A., MUGYENYI P., GARNETT G. P., HAYES R. J., WILLIAMS J., CALLEJA J. G., DE COCK K. M., WHITWORTH J. A., KAPIGAS. H., GHYS P. D., HANKINS C., ZABA B., HEIMER R. et BOERMA J. T., 2004, « Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections », *The Lancet*, 363, pp. 482-88.
- STANECKI K.A., 2002, *The AIDS Pandemic in the 21st Century*, US Census Bureau. Washington.
- UNITED NATIONS, Population Division et Unaid, 1999, *The Demographic Impact of AIDS*, Report on the Technical Meeting, New York, ESA/P/WP.152.
- WALKERN., GARCIA-CALLEJA J. M., HEATON L., ASAMOAH-ODEI E., POU MEROL G., LAZZARI S., GHYS P. D., SCHWARTLANDER B. et STANECKI K. A., 2001, « Epidemiological analysis of the quality of HIV sero-surveillance in the world : how well do we track the epidemic ? », *AIDS*, 15(12), pp. 1545-1554.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, *Reconciling survey and surveillance-based estimates*, Report of Tropical Diseases Research Centre Ndola, Zambia-UNAIDS-WHO, Technical Consultation, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office For Africa, 2003, *HIV/AIDS : epidemiological surveillance update for the WHO African Region 2002*. Harare.
- ZABA B. et GREGSON S., 1998, « Measuring the impact of AIDS on fertility in Africa », *AIDS*, 12, (Suppl. 1), S41-S50.

*Impact sur la fécondité des changements
dans les rapports de genre.
Le cas de l'Amérique latine*

MARIA EUGENIA COSÍO-ZAVALA

Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994, le concept d'*empowerment*¹ des femmes fait l'objet d'une discussion publique. La CIPD a en effet recommandé la prise en compte de cette dimension dans les programmes sociaux en général et les programmes de planification familiale en particulier. En Amérique latine, l'impact de ce changement de point de vue a été considérable sur les politiques de population, qui sont passées d'objectifs chiffrés d'accroissement démographique, donnant la priorité à l'efficacité des moyens pour y parvenir, à des programmes centrés sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des hommes, dans un souci de garantir leurs droits à la santé de la reproduction. Plus précisément, dans le champ de la fécondité, la question du « pouvoir d'agir » des femmes, nous renvoie à une perspective de genre, c'est-à-dire à la prise en compte des rapports sociaux de sexe dans le domaine de la reproduction humaine. Il faut donc s'interroger sur la manière dont on peut introduire une perspective de genre dans l'analyse de la fécondité et sur son utilité.

Dans ce chapitre, nous posons les questions suivantes : l'observation des relations de genre dans la fécondité, nous permet-elle de mieux expliquer son

1. Que nous pouvons traduire par « pouvoir d'agir ». Pour ne pas surcharger le texte, nous emploierons l'un ou l'autre terme.

évolution ? Faut-il introduire des indicateurs sur le « pouvoir d'agir » des femmes ? Quels sont les meilleurs indicateurs qui permettent d'analyser les relations entre le genre et la fécondité ? Et finalement, peut-on observer ces relations avec les données dont on dispose ? Nous nous appuyerons sur des exemples latino-américains, notamment sur le cas du Mexique.

La transition de la fécondité en Amérique latine

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont vu se réduire fortement leur fécondité depuis les années 1960 (tableau 1). D'un niveau général de fécondité entre 6 et 7 enfants par femme dans les années 1960-65 — sauf en Argentine, Uruguay, Chili, Panama et Cuba, tous pays de forte immigration européenne — les indices conjoncturels sont passés en 1995-2000 à des niveaux entre 2 et 3 enfants par femme, avec plus de 40 pour cent des femmes utilisant des méthodes modernes de contraception, ce chiffre atteignant 80 pour cent au Brésil en 2003. Parmi ces méthodes, la stérilisation féminine concerne entre un quart et deux tiers des utilisatrices. Il faut cependant noter qu'une minorité de pays, socioéconomiquement très peu développés (Bolivie, Paraguay, Guatemala, Nicaragua, Honduras et Haïti), gardent encore une assez forte fécondité, aux environs de 4 enfants par femme (tableau 1).

Les explications qui ont été données à cette baisse rapide sont de plusieurs ordres : effets de la transition démographique à la suite de la baisse de la mortalité qui a commencé en 1930 ; conséquences des changements macrosociaux : urbanisation, industrialisation, scolarisation massive entre 1940 et 1970, lors des principaux « miracles économiques » colombiens, brésiliens, mexicains, etc. ; effets des programmes de planification familiale, implantés dans quelques pays à partir de 1965 (Costa Rica, Puerto Rico, Panama, Colombie, Mexique), puis généralisés après 1980 (Cosío-Zavala, 1998). La baisse de la fécondité a commencé dès 1965, dans les grandes villes, parmi les couches sociales les plus scolarisées et à revenus moyens et élevés, à partir des générations nées après 1940, que nous avons nommées les femmes pionnières de la baisse de la

Tableau 1. Tendances de la fécondité 1960-2000

Région et pays	Indice synthétique de fécondité			Utilisatrices de contraception* (en %)	Femmes stérilisées (en % des utilisatrices)
	1960-65	1985	1995-2000		
Pays andins					
Bolivie	6,6	6,3	4,4	17,8	10
Colombie	6,7	3,6	2,8	59,3	36
Chili	5,0	2,6	2,4	n.d.	n.d.
Équateur	7,0	5,0	3,1	45,7	35
Pérou	6,9	5,2	3,0	41,3	15
Vénézuéla	6,7	4,1	3,0	n.d.	n.d.
Pays atlantiques					
Argentine	3,1	3,4	2,6	n.d.	n.d.
Brésil	6,2	4,0	2,2	80a	50a
Paraguay	6,6	4,9	4,2	41,4	12
Uruguay	2,9	2,8	2,4	n.d.	n.d.
Amérique centrale					
Costa Rica	7,0	3,5	2,8	64,6	26
El Salvador	6,9	5,6	3,2	48,4	59
Guatemala	6,9	6,1	4,9	26,9	45
Honduras	7,4	6,5	4,3	41,0	36
Nicaragua	7,3	5,9	4,3	44,9	38
Panama	5,9	3,5	2,6	54,2	56
Mexique et Caraïbes					
Cuba	4,7	1,8	1,6 ^b	94 ^b	n.d.
Haïti	6,2	5,5	4,4	13,2	17
Mexique	6,8	4,7	2,8	57,5	41
Rép. dominicaine	7,3	4,1	2,9	59,2	64

Sources : Cosío-Zavala, 1998; Nations unies, 2002 ; Nations unies, 1999 ; sauf :

a. Oliva Perpetuo, 2003,

b. Alfonso, 2003.

* Il s'agit des méthodes modernes : les chiffres concernent le milieu des années 1990, sauf pour Panama (1984).

n.d. : données non disponibles.

fécondité (Juárez *et al.*, 1996). Puis la réduction de la taille des descendance a gagné peu à peu l'ensemble des femmes urbaines, y compris des secteurs populaires, principales victimes de la crise économique des années 1980, la

« décennie perdue » de l'Amérique latine selon la Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe (CEPAL). C'est ce que nous avons qualifié de malthusianisme de la pauvreté, qui s'exprime à la fois par une réduction du nombre des enfants désirés, sous la pression des difficultés économiques qui accablent les familles, et par un accès facile pour toutes les femmes aux moyens contraceptifs, grâce aux politiques publiques de santé, y compris dans les zones rurales et auprès des populations les plus défavorisées socialement (Cosio-Zavala, 1999).

Une perspective de genre contribue à enrichir le cadre explicatif, à la fois pour analyser les causes de la baisse de la fécondité comme ses conséquences au niveau familial et social. On peut ainsi introduire des questionnements importants, souvent laissés de côté, tels que les relations entre les conjoints au sein des couples, qui n'ont pas forcément les mêmes aspirations ni les mêmes droits et pouvoirs de décision ; les rapports sociaux de sexe dans la famille et vis-à-vis de l'ensemble des relations sociales ; les modèles idéaux de famille, de couple, de la maternité et de la paternité, qui guident les comportements de fécondité. C'est ainsi qu'intervient la question du « pouvoir d'agir » des femmes parmi les facteurs explicatifs de la baisse de la fécondité latino-américaine, qui a commencé dans les grandes villes, chez les couples les plus éduqués, ayant des objectifs d'éducation de leurs enfants (la qualité plutôt que la quantité). Les femmes que nous avons nommées « pionnières » et qui, les premières, ont utilisé des moyens contraceptifs, avaient un meilleur statut social, qui leur donnait une possibilité de négocier avec leur conjoint, une situation où le « pouvoir d'agir » des femmes était plus élevé, de même que leur information et accès à la médecine moderne et aux méthodes contraceptives étaient plus aisés.

La prise en compte du genre permet aussi de comprendre une des singularités de la baisse de la fécondité latino-américaine, qui est un cas particulier : la persistance pratiquement partout d'une nuptialité précoce et de taux de fécondité à 15-19 ans extrêmement élevés. Nous essaierons de l'expliquer ci-dessous par les représentations du mariage et de la famille traditionnelle qui subsistent malgré tous les changements socio-économiques des dernières décennies. De même,

la forte prévalence de la stérilisation féminine comme méthode contraceptive presque unique peut être expliquée à la fois par une demande qui provient de sa commodité d'utilisation pour les femmes (une seule intervention, pas de négociations à avoir avec le conjoint, une méthode totalement efficace) et par une offre fortement orientée par les médecins qui voient dans la stérilisation féminine une méthode très efficace et avantageuse médicalement. Le genre explique aussi la très faible prévalence de la vasectomie en Amérique latine, car les hommes y voient une atteinte à leur virilité.

Les systèmes de genre, un cadre analytique

Mais tout d'abord, nous devons expliquer ce que nous entendons par « perspective de genre ». Il s'agit de prendre en compte les caractéristiques particulières des systèmes qui structurent les rapports sociaux de sexe, sous l'angle des inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, et qui s'expriment généralement par une domination masculine dans toutes les dimensions de la vie sociale : la famille, le marché du travail, la participation sociale, etc. Comme la plupart des auteurs latino-américains, tels que O. de Oliveira, M. Lamas, T. de Barbieri, nous utilisons le concept de genre comme un système de signes et de symboles, de représentations, normes, valeurs et pratiques, qui transforme les différences sexuelles des êtres humains en inégalités sociales, organisant les relations entre les hommes et les femmes de manière hiérarchique, donnant une valeur supérieure au masculin par rapport au féminin. Comme construction socioculturelle et historique, elle comporte des aspects objectifs et subjectifs, qui sont antérieurs aux individus, mais que ceux-ci recréent continuellement dans leur vie quotidienne. En Amérique latine, région où le *machismo* prédomine, les rapports sociaux de sexe sont fortement inégalitaires. Le modèle de famille est celui où l'homme est responsable de l'ensemble des ressources économiques des ménages, et où les femmes restent à la maison, chargées du travail domestique, des soins et de l'éducation des enfants. Idéalement, les femmes ne travaillent pas à l'extérieur de la maison et leur participation sociale est minimale, sauf

en ce qui concerne l'alimentation de la famille, la santé et l'éducation des enfants (Brea et Duarte, 1999). Traditionnellement, l'ensemble du contexte culturel, institutionnel, socioéconomique, démographique et politique garantit la prévalence des ces rapports inégalitaires de sexe et de domination masculine, mais aussi la protection des femmes et des enfants.

Or, le contexte économique, social et culturel a fortement changé, et les relations sociales de sexe ont subi des transformations. Celles-ci s'observent de manière objective, avec l'apparition de comportements nouveaux (le travail des femmes par exemple), mais aussi de manière subjective, dans le champ des représentations, avec de nouveaux modèles de rapports sociaux de sexe plus égalitaires, dans le sillage des revendications des groupes féministes, très actifs en Amérique latine. Ces revendications ont conduit à des modifications législatives et à la mise en place d'organisations spécifiques (Marques-Pereira, 2002). Tous les pays latino-américains ont signé la CEDAW, convention des Nations unies contre les discriminations envers les femmes, et mis en place des politiques et des législations concrètes visant notamment à promouvoir les droits reproductifs et sexuels. Le fait que des associations féministes aient pris le relais des politiques de population ou des politiques de lutte contre la pauvreté pour la promotion de la santé de la reproduction a souvent été très positif, en termes d'efficacité et d'implication de la société civile (en particulier les ONG de femmes), ce qui donne des résultats rapides et concrets en termes de services pour la santé de la reproduction (par exemple en Bolivie, d'après Rozée, 2004).

Cependant, les rôles féminins et masculins restent très clairement différenciés dans les domaines de la vie familiale, du travail domestique, de l'emploi formel et informel, et de la participation sociale à la vie publique en général (Brea et Duarte, 1999). Le pouvoir masculin continue à dominer à l'intérieur et à l'extérieur des ménages et la fréquence élevée de violences domestiques est un révélateur de fortes tensions. Pour comprendre cette situation, l'analyse des rapports sociaux de sexe doit être menée au niveau individuel, avec les pratiques et représentations de la famille, les rôles et pouvoirs des hommes et

des femmes, l'appartenance sociale, qui inclut le sexe, l'âge, la génération, la classe sociale, la religion, l'ethnie, la couleur de la peau, le territoire, etc. Mais il faut aussi prendre en compte les interactions entre les individus, et pas seulement au sein du couple, le tout étant replacé dans son contexte macrosocial, qui inclut des dimensions économiques, sociales, démographiques, politiques, institutionnelles et culturelles, où les hommes dominant en règle générale. Il y a donc trois niveaux d'analyse à développer : l'individu (homme ou femme), ses aspirations et ses comportements ; les relations avec l'entourage proche et l'entourage plus éloigné ; le niveau macrosocial.

À ce niveau, l'Amérique latine a connu des bouleversements structurels dans les modèles économiques et le marché du travail depuis les années 1980, qui ont eu des répercussions directes sur les emplois masculins et féminins. Le chômage, la vulnérabilité, l'informalité et la précarisation des emplois ont développé l'activité économique des femmes et des jeunes, remettant en cause le rôle masculin traditionnel du chef de famille pourvoyeur économique exclusif du ménage, et faisant s'accroître la proportion de femmes chefs de ménage, tout en poussant les jeunes ruraux et habitants de villes moyennes, garçons et filles, à émigrer vers les grandes métropoles ou vers des pays étrangers (notamment les États-Unis, l'Espagne pour les Colombiens et les Équatoriens, etc.). La crise économique a développé les stratégies de survie des familles, qui ont modifié la taille et la composition des ménages, retardant la décohabitation des jeunes adultes, rendant difficile l'autonomie des jeunes couples, des personnes âgées, des femmes seules, en fait de l'ensemble des personnes vulnérables socialement. D'autre part, l'allongement de la scolarité, notamment celle des jeunes filles, a également eu des répercussions importantes sur l'emploi masculin et féminin, encourageant en particulier l'exode rural, faute d'emplois satisfaisants dans l'agriculture de subsistance. Les changements culturels consécutifs à la circulation de nouvelles idées, par le biais des moyens de communication, ont donné lieu à l'émergence de nouveaux modèles de rôles féminins et masculins et à de nouvelles représentations familiales. Cependant, la segmentation des modèles traditionnels de division sexuelle du travail (du travail domestique et

du marché du travail en général) persiste largement, provoquant des tensions entre les différentes valeurs normatives (Ariza et de Oliveira, 2003).

Par ailleurs, les changements démographiques depuis la fin des années 1970 et le développement des programmes nationaux de planification familiale (Cosio-Zavala, 1998), ont également eu des conséquences sur les rapports sociaux de sexe. Le contrôle de la fécondité et l'utilisation massive de contraceptifs ont transformé les histoires de vie féminines, masculines et familiales (Tuirán, 2002), bien que les soins aux enfants et la protection des plus vulnérables (enfants, personnes âgées, malades, handicapés) restent une responsabilité clairement assignée aux femmes (de Oliveira, 2000). Il faut souligner l'augmentation des grossesses hors mariage chez les adolescentes sous l'influence d'un moindre contrôle social de la sexualité des jeunes, mais avec des inégalités dans le pouvoir de négociation des hommes et des femmes au début de la vie sexuelle. En effet, les jeunes hommes latino-américains sont encouragés par leur famille et par la société dès leur plus jeune âge à initier une sexualité hétérosexuelle², tandis que les jeunes filles doivent en principe garder leur virginité jusqu'au mariage, ce qui les maintient dans l'ignorance et ne leur permet pas de recevoir une éducation sexuelle³. D'autre part, les pratiques courantes de stérilisation précoce, après la naissance de deux ou trois enfants, remettent très vite en question les objectifs de la vie de couple. Les modifications et résistances des systèmes de genre doivent donc être analysées, notamment sur le plan des représentations du couple, des unions, de la maternité, de la paternité, et de la famille de façon plus générale. Sur tous ces aspects, de nombreux travaux latino-américains montrent des évolutions au niveau familial. Cependant, il reste beaucoup à faire pour disposer d'un cadre d'analyse avec des indicateurs homogènes et complets, tâche qui se construit peu à peu⁴, bien que les questions ne soient pas toujours clairement posées (Villarreal et du Guerny, 1999).

2. L'homophobie est majoritaire en Amérique latine (Bozon, 2003).

3. Ces résultats sont illustrés par le travail de C. Marston (2001). Voir également M. Bozon (2003).

4. Comme, par exemple, les nouvelles enquêtes au Mexique, comme la DINAF, organisée par B. García et O. de Oliveira de El Colegio de México, mais dont les résultats ne sont pas encore disponibles.

Nous présenterons ci-dessous des études qui ont servi de modèle pour élaborer des indicateurs de genre⁵, ce qui permet d'analyser quelques-unes des dimensions à prendre en compte pour les introduire dans l'étude de la fécondité. Cependant, généralement faute de données adéquates, et en l'absence d'un cadre explicatif abouti prenant en compte toutes les dimensions des rapports sociaux de sexe, il n'est possible à l'heure actuelle, que de proposer des pistes à explorer.

La fécondité dans une perspective de genre : un cadre analytique

En 1997, K. Mason écrivit un article dans lequel elle reprenait tout ce que l'on savait alors sur le genre et la fécondité (Mason, 1997). La même année, H. Presser soulignait l'absence d'analyses de genre dans la majorité des études démographiques et l'importance de cette perspective pour mieux expliquer la reproduction, domaine dans lequel les relations entre les hommes et les femmes sont essentielles, par définition (Presser, 1997). Jusque-là, on analysait la fécondité comme un comportement exclusivement féminin⁶. Cependant, la conférence du Caire en 1994, poussait fortement à introduire une perspective de genre dans des programmes de santé de la reproduction, au-delà de l'optique traditionnelle des programmes de planification familiale (Lassonde, 1996). Par conséquent, avec de nouvelles dimensions de la santé de la reproduction, le champ traditionnel des études sur la fécondité s'est élargi, en mettant l'accent sur les conséquences de l'*empowerment* féminin.

Pour rendre opérationnel ce concept d'*empowerment* (pouvoir d'agir) des femmes, une étude empirique pionnière de cinq enquêtes en Asie, fut menée par K. Mason, à la tête d'un projet de la fondation Rockefeller (Mason *et al.*, 1995). Dans ces enquêtes, il s'agissait de décliner sous la forme d'indicateurs observables la notion d'*empowerment*, dans une optique comparative, pour

5. Notamment en Asie, en Afrique et en Amérique latine (Cosio-Zavala, 2002).

6. Les enquêtes de fécondité (KAP, l'enquête mondiale de fécondité ou les EDS) ont jusqu'à il y a peu de temps observé uniquement les femmes d'âge fécond. Depuis peu, les échantillons posent des questions aux hommes également (EDS en Afrique et en Amérique centrale par exemple).

expliquer les variations de la fécondité. Des échantillons furent sélectionnés parmi différents contextes culturels et religieux, dans cinq pays : l'Inde, le Pakistan, la Malaisie, les Philippines et la Thaïlande. Dans le cadre d'une enquête comparative de la fécondité, somme toute assez classique, des questions traitaient pour la première fois de l'autonomie et du pouvoir des femmes au sein du ménage, en observant cinq dimensions, telles que la participation de la femme à la prise de décisions, sa liberté de mouvements, la violence masculine, l'accès aux ressources économiques et le contrôle des ressources économiques⁷. Ces indicateurs étaient ensuite utilisés comme variables indépendantes pour expliquer les différentiels de fécondité.

Chacune des cinq dimensions de l'autonomie et du « pouvoir d'agir » des femmes incluait des batteries de questions qui formaient des indicateurs composés (Mason *et al.*, 1995). À l'aide des réponses, cinq indices ont été créés pour chaque dimension : (i) indice de pouvoir de décision économique (ii) indice de liberté de mouvement (iii) indice de protection face à la violence du conjoint (iv) indice d'accès aux ressources économiques et (v) indice de contrôle sur les ressources économiques.

Le calcul des indices se faisait de la manière suivante :

(i) Indice de pouvoir de décision économique : il est appréhendé par des questions sur la participation des femmes à trois groupes de décisions économiques : l'achat d'aliments, de gros équipements ménagers, de bijoux. L'indice est la somme de la participation de la femme aux achats de ces trois catégories, avec un score de 1 si elle participe seulement à la décision et de 2 si elle est la plus importante dans la décision. L'indice peut donc valoir entre 0 et 6.

(ii) Indice de liberté de mouvement : l'indice fait la somme des endroits fréquentés par la femme sans être accompagnée, tels que le centre de santé, le centre du village, la maison d'un parent ou d'un ami, le marché et le village voisin. L'indice est de 0 si elle doit toujours être accompagnée et de 5 si elle va seule partout.

(iii) Indice de protection face à la violence du conjoint : cet indice va de 0 à 3. Il est de zéro si la femme a à la fois peur de son conjoint et qu'il la bat ; il est de 1 si elle est battue mais qu'elle n'a pas peur de lui ; il est de 2 si elle a peur mais n'est pas battue ; et sa valeur est de 3 si elle n'est ni craintive ni battue par son conjoint.

(iv) Indice d'accès aux ressources économiques : c'est la somme des réponses à quatre questions : (a) pouvoir donner son opinion sur la façon de dépenser les ressources du ménage, (b) avoir de l'argent à dépenser, (c) être libre d'acheter de petits bijoux et (d) être libre d'acheter des cadeaux. L'indice varie de 0 à 4.

(v) Indice de contrôle sur les ressources économiques : l'indice varie de 0 à 3 et il inclut (a) le fait que certaines possessions de la famille (terre/bijoux/vaisselle) appartiennent à la femme (c'est-à-dire à son nom) et si elle en a le contrôle, (b) si elle décide ou si elle peut donner une opinion sur les dépenses de sa propre dot (avec une valeur de 1 et de 0,5 respectivement) et (c) si elle envisage de pouvoir subvenir à ses besoins quand elle sera âgée à l'aide de sa propre épargne (Sathar *et al.*, 2001).

Cette étude de cinq pays asiatiques a servi de modèle pour d'autres enquêtes, d'une part pour fournir un modèle de construction de variables mesurant l'autonomie et le pouvoir de décision des femmes, d'autre part en prenant ces variables comme variables indépendantes pour expliquer les comportements de fécondité. Dans ce cas, l'hypothèse est que les femmes les plus autonomes auront moins d'enfants et contrôleront beaucoup plus leurs naissances que les femmes entièrement soumises à l'autorité du conjoint. Cependant, cette hypothèse n'est pas souvent vérifiée ou seulement partiellement. K. Mason elle-même a publié un article où elle remet en cause ses propres résultats, doutant du pouvoir explicatif sur la fécondité des indicateurs individuels d'*empowerment* des femmes, tels qu'elle les avait opérationnalisés dans les cinq enquêtes asiatiques (Mason et Smith, 2000).

De mon point de vue, plusieurs problèmes se posent : tout d'abord une analyse des femmes en termes individuels n'est pas une analyse de genre, car il

faut aussi analyser les comportements et les représentations des hommes, ainsi que les relations entre les conjoints, ce que les cinq enquêtes asiatiques n'ont pas fait. De plus, le contexte culturel, ethnique et religieux a une importance fondamentale pour les représentations des rapports sociaux de sexe, en déterminant les modèles qui prescrivent comment se conçoit la vie d'un homme, d'une femme, les relations de couple, les relations familiales dans leur ensemble. Plusieurs enquêtes reprennent cette analyse de l'*empowerment* dans des contextes variés, comme celle en Inde de Z. Sathar, C. Callum et S. Jejeebhoy, avec une recherche d'indicateurs d'autonomie de la femme selon la religion dans plusieurs régions (Sathar *et al.*, 2001). Cette étude montre l'importance des différents systèmes de genre au niveau macrosocial et les limites des résultats individuels.

En tant que variable dépendante, l'indicateur de fécondité utilisé par K. Mason (ne plus vouloir d'enfants) pose également problème, et nous verrons ci-dessous qu'un seul indicateur de fécondité n'est jamais suffisant, puisqu'il y a plusieurs dimensions d'analyse pour expliquer les variations de fécondité (les variables intermédiaires de la fécondité, les dimensions économiques, les dimensions normatives de la famille, le désir d'enfants, l'accès à la contraception). D'autre part, les aspects subjectifs, notamment les représentations de la famille, du couple, de la maternité, de la paternité ont un rôle extrêmement important dans une optique de genre, qui n'est souvent pas appréhendé par les enquêtes sur les comportements reproducteurs.

Après cette expérience pionnière, des résultats de travaux sur l'Afrique ont permis d'avancer un peu plus dans la voie de la perspective de genre pour expliquer la fécondité. C'est ainsi que P. Makinwa et M. Kritz ont montré, au Nigeria, que la notion d'*empowerment* est multidimensionnelle lorsque l'on essaye de mesurer l'autorité⁷ et le pouvoir de décision des femmes. Elles ont montré l'importance de l'autorité féminine, qui est en relation avec le fait de « pouvoir exprimer son opinion », et qui a un réel pouvoir explicatif sur

7. Selon le dictionnaire, l'autorité est le droit, le pouvoir de commander, de prendre des décisions (Petit Larousse, 1990).

la pratique de moyens contraceptifs. Pour ces auteures, l'essentiel est de mesurer le degré d'autorité des femmes, qui est étroitement associé au statut de la femme et à la façon dont le couple résout les désaccords entre les conjoints concernant la planification familiale. Si l'homme est d'accord et pas la femme, cela n'empêche pas l'homme d'utiliser des moyens de contraception, alors que l'inverse n'est pas vrai et qu'il dépend du degré d'autorité de l'épouse (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001).

Six mesures de l'autorité des femmes sont utilisées par M. Kritz et P. Makinwa-Adebusoye. Les deux premières concernent les décisions économiques des épouses ainsi que leurs contributions aux dépenses du ménage. Trois mesures évaluent le pouvoir de décision des femmes : une mesure sur leur participation aux décisions concernant la mise au monde d'enfants et les soins à leur donner, une seconde mesure porte sur la justification pour les maris de laisser leurs femmes sous certaines conditions, et la troisième mesure concerne les conversations entre les conjoints au cours de la dernière année sur la planification familiale. La volonté de parler avec leurs épouses de ce sujet est évaluée comme une preuve du respect et de la considération que les époux accordent aux épouses et à leurs opinions. En fait, pouvoir donner son opinion reflète un certain degré d'autorité dans une société traditionnelle. La sixième mesure concerne l'opinion des maris et des épouses sur le fait que les femmes d'aujourd'hui ont plus d'autorité que du temps de leurs mères, une évaluation des représentations des époux et des épouses sur les changements dans les rapports de genre. Les conjoints peuvent percevoir des évolutions dans les normes, même si dans leurs relations interpersonnelles de pouvoir, ils gardent une approche restrictive.

Les relations les plus significatives sont mesurées dans trois cas : lorsque les épouses perçoivent avoir une plus grande autorité aujourd'hui que du temps de leurs mères, dans le cas d'une participation aux décisions familiales, et lorsqu'il existe une communication entre les époux en ce qui concerne la planification familiale. L'étude montre que le pouvoir de

décision en matière de ressources économiques dans la famille a peu de liens avec l'utilisation effective de méthodes contraceptives. Elle montre également que le pouvoir de décision des femmes dépend plus de leur opinion, favorable ou non, envers la planification familiale que de leurs préférences pour des naissances supplémentaires. On observe d'autre part un manque de concordance élevé entre les réponses des maris et des épouses sur l'autorité des femmes, montrant que l'accord des couples est faible sur ces questions. Des résultats intéressants ont montré que les maris sont plus disposés à utiliser des moyens contraceptifs que leurs femmes lorsqu'ils approuvent la planification familiale, indépendamment de l'opinion de leur épouse. (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001).

Dans une étude sur des pays d'Afrique de l'Ouest, A. Andro et V. Hertrich ont observé, à partir d'enquêtes EDS⁸, qu'il existe bien deux modèles de reproduction : le premier, traditionnel, de forte fécondité, où les femmes ne peuvent pas donner leur opinion, et où elles se trouvent sous l'entière domination des hommes (conjoint, père, frères, oncles, beaux-pères, etc.) ; le second modèle s'observe chez des hommes jeunes, qui discutent avec leur conjointe sur le nombre désiré d'enfants et l'utilisation de méthodes contraceptives. Dans ce cas, l'opinion des hommes sur le contrôle des naissances et la concordance des opinions entre les conjoints sont vues comme des facteurs essentiels (Andro et Hertrich, 2001). Il est donc tout à fait nécessaire de prendre en compte le rôle des hommes dans la vie reproductive et leurs relations avec les femmes, depuis l'analyse des comportements sexuels jusqu'à l'utilisation de méthodes contraceptives, en passant par le processus de prise de décisions sur le nombre d'enfants, le travail domestique, les soins aux enfants, la santé de la reproduction.

Un débat existe sur la question des désaccords entre les maris et leurs épouses en ce qui concerne la vie reproductive du couple et sur l'influence des structures d'autorité au sein des ménages, pour déterminer les comportements de fécondité (Mason et Smith 2000, Bankole et Singh 1998, Kritz et Makinwa-Adebusoye

8. Enquêtes Démographie et Santé de Macro-international (DHS en anglais) réalisées dans de nombreux pays.

2001). Dans son article avec H. Smith (2000), K. Mason s'est surtout attachée aux préférences en termes de désir de naissances supplémentaires, tandis que M. Kritz et P. Makinwa-Adebusoye n'observent que peu de désaccords sur cet aspect ; dans leur travail au Nigeria, où elles soulignent l'importance du degré d'accord du couple concernant l'autorité de l'épouse pour la pratique de la contraception, elles trouvent cependant que dans beaucoup de couples, les conjoints n'ont pas la même opinion face à la planification familiale et à l'utilisation de moyens contraceptifs (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001). L'autorité des femmes face aux maris est alors un facteur essentiel pour expliquer les manières de résoudre ces désaccords, et, bien qu'au sein de groupes ethniques homogènes l'effet en soit réduit, les impacts des comportements individuels d'autorité féminine sont toujours importants pour expliquer l'utilisation de moyens contraceptifs (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001). Les caractéristiques des systèmes de genre par rapport aux différents niveaux (macrosocial, familial et individuel) sont tout-à-fait significatives pour expliquer ces résultats.

En Amérique latine, les systèmes de genre prescrivent toujours une très grande inégalité entre les hommes et les femmes dans la famille, les ressources économiques étant contrôlées par les hommes, les tâches domestiques et les soins aux enfants restant un domaine strictement féminin (Brea et Duarte, 1999). Les inégalités de pouvoir entre les conjoints demeurent donc importantes, y compris dans les classes moyennes, urbaines, scolarisées. D'après des enquêtes dans des villes grandes et moyennes mexicaines (Mexico, Monterrey, Merida), une forte majorité des épouses demande la permission de leur conjoint pour toutes leurs activités et décisions, bien que travaillant de plus en plus à l'extérieur du ménage et avec un niveau de scolarisation conséquent (études secondaires complètes). Le rôle masculin de pourvoyeur de ressources économiques garde donc toujours une forte valeur symbolique, chez les hommes comme chez les femmes, associée à l'idée de protection, de représentation de la famille, de responsabilité et de virilité (García et Oliveira, 2001), même si dans la vie courante, les difficultés du marché du travail remettent en cause fréquemment ce rôle masculin (par le chômage, la précarité). La dimension

subjective (représentations du couple et de la famille) prédomine souvent sur la réalité des contextes objectifs. Par exemple, si la femme travaille pour subvenir aux besoins de la famille, elle va déclarer qu'elle aide son conjoint (même si celui-ci est au chômage et ne gagne rien). Un exemple de la force des modèles subjectifs est donné par les résultats de l'enquête mexicaine EDER de 1998, qui montrent que les générations de jeunes femmes sont de plus en plus économiquement actives, mais qu'elles sortent massivement du marché du travail au moment du mariage et de la naissance du premier enfant pour se conformer au modèle familial traditionnel (Ariza y de Oliveira, 2003), ce qui ne les empêche pas de retravailler plus tard.

Cependant, la fécondité a diminué très rapidement en Amérique latine et il faut comprendre le rôle joué par les transformations des rapports sociaux de sexe dans cette évolution. On essaiera donc d'introduire dans l'analyse classique de la fécondité une perspective de genre à différents niveaux : les changements dans les systèmes de genre et dans les représentations, les rôles des hommes et des femmes dans la vie reproductive au niveau des couples, et finalement le statut des femmes au niveau individuel (une autre façon d'évaluer l'autorité).

Les variables intermédiaires de la fécondité dans une perspective de genre

Pour analyser les tendances de la fécondité, J. Blake et K. Davis ont proposé en 1956 le modèle des variables intermédiaires de la fécondité, simplifié ultérieurement par J. Bongaarts, qui a montré que la majorité des différences de fécondité s'expliquait avec seulement quatre variables : nuptialité, infécondité post-partum, avortement, contraception. Ce cadre d'analyse et le modèle de Bongaarts ont fait l'objet d'une multitude d'applications et ont conduit à l'organisation d'enquêtes, comme l'Enquête mondiale de fécondité et les enquêtes EDS, grâce auxquelles les tendances et évolutions de la fécondité sont aujourd'hui bien connues dans les pays en développement. Cependant, le modèle des variables intermédiaires de la fécondité peut être revisité avec

une perspective de genre, ce qui permet de donner plus de pouvoir explicatif à chacune d'entre elles.

La nuptialité

Au niveau symbolique, le mariage a une importance primordiale en Amérique latine, pour les hommes comme pour les femmes, comme en témoigne l'universalité des unions proche pour les deux sexes : devenir adulte, c'est se marier et avoir des enfants. Garçons et filles ne quittent pas la maison de leurs parents avant la première union, sauf pour étudier ou émigrer. D'où la précocité des unions et de la naissance du premier enfant immédiatement après (en 1998, au Mexique, l'intervalle protogénésique est de 13 mois en moyenne⁹). Comme il n'y a pas de système de dot, les couples peuvent cohabiter tout de suite, et si le jeune couple n'a pas les moyens de vivre de façon autonome, il habitera chez ses parents jusqu'à ce qu'il ait les moyens de se loger, souvent après la naissance du second enfant. Cette forte pression sociale en faveur du mariage explique en grande partie la précocité des unions en Amérique latine, qui commencent d'ailleurs fréquemment par une cohabitation informelle. Il faut aussi souligner la grande stabilité des unions, précocité et stabilité étant des caractéristiques communes aux pays latino-américains.

Pour analyser la nuptialité selon une perspective de genre, on devrait cependant pouvoir considérer les relations entre les hommes et les femmes au sein des familles, entre le niveau d'autonomie, de pouvoir et les inégalités entre les hommes et les femmes concernant l'entrée en union, la vie familiale et la dissolution des unions, mais on manque de données systématiques en Amérique latine. La liste qui suit est seulement exploratoire et des enquêtes *ad hoc* devraient être organisées, sur les comportements (par enquêtes quantitatives) et sur les représentations (par enquêtes qualitatives). Quelques éléments de réponse existent, incomplets mais intéressants, que nous mentionnons comme exemples ci-dessous.

9. D'après l'enquête EDER, 1998.

Le premier aspect concerne la prise de décision qui conduit aux unions ou à leur fin, du côté des hommes, des femmes, des parents ou d'autres membres de la famille de chacun des conjoints. Plusieurs indicateurs sont faciles à observer, tels que l'intensité et le calendrier des unions, les différences d'âges entre les conjoints, les différences sociales entre eux (scolarité, classe sociale, race, religion, statut migratoire), le type d'union (consensuelle ou légale, civile ou religieuse, monogame ou polygame), les ruptures d'union. Il faut y ajouter le processus de choix du conjoint, les domaines de responsabilité des hommes et des femmes, les abandons masculins (par rupture ou par émigration par exemple), la prise en charge des enfants après une séparation, la formation d'unions successives, le rôle des femmes chefs de ménage, la solidarité entre les générations. Le divorce peut être vu sous deux angles différents : soit comme un reflet de l'irresponsabilité masculine (ou féminine) face aux obligations familiales, soit de manière plus positive, comme un reflet du « pouvoir d'agir » des femmes, quand le divorce est demandé par celles-ci en réaction à des conditions de vie matrimoniale inacceptables, en présence d'hommes irresponsables ou violents. Il est révélateur qu'en Amérique latine le niveau des divorces soit extrêmement bas, alors qu'il est légal presque partout, ce qui s'explique par le rôle dépendant des femmes dans la famille, du point de vue économique, légal et domestique¹⁰.

En prenant pour exemple le Mexique, pays pour lequel des données existent pour les hommes et pour les femmes¹¹, on observe que la nuptialité n'a pas connu de changements fondamentaux dans les dernières décennies : elle demeure précoce et universelle. En zone rurale, l'âge à la première union est resté stable, pour les hommes comme pour les femmes (22 ans pour les hom-

10. Le divorce a été finalement légalisé en Argentine en 1987, mais il demeure interdit au Chili. L'influence de l'Église catholique, qui s'y oppose, est importante à cet égard en Amérique latine.

11. D'après les données de l'EDER, enquête biographique de 1998 par sondage, stratifiée pour les localités rurales de moins de 15 000 habitants, pour les localités urbaines de plus de 15 000 habitants et pour trois groupes de générations : 1936 et 1938, 1951 et 1953 et 1966-1968. L'EDER a recueilli, année par année, les histoires de vie de 2 496 individus, avec 171 variables, portant sur les unions, la vie familiale, les enfants, l'usage de contraceptifs en sus d'une histoire complète résidentielle, scolaire et professionnelle.

mes, 19 ans pour les femmes). Cependant, on trouve un rajeunissement chez les hommes urbains jeunes (de 24 à 23 ans) alors que les premières unions des femmes urbaines sont retardées – on passe de 50 % de célibataires à 18 ans chez celles qui sont nées en 1936-38, à 70 % chez les femmes nées en 1966-68. L'âge médian à la première union des femmes urbaines est ainsi passé de 19 à 20 ans entre les générations 1936-38 et 1951-53, puis à 21 ans (générations 1966-68). Par conséquent, la différence d'âges entre les conjoints, déjà faible, s'est encore réduite : seulement 2 ans de différence entre les époux des jeunes générations urbaines, contre 3 ans à la campagne (Samuel et Sébille, 2003).

Pour expliquer le retard de l'âge médian à la première union chez les femmes urbaines mexicaines, les auteurs évoquent l'augmentation de la scolarisation, qui provoque de nouvelles aspirations féminines en termes d'éducation, d'emploi et de vie familiale. Par contre, pour expliquer le rajeunissement observé chez les hommes urbains, on peut penser à un moindre contrôle social de la sexualité des jeunes citadins, aboutissant souvent à une grossesse qui provoque le mariage. Les âges proches entre les conjoints atténuent la domination masculine en ville, où l'on trouve chez les femmes le meilleur niveau de scolarisation, un retard à la première union, le contrôle des naissances et leur accès au marché du travail (Samuel et Sébille, 2003).

On observe également, avec les données de l'EDER, un doublement de la proportion des femmes séparées et divorcées, qui passe de 5 à 10 % dans les cinq premières années des unions et de 8 à 16 % au bout de 10 ans d'union, entre les générations les plus âgées et les plus jeunes. Ceci pourrait refléter une plus grande autonomie des femmes, mais le niveau reste cependant faible¹². Les femmes les plus exposées aux ruptures d'union sont celles qui ont conclu les unions les plus précoces, qui présentent un moindre niveau de scolarité chez les plus jeunes¹³ et qui cohabitent avec leur conjoint et au moins un de leurs parents, cette dernière variable étant hautement significative. Ce type de corésidence est assez atypique (8 % des ménages) mais semble un facteur de

12. Dans un rapport de un à cinq entre les divorces et les séparations informelles (Samuel et Sébille, 2003).

13. Le nombre d'années de scolarité n'est significatif que pour les générations 1966-68.

grande vulnérabilité du couple, sans que l'on puisse savoir si elle est antérieure à la situation de dépendance résidentielle, ou bien si celle-ci est à l'origine de conflits familiaux (entre gendre et parents de la femme?) provoquant la séparation ou le divorce (Samuel et Sébille, 2003).

Les formes de la nuptialité mexicaine ont donc changé malgré la forte prégnance du modèle de famille traditionnel, sous l'influence de modifications dans les relations de genre et du statut des femmes, et de leur accès à la scolarité et au marché du travail. On perçoit, notamment en ville, l'émergence d'un nouveau contrat conjugal, qui tend vers un modèle moins autoritaire et des relations moins inégalitaires entre les conjoints (Samuel et Sébille, 2003). Cependant, ce qui compte pour les femmes avant tout, c'est la figure symbolique de la femme avec enfants, femme devenue adulte par la maternité, quelles que soient ses relations avec le père de ses enfants.

C'est ainsi que l'on observe une forte proportion de femmes chefs de famille dans l'une des zones les plus industrialisées et urbanisées du Mexique, à la frontière Mexique — États-Unis. L'emploi féminin y est tout à fait généralisé, surtout dans le secteur des *maquiladoras*, industries de sous-traitance à forte prédominance féminine. Dans cette zone particulière, emblématique du modèle de développement en cours en Amérique latine, on observe l'apparition de nouveaux rôles féminins, en relation avec les changements dans la formation des familles, le développement de l'activité féminine et de la scolarisation. Le cas de Tijuana, à la frontière nord du Mexique avec les États-Unis, est exemplaire de ces transformations accélérées dans une zone parmi les plus dynamiques du pays depuis les années 1960. De fait, on observe un très profond changement dans le statut des femmes à Tijuana, lié à la migration (88 % de la population est migrante au cours de la vie)¹⁴, à la scolarisation presque universelle chez les jeunes filles et à l'emploi féminin très développé. Les femmes *tijuanenses* sont beaucoup plus libres que dans d'autres régions du Mexique. Bien qu'elles suivent dans un premier temps le modèle traditionnel de la femme mexicaine, avec une

14. La population de Tijuana a crû à des taux atteignant souvent 10 pour cent par an depuis 1940 (Cosio-Zavala, 2001).

entrée en union et des premières maternités précoces, le fait que la plupart des jeunes femmes travaillent, notamment dans la *maquila*, et qu'elles reçoivent un salaire, leur permet, dans un second temps, de mener une vie autonome qui se traduit par une proportion élevée de chefs de ménage féminins. Ce deuxième modèle est en nette rupture par rapport à la tradition, et il intervient dans un deuxième temps de la biographie, les femmes déclarant cependant le subir, plutôt que le désirer, car elles sont alors souvent séparées de leur conjoint (Cosio-Zavala, 2001). Cette remise en cause de la vie de couple, mais pas de la maternité, gagne petit à petit les grandes villes latino-américaines (au Brésil, en Argentine, etc.).

Les conséquences démographiques de cette évolution du statut féminin se traduisent à Tijuana par une nuptialité précoce, un taux élevé de fécondité avant 20 ans, une descendance réduite et surtout une utilisation importante de la contraception moderne, notamment de la stérilisation féminine, dès que la taille désirée de la descendance est atteinte, très tôt dans la vie féconde. Il faut voir là les effets du programme national de planification familiale qui privilégie les méthodes médicalisées, difficiles à abandonner comme le stérilet (pour espacer) et la stérilisation (pour contrôler). À Tijuana, les femmes ont facilement accès à la contraception grâce à ce programme, mais l'information et le choix d'une méthode de limitation des naissances se fait dans de mauvaises conditions d'accueil et de services proposés (Brugilles, 1998).

Un autre thème qui touche à l'analyse de genre de la nuptialité est celui des ressources économiques de la famille, en terme d'accès (est-ce que l'homme est le pourvoyeur et décideur, exclusif ou non?), d'activité économique des conjointes, de ménages dirigés par des femmes avec des membres dépendants, d'apports économiques des autres membres du ménage¹⁵, de pouvoir de décision des parents et beaux-parents¹⁶, de ressources tirées des migrations, de transferts financiers

15. Nous pouvons mentionner les réseaux d'appui et de solidarité entre parents et enfants, entre frères et sœurs et entre autres parents, les transmissions patrimoniales sous toutes leurs formes (depuis un simple abri dans une parcelle familiale) qui sont souvent fondamentales pour la survie des familles.

16. C. Echarri, dans sa thèse de doctorat à l'université de Louvain-la-Neuve, a analysé au Mexique le pouvoir des beaux-parents (Echarri, 1994) contrôlant l'accès aux ressources économiques

des migrants internationaux, de la sécurité sociale, des programmes sociaux¹⁷, de l'aide au logement, etc. Mais le contrôle des ressources économiques est aussi un sujet important, car on observe fréquemment en Amérique latine le cas de femmes de secteurs populaires (telles que les jeunes filles célibataires travaillant comme domestiques ou dans le secteur de la maquila), obligées d'émigrer et de travailler, qui remettent à leur père ou au chef du ménage la totalité de ce qu'elles gagnent. On observe une plus grande autonomie lorsque la femme qui travaille peut garder l'argent qu'elle gagne, même si, en général, elle le dépense totalement dans des frais familiaux liés aux enfants. Les prises de décision sur les ressources économiques s'inscrivent généralement en Amérique latine dans le cadre suivant : les dépenses quotidiennes du ménage, de l'alimentation, des enfants et de la santé sont administrées par les femmes (qui, souvent, y contribuent en partie ou en totalité) ; les dépenses de logement, de biens durables, de maladies graves, d'éducation et de divertissement sont décidées par les hommes, considérées comme de leur responsabilité (Brea et Duarte, 1999). Ces décisions peuvent être prises de manière autoritaire ou violente, ou au contraire, discutées et partagées de manière équitable au sein des familles, souvent en accord avec d'autres membres de celle-ci (enfants, parents, frères et sœurs, etc.).

La majorité de ces comportements s'inscrit dans différents types de relations conjugales : inégalitaires ou égalitaires, en harmonie ou discordantes, partagées ou imposées, avec ou sans violence domestique. La socialisation pendant l'enfance a également une grande importance, puisque les modèles de rôles masculins et féminins sont transmis et reproduits dans les familles ou au contraire rejetés. À l'adolescence, la socialisation se construit en interaction avec les autres jeunes, garçons et filles, avec des adultes extérieurs à la famille (professeurs, parrains, marraines) en plus des parents, grands-parents et autres parents. Le thème de la jeunesse est essentiel et a une grande influence sur les

de très jeunes brus résidant avec eux, qui explique par exemple une surmortalité infantile.

17. La proportion des ressources monétaires des paysans pauvres par les prestations des programmes sociaux, tels que PROGRESA au Mexique, peut être considérable (Léonard et Palma, 2002).

changements sociaux et culturels (Urrea, 2002 ; Marston, 2001). C'est ainsi que l'on observe que la hausse de la scolarisation féminine contribue à une consolidation du rôle des femmes dans les prises de décision (quand la femme est instruite, elle peut prendre des décisions et elle est plus respectée), ainsi qu'à une plus grande autonomie féminine. Cela conduit en général à un retard dans l'âge d'entrée en union. On peut aussi considérer les projets de couple, indépendamment des projets liés aux enfants. Les conjoints existent-ils comme couple, y a-t-il un projet conjugal?

En résumé, une perspective de genre dans l'étude de la nuptialité permet de considérer de nouvelles dimensions importantes : les rapports entre les hommes et les femmes dans la vie familiale, les inégalités entre les sexes et les générations, le processus de prise de décisions, d'accès et de contrôle des ressources économiques, les négociations ou impositions, le degré d'autonomie des femmes et des hommes¹⁸, les représentations de la féminité et de la masculinité, de la maternité et de la paternité, la socialisation pendant l'enfance et la jeunesse, le climat familial, le respect mutuel, l'entente ou les conflits, le statut des femmes dans la famille et dans la société. Plusieurs modèles de famille coexistent, depuis un modèle patriarcal fortement inégalitaire et autoritaire jusqu'à un modèle plus égalitaire, même si celui-ci est pratiquement inconnu en Amérique latine. La nuptialité varie selon ces différentes dimensions et donc la fécondité également. Malgré les nombreuses transformations structurelles socioéconomiques et sociopolitiques, on ne peut pas conclure, à partir des travaux effectués jusqu'ici, que les représentations familiales ont vraiment changé, car les modèles se transforment très lentement, et en tout cas n'évoluent pas de manière synchronique aux évolutions des sociétés latino-américaines (Ariza et Oliveira, 2001).

18. Il faut aussi penser à l'autonomie des hommes renforcée par la contribution économique des femmes à la famille lorsque celles-ci sont salariées.

L'infécondité post-partum

Peu de travaux s'intéressent à cette variable intermédiaire en Amérique latine. Bien que l'allaitement soit un phénomène évidemment féminin et biologiquement naturel, qui différencie clairement les hommes et les femmes, son impact est très faible sur les niveaux de la fécondité latino-américaine, malgré quelques exceptions. C'est le contraire en Afrique, où cette variable intermédiaire a un impact élevé sur l'espacement des naissances. Surtout, il contribue fortement à la survie des enfants et à la santé des mères, permettant d'augmenter l'intervalle entre les grossesses en l'absence de méthodes contraceptives.

La perspective de genre pour cette variable s'intéresse à l'infécondité post-partum par le biais des droits reproductifs et sexuels, de l'accès libre et universel à la santé pré et post-natale, et à la santé de la reproduction en général, à la qualité des services de santé, au respect du corps des femmes, aux soins donnés aux nourrissons, au respect des traditions et des représentations concernant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Plusieurs dimensions sont en jeu : la prise de décisions, l'accès et le contrôle des ressources économiques, l'information, l'éducation et l'accès à la santé de la reproduction, les droits reproductifs et sexuels, la violence domestique, la liberté de mouvements (par exemple, pouvoir sortir de la maison pour aller au centre de santé, voir un médecin si celui-ci est un homme, etc.).

Généralement, en Amérique latine, les femmes sont libres de sortir de la maison (avec la permission du mari). Mais la qualité des soins, avant et après un accouchement, et surtout une bonne information laissent souvent à désirer. En ville les soins existent, même s'ils sont de mauvaise qualité et qu'ils respectent peu les corps des femmes ; mais le problème de l'accès à la santé de la reproduction se pose toujours dans les campagnes latino-américaines.

L'avortement

Ce thème est essentiel dans les études de genre, car il représente une des évidences majeures des inégalités et vulnérabilités féminines. Il s'agit en général d'une forme traditionnelle et toujours illégale en Amérique latine¹⁹ pour éviter des naissances non désirées. L'avortement se produit dans des situations de carence d'éducation et de droits reproductifs et sexuels, d'accès et d'information aux services de santé de la reproduction, de violence masculine, réelle ou symbolique. Dans la plupart des cas, il révèle un problème sensible de santé publique et un drame au niveau individuel et familial. La domination du corps des femmes par les hommes²⁰, par leur conjoint, leur famille, les services de santé, l'État, l'Église, sont mis en évidence par la fréquence des avortements illégaux en Amérique latine. Leur nombre élevé montre un manque d'information, d'accès ou de bonne utilisation des méthodes contraceptives, la vulnérabilité des femmes, en particulier aux deux extrémités de la vie féconde (jeunes filles célibataires et femmes plus âgées avec beaucoup d'enfants), les carences personnelles et sociales. L'interdiction de l'avortement par l'Église catholique et l'État en Amérique latine mettent les femmes, et elles seules, dans des situations très difficiles face à des grossesses non désirées et malgré le recours toujours plus fréquent aux méthodes contraceptives. En l'absence de légalisation de l'avortement ou de conditions médicales correctes pour l'effectuer, les familles ont à leur charge des enfants non désirés, et parfois, doivent les abandonner.

La contraception

Au Mexique, les résultats des histoires de vie génésique et de contraception de l'EDER montrent comment la prévalence des méthodes contraceptives

19. Le seul pays à pratiquer les avortements en milieu hospitalier est Cuba, mais l'avortement n'y est pas légalisé (Alfonso, 2003).

20. Dans les cas, fréquents, de viol et d'inceste (Marston, 2001).

modernes a beaucoup augmenté au fil des générations : à l'âge de 45 ans, la proportion de celles qui les ont utilisées au moins une fois dans leur vie est passée de 15 % chez les femmes nées en 1936-38 à 58 % chez celles nées en 1951-53. À l'âge de 30 ans, les deux tiers des femmes nées en 1966-68 avaient déjà commencé à utiliser une méthode contraceptive (Brugelles, 2003). On vérifie ainsi que les femmes mexicaines limitent largement le nombre de leurs enfants et que les couples utilisent surtout une contraception féminine. La légitimité de l'utilisation de méthodes contraceptives est très élevée depuis plusieurs décennies, aussi bien pour les femmes, principales cibles du programme national de planification familiale, que pour les hommes qui l'acceptent largement. Le rôle du programme a été décisif en mettant à la portée de toute la population des méthodes modernes, efficaces et gratuites.

Ces données confirment l'existence des deux modèles de transition contraceptive au Mexique, le premier concernant les femmes des générations les plus âgées, celles que nous avons appelées dans d'autres travaux les « pionnières », qui ont utilisé la pilule dès sa mise sur le marché vers 1960, vingt ans avant le début du programme national de planification familiale. Ces femmes pionnières avaient plus de « pouvoir d'agir », elles vivaient dans les grandes villes et elles étaient plus scolarisées que la majorité de la population à l'époque. C'est donc bien l'*empowerment* qui leur a permis d'aller à l'encontre des comportements majoritaires en leur temps de forte fécondité²¹. Le second modèle concerne les autres femmes, des classes populaires urbaines ou bien rurales, peu scolarisées, qui ont commencé à limiter leurs naissances à des âges plus tardifs, et qui ont plus fréquemment utilisé des méthodes médicales (stérilet), souvent définitives (stérilisation féminine), fournies par le programme national de planification familiale. Dans ce cas, les époux semblent d'accord, ainsi que l'ensemble de la société mexicaine (on connaît la forte acceptation du programme).

21. Malheureusement, on n'a aucune information sur le comportement de leurs époux ni sur les discussions dans les couples, car les premières enquêtes n'ont interrogé que les femmes (comme l'enquête mexicaine de fécondité de 1976 par exemple).

Cependant, les femmes mexicaines sont encore très contrôlées en ce qui concerne l'accès aux méthodes contraceptives, presque exclusivement réservées aux femmes en union. En effet, il est inconvenant que des femmes célibataires et qui ne vivent pas avec un conjoint, aient accès à la contraception, d'où le fort taux de fécondité des adolescentes. Ceci est le reflet de la volonté de contrôle de la sexualité des femmes par leurs parents, par les hommes et par la société. Malgré tout, les femmes commencent de plus en plus tôt à utiliser des méthodes de contraception, surtout les femmes urbaines et éduquées, dès la naissance de leur premier enfant. Les méthodes sont peu nombreuses au cours de la vie (une ou deux) et majoritairement médicalisées (stérilet et stérilisation), même si la pilule est fréquemment utilisée comme première méthode, quoique vite abandonnée par peur des effets secondaires. L'usage de préservatifs est peu fréquent comme, en général, toutes les méthodes qui impliquent une participation masculine (retrait, abstinence périodique). Un tiers des femmes nées en 1951-53 est stérilisé, plus fréquemment et à des âges plus jeunes dans les villes que dans les campagnes (Brugilles, 2003). De fait, la limitation des naissances dans les unions est considérée comme une responsabilité féminine.

Par ailleurs, les travaux d'I. Casique sur l'enquête nationale de planification familiale au Mexique (ENAPLAF²²) apportent des résultats intéressants sur les relations entre l'utilisation de méthodes contraceptives et l'autonomie des épouses, et leur participation aux prises de décisions, se mesurant par les situations où elles peuvent donner leur opinion et intervenir dans les décisions familiales. L'autonomie de l'épouse est définie par les possibilités qu'elle a de prendre des initiatives et des décisions sans avoir à demander la permission du conjoint. Deux indicateurs ont été calculés pour essayer de mesurer le niveau général d'autonomie vis-à-vis du conjoint : un indicateur de prise de décisions avec cinq variables et un indicateur d'autonomie de la femme avec neuf variables²³. Les résultats montrent qu'en moyenne les femmes mexicaines prennent

22. Encuesta nacional de Planificación familiar de 1995.

23. L'ENAPLAF a été réalisée sur le modèle des cinq enquêtes en Asie, sur neuf États mexicains parmi les plus pauvres.

majoritairement leurs décisions en accord avec leur époux, mais que leur degré d'autonomie est peu élevé (Casique, 2001).

Les résultats de ces travaux confirment que l'*empowerment* féminin (dans ses deux composantes d'autonomie et de pouvoir de décision) a des relations positives avec l'utilisation de méthodes contraceptives au Mexique, mais que les effets sont différents. L'indicateur d'autonomie féminine a un plus grand effet sur l'utilisation de la contraception et sur la probabilité d'utiliser des méthodes modernes non définitives que l'indicateur de pouvoir de décision. Le faible degré d'autonomie générale montre que l'autonomie est réservée à une faible proportion de femmes parmi les plus scolarisées et urbaines. L'accord du mari sur l'utilisation de méthodes contraceptives permet d'augmenter de manière significative leur usage effectif, sauf chez les femmes disposant de pouvoirs de décision et d'une autonomie élevés. Aucune relation significative n'est observée entre l'*empowerment* et l'utilisation de méthodes définitives (stérilisation féminine), ce qui peut signifier que des déterminants externes à la famille interviennent, tels que l'offre des programmes médicaux. Finalement, la proportion de femmes qui présentent une demande insatisfaite de contraception, c'est-à-dire qui ne veulent plus d'enfants mais n'utilisent pas de méthodes contraceptives, s'explique par l'opposition du conjoint au contrôle des naissances et par l'ignorance des femmes. Mais la demande insatisfaite se réduit significativement avec le *pouvoir de décision* des femmes (Casique, 2001).

Comme l'écrit P. Makinwa-Adebusoye dans le cas du Nigeria, les indicateurs d'utilisation de la contraception, ainsi que ceux qui mesurent l'*empowerment* sont complexes, multidimensionnels et il faut les combiner entre eux. L'acceptation par le mari de la contraception et la discussion au sein des couples influent bien plus sur l'utilisation de la contraception que les préférences des femmes pour un nombre donné d'enfants ou la demande insatisfaite. Ceci se vérifie aussi dans des pays africains où la responsabilité repose presque exclusivement sur l'époux, car la femme ne peut pas faire valoir ses préférences si lui n'est pas d'accord (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 2001 ; Andro et Hertrich, 2001). Par contre, au Mexique, l'utilisation de la planification familiale dépend en

partie de l'opinion du mari et de la discussion entre les époux, mais l'autonomie des femmes a une influence pour leur permettre d'exprimer leurs préférences et opinions (Casique, 2001). L'offre de moyens contraceptifs est en effet très abondante et accessible et elles peuvent facilement trouver l'information et les services qui leur sont nécessaires. Cependant, dans le cas de la stérilisation, la décision est souvent prise par les médecins, qui l'imposent fréquemment, notamment après plusieurs accouchements par césarienne, pratique quasi obligatoire au Brésil (Oliva Perpétuo, 2003). Par ailleurs, la stérilisation a un avantage pour les femmes, car elle leur permet d'être complètement prémunies contre les grossesses sans avoir à négocier ensuite, avec leur conjoint, l'utilisation de méthodes contraceptives au jour le jour.

Il faut donc compléter le cadre d'analyse des variables intermédiaires de la fécondité, qui sont surtout individuelles ou de couple, par d'autres dimensions plus collectives et sociales, pouvant expliquer les différents aspects de la pratique contraceptive, comme celles qui composent le modèle de Coale (1973).

Le modèle de Coale dans une perspective de genre

Le cadre d'analyse des variables intermédiaires de la fécondité peut être complété par le modèle d'adoption de nouveaux comportements reproductifs proposé par A. Coale en 1973 et revu plus récemment par R. Lesthaeghe et C. Vanderhoeft (1999). Le modèle peut s'écrire RWA, où R est *readiness*, W *willingness*, et A *ability*, trois dimensions nécessaires pour que des changements se produisent dans les comportements de fécondité. Il s'agit d'une théorie complète du changement démographique et social, qui regroupe aussi bien des facteurs économiques que socioculturels (Lesthaeghe et Vanderhoeft, 1999). La dimension *readiness* se réfère aux avantages de l'individu en tant « qu'acteur », c'est-à-dire aux avantages microéconomiques et de coût-bénéfice de la réduction de la fécondité au niveau individuel et familial. La dimension *willingness* est celle de l'acceptation normative et de la légitimité d'un changement de comportement, tandis que *ability* concerne l'accès aux innovations et à l'offre de services.

On peut compléter ces trois dimensions en adoptant une perspective de genre. Ainsi, dans le champ de *readiness*, les changements dans les représentations et les rôles de genre peuvent se produire conjointement ou de manière séparée chez les hommes et chez les femmes. En effet, les coûts des enfants en termes de santé, de temps et d'aspirations qui découlent des familles nombreuses ont souvent comme conséquence d'amener les femmes, les premières, à vouloir moins d'enfants. Par exemple, les femmes latino-américaines veulent limiter le nombre de leurs enfants parce qu'elles sont pauvres, qu'elles sont fatiguées et qu'elles doivent gagner de l'argent en dehors du travail domestique. Les hommes latino-américains, comme nous l'avons vu en étudiant le « malthusianisme de la pauvreté » (Cosío-Zavala, 1999), veulent également limiter la taille de leurs familles à cause du coût des enfants et de leur scolarisation, dans un contexte de crises économiques permanentes, de chômage et de pauvreté.

En ce qui concerne la dimension *willingness*, la légitimité de l'utilisation de méthodes contraceptives est très élevée dans la plupart des pays latino-américains, aussi bien pour les femmes, principales cibles des programmes, que pour les hommes qui l'acceptent largement. Le rôle des programmes de planification familiale dans les dernières décennies a été important pour y parvenir, ainsi que les programmes d'IEC, ce qui permet aux méthodes contraceptives de bénéficier d'une grande diffusion, renforcée par les réseaux interpersonnels de communication sociale au niveau du continent latino-américain et dans le monde (Bongaarts et Cotts-Watkins, 1996).

Le facteur *ability* dépend beaucoup du pouvoir de décision et de l'autonomie des femmes, donc de leur *empowerment*. De fait, avoir accès aux services de santé de la reproduction et aux méthodes contraceptives nécessite l'accord du conjoint, parfois même sa permission, ainsi que la façon de se les procurer et la liberté de mouvement pour les acquérir. Au Mexique, I. Casique (2001) a montré la relation positive entre l'*empowerment* des femmes et l'utilisation de la contraception. Qui plus est, l'offre est concentrée sur un petit nombre de méthodes médicales (par exemple le stérilet et la stérilisation au Mexique, la pilule et la stérilisation au Brésil) et l'information sur une offre plus diversifiée

n'est possible que pour les couples et les hommes et femmes les plus instruits et socialement favorisés.

On peut donc en conclure que l'existence d'une demande réelle de moyens contraceptifs du côté des femmes et des hommes n'est pas suffisante à elle seule (*readiness*), il faut aussi qu'il existe une bonne acceptation sociale de la planification familiale (*willingness*) et un programme d'offre des services de santé à leur portée (*ability*). Il faut disposer également de services de bonne qualité, car des services mal adaptés aux besoins des familles n'auront pas les résultats escomptés, en termes de satisfaction des besoins et d'efficacité notamment. D'autre part, les meilleurs résultats seront acquis dans un contexte de respect envers les femmes, d'un statut des femmes plus élevé et de la garantie d'un traitement équitable entre les sexes, et d'un plus grand pouvoir d'action des femmes dans ses deux dimensions (autonomie et pouvoir de décision).

C'est ainsi que le manque d'information et de services adaptés aux jeunes filles et, dans une moindre mesure, aux jeunes hommes, est une source de dysfonctionnements graves des programmes de santé de la reproduction en Amérique latine, puisque la plupart des services sont réservés aux mères d'au moins un enfant, les jeunes célibataires étant supposées ne pas en avoir besoin, ce qui montre le très bas statut social des jeunes femmes avant le mariage en matière de sexualité et de santé. C'est également ce qui explique les forts taux de fécondité adolescente latino-américains, soit parce que de très jeunes filles entrent en union (du fait de la nuptialité précoce), soit parce que les jeunes filles célibataires peuvent avoir des conceptions pré-nuptiales sans avoir ni les moyens de connaître des méthodes de contraception, ni les moyens de les obtenir.

Conclusion

Les changements dans les pratiques reproductives et sexuelles, le statut et l'*empowerment* des femmes ont eu des conséquences importantes sur la fécondité en Amérique latine. On a pu montrer ci-dessus quelques éléments de ces relations, mais le manque de données ne permet que des observations

partielles et fragmentées. Nous manquons cruellement d'indicateurs adéquats et systématiques pour connaître en profondeur ces évolutions et leurs interrelations avec les systèmes de genre, de façon cohérente et organisée.

Cependant, à partir des éléments disponibles on peut observer que l'Amérique latine en général (Ferrando, 2003), et le Mexique en particulier, se singularisent par plusieurs modalités de la fécondité qui s'expliquent par un système de genre à forte domination masculine (le *machismo* est bien un terme latino-américain) :

- une fécondité en forte baisse mais qui reste précoce, à la suite d'une nuptialité également précoce. La baisse de la fécondité ne s'est pas produite en Amérique latine suite à un retard significatif de l'âge à l'entrée en union, c'est même le contraire chez les hommes urbains mexicains, marqués par un rajeunissement et la nuptialité reste universelle. Les ruptures d'union sont peu fréquentes, bien qu'elles soient en augmentation. Seules les femmes urbaines commencent à retarder leurs unions, avec timidité
- une utilisation importante de méthodes contraceptives modernes, notamment de la stérilisation féminine, proposées par les médecins, acceptées par les femmes et probablement par leurs conjoints.

Les caractéristiques des systèmes de genre nous permettent de comprendre ces particularités. En effet, les familles latino-américaines fonctionnent encore sur un modèle traditionnel : la femme est responsable de la vie domestique et des enfants, l'homme pourvoyeur des ressources économiques. Être adulte signifie pour une femme être en union et avoir des enfants. Elles dépendent énormément des hommes pour leur subsistance et leur valorisation en tant que femme, le mariage et la maternité étant les valeurs suprêmes dans leur vie. Même si elles travaillent, cela ne peut être considéré que comme une occupation annexe, qui passe après la famille, le mari et les enfants. Ce sont elles aussi qui sont entièrement responsables du contrôle des naissances, d'où la stérilisation féminine, qui règle le problème une fois pour toutes sans nécessité de négociations au jour le jour avec le conjoint.

Cependant, les changements récents, économiques, sociaux et culturels commencent à produire des effets au sein des familles. Les nouvelles mentalités coexistent avec les modèles traditionnels. Les études prolongées, la possibilité de contrôler les naissances, l'accès au travail hors de la maison, les familles plus réduites peuvent mener à une plus grande autonomie, à des choix possibles en ce qui concerne la nuptialité et la maternité, à une indépendance économique des femmes. Mais la dépendance subjective, les grossesses adolescentes et le maintien de la division sexuelle du travail domestique retardent largement les évolutions (Arriagada, 2003).

Finalement, il faudra produire à l'avenir plus de données sur les systèmes de genre. Pour le moment, on a peu d'éléments contribuant à l'analyse de la fécondité, alors que cette démarche enrichit sensiblement les facteurs explicatifs des baisses de la fécondité à tous les niveaux. En particulier, les études sur le comportement de procréation des hommes en sont à leur début. Puisse les pistes esquissées ci-dessus servir de cadre de référence pour l'organisation d'enquêtes ciblées sur la question du genre et de la fécondité dans les divers pays latino-américains.

Références bibliographiques

- ALFONSO J.C., 2003, Cuba : de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad, communication au *Seminario : la fecundidad en América latina : transición o revolución?*, CEPAL, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003, 21 p.
- ANDRO A. et HERTRICH V., 2001, « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouse? », *Population*, 5, sept-oct. 2001, pp. 721-771.
- ARIZA M. et DE OLIVEIRA O., 2003, « Unión conyugal e interrupción de la trayectoria laboral de las trabajadoras urbanas en México », in COSÍO-ZAVALA M.E., COUBÈS M.L. et ZENTENO R. (coord.), *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, México, en prensa.
- ARRIAGADA I., 2003, Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad, communication au *Seminario : la fe-*

cundidad en América latina : transición o revolución?, CEPAL, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003, 19 p.

- BANKOLE A. et SINGH S., 1998, « Couples's fertility and contraceptive decision-making in developing countries: Hearing the man's voice », *International Family Planning Perspectives*, 24 (1), pp. 15-24.
- BONGAARTS J. ET COTTS-WATKINS S., 1996, « Social interaction in contemporary fertility transition », *Population and Development Review*, 22, déc., 4, pp. 639-682.
- BOZON M., 2003, « À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Populations et Sociétés*, n° 391, Paris, INED, pp. 1-4.
- BREA R. et DUARTE, I., 1999, *Entre la calle y la casa, las mujeres dominicanas y la cultura política a finales del siglo XX*, Profamilia, Participación ciudadana, USAID, 168 p.
- BRUGEILLES C., 1998, *La fécondité et les comportements reproductifs à la frontière Mexique — États-Unis*, Thèse de doctorat de démographie, Université de Paris III, 534 p.
- BRUGEILLES C., 2003, « Evolución de la práctica anticonceptiva : la experiencia de tres generaciones de mujeres », in COSÍO-ZAVALA M.E., COUBÈS M.L. et ZENTENO R. (coord.), *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, México, en prensa.
- CASIQUE I., 2001, *Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico: What difference does it make ?*, communication au XXIV^e Congrès général de population, UIESP, Salvador, Brazil, 18-24 août 2001.
- COALE A.J., 1973, « The demographic transition reconsidered », in UIESP, *International Population Conference*, Liège, 1973, vol. 1, p. 53-93.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1998, *Changements démographiques en Amérique latine*, Paris, ESTEM, collect. Savoir plus Universités, 122 p.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 1999, « Demographic Transition and social development in low-income countries », *Population Growth and Demographic Structure*, New York, UN, ST/ESA/SER.R/132, p. 91-98.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 2001, « La population mexicaine en 2000 : évolutions et comportements nouveaux », *Problèmes d'Amérique latine, Mexique : la transition*, n° 40, La documentation française, pp. 75-92.
- COSÍO-ZAVALA M.E., 2002, « Examining changes in the status of women and gender as predictors of fertility change issues in intermediate-fertility countries », Nations Unies, *Completing the fertility transition*, New-York, ESA/P/WP.172/ Rev. 1, pp. 91-103.

- DE OLIVEIRA M. C., 2000, « Some remarks on family as a mechanism of social protection in Brasil », in *Women's status and family dynamics*, CICRED, Paris, pp. 109-119.
- ECHARRI C., 1994, *Famille, statut de la femme et santé des enfants au Mexique*, thèse de doctorat en démographie présentée à l'Université de Louvain-la-Neuve, 291 p.
- FERRANDO D., 2003, La fecundidad por edades en América latina y sus perspectivas futuras, communication au *Seminario : la fecundidad en América latina : transición o revolución?*, CEPAL, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003, 21 p.
- GARCIA B. et DE OLIVEIRA O., 2001, Fatherhood among middle and low income sectors of Urban Mexico, communication au *XXIV Congrès général de population*, UIESP, Salvador, Brazil, 18-24 August 2001.
- JUÁREZ F., QUILODRÁN J. et ZAVALA DE COSÍO M.E., 1996, *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, El Colegio de México, 232 p.
- KRITZ M. et MAKINWA-ADEBUSOYE P., 2001, A Couple Agreement on Wife's Autonomy and Reproductive Dynamics in Nigeria, communication au *XXIV Congrès général de population*, UIESP, Salvador, Brazil, 18-24 August 2001.
- LASSONDE L., 1996, *Les défis de la démographie*, Paris, La découverte, 225 p.
- LÉONARD E. et PALMA R., 2002, « Désagrégation de l'économie paysanne et «refonctionnalisation» de la localité rurale au Mexique », *Cahiers des Amériques latines*, n° 39, p. 155.
- LESTHAEGE R. et VANDERHOEFT C., 1999, « Conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportement », *Actes de la Chaire Quetelet 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Louvain-la-Neuve, pp. 279-306.
- MARQUES PEREIRA B., 2002, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique latine: une évaluation des gains, des limites et des futurs enjeux de l'action collective des femmes », *Cahiers des Amériques latines*, n° 39, pp. 17-36.
- MARSTON C., 2001, *Youth reproductive health in Mexico : can peer leaders make the difference?*, thèse de doctorat de démographie, London School of Medicine and Tropical Hygiene, 285 p.
- MASON K. et al., 1995, Determinants of Women's Power and Autonomy in Five Asian Countries, Paper presented to the *Annual Meeting of the Population Association of America*, April, San Francisco.
- MASON K. O., 1997, « Gender and demographic change : What do we know? », in JONES G.W. et al. (éd.), *The continuing demographic transition*, Oxford, Clarendon Press, pp. 158-182.

- MASON K. O. et SMITH, H.L., 2000, « "Husbands versus wives" fertility goals and use of contraception : The influence of gender context in five Asian countries », *Demography*, 37 (3), pp. 299-311.
- NATIONS UNIES, 1999, Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998, New York, ESA/P/WP.155, 216 p.
- NATIONS UNIES, 2002, *Completing the fertility transition*, New York, ESA/P/WP.172/Rev. 1, 561 p.
- OLIVA PERPÉTUO I.H., 2003, Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil, communication au *Seminario : la fecundidad en América latina : transición o revolución?*, CEPAL, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003, 24 p.
- PRESSER H., 1997, « Demography, feminism and science – policy nexus », *Population and Development Review*, 2, june 1997, pp. 295-332.
- ROZÉE V., 2004, La aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer en América Latina : Derechos reproductivos y sexuales en Bolivia, communication au colloque *Las transiciones demográficas en América latina*, Université autonome de Barcelone, 9-13 février 2004.
- SAMUEL O. et SEBILLE P., 2003, « La nupcialidad en movimiento », in COSÍO-ZAVALA M.E., COUBÈS M.L. et ZENTENO R. (coord.), *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, México, en prensa.
- SATHAR Z., CALLUM C. et JEJEEBHOY S., 2001, Gender, region, religion and reproductive behaviour in India and Pakistan, communication au *Congrès général de la population*, UIESP, Salvador, Brazil, 18-24 August 2001.
- TUIRÁN R., 2002, « Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México », in *La fecundidad en condiciones de pobreza : una visión internacional*, México, Instituto de investigaciones sociales de la UNAM, pp. 119-167.
- URREA F., 2002, « Subjetividades masculinas en jóvenes de sectores populares urbanos », *Cahiers des Amériques latines*, n° 39, pp. 83-108.
- VILLAREAL M. et GUERNY J. (du), 1999, « Gender and development : why do we still have problems in population programmes after all these years ? » *FAO, note*, 6 p.

1963 – 2003 : Quarante ans de planification familiale au Viêt-nam

CATHERINE SCORNET

Le paradoxe de la précocité de la baisse de la fécondité dans un pays rural tel que le Viêt-nam¹, résulte de la convergence de politiques démographiques particulièrement présentes au niveau local, mais aussi d'une politique de décentralisation du système de santé dès les années cinquante, conjuguée à une politique d'instruction primaire massive. Parallèlement aux politiques de redistribution spatiale de la population, les gouvernements communistes successifs développent une politique de réduction de la croissance de la population vietnamienne. Ils marquent ainsi une volonté très affirmée d'intervenir sur les comportements démographiques, et d'accompagner leurs changements.

Comment le programme de planification familiale vietnamien a-t-il évolué depuis quarante ans ? Observe-t-on un changement dans les stratégies et le contenu du programme ? Les politiques vietnamiennes de restriction des naissances fondées, jusqu'à la fin du XX^e siècle, sur un objectif quantitatif (la limitation de la taille des familles à 1 ou 2 enfants²) ont-elles intégré les objectifs qualitatifs de santé de la reproduction prônés lors de la conférence du Caire ? Comment ces objectifs ont-ils été traduits dans les textes et dans l'application des programmes ? La question est-elle encore d'endiguer la croissance démographique, et/ou de tenir compte de l'augmentation de la population et de gérer

1. 76,5 % de la population vietnamienne vit en milieu rural et 69,2 % de la population active vit de l'agriculture (recensement de 1999).

2. Décret du 18 octobre 1988.

cette croissance des effectifs ? Ce chapitre a pour objectif de montrer comment l'État vietnamien accompagne les changements reproductifs. Pour cela, nous dresserons un historique et ferons une analyse des politiques récentes (depuis le début du XXI^e siècle) en matière de limitation des naissances et en matière familiale (loi sur le mariage et la famille du 9 juin 2000, décret du 22 décembre 2000 sur la stratégie en matière de population pour la période 2001-2010, etc.). Ce chapitre reconstituera ainsi l'histoire de la planification de la famille au Viêt-nam à l'échelle nationale, puis montrera que le XXI^e siècle marque une étape importante dans l'évolution démographique et reproductrice du pays. Enfin la qualité générale du programme sera discutée en mettant en évidence la forte prévalence de l'avortement comme moyen de régulation de la fécondité.

Histoire de la planification familiale au Viêt-nam : comment l'État vietnamien a-t-il accompagné le changement démographique ?

Le Viêt-nam (ou plus précisément la République démocratique du Viêt-nam instaurée par les communistes dans le Nord à la suite de la partition du pays, décidée lors des Accords de Genève de 1954) fut parmi les premiers pays du monde en développement à instaurer une politique de limitation des naissances.³ Nous ferons une présentation de cette politique à l'échelle nationale tout en sachant que les acteurs politiques locaux (à l'échelle de la province, du district et des communes) ont une grande marge de manœuvre, dans la définition des politiques comme dans leur mise en application. Le communisme vietnamien s'est appuyé sur la tradition, en utilisant la décentralisation des pouvoirs conformément à l'autonomie traditionnelle du pouvoir local. En effet, l'histoire politique vietnamienne est caractérisée par une autonomie du pouvoir local par rapport au pouvoir central qui existait déjà du temps des dynasties impériales. On parle de « pouvoir d'État local ». L'adage populaire

3. La République socialiste du Viêt-nam est, au dernier redécoupage administratif de 2003, découpée en 8 régions et 65 provinces (dont 5 villes provinces, la province de Hanoi, celle de Ho Chi Minh ville, celle de Haiphong, celle de Danang et celle de Can Tho).

selon lequel « les coutumes du village l'emportent sur les lois du royaume » (*Lênh vua thua lê lang*) a encore toute sa valeur aujourd'hui. Cette autonomie locale forte s'est construite, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, grâce à la classe des lettrés, élite de la société rurale et vivier, par le mécanisme des concours littéraires, de la bureaucratie mandarinale. Grâce aux lettrés, les villages ont eu les moyens de leur autonomie politique. Cette autonomie politique était, et est encore renforcée par le fort sentiment d'enracinement et d'identification de chaque Vietnamien à son village, comme un attachement total aux forces du sol et aux ancêtres. « La cohérence de sa société, lettrée et paysanne pour l'essentiel, a fait le Viêt-nam. Que l'État royal faiblisse et l'initiative sociale prenait le relais... » (Hémery, 1990, p. 14).

Le lancement et la mise en place de la politique de planification familiale (1961-1980)

Les résultats du recensement de 1960 dans la République démocratique du Viêt-nam alarment les autorités politiques. En effet, le taux annuel d'accroissement démographique est évalué à 3,8 % pour la période 1955-1960 (tableau 1), soit trois fois plus que les taux observés sous la période coloniale qui variaient de 1 à 1,5 %. Les dirigeants craignent la forte pression démographique sur les terres, particulièrement dans le delta du fleuve Rouge, et donc les risques de pénurie alimentaire.

Ils lancent ainsi, en 1961, les premières mesures pour sensibiliser les Vietnamiens au contrôle des naissances (décret 216-CP du Conseil des ministres du 12 décembre 1961). La régulation des naissances apparaît, dès lors, comme la solution indispensable pour contrôler la croissance démographique. Il fut alors reconnu que le facteur démographique influait sur la croissance économique et que celle-ci risquait de freiner le développement économique. L'année 1963 marque le véritable lancement de la politique limitative des naissances : le gouvernement fixe, pour la première fois, une norme de restriction de la taille des familles ainsi qu'une norme d'espacement des naissances. Il est conseillé

Tableau 1. Croissance de la population vietnamienne, 1901-2003

Année	Effectifs (en millions)	Taux annuel d'accroissement (en %)	Année	Effectifs (en millions)	Taux annuel d'accroissement (en %)
1901	13,0		1980	53,8	2,5
1911	14,7	1,2	1981	54,9	2,0
1921	15,6	0,6	1982	56,2	2,4
1926	16,3	0,9	1983	57,4	2,1
1931	17,7	1,7	1984	58,8	2,4
1936	19,0	1,4	1985	59,9	1,9
1939	19,6	1,0	1986	61,1	2,0
1943	22,2	3,2	1987	62,5	2,3
1951	23,1	0,5	1988	63,7	1,9
1955	25,1	2,1	1989	64,8	1,7
1960	30,2	3,8	1990	66,2	2,2
1965	34,9	2,9	1991	67,8	2,4
1970	41,1	3,3	1992	69,4	2,4
1974	46,2	3,0	1993	71,0	2,3
1975	47,6	3,0	1994	72,5	2,1
1976	49,2	3,4	1995	74,0	2,1
1977	50,4	2,4	1999	76,3	0,8
1978	51,4	2,0	2002	79,7	1,5
1979	52,5	2,1	2003	80,8	

Sources : Gendreau, Fauveau et Dang Thu, 1997 ; ESCAP, 1997 Population Data Sheet ; Recensement de 1999 ; Population Reference Bureau, 2003 World Population Data Sheet.

aux familles vietnamiennes d'avoir deux ou trois enfants espacés chacun de 5 à 6 années (décret 99/T'Tg du 16 octobre 1963). La sensibilisation à la norme de la petite famille et aux effets réputés néfastes de la croissance démographique constitue, dès cette époque, un objectif important du premier programme de planification familiale. Cependant, le pouvoir veut éviter toute opposition et

toute résistance, notamment des ethnies minoritaires et des catholiques, c'est pourquoi la diffusion de l'information en matière de planification familiale se veut, à cette époque, discrète et se limite à des cercles restreints (fonctionnaires, cadres du Parti, ...) à la grande différence des campagnes de masse qui seront lancées au début des années 1990 à la suite de l'adoption de la politique d'un ou deux enfants par couple. Dans les années 1970, les moyens de régulation de la fécondité sont clairement définis : la production et l'importation de stérilets ainsi que la pratique de l'avortement sont vivement encouragés. Jusqu'à la réunification du pays en 1976, les premières bases de la politique de planification familiale sont ainsi posées : restriction de la famille à trois enfants, définition de l'étendue (villes, deltas et plaines à forte concentration de population) et des cibles des campagnes de planification familiale, discrètes campagnes d'information et d'éducation. Ces objectifs vont peu à peu se resserrer. Les mesures de planification familiale seront aussi élargies au Sud⁴.

Le renforcement de la politique (les années 1980 et 1990)

Il faudra attendre véritablement les décisions du 5^e Congrès national du parti communiste vietnamien (PCV) en mars 1982, puis la création du Comité national pour la population et la planification familiale (CNPPF) en 1984 (directive 58-HDBT du 11 avril 1984) pour qu'une politique plus énergique de planification des familles soit entreprise. L'objectif d'un nombre maximum de deux enfants par famille apparaît clairement à l'échelle nationale en 1988, et sera officialisé par le décret du Conseil des ministres (Décision 162) en date du 18 octobre. C'est la politique de « un ou deux enfants » par couple (*môt hoach hai con*)⁵ qui renforce les mesures d'infléchissement de la croissance

4. Le gouvernement de la République du Viêt-nam au Sud désapprouvait cette politique de planification familiale. La loi française du 31 juillet 1920 étendue à l'Indochine dans les années 1930 et réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle reste en vigueur sous le régime du président catholique Ngô Đình Diêm. Cependant à partir de 1971, l'USAID (United States Agency for International Development) a encouragé le gouvernement nationaliste à promouvoir la planification familiale dans le sud du pays.

5. Ce décret gouvernemental a été devancé par ceux de deux provinces : l'incitation à un ou deux

démographique considérées comme nécessaire à l'amélioration du niveau de vie de chaque Vietnamien. « Un taux de croissance annuelle de la population de 1,7 % devra être atteint en 1990 » tel que cela a été décidé lors du congrès du PCV en 1986. Le décret de 1988 s'inscrit aussi dans une logique de mobilisation de la population à grande échelle : « La pratique de la planification familiale relève de la responsabilité de la société entière, hommes et femmes, en commençant par les ministères et les comités populaires à tous les échelons qui doivent guider la population au jour le jour » (article 1).

Certaines catégories de personnes sont autorisées à avoir deux enfants au maximum :

- Les cadres politiques, les travailleurs manuels, les fonctionnaires au service du Parti, de l'État et des organisations de masse, les cadres et les soldats des forces armées ;
- Les familles qui vivent en ville ou dans une zone industrielle. C'est alors le lieu de résidence de la femme qui est pris en considération ;
- Les familles qui vivent dans la région du delta du fleuve Rouge, du delta du Mékong et dans les plaines des provinces côtières.

Cependant, la législation est plus souple envers les familles des ethnies minoritaires dans les provinces montagneuses du Nord et les Hauts plateaux ; elles peuvent avoir trois enfants au maximum.

En janvier 1993, le Comité central du Parti communiste adopte une « Résolution sur la population et la planification familiale » qui rend la croissance démographique responsable de nombreux problèmes écologiques, économiques et sociaux qui traversent la société vietnamienne (The Communist Party of Viet-Nam, 1993). La planification familiale est, de surcroît, ratifiée par les deux dernières lois sur le mariage et la famille (29 mai 1986 et 9 juin 2000) : « Les époux ont le devoir de pratiquer la planification des naissances » (article 2, paragraphe 3 de la loi du 9 juin 2000)⁶. Et, comme la précédente loi de

enfants par famille apparaît en 1984 dans les directives familiales de la province de Thai Binh, et en 1985 dans celles de la province de Hanoi. L'autonomie traditionnelle du pouvoir local vietnamien se manifeste aussi dans la définition et l'application de la politique familiale.

6. Journal officiel n°28 du 31 juillet 2000.

1959, les mêmes modalités de mariage sont retenues : « L'homme avant 20 ans révolus et la femme avant 18 ans révolus ne peuvent contracter mariage » (article 9, paragraphe 1).

Ces énonciations de politiques ne sont pas confinées à un discours, elles sont directement mises en application. Jusqu'en 1984, les activités en matière de population et de planification familiale relevaient uniquement du ministère de la Santé ; c'est notamment une des raisons pour lesquelles les responsables politiques locaux n'ont pas toujours accordé beaucoup d'attention aux questions démographiques. Depuis la création du CNPPF, organisme indépendant pendant huit ans, puis rattaché au ministère de la Population et de la Planification familiale créé en 1992, les problèmes de population ont été appréhendés dans une perspective de gestion politique globale, et ne sont plus seulement liés aux questions de santé. Le président du CNPPF a rang de ministre et est nommé par le Premier ministre.

L'implication de représentants de domaines aussi variés que ceux de l'économie, de l'éducation, de la défense, de la santé et de la culture⁷ dans l'organisation du CNPPF prouve à quel point les autorités vietnamiennes souhaitent une large diffusion de la planification familiale. Chaque ministère ou chaque agence gouvernementale doit remplir une tâche bien définie : le ministère de la Défense éduque les forces armées à la limitation des naissances, le ministère de la Culture et de l'Information se charge de diffuser des campagnes d'information-éducation-communication (IEC) à travers les média, et le ministère de l'Éducation est responsable de l'enseignement sur la population à tous les échelons du système scolaire et universitaire.

Au niveau central, à celui des districts et des provinces, le réseau du CNPPF comprend plus de 2 500 personnes. Il est surtout dense au niveau des communes : un agent est employé par chacune des 10 104 communes et il est aidé par

7. Chaque ministère délègue un représentant auprès du CNPPF : le ministère du Travail, des Invalides de Guerre et des Affaires sociales, le ministère de la Culture et de l'Information, le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Justice. Des représentants des organisations relevant du Front de la patrie y sont aussi présents : Union des Femmes, Union des Paysans, Union des Vétérans de guerre, Union de la Jeunesse Communiste.

12 collaborateurs, soit au total plus de 130 000 personnes. L'organisation de ce réseau communal donne un aperçu du suivi très décentralisé que le régime politique opère auprès de la population. Le réseau, dirigé par le président du comité populaire de la commune, est composé des représentants des diverses organisations de masse se rattachant au Front de la patrie, d'un personnel y travaillant à temps complet et de collaborateurs plus ponctuels, tous étant choisis au sein de la communauté villageoise. Chaque collaborateur est responsable de l'encadrement d'une trentaine de ménages pour motiver la population, enregistrer les personnes en âge de reproduction et distribuer des moyens de contraception (préservatifs et pilules) (Scornet, 2002). Ainsi l'organisation des activités en matière de planification familiale se présente de manière très hiérarchisée et très décentralisée, et les autorités locales (à l'échelle de la commune, du district et de la province) jouent un rôle crucial dans l'application des politiques démographiques.

Ainsi, depuis 1997, les autorités vietnamiennes ont instauré une Journée nationale de la population fixée le 26 décembre de chaque année (décret n° 326-TTg du 19 mai 1997). Au cours de cette journée, les comités populaires des provinces et les comités de population et de planification familiale à tous les échelons administratifs, organisent des activités de sensibilisation et de mobilisation des Vietnamiens de toutes conditions aux programmes démographiques et planificateurs dont « l'objectif » précise le décret « est d'améliorer les conditions de vie de chaque individu, de chaque famille et de la société entière ».

Dans la continuité de cet encadrement soutenu des populations, et afin que les couples vietnamiens respectent la politique gouvernementale de restriction des naissances, diverses mesures incitatives et répressives, qu'elles soient morales, politiques, administratives ou économiques, sont appliquées : licenciement des fonctionnaires, retrait des concours d'émulation tel que celui de « travailleur avant-gardiste », exclusion du parti communiste, amendes financières ou en nature allant jusqu'à une année de récolte de paddy dans la province de Thai Binh, la plus stricte en matière d'application des programmes de planification familiale (Scornet, 2000^a). Il existe, en fait, de très fortes variations dans l'im-

plantation locale de la politique nationale, chaque comité populaire au niveau de la province, du district ou de la commune ayant toute latitude pour édicter sa propre politique de récompenses ou de sanctions en fonction de considérations démographiques, économiques et politiques.

*Le tournant du XXI^e siècle : une nouvelle orientation
du programme de planification familiale*

Au tournant du XXI^e siècle, l'objectif du gouvernement de diminuer la croissance démographique à l'échelle nationale a été quasiment atteint. Le taux d'accroissement de la population s'élève, entre 1999 et 2002, à 1,5 % par an (tableau 1). L'État vietnamien a ainsi été récompensé de ses efforts démographiques. Le 9 juin 1999, le Viêt-nam, ex-aequo avec l'Iran, s'est vu décerner le « 1999 United Nations Population Award » par les Nations unies et le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP).

Si les questions démographiques restent prioritaires dans la nouvelle stratégie de développement socio-économique du pays, décidée lors du dernier Congrès national du PCV de 2001, l'orientation générale de la politique démographique a sensiblement changé (Parti Communiste du Viêt-nam, 2001).

Premièrement, à des objectifs nationaux de baisse de la croissance démographique se substituent aujourd'hui des objectifs plus ciblés. Il s'agit désormais de concentrer les efforts vers les populations et les régions dites « difficiles, les zones pauvres et isolées »⁸, « celles où les niveaux de fécondité sont encore élevés », à savoir les ethnies minoritaires des régions montagneuses et les populations vivant dans les zones insulaires. Ainsi, entre octobre 2000 et décembre 2001 et pour remédier à la carence des équipements sanitaires au niveau de certaines localités, environ 1 400 équipes mobiles composées de sages-femmes et d'infirmiers du district ont sillonné les 5 000 communes les plus pauvres du Viêt-nam pour informer et sensibiliser les populations à la planification

8. « Stratégie du Viêt-nam en matière de population pour les années 2001-2010 » adoptée le 22 décembre 2000 par le premier ministre (décret n°147/2000 QD-TTg).

familiale. Ces équipes passent de famille en famille pour diffuser l'information sur la contraception et inciter la population à se faire stériliser ou à se faire poser un stérilet. Parallèlement, des messages diffusés par les haut-parleurs de la commune accompagnent le travail de l'équipe médicale du district⁹.

En 2001, une cinquantaine de programmes radiophoniques à destination des ethnies minoritaires et traitant de la limitation des naissances sont lancés par la Voix du Viêt-nam en collaboration avec le CNPPF. Ces programmes sont diffusés dans quinze langues (Hmong, Thai, Tày, Nung, Dao,...). Le principe est désormais d'adapter l'IEC aux différentes ethnies qui composent la population vietnamienne. Les Kinh ne sont donc plus les seuls à bénéficier de cette information de masse.

Deuxièmement, à un objectif quantitatif de réduction nationale de la croissance, se substitue peu à peu un objectif qualitatif : « Les activités en matière de population constituent une part importante de notre stratégie de développement national, l'un des objectifs étant d'augmenter la qualité de vie de chaque individu, de chaque famille et de la société tout entière, afin de contribuer à l'industrialisation et à la modernisation du pays. [...] Il s'agit de fonder des familles ayant des enfants peu nombreux et en meilleure santé, afin de stabiliser la taille de la population et aboutir ainsi à une vie prospère et heureuse. Augmenter la qualité de la population (...) contribuera au développement rapide et soutenu de notre pays. »¹⁰

Il s'agit, d'une part, d'améliorer la qualité des services de planification familiale et de mieux les intégrer au réseau de soins de santé primaire, et ainsi, « d'améliorer la qualité de la population dans ses aspects physiques, intellectuels et spirituels, afin d'atteindre le niveau mondial moyen de l'indice de développement humain en 2010 »¹¹. Par « qualité de la population », les autorités vietnamiennes insistent sur l'éradication de la famine, l'accès à la santé pour

9. Un extrait de ces messages recueilli en 2002 dans le village de Ninh Hiệp, province de Bac Ninh, est reproduit en annexe.

10. Extraits de la décision n°147/2000/QĐ-TTg du 22 décembre 2000 ratifiant la stratégie en matière de population du Viêt-nam pour la période 2001-2010.

11. *Ibid.*

tous, la qualité de la formation, l'accès à un emploi pour tous et l'égalité des sexes. Conformément aux objectifs fixés lors de la conférence du Caire en 1994, la planification de la famille vietnamienne est intégrée à une politique plus globale de santé de la reproduction à partir du début du XXI^e siècle, et elle ne constitue plus l'unique finalité des programmes démographiques. L'idée d'une approche globale et intégrée des questions de population, de santé et de développement arrive à maturation et obtient un consensus de la part des autorités vietnamiennes. Signe de cette nouvelle orientation qualitative du programme de planification familiale, le Comité national en matière de population et de planification familiale, créé sous cette terminologie en 1984 (décret 58-HDBT du 11 avril 1984), devient, au début du XXI^e siècle, le Comité pour la population, la famille et les enfants (CPFE). La planification familiale au sens strict n'est plus au cœur des préoccupations politiques.

Ainsi, les programmes de santé reproductive et de planification familiale acquièrent un statut indépendant des finalités démographiques telle que la stabilisation de la population, ils sont devenus « une fin en soi » (Lassonde, 1996) dont la légitimité est fondée sur le bien-être individuel, familial et national. En effet, l'intérêt collectif, l'intérêt familial et l'intérêt individuel à avoir accès à la santé de la reproduction sont mis en avant simultanément par les planificateurs vietnamiens : « celle-ci conduit à l'amélioration du statut de la femme, de sa santé et de celle de ses enfants, et se fait dans l'intérêt du pays tout entier, puisqu'elle conduit à l'amélioration du bien-être collectif et qu'elle est une précondition au développement économique du pays ».

Dans cette logique, les dimensions nationale, familiale et individuelle sont fortement liées. Les programmes de planification familiale atteignent leur crédibilité, car ils associent bonheur national et bonheur familial. C'est ce qui fait une des spécificités de la politique vietnamienne et ce qui la distingue du programme adopté au Caire, fondé sur les droits reproductifs de l'individu en dehors de toute considération collective, voire nationale.

L'imbrication des niveaux national, familial et individuel s'inscrit dans la continuité d'une vision familiale du monde à laquelle le communisme

vietnamien s'est parfaitement adapté. L'État vietnamien s'est construit sur le modèle de l'État confucéen chinois (à la fois pour lui résister et pour maîtriser le sud du pays), mais avec une vietnamisation du modèle appliquant un caractère familial au concept de royauté, à travers la notion de « roi-père » qu'on retrouve dans l'image construite autour de Hô Chi Minh, le « président-oncle » ou « l'Oncle Hô (Bac Hô) ». Bac, le frère aîné du père est presque l'égal de ce dernier, la référence identificatrice de la famille, comme Bac Hô est la référence identificatrice de la nation. La philosophie de Confucius (551-479 avant J-C dans la Chine ancienne), qui eut une forte influence sur la société vietnamienne et particulièrement chez les élites, définit les trois liens fondamentaux (*tam cuong*) auxquels l'individu doit se conformer : souverain—sujet, parents—enfants, mari—épouse. Ainsi, l'autorité sans faille du père (le lien parents—enfants) dans le modèle confucéen a pour corollaire l'autorité de l'État (le lien souverain—sujet). L'acceptation de l'autorité familiale a pour prolongement l'acceptation de l'autorité politique (Hémery, 1994). On peut ainsi, et en partie, expliquer le succès des campagnes de planification familiale auprès des *Kinh*¹².

La transition reproductive

Le passage au XXI^e siècle marque cependant un tournant décisif dans l'évolution démographique du Viêt-nam. La croissance démographique diminue nettement pour atteindre entre 1999 et 2002 un taux de 1,5 % par an du fait d'une reprise de la baisse de la natalité qui se lit très nettement au rétrécissement de la pyramide aux âges les plus jeunes (figure 1) : le taux brut de natalité est évalué à 20,5 pour mille pour la période 1995-1999 (tableau 2)¹³. L'indice

12. Sur les 54 ethnies que compte le Viêt-nam, les *Kinh* ou *Viêt* représentent 86 % de la population au recensement de 1999.

13. Les estimations de la mortalité au lendemain de la guerre américaine sont très variables selon les sources. Les chiffres officiels des recensements repris par J. Banister (1992) et Nguyễn Duc Nhuận (1984) établissent un taux de mortalité de 7,5 p. mille en 1976 avec une chute à 7 p. mille dès la fin des années 70. Tandis que certains auteurs ont réajusté ces estimations à un niveau de 10 à 11 p. mille pour 1976 avec une chute plus progressive dans les années suivantes pour atteindre un taux de 8 p. mille en 1990-1994 (Gendreau, Fauveau et Dang Thu, 1997).

conjoncturel de fécondité a été divisé par trois en trente ans, passant de 6 enfants par femme au début des années 1970 à 1,9 selon l'Enquête démographie et santé de 2002 (tableau 3 et figure 2). Le Viêt-nam se situe désormais sous le niveau de remplacement des générations. À titre de comparaison avec les neuf autres pays d'Asie du Sud-Est, seuls Singapour et la Thaïlande atteignent des niveaux de fécondité plus faibles, respectivement 1,4 et 1,7 enfant en moyenne par femme¹⁴. Le Viêt-nam se rapproche aussi de son grand voisin chinois où les femmes mettent en moyenne 1,7 enfant au monde en 2003.

Une pratique contraceptive élevée, mais peu diversifiée

Le facteur qui a le plus influencé cette transition de la fécondité est la forte progression de la prévalence contraceptive qui s'est produite en moins de 15 ans (+ 25 points) et qui atteint aujourd'hui un niveau élevé. En 1988, le taux de prévalence contraceptive s'élevait à 53,2 % d'utilisatrices au moment de l'enquête ; ce taux passe à 65 % en 1994, à 75,3 % en 1997 pour atteindre, en 2002, 78,5 % (tableau 4). Plus de trois femmes vietnamiennes sur quatre ont aujourd'hui recours à la contraception pour réguler leur fécondité. L'objectif du programme de planification familiale d'accroître le taux de prévalence contraceptive est donc atteint.

Deux particularités marquent la prévalence contraceptive au Viêt-nam. Tout d'abord, le recours au stérilet est le plus fréquent, loin devant les autres moyens visant à réguler les naissances et quelle que soit l'enquête prise en compte (tableau 4 et figure 3). Entre 1988 et 1994, le port du stérilet concerne un tiers des femmes vietnamiennes, puis augmente légèrement en 1997 (38,5 % d'utilisatrices) et diminue légèrement en 2002 (37,7 % d'utilisatrices). On peut toutefois dire que presque la moitié des Vietnamiennes (48 %) qui ont recours à la contraception, portent un stérilet. Seules, de récentes républiques autrefois rattachées à l'Union soviétique, ainsi que la République populaire de Corée, connaissent des prévalences du stérilet plus élevées qu'au Viêt-nam : 45 % en

14. Tous les pays du monde, *Population et Sociétés*, n°392, juillet-août 2003.

Tableau 2. Évolution de la natalité et de la mortalité vietnamiennes
au cours du XX^e siècle

Période	Taux brut de natalité (pour mille)	Taux brut de mortalité (pour mille)	Taux d'accroissement naturel (en %)
1930-1940	45,0	26,0	1,9
1955-1959	45,0	12,0	3,3
1960-1964	43,9	12,0	3,2
1965-1969	42,3	15,0	2,7
1970-1974	35,5	15,0	2,1
1975-1979	33,2	11,0	2,2
1980-1984	33,5	8,0	2,6
1985-1989	31,0	7,0	2,4
1990-1994	27,4	7,0	2,0
1995-1999	20,5	6,0	1,5

Sources : Nguyễn Duc Nhuận, 1984 ; 1989 Vietnam Population Census (Central Census, Steering Committee, 1991 ; General Statistical Office, 1991) ; 1999 Population and Housing Census (General Statistical Office, 2001)¹.

Tableau 3. Évolution de l'indice synthétique de fécondité
(nombre moyen d'enfants par femme), 1959-2002, Viêt-nam

Période	Indice synthétique de fécondité
1959-1964	6,4
1964-1969	6,8
1969-1974	5,9
1974-1979	5,3
1979-1984	4,7
1984-1989	4,0
1989-1994	3,3
1994-1999	2,5
1999-2002	1,9

Sources : 1999 Population and Housing Census (General Statistical Office, 2001) ; Vietnam Demographic and Health Survey 2002 (Committee for Population, Family and Children et ORC Macro, 2003).

Tableau 4. Évolution de la prévalence contraceptive de 1988 à 2002
chez les femmes mariées au moment de l'enquête

Méthodes contraceptives	Année d'enquête				Évolution 1988-2002 (en points de %)
	1988	1994	1997	2002	
Stérilet	33,2	33,3	38,5	37,7	+ 4,5
Pilule	0,4	2,1	4,3	6,3	+ 5,9
Injection	nd	0,2	0,2	0,4	nd
Diaphragme, crèmes	nd	0,1	0,0	nd	nd
Préservatif	1,1	4,0	5,9	5,8	+ 4,7
Stérilisation féminine	2,7	3,9	6,3	5,9	+ 3,2
Stérilisation masculine	0,3	0,2	0,5	0,5	+ 0,2
Abstinence périodique	8,1	9,8	7,3	7,5	- 0,6
Retrait	7,0	11,2	11,9	14,3	+ 7,3
Autre	0,4	0,2	0,3	0,1	- 0,3
Au moins une méthode quelconque	53,2	65,0	75,3	78,5	+ 25,3
Au moins une méthode moderne	37,7	43,8	55,8	56,7	+ 19,0

Source : Enquêtes démographique et santé, 1988, 1997 et 2002 (National Committee for Population and Family Planning, 1999 ; Committee for Population, Family and Children et Orc Macro., 2003) ; Enquête intercensitaire démographique de 1994 (General Statistical Office, 1995).

Note : Sous le qualificatif de méthodes modernes, on regroupe le stérilet, la pilule, le préservatif, le diaphragme et les crèmes, de même que la stérilisation (masculine et féminine). Les méthodes traditionnelles sont l'abstinence périodique et le retrait.

nd : non disponible.

Figure 1. Pyramide des âges de la population du Viêt-nam : répartition proportionnelle des effectifs (recensement de 1999)

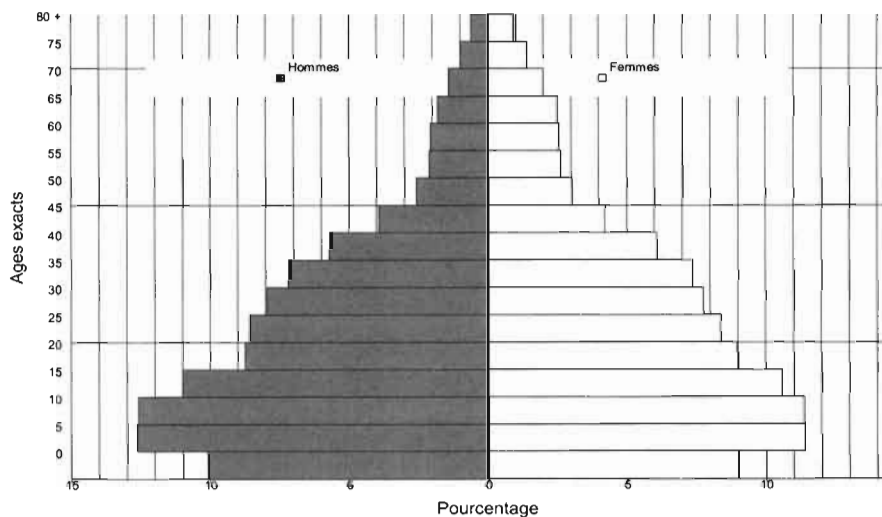
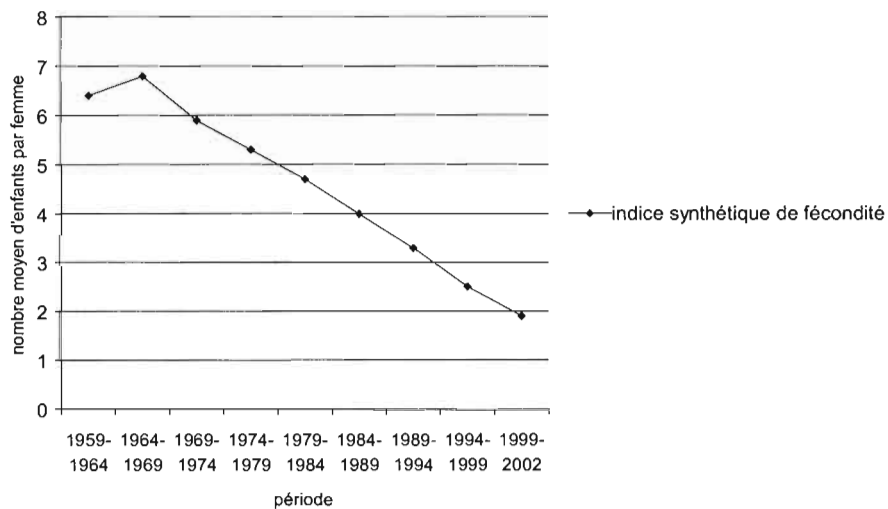


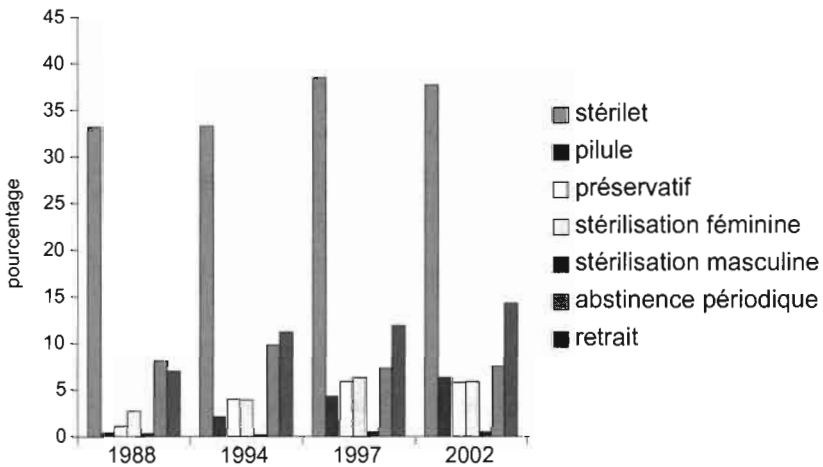
Figure 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité de 1959 à 2002



Ouzbékistan, 39 % au Turkménistan et 48 % en Corée du Nord, la Chine et Cuba se situant juste derrière le Viêt-nam avec respectivement 36 % et 33 % de femmes porteuses de stérilet (United Nations, 2002). Le stérilet apparaît ainsi comme le moyen privilégié de régulation des naissances par le monde communiste.

L'autre spécificité des pratiques contraceptives vietnamiennes concerne la

Figure 3. Évolution de la prévalence contraceptive de 1988 à 2002 selon la méthode utilisée



Sources : Enquêtes démographie et santé, 1988, 1997 et 2002 (National Committee for Population and Family Planning, 1999, Committee for Population, Family and Children et Orc Macro., 2003) ; Enquête intercensitaire démographique de 1994 (General Statistical Office, 1995).

part relativement élevée des méthodes traditionnelles, telles que le retrait et l'abstinence. Ces derniers se situent en deuxième et troisième position, loin derrière le stérilet (figure 3) : en 2002, 14,3 % des femmes vietnamiennes pratiquent le retrait et 7,5 % l'abstinence périodique. La prévalence combinée de ces deux méthodes représente plus du quart (28 %) de l'utilisation contraceptive

actuelle. La progression de la pratique du retrait apparaît comme la plus forte (+ 7,3 points entre 1988 et 2002).

L'avortement comme moyen de réguler la fécondité

Mais si la régulation de la fécondité passe, en grande partie, par une pratique contraceptive élevée, elle repose également sur un recours important à l'avortement. Pour répondre à la volonté politique de réduire la croissance démographique, l'avortement a été autorisé dès le début des années 1960 dans le Nord du pays par la République démocratique du Viêt-nam, et à partir de la réunification de 1976 dans le Sud. La Loi sur la protection de la santé publique du 30 juin 1989 stipule que la femme vietnamienne peut avoir recours à l'avortement sur simple demande (article 44, paragraphe 1) auprès des institutions médicales accréditées par le ministère de la Santé (article 44, paragraphe 3). Cependant face à certaines pratiques abusives, le Code pénal a été révisé en 1999 (Loi n°15/1999/QU10) et condamne désormais l'interruption illicite de grossesse. Ainsi « est punie d'une rééducation sans détention jusqu'à trois ans, toute personne ayant interrompu illicitement¹⁵ la grossesse d'une autre personne » (article 243, alinéa 1). « L'auteur de l'infraction peut en outre être puni de 5 000 000 à 50 000 000¹⁶ de dông d'amende ou être interdit d'exercice d'une activité professionnelle pendant une durée de un à cinq ans » (alinéa 4).

Les statistiques vietnamiennes¹⁷ sur l'avortement posent des problèmes de qualité et d'exhaustivité. Elles proviennent de sources étatiques (enquêtes du Bureau général des statistiques et du ministère de la Santé), mais aucune

15. C'est-à-dire sans l'accréditation du Ministère de la santé.

16. Ce qui correspond à une fourchette allant de 380 euros à 3 800 euros. En sachant que le PIB par habitant atteint 400 euros en 2001, à peine au dessus du PIB par habitant au Laos, au Cambodge et à la moitié de celui de la Chine. Le PNUD classe ainsi le Viêt-nam, selon l'indice de pauvreté, au 122^e rang de 174 pays (de Sacy, 2002)

17. Les statistiques vietnamiennes distinguent deux formes d'interruption de grossesse : la régulation menstruelle (*but diêu hoa kinh nguyệt* : aspiration pour réguler la menstruation, rétablir les règles) pratiquée à 4 ou 5 semaines de grossesse et l'avortement (*nao thai* : faire un curetage ou *pha thai* : détruire le fœtus) pour les grossesses plus avancées. Le *nao thai* est pratiqué en cas de grossesse de moins de trois mois, et le *pha thai* pour un fœtus de trois à six mois.

évaluation des avortements pratiqués dans le privé et légalisés dans ce secteur depuis 1989 par l'ouverture du système de santé à l'économie privée n'a été faite. De plus, la fiabilité des données dépend de leur enregistrement à différents échelons administratifs du système de santé. Les centres de santé communaux transmettent leurs données au district, qui lui-même les transmet aux services provinciaux du Ministère de la santé où elles sont ensuite centralisées. Les statistiques du Ministère de la santé surestiment probablement le nombre des avortements, car les primes au personnel et les crédits accordés aux centres de santé dépendent de la réussite des programmes de planification familiale. Par contre, les statistiques du Bureau général des statistiques risquent de sous-estimer la fréquence des avortements, les femmes ayant tendance, face à un enquêteur, à ne pas déclarer l'avortement ou les avortements qu'elles ont vécus. À titre d'exemple de ces disparités d'évaluation selon les sources, les taux d'avortement et de régulation menstruelle calculés à partir de l'Enquête démographique intercensitaire de 1994 et des statistiques du Ministère de la santé peuvent être comparés depuis janvier 1991 (Knodel *et al.*, 1996). Le taux annuel d'avortement s'élève à 23,1 pour 1000 femmes non célibataires. Les données du Ministère de la santé élèvent ce taux à 99,3 pour 1000 femmes non célibataires, plus de quatre fois le taux calculé à partir de l'Enquête intercensitaire. Le sociologue D. Goodkind, qui a mené une enquête sur l'avortement dans les années 1993 et 1994, estime cependant que la grande majorité des avortements se pratique dans les services publics. Alors qu'il s'élevait à 70 281 cas en 1976, puis à dix fois plus en 1987 (811 176 cas d'avortements), en 1991, le nombre annuel d'avortements oscille, selon les sources, entre 1,1 million, 1,6 million et 2,6 millions (Goodkind, 1994).

Parmi ces résultats, il est difficile de distinguer la croissance réelle des avortements de l'amélioration de la qualité des enregistrements des avortements au niveau de la commune et du district. Au niveau national en 1992, selon le ministère de la Santé, le taux d'avortement général¹⁸ s'élève à 2,5 avortements

18. Le taux d'avortement général correspond au nombre moyen d'avortements qu'une femme devrait vivre au cours de sa vie reproductive compte tenu des taux d'avortement par âge.

par femme sur l'ensemble de sa vie féconde, le plus élevé en Asie. Selon la dernière Enquête démographie et santé de 2002, chaque femme vietnamienne a, en moyenne, 0,6 avortement au cours de sa vie reproductive¹⁹. On estime ainsi que 22 % des grossesses des trois dernières années avant l'enquête ont été volontairement interrompues (Committee for Population, Family and Children et ORC Macro, 2003).

Une autre source présente des taux légèrement plus bas pour le Viêt-nam, puisqu'en 1990, le taux d'avortement y est estimé à 66,4 pour mille, mais elle est particulièrement intéressante, car elle présente l'évolution de l'avortement depuis 1975 (tableau 5). Fait marquant et largement significatif, l'année 1988 représente une rupture à la hausse dans cette évolution. En 1988, le taux d'avortement est évalué à 26,8 pour mille, en 1990, le taux augmente fortement et passe à 66,4 pour mille. Nous avons là un effet direct du renforcement de la politique restrictive des naissances du 18 octobre 1988. Depuis 1987, les formalités se sont en effet simplifiées. La femme peut avorter où elle le souhaite, et non plus au lieu d'enregistrement de son domicile. Auparavant, elle devait fournir un certificat de mariage, une pièce d'identité, et remplir un dossier avec l'accord, soit du mari, soit d'une personne apparentée, ou de son employeur. Dorénavant, une simple déclaration suffit ; si les femmes fournissent au personnel médical des informations sur leur âge, leur situation matrimoniale, leur lieu de résidence, leur nombre d'enfants, la déclaration est anonyme (Bélangier et Khuat, 1999). Face à une offre contraceptive peu variée, l'avortement devient, à partir du vote de ce décret et bien que le discours officiel ne saurait l'encourager, un

19. L'Enquête démographie et santé de 2002, tout comme les précédentes EDS, ne s'adresse qu'aux femmes non célibataires (celles qui ont été mariées et celles qui sont mariées). L'exclusion des femmes célibataires de l'échantillon de l'enquête a peu d'effets pour le calcul des taux de fécondité, car les naissances hors mariage sont extrêmement rares au Viêt-nam et se limitent à des circonstances très particulières (Scornet, 2000^b). Par contre, la non prise en compte des femmes célibataires dans l'échantillon a pour effet de sous-estimer les taux d'avortement ; on estime en effet que 10 % des avortements se pratiquent auprès des femmes célibataires (Committee for Population, Family and Children et ORC Macro, 2003). De manière générale, ces interruptions de grossesse sont sous-estimées dans les enquêtes et mieux estimées par le ministère de la Santé. Celui-ci estime en effet que 30 % des avortements concernent les femmes célibataires.

Tableau 5. Évolution du taux d'avortement au Viêt-nam depuis 1975

Année	Taux d'avortement*
1975	5,0
1980	15,0
1982	11,0
1984	13,9
1986	24,8
1988	26,8
1990	66,4
1991	71,1
1992	81,9
1993	81,3
1994	80,2
1995	78,6
1996	83,3

Source : International Family Planning Perspectives, vol. 25, number 1, March 1999.

* Le taux d'avortement est le nombre d'avortements par an pour 1000 femmes de 15 à 44 ans.

moyen important de régulation de la fécondité. Il ne cessera d'augmenter pour atteindre, d'après ces sources, un taux de 83,3 pour mille en 1996.

Divers entretiens menés en mai 2002 à Hanoi éclairent le fait que le recours à l'avortement ne relève pas seulement d'un problème d'offre contraceptive, mais aussi de barrières conjugales et sociales à l'utilisation de la contraception. Les femmes vietnamiennes se heurtent, en effet, parfois à leur mari qui refuse qu'elles utilisent la contraception, par crainte de leur infidélité. Madame Thu Thê (56 ans, traductrice en vietnamien des films français à la télévision de Hanoi) raconte le cas de son frère cadet qui a trois filles :

« Peut-être, a-t-il trop de relations conjugales²⁰. Sa femme a avorté trois fois et a subi trois curetages. Je crois que mon frère refuse qu'elle utilise la contraception. Chaque fois que je le vois, je lui dis qu'il a reçu une certaine éducation. Qu'il travaille dans l'audiovisuel où il y a de fréquentes campagnes de planification familiale, mais qu'il a quand même trois enfants. Et surtout qu'il a laissé sa femme se faire avorter trois fois. Peut-être craint-il que sa femme aille avec quelqu'un d'autre si elle utilise un moyen de contraception ? Qu'elle n'utilise rien, c'est un moyen de contrôle de la part de mon frère pour que sa femme lui reste fidèle. C'est de l'égoïsme ! »

Un professeur de l'université de Hanoi fait également part de l'opposition catégorique de son mari à ce qu'elle se fasse poser un stérilet. Il redoutait qu'elle puisse ainsi avoir d'autres partenaires sexuels. « Il n'a pas non plus voulu mettre de préservatif lors de nos relations. Je suis donc peut-être enceinte, mais je me ferai avorter ». Cet exemple illustre le faible succès du préservatif auprès des hommes vietnamiens. « Les femmes de la campagne viennent ici facilement. Elles pensent que c'est plus rassurant. Elles disent à leur entourage familial qu'elles viennent à Hanoi pour régler des affaires et profitent de l'occasion pour se faire avorter. » (infirmière du centre d'avortement du Comité sur la planification familiale de Hanoi).

Plusieurs facteurs socioculturels et politiques peuvent donc expliquer les taux d'avortement particulièrement élevés :

— Tout d'abord, l'emprunt par le Viêt-nam des stratégies de planification familiale des ex-pays socialistes de l'Est à faible revenu où les avortements sont les plus pratiqués au monde : ainsi, si en 1991, le taux d'avortement s'élevait à 71,1 pour mille femmes vietnamiennes en âge de procréer, ce

20. Employé par euphémisme à la place de « relations sexuelles ». Les campagnes d'IEC sur la planification familiale n'évoquent jamais les relations sexuelles, mais les « relations entre mari et femme » (sinh hoat vo chồng). En revanche, on évoque les « relations sexuelles » (sinh hoat tin tuc) lorsqu'elles sont à l'origine de la transmission de maladies comme le Sida (Manuel d'information sur la planification familiale à l'usage des ménages ruraux).

même taux s'élevait à 172,4 en Roumanie et à 119,6 en Russie (Chasteland et Chesnais, 1997) ;

— Puis, des politiques démographiques antinatalistes combinées à un manque de choix contraceptif. L'avortement y est un moyen de régulation de la fécondité qui répond aux objectifs politiques de réduction de la croissance démographique ;

— Ensuite, la croissance des grossesses chez les jeunes femmes non mariées depuis la politique du Renouveau instaurée en 1986. En effet, la transition d'une économie socialiste planifiée à une économie de marché s'est accompagnée d'une ouverture aux influences culturelles des pays occidentaux et des autres pays asiatiques à travers les programmes télévisés et la presse notamment. La jeunesse vietnamienne, particulièrement à Ho-Chi-Minh ville et à Hanoi, a ainsi été confrontée à de nouveaux styles de vie et à des valeurs nouvelles en matière de comportements pré-nuptiaux et de relations sexuelles. Les relations entre jeunes de sexe opposé sont devenues plus intimes et ils peuvent désormais se soustraire plus facilement au regard parental et de voisinage pour se rencontrer (Bélangier et Khuat T. H., 1998).

— Enfin, l'avortement est aussi une conséquence de la forte prévalence des méthodes traditionnelles (abstinence périodique et retrait) : en 2002, 21,8 % des femmes mariées vietnamiennes (tableau 4) ont recours à ces méthodes souvent peu fiables pour réguler les naissances.

Conclusion

Dans de nombreux pays occidentaux, la France en particulier, la demande de contraception est venue des femmes à la suite de leur désir de limiter le nombre de leurs enfants, par contre l'État vietnamien, seul puis avec l'appui des organismes internationaux tels que le FNUAP, a provoqué une demande sociale, tout en souhaitant la formation d'un consensus autour de la famille à deux enfants. Il met donc tout en œuvre pour créer la demande en matière

de planification familiale. Si le désir des familles avait précédé les souhaits des gouvernants, la diffusion intense de la propagande en faveur de la famille restreinte n'aurait pas eu de raison d'être.

Les notions d'échec des programmes de planification familiale, ou de difficultés à les mettre en place, sont relatives du point de vue de celui qui souhaite mobiliser les populations autour d'objectifs de régulation de la fécondité. Elles sont le plus fréquemment évaluées en fonction des buts du gouvernement (baisse du taux de croissance démographique, baisse du taux de fécondité, augmentation du taux de prévalence contraceptive, etc.). Les gouvernants reçoivent aussi des pressions extérieures, notamment celles des pays industriels au travers des instances d'aide multilatérale qui menacent de retirer leur aide économique si la croissance de la population est inchangée ou offrent leur aide financière et technique aux programmes de planification familiale.

Au point que les succès peuvent aveugler les gouvernants et leur faire oublier les moyens de les obtenir. En témoigne la hausse rapide des avortements sur les dix dernières années, particulièrement chez les adolescentes. Bien qu'il soit encore très difficile d'obtenir des informations sur leur sexualité²¹, des chiffres alarmants sont avancés : plus d'un million d'adolescentes vietnamiennes²² ont vécu un avortement. L'avortement chez les adolescentes serait aujourd'hui de l'ordre de 10 à 15 % du total des avortements (site internet du FNUAP au Viêt-nam, décembre 2003). Lors d'un séminaire sur la population et le développement qui s'est tenu à Hanoï le 27 janvier 1997, à l'initiative de l'Union de la Jeunesse et du FNUAP, qui avait pour thème la santé de la reproduction des adolescents en réponse à la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994, on a appris que le taux d'avortement chez les adolescentes vietnamiennes est le plus élevé au monde. L'absence d'éducation et de conseils pendant de nombreuses années ainsi qu'une carence dans l'offre

21. Comme les précédentes Enquêtes Démographie et Santé, celle de 2002 ne s'adresse qu'aux femmes mariées pour toutes les questions concernant la pratique contraceptive, l'avortement, le nombre d'enfants, etc.

22. La population vietnamienne compte de 12 à 13 millions d'adolescents âgés de 12 à 18 ans.

de contraceptifs pour ce groupe-cible sont responsables de cette situation. Tous les programmes de planification familiale se concentraient jusqu'à la fin du XX^e siècle sur les couples mariés et sur les adultes. Aucune attention n'était portée au nombre croissant d'adolescents ayant des relations sexuelles préconjugales. Selon la tradition vietnamienne, les enfants et les jeunes sont isolés de toute éducation sexuelle. Depuis le début du XXI^e siècle, notamment avec l'appui du FNUAP, certains réformateurs, membres du Comité national sur la population, la famille et les enfants, ou de l'Union de la jeunesse, ont réussi à introduire au collège des cours sur la reproduction humaine, mais ils se heurtent encore aux réticences des conservateurs pour qui l'information sur la planification familiale et sur les méthodes de contraception auprès des adolescents signifierait « leur montrer comment faire ». Ces arguments retardent l'introduction de l'éducation sexuelle et contraceptive dans l'enseignement scolaire. Le manque de compréhension à l'égard des femmes célibataires auxquelles on refusait, jusqu'à ces dernières années, l'accès aux services de contraception avant le mariage, est aussi source de questionnements. Les adolescentes vietnamiennes sont ainsi victimes de la persistance du tabou traditionnel leur interdisant toute relation sexuelle et du relâchement des mœurs sexuelles. Confrontées à l'obligation traditionnelle de concevoir juste après le mariage et donc de ne prendre aucun moyen de contraception avant d'avoir eu leur premier enfant, les jeunes filles vietnamiennes ont comme seul recours, l'avortement dans un contexte de relâchement des mœurs sexuelles.

L'histoire de quarante années de planification familiale au Viêt-nam montre clairement la forte volonté des dirigeants communistes d'orienter les comportements démographiques, en particulier les comportements reproducteurs. Si le XX^e siècle est marqué par un objectif quantitatif d'abaisser la croissance démographique — les résultats sont probants, parfois au prix de taux d'avortement élevés —, le XXI^e inaugure une volonté nouvelle d'amélioration de la qualité et de la santé de la population. Cependant, au vu du désengagement de l'État dans les structures de santé et du développement du secteur privé depuis la fin du XX^e siècle, on peut s'interroger sur les moyens de mise en œuvre d'une

politique démographique plus qualitative.

Références bibliographiques

- BANISTER J., 1992, *Viet-Nam Population Dynamics and Prospects*, Center for International Research, U.S. Bureau of the Census, Washington D.C., 142 p.
- BÉLANGER D. et KHUAT T. H., 1998, « Young Single Women Using Abortion in Hanoi, Vietnam », *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 13, n° 2, pp. 3-26.
- BÉLANGER D. et KHUAT T. H., 1999, « Single Women's Experiences of Sexual Relationships and Abortion in Hanoi, Vietnam », *Reproductive Health Matters*, vol. 7, n° 14, pp. 71-82.
- CENTRAL CENSUS STERRING COMMITTEE, 1991, *Viet-Nam Population Census. 1989. Completed Census Results*, Hanoi, Volumes I à VI.
- CHASTELAND J.C. et CHESNAIS J.C., 1997, *La population du monde. Enjeux et problèmes*, Travaux et Documents, Cahier n° 139, INED-PUF, Paris, 630 p.
- COMMITTEE FOR POPULATION, FAMILY AND CHILDREN et ORC MACRO., 2003, *Vietnam Demographic and Health Survey 2002*, Hanoi, 225 p.
- THE COMMUNIST PARTY OF VIET-NAM, THE CENTRAL COMMITTEE, 1993, *Resolution on Population and Family Planning*, adopted at the 4th meeting of the Parti Central Committee, 7th session, Hanoi, 14 janvier 1993.
- GENDREAU F., FAUVEAU V., DANG THU, 1997, *Démographie de la péninsule indochinoise*, collection Savoir Plus Universités, ESTEM et AUPELF-UREF, Paris, 132 p.
- GENERAL STATISTICAL OFFICE, 1991, *Vietnam population census-1989, Detailed analysis of sample results*, Statistical Publishing House, Hanoi, 168 p.
- GENERAL STATISTICAL OFFICE, 2001, *1999 Population and Housing Census, Completed Census Results*, Thê Gioi Publishers, Hanoi, 645 p.
- GENERAL STATISTICAL OFFICE, 2001, *1999 Population and Housing Census, Census Monograph on marriage, fertility and mortality in Vietnam*, Thê Gioi Publishers, Hanoi, 351 p.
- GENERAL STATISTICAL OFFICE, 1995, *Viet-Nam Intercensal Demographic Survey, 1994. Major findings*, Statistical Publishing House, Hanoi.
- GOODKIND D., 1994, « Abortion in Vietnam : Measurements, Puzzles and Concerns », *Studies in Family Planning*, n° 6, pp. 342-352.
- HEMERY D., 1994, « Viet-Nam : la difficulté à exister », *Approches-Asie*, n° 12, Economica, Université de Nice-Sophia Antipolis, pp. 3-13.

- KNODEL J., NGUYEN V. P., MAI V. C., HOANG X., 1996, « Fertility and Family Planning in Viet-Nam : Evidence from the 1994 Intercensal Demographic Survey », *Studies in Family Planning*, vol. 7, n° 1, pp. 1-17.
- LASSONDE L., 1996, *Les défis de la démographie. Quelle qualité de vie pour le XXI^e siècle ?*, La Découverte, Paris, 225 p.
- NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION AND FAMILY PLANNING, THE POPULATION AND FAMILY HEALTH PROJECT, 1999, *Viet-Nam Demographic and Health Survey 1997, Final Report*, Demographic and Health Surveys, Macro International Inc., Hanoi, 255 p.
- NGUYEN DUC NHUAN, 1984, « Contraintes démographiques et politiques de développement au Viet-Nam, 1975-1980. » *Population*, n° 2, pp. 313-338.
- PARTI COMMUNISTE DU VIÊT-NAM, 2001, *9^e cong n° rès national. Documents*. Thê Gioi (éd.), Hanoi, 271 p.
- SACY A. (de), 2002, *Vietnam, le chagrin de la paix*, coll. Gestion internationale, Vuibert, Paris, 200 p.
- SCORNET C., 2000, « Un exemple de réduction de la fécondité sous contraintes : la région du delta du fleuve Rouge au Viêt-nam », *Population*, 55 (2), pp. 265-300.
- SCORNET C., 2002, « Pouvoir communiste et planification familiale », in CHARBIT Y. en collaboration avec SCORNET C., *Démographie, société et politique de population au Viêt-nam*, collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 65-102.
- UNITED NATIONS, 2002, *World Contraceptive Use, 2001*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New-York.

Annexe

Extrait d'un message de sensibilisation des populations à la stérilisation, recueilli en 2002 et diffusé par les haut-parleurs de la commune de Ninh Hiêp (province de Bac Ninh, région du delta du fleuve Rouge) :

« Ce que vous devez savoir à propos de la stérilisation masculine et féminine : C'est le moyen qui permet d'arrêter d'avoir des enfants, c'est un moyen irréversible. Il y en a de trois sortes :

- La stérilisation masculine : on ligature et on coupe le canal déférent ;
- La stérilisation féminine : on ligature et on coupe les trompes ;

— La stérilisation féminine par la prise du médicament Quinacrine.

* La stérilisation masculine existe depuis longtemps. On incise la peau du pénis, on ligature et on coupe de manière définitive environ 1,5 cm du canal déférent de façon à ce que le sperme ne puisse pas sortir, c'est-à-dire que dans la semence de l'homme, il n'y ait plus de spermatozoïde. L'homme perd sa capacité à féconder la femme, mais sa capacité à avoir des relations sexuelles reste intacte, elle augmente même en partie. La plupart des épouses ont de meilleures relations sexuelles après que leur mari a été stérilisé. Ce n'est pas du tout amputer ou castrer, castrer consiste à couper les testicules ; l'homme perd alors sa capacité à avoir des relations sexuelles, il perd tout désir sexuel. Aujourd'hui dans le monde, il y a environ 46 millions d'hommes stérilisés.

* La stérilisation féminine est une opération chirurgicale qui consiste à ligaturer et couper de façon définitive les trompes utérines. La méthode consiste à ouvrir et inciser d'environ deux centimètres le bas-ventre de la femme ; on utilise un instrument précis qui découvre la partie où se trouvent les ovules ; on ligature et raccourcit les trompes. Les règles apparaissent toujours normalement. Mais la femme ne peut plus concevoir un enfant, car ses ovules ne rentrent plus en contact avec les spermatozoïdes. L'avantage principal de cette méthode est que les résultats sont élevés. L'opération chirurgicale peut avoir lieu dans une salle d'opération peu coûteuse. Les capacités sexuelles restent les mêmes. Les faiblesses de ce moyen sont les suivantes : il faut inciser le ventre, c'est pourquoi la femme doit avoir des règles d'hygiène strictes pour éviter les infections ; il faut se reposer de cinq à sept jours après l'opération.

* La stérilisation féminine par injection de Quinacrine dans l'utérus. C'est un nouveau moyen qui agit efficacement. Au Vietnam, depuis 1989, plus de 80 000 femmes ont été stérilisées de cette manière. Il faut prendre sept comprimés de Quinacrine de 282 mg et les introduire dans l'utérus juste après les règles, cette dose est utilisée au cours de deux cycles menstruels. Le médicament agit sur les trompes et obstrue le chemin que prennent

les spermatozoïdes pour rencontrer les ovules. Ainsi il n'est plus possible de concevoir.

Nous choisissons les moyens de contraception qui ont de bons résultats, qui sont peu coûteux, dont la méthode est facile à appliquer, qui provoquent peu d'incidents et qui soient adaptés à notre situation économique et sociale. Les stérilisations masculine et féminine sont les moyens de contraception irréversibles, qui ont une efficacité maximale, qui satisfont les utilisateurs de notre commune. Ceux-ci sont en bonne santé et ont pu reprendre le travail rapidement. Nous espérons que chaque couple, autant l'homme que la femme, souhaite avoir une famille peu nombreuse. Alors venez au centre de santé de la commune pour que les médecins vous aident à réaliser votre vœu de famille restreinte. »

Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

PATRICE VIMARD, RAÏMI FASSASSI ET ÉDOUARD TALNAN

La pluralité des formes et des conditions de la transition démographique, établie pour les populations européennes (Knodel et van de Walle, 1979), se trouve confirmée par l'évolution de la fécondité dans les pays en développement durant ces dernières décennies¹. Tout d'abord, le lien entre le progrès économique et social, et la baisse de la fécondité qui a caractérisé certains pays d'Asie du Sud-Est, ne se retrouve pas dans des pays pauvres ou en pleine crise économique (Bangladesh, Colombie...) ou dans certaines populations démunies d'Amérique latine. Ensuite, le contrôle de la nuptialité, par le retard de l'âge au mariage, facteur majeur de baisse de la fécondité au Maghreb, est absent des transitions des pays latino-américains (Cosío-Zavala, 2000). Puis, le rôle de la baisse de la mortalité comme élément initiateur de la diminution de la fécondité, mis en avant pour beaucoup de populations, semble plus incertain dans certains pays d'Afrique subsaharienne (Ghana, Côte d'Ivoire, ...) où la transition de la fécondité s'amorce, alors que la mortalité des enfants y est encore élevée et a

1. L'analyse présentée ici prolonge un travail soutenu par l'Agence universitaire de la francophonie (AUF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée du Fonds francophone de la recherche sur « les transitions démographiques dans les pays du Sud ». Une version préliminaire a été présentée au XXIV^e Congrès général de la population (UIESP, Salvador, Brésil, 18-24 août 2001) et diffusée comme document de recherche du Laboratoire Population-Environnement-Développement, dans la série « Santé de la reproduction, fécondité et développement ». Les auteurs remercient vivement Dominique Tabutin pour ses remarques constructives sur la version antérieure du texte.

tendance à stagner, voire à augmenter dans certaines régions ou à certains âges (Mboup, 2000 ; N'Cho *et al.*, 1995). Enfin, l'effet des programmes nationaux de planification familiale, important en Asie (Casterline, 1994) et en Afrique de l'Est (Brass et Jolly, 1993), est plus ténu au Brésil (Martine, 1996) et plus encore dans certaines capitales ouest-africaines.

Comme on le constate à travers ces quelques éléments, les conditions du début de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, participant d'une transition démographique elle-même diverse par son calendrier et ses déterminants (Tabutin, 1997), contribuent largement à enrichir le débat sur les facteurs de la transition de la fécondité. Dans ce chapitre, on présentera tout d'abord un panorama général de la baisse, avant de détailler la situation de quelques pays représentatifs des évolutions en cours. Sur ce dernier point, nous affinerons notre analyse par une comparaison de la transition de la fécondité en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie qui apparaissent, à bien des égards, comme des pays représentatifs de la diversité des transformations démographiques actuelles. Les pays choisis, qui connaissent une baisse de leur fécondité, plus ou moins sensible, sont en effet révélateurs des différences de fécondité et de prévalence contraceptive, comme des relations entre les niveaux de ces deux indicateurs qui traversent le sous-continent. À travers ces analyses, nous nous interrogerons sur la généralité de la baisse de la fécondité à l'échelle du sous-continent, la nature des facteurs de cette baisse, leurs distinctions selon les pays, et sur les liens qu'entretient cette diminution avec les politiques de population et la crise économique.

L'émergence résistible d'une transition de la fécondité en Afrique subsaharienne

Pendant longtemps, la fécondité est demeurée forte dans la majorité des populations d'Afrique subsaharienne, mais la baisse est aujourd'hui amorcée, de manière inégale cependant. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les dernières estimations des Nations unies situent l'indice synthétique de fécondité

à 5,38 enfants par femme en 2000-2005, contre 6,79 en 1960-65, période de la plus forte fécondité, soit une baisse de 1,4 enfants en quarante ans. Si l'on considère l'Afrique subsaharienne par ensembles régionaux durant ces quatre dernières décennies, la baisse a été forte en Afrique australe (-3,7 enfants), plus faible en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest (-1,4 enfant) et la fécondité a légèrement augmenté en Afrique centrale (+0,2 enfant), (Nations unies, 2003).

Les résultats des enquêtes les plus récentes, notamment ceux fournis par la série des enquêtes démographiques et de santé (EDS), confirment la diminution significative des indices de fécondité dans beaucoup de pays. Certaines études ont discuté la signification statistique des résultats des premières EDS dans les pays où la baisse fut initialement appréhendée (Botswana, Kenya et Zimbabwe), en traitant de la représentativité des échantillons et des éventuelles erreurs dans la détermination des dates de naissance des enfants nés avant ou après les cinq années précédant l'enquête, utilisées dans le calcul de l'indice synthétique de fécondité (Thomas et Muvandi, 1994 ; Blanc et Rutstein, 1994). Aujourd'hui, la baisse se trouve confirmée par les résultats des deuxième et troisième phases des EDS, quels que soient les indices utilisés (indices synthétiques de fécondité, descendance cumulée, moyennes par âge, taux de fécondité par âge dans les différents groupes de générations), comme par les résultats de recensements ou d'études régionales (Vimard et Zanou, 2000).

Si la diminution de la fécondité est manifeste, elle demeure très inégale, et quelques pays restent encore à l'écart de ce mouvement (tableau 1). La baisse est supérieure à 2, voire 3 enfants lors des deux ou trois dernières décennies, dans plusieurs pays où elle peut être mesurée. La diminution la plus nette est dans certains pays d'Afrique de l'Est et australe, déjà cités, Botswana, Kenya, Zimbabwe et dans la population noire d'Afrique du Sud. La baisse est plus modeste mais réelle dans d'autres pays de cette partie du continent : Érythrée, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie. On note également une diminution de la fécondité en Afrique centrale, au Cameroun, au Gabon et en République centrafricaine, qui succède à une phase antérieure de remontée de la fécondité

consécutives à la lutte contre la stérilité qui frappait cette région. La baisse est également sensible dans des pays de l'Afrique de l'Ouest auparavant marqués par une forte natalité : Côte d'Ivoire, Ghana et Sénégal, voire Bénin et Togo. Outre les baisses enregistrées à l'échelle nationale, ayant fait l'objet de nombreuses analyses, des diminutions importantes peuvent être notées dans beaucoup de grandes villes du sous-continent (Bongaarts et Watkins, 1996 ; Caldwell *et al.*, 1992 ; Caldwell et Caldwell, 1993 ; Cleland *et al.*, 1994 ; Foote *et al.*, 1996 ; Locoh et Hertrich, 1994 ; Tabutin, 1997).

Cependant, quelques pays se caractérisent par une relative stabilité, avec une diminution souvent inférieure à 0,5 enfant au cours des vingt ou trente dernières années : Burkina Faso, Guinée, Madagascar, Mali, Nigeria et Ouganda. On note enfin une légère augmentation au Niger, ainsi qu'au Burundi et au Libéria où les dernières données sont anciennes, en raison des conflits qui touchent ces pays. Ces pays révèlent une résistance à un mouvement de baisse dont la généralisation à l'ensemble du sous-continent est loin d'être atteinte. En outre, si la transition est engagée dans une majorité de pays, la fécondité demeure encore forte. Sur les 29 pays dont les données datent de moins de dix ans, 7 ont une fécondité supérieure ou égale à 6 enfants, 14 ont une fécondité comprise entre 5 et 5,9 enfants et la fécondité est inférieure à 5 enfants pour seulement 8 pays (Afrique du Sud, Érythrée, Gabon, Ghana, Kenya, Mauritanie, Namibie et Zimbabwe).

Cette première phase de baisse de la fécondité est concomitante d'une progression de la contraception, qui demeure cependant encore modeste (tableau 2). Dans notre échantillon de 32 pays, seulement 12 pays ont une prévalence contraceptive totale supérieure à 20 %, dont 8 où elle est supérieure à 30 %. La prévalence de la contraception moderne est supérieure à 20 % pour 7 pays, dont 5 où elle est supérieure à 30 %. Dans cet échantillon, l'indice synthétique de fécondité est corrélé à la prévalence contraceptive totale et moderne (figures 1 et 2). Mais la corrélation (R^2 respectivement de 0,43 et 0,40) est nettement plus faible que ce qui peut être observé pour un ensemble de pays se

situant à toutes les phases de la baisse de la fécondité². En effet, la corrélation est nettement plus forte (R^2 de 0,87) pour un panel de 25 pays en développement ayant une dispersion des indices synthétiques de fécondité comprise entre 2,5 et 7,5 enfants par femme et une prévalence contraceptive comprise entre 5 % et 65 % (Rutenberg *et al.*, 1991).

Cela se comprend si l'on observe que la relation entre la fécondité et la contraception est surtout significative lorsque cette dernière concerne au moins 10 % des femmes. En effet, une part significative des pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas encore arrivés à ce stade : 12 pays sur 32, soit 38 %, ont une contraception inférieure à 10 % (contre 4 pays, soit 16 % dans l'échantillon précédemment cité). Même au delà de ce niveau de pratique, le lien entre baisse de la fécondité et niveau de contraception n'est pas automatique. Dans certains pays, l'évolution de la fécondité est peu liée à celle de la contraception et se trouve dépendante d'autres facteurs : il en est ainsi de pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo, Sénégal...), souvent situés en Afrique de l'Ouest, dont la fécondité est inférieure à 6, voire 5,5 enfants, après une baisse de 1 à 2 enfants par femme, alors que la contraception concerne moins de 20 % des femmes.

À l'inverse, d'autres pays, comme le Malawi, l'Ouganda, la Zambie connaissent une prévalence contraceptive forte, supérieure à 20 %, sans que cela ne conduise à une diminution importante de la fécondité, proche de 6 à 7 enfants par femme. Considérer quelques pays caractéristiques d'Afrique de l'Est et australe d'une part et d'Afrique de l'Ouest d'autre part, va nous permettre de préciser ces modalités du début de la baisse de la fécondité.

La baisse de la fécondité dans les pays pionniers de la transition

Le début de la baisse de la fécondité dans les pays d'Afrique au sud du Sahara, où elle a été la plus précoce et la plus nette durant ces dernières années

2. Une analyse prenant les régions des pays d'Afrique subsaharienne comme unité d'observation fournit une corrélation plus forte (0,56) entre l'ISF et la contraception moderne, que notre analyse menée sur une base nationale (Tabutin et Schoumaker, 2001).

Tableau 1. Évolution de l'indice synthétique de fécondité en Afrique subsaharienne

Pays (années d'enquête)	avant 1985a	EDS-I 1986-90	EDS-II 1990-94	EDS-III 1994-99	EDS 1999-2002
Afrique australe					
Afrique du Sud (1970, 1987-89, 1998)	5,8 ^b	4,6 ^b		2,9	
Botswana (1984, 1988)	6,5	4,9			
Namibie (1992, 2000)			5,4		4,2
Afrique de l'Est					
Burundi (1970-71, 1987)	5,9	6,8			
Comores (1996)				5,1	
Érythrée (1995, 2002)				6,1	4,8
Éthiopie (1990, 2000)			6,4 [*]		5,9
Kenya (1978-79, 1989, 1993, 1998)	8,1	6,7	5,4	4,7	
Madagascar (1975, 1992, 1997)	6,4		6,1	6,0	
Malawi (1982, 1992, 2000)	7,6		6,7		6,3
Mozambique (1970, 1997)	6,9			5,6	
Ouganda (1969, 1988-89, 1995, 2000-01)	7,1	7,4		6,9	6,9
Rwanda (1983, 1992, 2000)	8,5		6,2		5,8
Tanzanie (1978, 1991-92, 1996, 1999)	6,9		6,3	5,8	5,5 [*]
Zambie (1980, 1992, 1996, 2001-02)	7,4		6,5	6,1	5,9
Zimbabwe (1984, 1988-89, 1994, 1999)	6,5	5,5	4,3	4,0	
Afrique centrale					
Cameroun (1978, 1991, 1998)	6,4		5,8	5,2	
Gabon (1993, 2000)			5,2 [*]		4,3
RCA (1975, 1994-95)	5,7			5,1	
Tchad (1996-97)				6,6	
Afrique de l'Ouest					
Bénin (1982, 1996, 2001)	7,1			6,3	5,6
Burkina Faso (1985, 1993, 1998-99)	7,2		6,9	6,8	
Côte d'Ivoire (1980-81, 1994, 1998-99)	7,2		5,7	5,2	
Ghana (1979-80, 1988, 1993, 1998)	6,5	6,4	5,5	4,5	
Guinée (1983, 1992, 1999)	5,8		5,7	5,5	
Liberia (1974, 1986)	6,2	6,7			
Mali (1960-61, 1987, 1995-96, 2001)	7,4	6,9		6,7	6,8
Mauritanie (1981, 1990-91, 2000-01)	6,2		6,5 [*]		4,7
Niger (1977, 1992, 1998)	7,0		7,4	7,5	
Nigeria (1981-82, 1990, 1999)	6,3		6,3	5,2	
Sénégal (1978, 1986, 1992-93, 1997)	7,2	6,6	6,0	5,7	
Togo (1971, 1988, 1998)	6,6	6,6		5,4	

Source : Locoh et Makdessi, 2000 et Rwenge, 2000, complété par les auteurs, d'après les rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé, sauf* : autres enquêtes. a. Recensement : Burkina Faso, RCA, Liberia, Madagascar, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Zambie ; enquête post-censitaire : Togo ; Enquête du programme EMF : Kenya, Ghana, Mauritanie, Nigeria, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal ; Enquêtes sur la santé familiale : Botswana ; Enquête démographique nationale : Malawi, Rwanda, Mali ; Enquêtes sur la santé reproductive : Zimbabwe ; Enquête nationale démographique à passages répétés : Burundi ; Source des données et méthode de calcul non indiquées : Afrique du Sud (Chimere-Dan, 1993). b. Population « noire » seulement ; l'ISF de la population noire est de 3,1 en 1998.

Tableau 2. Prévalence contraceptive selon le type de méthodes en Afrique subsaharienne

Pays (années d'enquête)	Prévalence contraceptive		
	Contraception moderne (en %)	Contraception naturelle (en %)	Contraception totale (en %)
Afrique australe			
Afrique du Sud (1998)	55,1	0,9	56,3
Botswana (1988)	31,7	0,5	32,5
Namibie (2000)	42,6	0,3	43,7
Afrique de l'Est			
Burundi (1987)	1,2	5,5	6,7
Comores (1996)	11,4	8,7	21,0
Érythrée (2002)	5,1	2,9	8,0
Éthiopie (2000)	6,3	1,7	8,1
Kenya (1978/1998)	31,5	6,7	39,0
Madagascar (1997)	9,7	9,5	19,4
Malawi (2000)	25,7	2,8	30,6
Mozambique (1997)	5,1	0,1	5,6
Ouganda (2000-01)	14,0	7,8	22,8
Rwanda (2000)	4,3	8,9	13,2
Tanzanie (1999)	16,9	5,7	23,5
Zambie (2001-02)	22,6	9,0	34,2
Zimbabwe (1999)	50,0	3,0	54,0
Afrique centrale			
Cameroun (1998)	7,1	11,2	19,3
Gabon (2000)	11,8	19,2	32,7
RCA (1994-95)	3,2	5,4	9,1
Tchad (1996-97)	1,2	2,5	4,1
Afrique de l'Ouest			
Bénin (2001)	6,8	11,6	18,6
Burkina Faso (1998-99)	4,8	4,8	9,6
Côte d'Ivoire (1998-99)	7,2	6,6	15,0
Ghana (1998)	13,3	8,1	22,0
Guinée (1999)	4,2	1,8	6,2
Liberia (1986)	5,5	0,7	6,4
Mali (2001)	5,7	1,8	8,1
Mauritanie (2000-01)	5,1	2,8	8,0
Niger (1998)	4,6	0,2	8,2
Nigeria (1999)	8,6	5,8	15,3
Sénégal (1997)	8,1	1,3	10,4
Togo (1998)	7,0	6,6	13,9

Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

a. Indices mesurés chez les femmes mariées lors de l'observation la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait et la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde. La contraception totale comprend l'ensemble des méthodes, modernes, naturelles et traditionnelles, dites encore populaire (à l'exception de l'abstinence post-partum et de l'abstinence prolongée, qui n'ont pas été considérées dans toutes les enquêtes).

(Botswana, Kenya et Zimbabwe), se distingue des expériences antérieures d'autres régions en développement. On note, dans ces pays, une quasi universalité de la diminution de la fécondité dans la première phase de la baisse : celle-ci atteint dans le même temps, tous les rangs de naissance, tous les groupes d'âges, l'ensemble des niveaux d'instruction et des milieux et régions derésidence³ (Brass et Jolly, 1993). Par exemple, en 1994 au Zimbabwe, après une première phase de transition, l'indice synthétique de fécondité est de 3,1 enfants par femme dans les villes et 4,8 en milieu rural, de 3,3 chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure, et de 5,2 chez les femmes analphabètes.

Ceci diffère de ce qui a pu être constaté en Amérique latine et en Asie où la diminution a atteint en priorité, dans un premier temps, les parités moyennes et les femmes de plus de 30 ans, pour s'étendre aux rangs supérieurs, puis aux rangs inférieurs ainsi qu'aux femmes plus jeunes, et n'a longtemps concerné que les villes et les couches instruites, avant de se diffuser plusieurs décennies après dans les campagnes et les couches pauvres et faiblement scolarisées (Cosio-Zavala, 2000).

Dans les pays africains pionniers de la transition démographique, cette baisse de la fécondité se fonde sur une contraception d'espacement, en grande partie basée sur une utilisation croissante de contraceptifs modernes, diffusés par des programmes publics de planification familiale développés dans le cadre de politiques de population datant des années 1960 et 1970 et renforcées dans les années 1980. Elle se base également sur un maintien relatif des effets inhibiteurs de l'allaitement et de l'abstinence durant la période post-partum. La contraception moderne vient ainsi peu à peu conforter les pratiques anciennes d'espacement adoptées pour la santé de la mère et de l'enfant (tableau 3). Cette pratique contraceptive concerne tous les groupes de la population, à des degrés divers mais toujours de manière notable. Au Zimbabwe, en 1999, 44 % des femmes rurales utilisent une contraception moderne (contre 62 % en milieu urbain), 41 % des femmes sans instruction font de même (contre 60 % pour

3. On peut estimer que la baisse de la fécondité avait touché certains groupes particuliers, urbanisés et instruits, de ces pays avant cette période, la baisse pouvant être située pour les milieux urbains de certains pays africains au milieu des années 1960 (Joseph et Garenne, 2001).

Tableau 3. Variables relatives à la régulation de la fécondité et au développement dans six pays africains à la fin de la décennie 1990

	Zambie (1996)	Kenya (1998)	Zimbabwe (1999)	Ghana (1998)	Côte d'Ivoire (1998-99)	Sénégal (1997)
ISF (1)	6,1	4,7	4,0	4,5	5,2	5,7
Contraception totale (2)	25,9	39,0	54,0	22,0	15,0	10,4
Contraception moderne (2)	14,4	31,5	50,0	13,3	7,2	8,1
1er mariage (3)	17,7	19,2	19,3	19,1	18,7	17,4
1re naissance (3)	18,6	19,4	19,9	20,3	19,0	19,8
1er Rapport sexuel (4)	16,4	16,7	18,8	17,6	16,1	17,5
Allaitement (5)	19,7	20,9	19,6	21,5	20,2	20,9
Aménorrhée (6)	11,5	8,9	12,4	10,9	10,6	13,2
Abstinence (6)	4,7	3,1	3,2	8,5	11,8	2,9
Insusceptibilité ¹ (6)	14,1	11,1	15,6	14,0	18,9	15,1
Intervalle intergénérisque (6)	31,9	32,9	39,9	38,2	35,5	33,0
Mortalité infanto-juvénile (7)	197	111	102	108	181	139
Espérance de vie (8)	33,4	46,4	35,4	57,5	41,7	52,3
Alphabétisation des adultes (9)	79,0	83,3	89,3	72,7	49,7	38,3
Taux brut de scolarisation (10)	45	52	59	46	39	38
PIB par habitant (11)	780	980	2280	2250	1490	1500
IDH (12)	0,386	0,489	0,496	0,567	0,396	0,430

Source : (1) à (7) Rapports EDS ; (8) à (12) : Rapport mondial sur le développement humain 2003 (PNUD et Economica, 2003).

(1) Indice synthétique de fécondité pour les femmes de 15 à 49 ans.

(2) Prévalence contraceptive pour les femmes en union (en %).

(3) Âge médian pour les femmes de 25 à 49 ans (en années).

(4) Âge médian pour les femmes de 20 à 49 ans (en années).

(5) Durée moyenne (en mois).

(6) Durée médiane (en mois).

(7) Quotient de mortalité avant 5 ans pour 1000 naissances, 0-4 ans précédant l'enquête.

(8) Espérance de vie à la naissance (en années), en 2001.

(9) Taux de scolarisation des adultes (% de la population de 15 ans et plus), en 2001.

(10) Taux brut de scolarisation combiné (du primaire au supérieur, en %), en 2000-2001.

(11) PIB par habitant (en parité de pouvoir d'achat), en 2001.

(12) Valeur de l'indicateur de développement humain, en 2001.

Note :

1. L'insusceptibilité correspond à la situation d'une femme qui n'est pas exposée au risque de grossesse, parce qu'elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance ou qu'elle est en aménorrhée post-partum.

Figure 1. Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive totale pour 32 pays d'Afrique subsaharienne (enquête la plus récente)

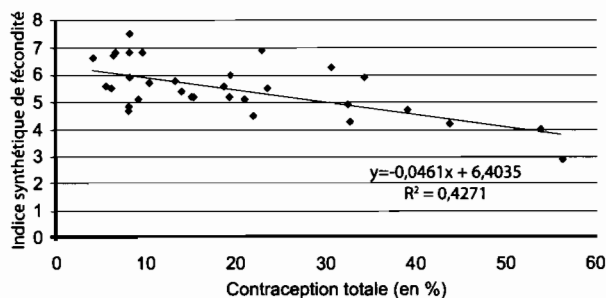
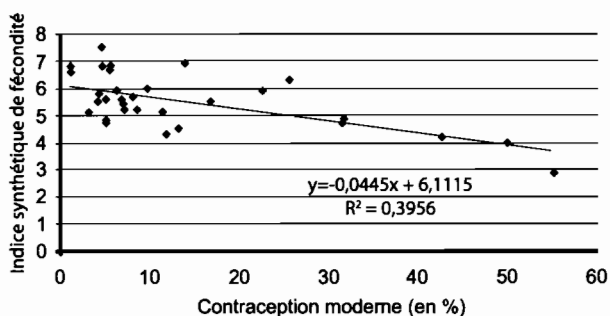


Figure 2. Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive moderne pour 32 pays d'Afrique subsaharienne (enquête la plus récente)



les femmes d'instruction secondaire). Il en est de même au Kenya où, en 1998, 36 % des femmes rurales utilisent une contraception moderne (contre 50 % en milieu urbain) et 23 % des femmes sans instruction font de même (contre 57 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure).

En revanche, ce début de transition de la fécondité ne semble pas s'appuyer sur un recul de l'âge au premier mariage, qui n'est ni systématique ni très important dans les pays où la transition est la plus affirmée. Au Zimbabwe, en 1999, l'âge médian au premier mariage a augmenté de moins d'un an entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,8

à 19,7 ans) (Central Statistical Office et Macro International Inc., 2000). Au Kenya, la baisse est un peu plus prononcée : en 1998, l'âge médian au premier mariage a augmenté de près de deux ans entre les générations âgées de 45-49 ans et celles âgées de 20-24 ans (de 18,4 à 20,2 ans) (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999). Mais cet effet est d'autant moins prononcé que, souvent, la hausse de l'âge au premier mariage s'accompagne d'un accroissement des naissances pré-nuptiales et par conséquent d'un découplage croissant entre nuptialité et fécondité⁴. Ainsi, toujours au Zimbabwe, en 1994, l'âge médian à la première naissance est-il relativement stable entre les générations 45-49 ans et les générations 25-29 ans (19,7 et 20,3 ans respectivement), et au Kenya, en 1998, cet âge moyen a même légèrement baissé (de 19,9 à 19,6 ans). Le postulat d'un retard de l'âge au mariage comme préalable à la diminution de la fécondité et vecteur de cette diminution, défini en tant que mécanisme commun à toutes les populations, paraît peu fondé pour certaines populations d'Afrique subsaharienne.

Le fait que la baisse de la fécondité concerne l'ensemble des catégories socio-économiques tend à démontrer que les déterminants de la transition de la fécondité ont une forte composante centrale valable pour toutes les catégories. Les facteurs socio-économiques, géographiques individuels et communautaires interviennent seulement sur l'intensité relative de la baisse de la fécondité, inégale d'une catégorie de population à l'autre, et non sur l'orientation générale du mouvement (Brass et Jolly, 1993).

Il en est de même pour les progrès de la pratique contraceptive moderne, qui est l'un des facteurs de la baisse de la fécondité dans ces pays. C. Jolly et J. Gribble (1996), utilisant le modèle de Bongaarts de mesure de l'effet des déterminants proches de la fécondité, montrent que ceci se vérifie dès la fin des

4. Le pourcentage de femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels avant le mariage est élevé au Kenya (63 %) et au Botswana (85 %), plus faible au Zimbabwe (26 %). Dans les deux premiers pays, le pourcentage de mères célibataires est important (plus de 40 % au Kenya, plus de 50 % au Botswana) et, malgré le recul de l'âge au premier mariage, la majorité des femmes ont leur premier enfant avant 20 ans (Mboup, 2000).

années 1980⁵. Au Zimbabwe la contraception est le déterminant proche qui réduit le plus la fécondité ; au Kenya ou au Botswana elle vient en deuxième position, derrière l'infécondabilité post-partum mais devant le régime de nuptialité. Ces auteurs montrent également que la croissance de la prévalence contraceptive au Kenya est le principal facteur de la baisse de la fécondité entre 1979 et 1989. Les analyses de G. Mboup (2000) confirment l'importance croissante de la contraception dans la réduction de la fécondité dans ce pays. Au Kenya en 1978, l'infécondabilité post-partum avait un pouvoir réducteur de 36 % et la contraception de 5 % seulement ; 15 ans après, en 1993, leur effet réducteur est devenu équivalent : celui de la contraception (30 %) ayant été multiplié par 6 et celui de l'infécondabilité post-partum ayant légèrement décliné (32 %). La diffusion de la contraception a par conséquent été décisive dans la baisse de la fécondité, et cela tout particulièrement dans les groupes les plus avancés dans la voie de la transition de la fécondité⁶.

Le début de baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest

Pour d'autres pays en revanche, la baisse de la fécondité ne correspond pas à une utilisation de la contraception aussi prononcée, en particulier en Afrique de l'Ouest. Au Ghana, l'indice synthétique de fécondité est de 4,5 enfants par femme, plus faible que celui du Kenya, mais les prévalences de la contraception moderne (13,3 %) et de la contraception totale (22 %) sont nettement inférieures à celles du Kenya. La Côte d'Ivoire est un peu dans le même cas, avec un indice synthétique de fécondité de 5,2 enfants par femme et avec des prévalences de la contraception moderne de 7,2 % et de la contraception totale de 15 %. Le Sénégal et le Togo se situent également dans cette même perspec-

5. Les analyses de C. Jolly et J. Gribble portent sur la première enquête démographique et de santé qui a eu lieu en 1989 au Kenya comme au Zimbabwe.

6. De 1978 à 1993, le pouvoir réducteur de la contraception passe, par exemple, de 96 à 82 % chez les femmes sans instruction et de 83 à 53 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (Mboup, 2000, p. 152).

tive, avec un début de baisse de la fécondité concomitant à une contraception peu répandue.

La faible progression de la prévalence contraceptive est, par ailleurs, assez inégale selon les catégories. Au Sénégal, en 1997, la prévalence, de 10 % à l'échelle nationale, varie de 7 % en milieu rural à 24 % en milieu urbain et de 8 % chez les femmes sans instruction à 43 % chez les femmes d'instruction secondaire ou supérieure. En Côte d'Ivoire, en 1998-99, les chiffres sont respectivement de 10 % et 24 %, de 7 % et 40 %.

La fécondité parvient à un premier stade de transition dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, alors que l'utilisation des moyens contraceptifs concerne une frange restreinte de la population, inférieure à 23 % dans tous les pays de la région, au contraire de ce qui se passe en Afrique de l'Est et australe, où la moitié des pays ont une prévalence contraceptive supérieure à ce chiffre. En dehors de cette opposition relative aux comportements de contraception, on ne note pas, pour les autres facteurs de la fécondité, de distinction très nette entre ces deux groupes de pays, certaines diversités pouvant apparaître dans chacun de ces groupes, en relation avec une hétérogénéité culturelle et économique. On note cependant une pratique plus forte des comportements de réduction de l'exposition au risque de grossesse dans des pays comme le Ghana et la Côte d'Ivoire, qui pourrait expliquer comment la fécondité peut être proche de 5 enfants, alors que la contraception moderne est peu répandue (tableau 3).

Calendrier et facteurs de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

Afin de mieux appréhender les différents calendriers et facteurs de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne, qui concerne des pays se situant à des niveaux inégaux de développement économique et social, nous examinerons en détail quatre pays : Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya et Zambie se situant à des étapes distinctes de la baisse de leur fécondité tout en se caractérisant par des différences dans leurs indicateurs de développement (tableau 3). Durant les

années 1996-99, période des observations analysées ici, ces pays ont eu des niveaux de fécondité assez distincts (avec un ISF de respectivement 5,2, 4,5, 4,7 et 6,1 enfants par femme), et des prévalences contraceptives encore plus éloignées les unes des autres (respectivement 15 %, 22 %, 39 % et 25 %). Cette comparaison sera menée selon des approches agrégées de la baisse de la fécondité et du niveau de la contraception, puis selon deux approches individuelles des déterminants de la fécondité.

L'évolution différente de la fécondité et de son calendrier

La fécondité au Kenya a augmenté du début des années 1960, où l'indice synthétique de fécondité était de 5,3 enfants par femme, à la fin des années 1970, où il était de 8,1. Cette période de progression de la fécondité correspond à une phase initiale de la transition de la fécondité, connue par beaucoup de pays en développement, où l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des femmes entraîne une baisse de la stérilité, de la mortinatalité et une amélioration de la fécondabilité (Robinson, 1992). À partir de la fin des années 1970, la diminution de la fécondité est continue : 8,1 en 1975-78, 6,7 en 1984-89, 5,4 en 1990-93 et enfin 4,7 en 1995-98, soit une diminution de l'indice synthétique de fécondité de 42 % en une vingtaine d'années (National Council for Population and Development et Macro International Inc., 1999).

Les diminutions sont moins prononcées au Ghana et en Côte d'Ivoire, respectivement 31 % et 28 % durant une période comparable. En Côte d'Ivoire, la fécondité maximale est atteinte au début des années 1970, à un niveau un peu plus faible qu'au Kenya (7,9 enfants par femme), et la baisse commence à partir de cette date : 6,9 en 1977-81, 5,7 en 1991-1994 et 5,2 en 1995-1999 (Cochrane et Farid, 1989 ; Institut national de la statistique et ORC Macro, 2001). Au Ghana, la fécondité maximale a été mesurée plus tôt et à un niveau plus faible qu'en Côte d'Ivoire (7,2 enfants au début des années 1960), mais la diminution, commencée à partir de cette date, a été interrompue durant une dizaine d'années (1978-1988) avant de reprendre à un rythme très soutenu

durant la dernière décennie : 6,5 en 1976-80, 6,4 en 1984-1988, 5,5 en 1989-1993 et enfin 4,5 en 1994-1998 (Singh *et al.*, 1985 ; Ghana Statistical Service et Macro International Inc., 1999).

La baisse de la fécondité est encore moins prononcée en Zambie, avec une baisse de 15 % depuis la fin des années 1960. Dans ce pays, la fécondité est proche de 7 enfants par femme d'après les sources disponibles jusqu'au début des années 1980, moment où la baisse est amorcée. La fécondité passe de 7,2 enfants par femme au recensement de 1980, à 6,1 enfants par femme lors de l'EDS de 1996, la dernière EDS de 2001-02 confirmant cette très lente diminution avec un ISF de 5,9 enfants par femme (Foote *et al.*, 1996 ; Central Statistical Office, Ministry of Health et Macro International Inc., 1997).

En observant la baisse de la fécondité par âge de la fin des années 1970 à la fin des années 1990, on constate des différences marquées entre les quatre pays quant à son intensité et à sa répartition par groupe d'âges (tableau 4 et figure 4). Au Kenya, la diminution est rapide pour tous les groupes d'âges et jamais inférieure à 27 %. Si cette baisse est relativement égale d'un groupe d'âge à l'autre jusqu'en 1994, elle s'accroît en 1998 à partir de 35 ans. On peut penser que l'on assiste, là au passage d'une phase à l'autre de la transition où la contraception d'espacement, relative à tous les âges de la vie féconde, s'articule à une contraception d'arrêt, aux âges avancés, de plus en plus marquée, attestée par le début de la stérilisation qui concerne 6,2 % des femmes mariées en 1998, et plus de 10 % des femmes mariées âgées de 35 ans et plus.

Au Ghana, la baisse de la fécondité est importante aux âges élevés (40-49 ans) jusqu'en 1993, durant la première partie de la transition. En 1998, cette diminution a touché les autres groupes d'âges quinquennaux, surtout les plus jeunes, tout en s'accroissant durant les dix dernières années de la vie féconde ; les tranches de 25 à 39 ans ont la baisse la plus faible (de 15 à 25 % seulement).

En Côte d'Ivoire, la diminution est supérieure dans les tranches d'âge extrêmes, les plus jeunes d'une part, les plus âgées d'autre part ; les groupes d'âges de 30 à 39 ans étant moins touchés avec moins de 10 % de baisse en 1990-92 et à peine 20 % en 1995-99 par rapport à 1977-81. On note cependant une

Tableau 4.1. Tendances de la fécondité par âge en Côte d'Ivoire et au Ghana

Côte d'Ivoire							
Groupe d'âges	1977-81	1989-93	1995-99	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1977-81 à 1989-93	de 1989-93 à 1995-99
15-19	207	151	129	27,1	37,7	-2,63	-2,62
20-24	310	254	223	18,1	28,1	-1,66	-2,17
25-29	298	240	225	19,5	24,5	-1,80	-1,08
30-34	245	227	198	7,3	19,2	-0,64	-2,28
35-39	189	172	151	9,0	20,1	-0,79	-2,17
40-44	126	82	80	35,0	36,5	-3,58	-0,41
45-49	57	26	37	54,4	35,1	-6,54	5,88
ISF	7,2	5,7	5,2	20,8	27,8	-1,95	-1,53
Ghana							
Groupe d'âges	1976-80	1988-93	1994-98	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1976-80 à 1988-93	de 1988-93 à 1994-98
15-19	132	119	90	9,8	31,8	-0,83	-5,08
20-24	257	231	192	10,1	25,3	-0,85	-3,36
25-29	266	244	206	8,3	22,6	-0,69	-3,08
30-34	242	215	183	11,2	24,4	-0,95	-2,93
35-39	169	163	143	3,6	15,4	-0,29	-2,38
40-44	135	99	79	26,7	41,5	-2,48	-4,10
45-49	50	29	16	42,0	68,0	-4,36	-10,81
ISF	6,5	5,5	4,5	15,4	30,8	-1,34	-3,65

Source : rapports EDS.

* données aberrantes, non utilisées dans les calculs.

Tableau 4.2. Tendances de la fécondité par âge au Kenya et en Zambie

Kenya							
Groupe d'âges	1975-78	1990-93	1995-98	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1975-78 à 1990-93	de 1990-93 à 1995-98
15-19	168	110	111	34,5	33,9	-2,82	0,18
20-24	342	257	248	24,9	27,5	-1,90	-0,71
25-29	357	241	218	32,5	38,9	-2,62	-2,01
30-34	293	197	188	32,7	35,8	-2,65	-0,94
35-39	239	154	109	35,6	54,4	-2,93	-6,91
40-44	145	70	51	51,7	64,8	-4,85	-6,33
45-49	59	50	16	15,3	72,9	-1,10	-22,79
ISF	8,1	5,4	4,7	33,3	42,0	-2,70	-2,78

Zambie							
Groupe d'âges	1980	1989-1992	1993-1996	Taux de réduction (en %)	Taux de réduction (en %)	Taux moyen annuel de baisse de la fécondité	
	(1)	(2)	(3)	(1)-(2)/(1)	(1)-(3)/(1)	de 1980 à 92	de 1989-92 à 1993-96
15-19	153	156	158	-2,0	-3,3	0,18	0,32
20-24	318	294	280	7,5	11,9	-0,75	-1,22
25-29	323	271	274	16,1	15,2	-1,67	0,28
30-34	289	242	229	16,3	20,8	-1,69	-1,38
35-39	225	194	175	13,8	22,2	-1,41	-2,58
40-44	115	105	77	8,7	33,0	-0,87	-7,75
45-49	17*	31	24	-	-	-	-6,40
ISF	7,2	6,5	6,1	9,7	15,3	-0,97	-1,59

Source : rapports EDS.

* données aberrantes, non utilisées dans les calculs.

forte homogénéisation de la baisse durant la décennie 1990, la Côte d'Ivoire ayant, des quatre pays, la diminution par âge la moins irrégulière, alors que le

Figure 3. Évolution de l'ISF dans les quatre pays étudiés. 1970-2000

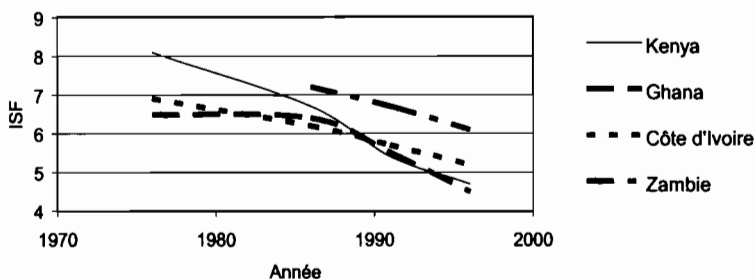
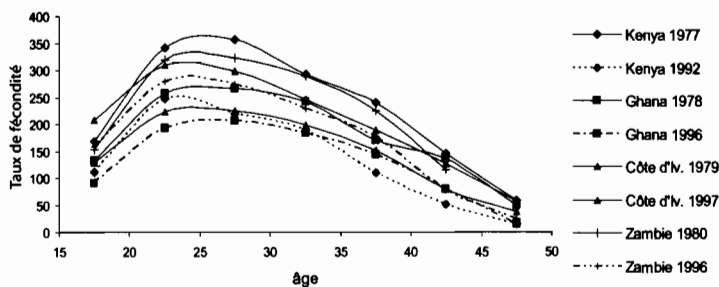


Figure 4. Évolution des taux de fécondité par âge dans les quatre pays étudiés. 1970-2000



Kenya et le Ghana sont marqués par une baisse plus forte durant la seconde partie de la vie féconde. À l'inverse, la Zambie caractérisée par la baisse la plus faible, se distingue également par une diminution plus accentuée au milieu de la vie féconde (entre 25 et 35 ans en 1992, entre 25 et 45 ans en 1996), et une augmentation de la fécondité aux âges extrêmes.

Comme l'indiquent l'évolution de l'ISF (figure 3) et celle des taux annuels de baisse des taux de fécondité (tableaux 4.1 et 4.2), le rythme de diminution est relativement homogène en Côte d'Ivoire et au Kenya sur l'ensemble de la

période étudiée, tout en étant plus lent en Côte d'Ivoire : entre -1,5 % et -1,9 % contre -2,7 % au Kenya. Par contre, en Zambie et, surtout, au Ghana, la baisse est plus rapide durant la période la plus récente (correspondant à peu près aux années 1990) que lors de la phase antérieure (les années 1980), ce qui révèle une accélération de la transition, qui demeure cependant nettement plus lente en Zambie. Les quatre pays se caractérisent par conséquent par une certaine diversité de leurs rythmes de transition.

Des prévalences contraceptives inégales

La contraception des femmes mariées est très inégale entre les pays, la contraception au Kenya (38 %) étant nettement supérieure à ce qu'elle est en Zambie (23 %), au Ghana (21 %) et plus encore en Côte d'Ivoire (16 %). Cette différence repose essentiellement sur une inégalité d'emploi des méthodes modernes de contraception (respectivement 31,5 %, 14,4 %, 13,3 % et 7,2 %). Les prévalences de la contraception naturelle (de 7 à 9 %) et de la contraception traditionnelle (environ 1 %) sont par contre proches dans les quatre pays.

Mais les prévalences contraceptives chez les femmes mariées, qui sont les données les plus communément citées et examinées dans la littérature, ne rendent pas exactement compte du contrôle réel de la fécondité à l'aide de la contraception. Cette mesure est calculée en effet sur un échantillon de femmes qui ne sont pas toutes soumises à un risque de conception, car certaines d'entre elles se trouvent sans partenaire (du fait d'un veuvage, d'un divorce ou d'une séparation) ou dans une période d'abstinence post-partum⁷. C'est pourquoi, nous pouvons lui préférer, comme mesure de l'intensité de la contraception, la prévalence contraceptive chez l'ensemble des femmes sexuellement actives⁸, non enceintes et non ménopausées, quel que soit leur état matrimonial. Cette prévalence de la contraception chez les femmes qui se trouvent effectivement

7. Celle-ci n'étant pas comptée comme une méthode de contraception.

8. Sont considérées comme sexuellement actives, les femmes qui ont eu au moins un rapport sexuel durant les 28 jours précédant l'enquête.

soumises à un risque de conception au moment de l'enquête donne une idée plus exacte du contrôle réel de la fécondité par la contraception (Fassassi et Vimard, 2002).

Chez les femmes soumises à un risque de conception, la différence de prévalence contraceptive totale entre le Kenya et la Côte d'Ivoire n'est que de 14 points, alors qu'elle est de 22 points chez les femmes mariées, les différences entre le Kenya et la Zambie, d'une part, le Ghana, d'autre part, étant par contre peu réduites d'une mesure à l'autre, de 15 à 13 points dans un cas, de 17 à 16 points dans l'autre (tableau 5). Le retard de la Côte d'Ivoire, quant à la pratique contraceptive en usage chez les femmes mariées, est ainsi nettement atténué si l'on considère les femmes soumises au risque d'une grossesse par rapport au Kenya et se trouve inversé vis-à-vis du Ghana. Cette tendance est encore plus nette aux jeunes âges. En effet, chez les femmes soumises au risque

Tableau 5. Prévalence contraceptive (en %) selon la situation des femmes en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

	Côte d'Ivoire 1998-99	Ghana 1998	Kenya 1998	Zambie 1996
Contraception totale				
Femmes en union	16,1	21,1	38,2	22,9
Femmes soumises au risque de conception	36,4	35,0	50,7	37,4
Ensemble des femmes	20,7	18,0	29,9	17,5
Contraception moderne				
Femmes en union	6,1	12,8	31,6	14,4
Femmes soumises au risque de conception	17,0	19,7	40,6	21,5
Ensemble des femmes	9,8	10,7	23,6	11,2

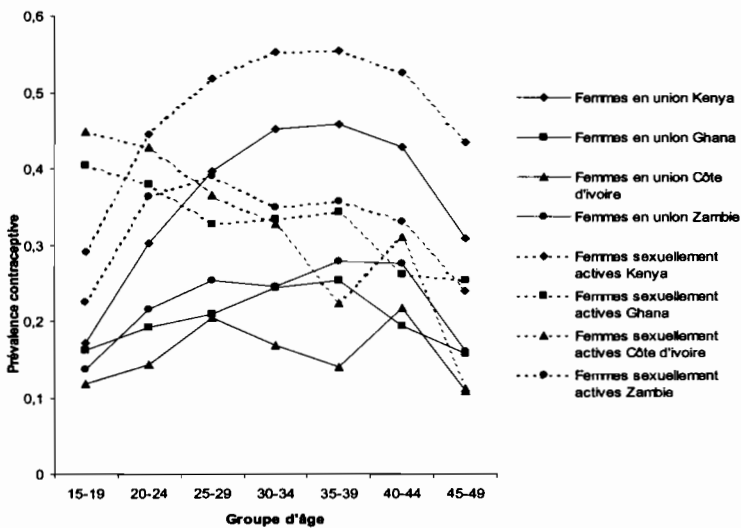
Source : calcul des auteurs à partir des données des EDS.

de conception, la prévalence contraceptive est supérieure en Côte d'Ivoire à 15-19 ans et égale à 20-24 ans à ce qu'elle est au Kenya, et elle est supérieure jusqu'à 25-29 ans à ce qu'elle est au Ghana (figure 5). Pour la contraception

moderne, l'atténuation de la différence entre le Kenya et la Côte d'Ivoire est moindre mais elle demeure : 25,5 point pour les femmes mariées et 23,6 pour les femmes soumises à un risque de conception.

La mesure de la contraception chez les femmes mariées, traditionnellement utilisée dans la littérature, sous-estime le rôle de la contraception comme moyen de contrôle de la fécondité dans les quatre pays considérés ici, et sans aucun doute dans tous les pays, et cette sous-estimation est tout particulière-

Figure 5. Prévalence contraceptive (en %) selon l'âge et la situation des femmes en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie



ment accentuée en Côte d'Ivoire, au Ghana et, dans une moindre mesure, en Zambie⁹. Cette mesure surestime l'écart de prévalence contraceptive entre le Kenya et la Côte d'Ivoire. Au contraire, la forte prévalence aux âges jeunes en Côte d'Ivoire, mais aussi au Ghana, chez les femmes soumises à un risque de

9. Et ce en considérant que, dans leur intention, l'utilisation de certains moyens contraceptifs, comme le préservatif, par des femmes non mariées mais sexuellement actives, est autant un comportement de prévention du VIH/sida qu'une pratique anticonceptionnelle.

grossesse, révèle la volonté de limitation des naissances qui s'exprime dans ces deux pays durant la première phase de la vie reproductive.

Cette volonté existe chez une minorité de femmes mariées, mais elle se manifeste surtout chez les femmes de 15 à 39 ans ne vivant pas en union mais sexuellement actives dont plus de la moitié utilise une méthode quelconque de contraception et plus de 20 % une méthode moderne. Ceci nous montre l'importance, dans le changement des comportements reproductifs, de ces femmes non mariées mais sexuellement actives, qui se révèlent nombreuses en Afrique de l'Ouest, tout particulièrement en milieu urbain, mais sont plus marginales en Afrique de l'Est. Par leur aspiration à un contrôle de leur fécondité, elles contribuent fortement à la maîtrise de la fécondité générale. Ceci confirme l'analyse de D. Kirk et B. Pillet (1998) qui, comparant la prévalence contraceptive de l'ensemble des femmes avec celle des seules femmes en union, déduisent la forte prévalence des femmes non mariées sexuellement actives dans plusieurs pays africains (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria et Togo), et l'importance de cette forte demande de planification familiale de la part des jeunes femmes non mariées pour l'avenir du processus de transition en Afrique subsaharienne, qui avait déjà été soulignée par J. Caldwell *et al.* (1992).

Les différences de fécondité et de contraception selon la résidence et l'instruction

Dans les quatre pays, la fécondité est nettement plus basse lorsque les femmes résident en ville et sont instruites (tableau 6). Par rapport au milieu rural, la fécondité est inférieure de 1,8 enfant par femme en Zambie, de 2 enfants par femme en ville au Kenya et en Côte d'Ivoire et de 2,5 enfants au Ghana. L'écart est plus important selon le niveau d'instruction, entre les femmes analphabètes et les femmes d'instruction secondaire ou supérieure : -2,3 enfants par femme au Kenya et en Zambie, -3 enfants au Ghana et -3,8 enfants en Côte d'Ivoire. Alors que la fécondité des femmes analphabètes est plus faible

au Kenya qu'en Côte d'Ivoire et au Ghana, la fécondité y est plus élevée pour les femmes ayant été scolarisées, quel que soit le niveau d'instruction atteint. L'effet de l'instruction sur la baisse de la fécondité est plus fort dans les deux pays d'Afrique de l'Ouest qu'au Kenya, ce qui sera confirmé par les modèles de régression (voir infra). Ainsi, peut-on penser que le retard de la baisse de la fécondité ivoirienne vis-à-vis de celle du Kenya, et du Ghana, tient beaucoup aux moindres progrès de la scolarisation¹⁰. L'éducation intervient ici de deux manières. D'une part, l'éducation des adultes facilite un changement des comportements de fécondité qui deviennent moins dépendants des normes de la communauté d'appartenance. Elle augmente également les opportunités d'un travail salarié des femmes et par là leur plus grande autonomie dans la famille et la société qui limite leur assujettissement à leur fonction dans la reproduction, deux éléments qui entraînent une baisse de la fécondité (Diamond *et al.*, 1999). D'autre part, lorsque l'éducation de masse des enfants est atteinte dans un pays, cela conduit les parents à investir dans la « qualité » de leurs enfants plutôt que dans leur « quantité », davantage que dans les pays où la scolarisation des enfants est moins répandue. Ceci suscite une baisse de la fécondité plus précoce et plus rapide dans ces pays engagés dans l'éducation de masse, comme le montre une analyse comparative récente de différents pays d'Afrique subsaharienne¹¹ (Lloyd *et al.*, 2000). Et dans le même temps, dans les pays qui disposent d'une éducation de masse, la différenciation des comportements de fécondité par l'éducation devient moins forte, comme on le constate au Kenya.

10. On note en effet un écart important entre ces pays dans les progrès de la scolarisation, en nette défaveur de la Côte d'Ivoire, où, en 1998, au moment des dernières EDS, seulement 36 % des femmes sont alphabétisées, contre 60 % au Ghana, 69 % en Zambie, et 73 % au Kenya. La différence est également sensible pour la scolarisation masculine avec 53 % d'hommes alphabétisés en Côte d'Ivoire, contre 78 % au Ghana, 84 % en Zambie et 88 % au Kenya (PNUD, 2000).

11. On constate également une nette différence entre les pays quant à la scolarisation de masse : dès les années 1990, au Kenya 88 % des filles de 15-19 ans ont bénéficié d'au moins 4 années de scolarisation, contre 75 % en Zambie, 64 % au Ghana et seulement 41 % en Côte d'Ivoire (Lloyd *et al.*, 2000, p. 496).

Quelle que soit la résidence ou l'instruction, la prévalence contraceptive est supérieure au Kenya à ce qu'elle est au Ghana et en Zambie, ces deux pays ayant une plus forte pratique de la contraception qu'en Côte d'Ivoire. Les effets de la résidence et de l'instruction en terme de progression de la prévalence sont relativement comparables d'un pays à l'autre, même s'ils agissent de manière moindre au Ghana sur la contraception moderne que dans les trois autres pays. et en Zambie.

Une hiérarchie distincte des déterminants proches de la fécondité

Pour mesurer l'influence des déterminants proches de la fécondité, nous utiliserons le modèle de J. Bongaarts (1978) adapté par C. Jolly et J. Gribble (1996) pour les populations d'Afrique subsaharienne. Quatre déterminants proches de la fécondité, jugés comme étant les variables intermédiaires majeures de la fécondité en Afrique subsaharienne, sont retenus dans ce modèle : les comportements de nuptialité, les pratiques contraceptives, l'infécondabilité post-partum liée à l'allaitement et à l'abstinence, la stérilité primaire. Dans ce modèle, les effets cumulés de tous les autres déterminants proches sont considérés comme nuls : par exemple, la stérilité secondaire est négligée et l'avortement provoqué n'est pas pris en compte, faute de données fiables.

Au Kenya, l'effet de l'infécondabilité post-partum est sensiblement plus fort que celui de la contraception, lui-même plus élevé que l'effet de la nuptialité. En Côte d'Ivoire comme au Ghana et en Zambie, la situation se caractérise par une hiérarchie différente et plus nette qu'au Kenya : l'effet de l'infécondabilité post-partum est très important et nettement plus affirmé que celui de la nuptialité, lui-même plus important que celui de la contraception (tableau 7). Si l'on compare les quatre pays, on constate que l'inhibition due à la nuptialité, comprise entre 21 % et 25 %, est peu différente d'un pays à l'autre. Par contre, l'inhibition due à l'infécondabilité post-partum est supérieure en Côte d'Ivoire et au Ghana (44 %) à celle de la Zambie (38 %) et du Kenya (35 %), traduisant essentiellement une abstinence post-partum plus longue.

Tableau 6. Fécondité et contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie

	Résidence			Instruction			Ens.
	Rural	Urbain	Aucune	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire et +	
Côte d'Ivoire							
Indice synthétique de fécondité ^a , 1995-99	6,03	4,02	6,19		4,71 ¹	2,30	5,21
Prévalence contraceptive totale ^b , 1998	10,2	24,2	7,7		25,2 ¹	40,3	15,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	4,6	12,4	4,4		10,4	19,6	7,3
Ghana							
Indice synthétique de fécondité, 1994-98	5,41	2,96	5,83	4,94	3,78	2,80	4,55
Prévalence contraceptive totale, 1998	18,1	30,4	13,2	20,3	26,6	42,3	22,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	11,4	17,4	8,9	12,9	16,1	20,3	13,3
Kenya							
Indice synthétique de fécondité, 1995-98	5,16	3,12	5,80	5,24	4,79	3,53	4,70
Prévalence contraceptive totale, 1998	36,2	49,6	22,8	27,9	43,7	56,7	39,0
Prévalence contraceptive moderne, 1998	29,0	41,0	16,1	21,8	37,0	46,3	31,5
Zambie							
Indice synthétique de fécondité, 1994-96	6,86	5,08	6,82		6,66 ¹	4,53	6,08
Prévalence contraceptive totale, 1998	20,9	33,3	17,1	23,4 ¹	37,9 ²	55,4 ³	25,9
Prévalence contraceptive moderne, 1998	8,2	23,6	5,7	11,4 ¹	27,1 ²	48,4 ³	14,4

Source : rapports EDS.

a. Nombre moyen d'enfants par femme.

b. Utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception parmi les femmes en union (en %).

c. Utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception moderne parmi les femmes en union (en %).

1. Primaire complet ou incomplet.

2. Secondaire.

3. Supérieur.

À l'inverse, l'inhibition due à la contraception est plus intense au Kenya (30 %), qu'en Zambie (16 %), qu'au Ghana (14 %) et en Côte d'Ivoire (9 %). L'effet d'une prévalence contraceptive plus élevée, déjà évoqué, se conjugue ici avec une efficacité supérieure des méthodes employées, qui sont plus fréquemment modernes au Kenya. Quant à l'effet relatif à la stérilité, il est très faible dans les trois pays.

L'évolution des effets inhibiteurs des années 1993-94 à la période 1998-99 est commune aux quatre pays. L'inhibition par le mariage progresse assez nettement, celle de la contraception également, mais dans des proportions moindres. Quant à celle relative aux comportements post-partum, elle régresse très légèrement, hormis en Côte d'Ivoire.

Le Kenya est caractéristique d'une évolution du contrôle de la fécondité où l'impact de la contraception se rapproche progressivement de celui de l'infécondabilité post-partum. Au contraire, la Côte d'Ivoire et, dans une moindre mesure, le Ghana, sont dans un mode de contrôle de la fécondité caractérisé par une nette prédominance de l'inhibition par les comportements post-partum, malgré un impact croissant de la contraception et, surtout, du régime matrimonial. La Zambie se caractérise par une situation intermédiaire, ou aucun effet inhibiteur n'est réellement accusé, l'effet de l'infécondabilité post-partum y étant plus faible que dans les pays d'Afrique de l'Ouest, dans le même temps où les effets de la contraception et du mariage sont plus faibles qu'au Kenya.

Plus qu'à une transformation radicale du contrôle de la fécondité, où certains types de comportements en remplaceraient d'autres, on assiste en Afrique subsaharienne à une évolution des modes de contrôle, où les différentes pratiques inhibitrices tendent à conjuguer davantage leurs effets. On constate : a) le maintien, avec un impact inhibiteur élevé, des comportements anciens d'espacement des naissances durant la période post-partum ; b) une modification du régime matrimonial, dans le sens d'un plus grand contrôle de la fécondité, avec un retard de l'âge au premier mariage, même si celui-ci n'est pas aussi déterminant qu'il l'a été dans d'autres populations ; c) une progression de la pratique contraceptive¹². Bien

12. La Côte d'Ivoire est le seul pays, de nos quatre pays étudiés, pour lequel le progrès de l'utilisation du préservatif tient une place importante dans l'augmentation de la contraception : 61 %, chez l'ensemble des femmes, et 37 %, chez les femmes mariées, de l'accroissement de

entendu ces évolutions ne se font pas au même rythme dans les pays considérés et le Kenya a pris une avance certaine en matière d'utilisation de la contraception, alors que les comportements d'espacement des naissances comme l'abstinence y ont des durées plus courtes qu'en Afrique de l'Ouest, et ce depuis longtemps.

Avec ce modèle, l'indice synthétique de fécondité estimé sur la base des effets inhibiteurs calculés, à partir d'une fécondité potentielle de 15,3 enfants, généralement admise, est de 5,2 enfants au Kenya, 5,6 enfants au Ghana, 6,0 enfants en Côte d'Ivoire et 6,3 enfants en Zambie. L'écart avec l'indice synthétique de fécondité observé est important au Ghana (1,1 enfant) et en Côte d'Ivoire (0,8), et plus faible au Kenya (0,5) et en Zambie (0,2). Ces écarts peuvent correspondre à l'effet de l'ensemble des facteurs qui n'ont pu être appréciés dans le modèle. Parmi ceux-ci, il faut souligner les avortements provoqués, dont des études récentes montrent la progression en Côte d'Ivoire durant ces dernières années (Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003). Ceci pourrait expliquer une partie de la réduction de la fécondité, notamment dans les villes et les couches instruites où les femmes utilisent l'interruption volontaire de grossesse comme un moyen de contrôle de la fécondité, faute d'un accès aisé à des méthodes contraceptives efficaces. D'après une application du modèle de Bongaarts aux différentes catégories de femmes en Côte d'Ivoire, l'effet inhibiteur des avortements provoqués était équivalent en 1994 à celui de la contraception et, égal à 6 % pour l'ensemble des femmes, il s'élevait à 14 % chez les femmes résidant en milieu urbain et ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieure (Fassassi et Vimard, 2002). On peut penser que cette situation ivoirienne se retrouve au Ghana, proche culturellement, même si l'accès à la contraception y est un peu plus aisé. En revanche, au Kenya, l'offre mieux structurée et plus accessible de produits contraceptifs modernes doit réduire le recours aux avortements comme moyen de contrôle des naissances. L'ajustement par les couples de la fréquence des rapports sexuels à la descendance souhaitée, phénomène non mesuré par les enquêtes, pourrait également expliquer cet écart entre la

la prévalence des méthodes modernes entre 1994 et 1998-99 peuvent lui être imputés. Ceci révèle l'importance pour ce pays des programmes de prévention du VIH/sida qui ont un effet sur le contrôle de la fécondité, même si leur objectif initial n'est pas celui-ci.

fécondité observée et celle ajustée, comme le suggère une analyse récente de la baisse de la fécondité au Ghana (Blanc et Grey, 2002).

Les déterminants individuels de la fécondité

Pour approfondir notre analyse des facteurs de la fécondité, nous pouvons explorer les déterminants individuels de la fécondité, représentée ici par le nombre d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes démographiques et de santé. Notre choix s'est porté sur cette variable dépendante parce que nous avons des données récentes sur les caractéristiques des femmes (occupation au moment de l'enquête, lieu de résidence, etc.) et de leurs communautés d'appartenance (ménage, unité de peuplement). Un modèle log-linéaire de régression approprié pour l'analyse de ce type de variables (appelées variables de comptage) est le modèle de Poisson parce que ces variables sont distribuées selon une loi du même nom. L'analyse porte sur l'ensemble des femmes en âge de reproduction dans chaque pays. Nous avons introduit dans les modèles initiaux, outre les variables relatives à l'âge de la femme et à l'expérience du décès d'un enfant, les principales variables définissant la position socio-économique de chaque femme : la région et le milieu de résidence, le lieu de socialisation, la religion, l'instruction et l'activité. Le choix de ces variables permet de tenir compte de l'influence différentielle du mode de vie des femmes sur leur niveau de fécondité. Ont été également incluses l'instruction et l'activité du conjoint, sauf pour la Côte d'Ivoire où ces données ne sont pas disponibles en 1998¹³. Les modèles ainsi constitués, à partir des facteurs généralement considérés comme ayant un effet sur le niveau de la fécondité, nous avons défini, pour chaque pays, un modèle bien spécifié à partir des variables véritablement significatives, en éliminant les variables qui n'amélioreraient pas significativement le modèle (tableau 8)¹⁴.

13. L'instruction de certains conjoints aurait pu être saisie à partir du fichier homme ou du fichier couple où un sous-échantillon d'hommes a été tiré, mais l'effectif très faible de femmes dont les conjoints ont été interrogés ne justifiait pas leur prise en compte.

14. La construction de ce modèle ne vise pas à élaborer un modèle explicatif complet des

Tableau 7. Effets inhibiteurs de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum et de la stérilité selon l'année en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya, et en Zambie *

	Côte d'Ivoire 1994	Ghana 1993	Kenya 1993	Zambie 1992
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,740	0,746	0,730	0,753
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,129	1,098	1,123	1,124
Indice de mariage (Cm) ¹	0,835 (16,5 %)	0,820 (18,0 %)	0,820 (18,0 %)	0,846 (15,4 %)
Indice de contraception (Cc)	0,934 (6,5 %)	0,878 (12,2 %)	0,726 (27,4 %)	0,896 (10,4 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,562 (43,8 %)	0,559 (44,1 %)	0,643 (35,7 %)	0,600 (40,0 %)
Indice de stérilité (Ip) ²	0,995 (0,4 %)	1,006 (-0,6 %)	1,015 (-1,5 %)	1,024 (-2,4 %)
ISF estimé**	6,7	6,2	5,9	6,96
Écart ISF estimé - ISF observé	1,0	0,7	0,5	0,7

	Côte d'Ivoire 1998-99	Ghana 1999	Kenya 1998	Zambie 1996
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,695	0,707	0,665	0,685
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,125	1,064	1,121	1,148
Indice de mariage (Cm)	0,782 (21,8 %)	0,752 (24,8 %)	0,746 (25,4 %)	0,786 (21,4 %)
Indice de contraception (Cc)	0,905 (9,5 %)	0,864 (13,6 %)	0,696 (30,4 %)	0,842 (15,8 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,558 (44,1 %)	0,565 (43,5 %)	0,652 (34,8 %)	0,619 (38,1 %)
Indice de stérilité (Ip)	1,045 (-4,5 %)	1,024 (-2,4 %)	1,015 (-1,5 %)	1,029 (-2,9 %)
ISF estimé**	6,0	5,6	5,2	6,3
Écart ISF estimé - ISF observé	0,8	1,1	0,5	0,3

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS.

* Pourcentage d'inhibition entre parenthèse ; ** l'ISF est ici estimé à partir d'une fécondité théorique de 15,3 enfants par femme valable en l'absence d'éléments inhibiteurs.

Notes :

1. Pour tenir compte des naissances hors mariages, fréquentes en Afrique subsaharienne, non prises en compte par la méthode de Bongaarts, C. Jolly et J. Gribble ont calculé Cm comme le rapport de l'ISF et de l'ISFM (ISF des femmes en union) et l'ont décomposé en deux éléments. D'une part Mo, qui mesure l'effet des naissances hors union, et d'autre part C'm, qui mesure l'effet des modèles d'union sur la fécondité dans l'hypothèse où l'ensemble des naissances survient au sein de ces unions. Ainsi $Cm = Mo \times C'm$.

2. Tous ces indices sont normalement compris entre 0 (inhibition totale de la fécondité cumulée) et 1 (effet nul sur la fécondité). Il arrive toutefois que Ip dépasse l'unité. Ce cas se présente lorsque le taux de stérilité, estimé par la proportion des femmes non célibataires âgées de 40 à 49 ans n'ayant pas eu d'enfants, est inférieur à 3 %. La stérilité primaire est alors si faible que son influence est négligeable sur la fécondité. C'est le cas au Kenya et au Ghana, où nous l'avons ignorée pour le calcul de l'indice synthétique de fécondité estimé.

Les modèles de régression montrent que l'absence de décès infantile a un effet significatif de réduction de la fécondité dans les quatre pays, les décès infantiles augmentant la fécondité de 35 à 50 % selon les pays. Il en est de même pour la résidence urbaine, surtout lorsqu'elle concerne la principale métropole, sauf en Zambie où les effets ne sont pas significatifs. Ainsi, la résidence dans la capitale conduit à une diminution de la fécondité de 24 % en Côte d'Ivoire (à Abidjan), 30 % au Ghana et 33 % au Kenya. Et la résidence dans une ville secondaire diminue, de manière significative, la fécondité de 19 % au Ghana et au Kenya. L'instruction de la femme (au niveau secondaire ou supérieur) joue également un rôle, sauf au Kenya où cette variable n'a pas d'effet significatif. Ce rôle est important en Côte d'Ivoire, où l'instruction secondaire ou supérieure diminue la fécondité de 40 %. L'occupation des femmes a un effet notable sur la fécondité du moment, essentiellement lorsqu'il s'agit d'une occupation dans le secteur formel, sauf au Kenya où l'effet de l'occupation n'existe pas. Ainsi, l'occupation dans le secteur formel réduit la fécondité de 13 % en Zambie, 22 % en Côte d'Ivoire et 35 % au Ghana. Quant à l'effet d'une activité hors du secteur agricole exercée par le conjoint, il est inégal selon les pays. Au Ghana et en Zambie, les effets sont souvent forts et significatifs, ainsi l'occupation du conjoint dans le secteur formel réduit la fécondité de 11 % en Zambie et de 26 % au Ghana, celle dans le secteur informel réduisant la fécondité de 11 % en Zambie et de 16 % au Ghana. En revanche, en Côte d'Ivoire et au Kenya, l'effet d'une activité extra-agricole est inexistant. L'ethnie a un effet significatif uniquement en Côte d'Ivoire, où l'appartenance à un groupe ethnique autre que celui des Akan (ethnie la plus scolarisée du pays et insérée précocement dans les activités urbaines) augmente la fécondité de 25 % à 37 % (à l'exception des Krou, où l'effet n'est pas significatif). Quant à la région de résidence, elle agit seulement au Kenya, où l'effet d'une résidence dans une autre région que

déterminants, qui devrait inclure des facteurs proches ou lointains, de la fécondité, mais à mesurer l'effet respectif des modalités socio-économiques les plus déterminantes sur le nombre d'enfants nés vivants au cours des 5 dernières années précédant l'enquête. Nous citerons dans notre commentaire uniquement les effets de modalités significatifs au moins à 10 %.

celle du Rift Valley (région très agricole et l'un des plus faiblement scolarisés du pays) diminue le plus souvent la fécondité et de manière significative.

Les modèles de réduction de la fécondité sont relativement différenciés entre les pays. Pour la Côte d'Ivoire, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence dans la capitale, l'instruction secondaire ou supérieure, les activités formelles ou informelles et l'appartenance au groupe Akan. Au Ghana, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence urbaine, l'instruction secondaire de la femme, l'activité formelle de la femme, l'inactivité du conjoint ou celle qu'il exerce en dehors du secteur agricole. Au Kenya, le modèle fait intervenir l'absence de décès infantile, la résidence urbaine, l'instruction du conjoint, la résidence hors de la région du Rift Valley. Enfin, en Zambie, la baisse de la fécondité repose principalement sur des facteurs tels que l'absence de décès infantile, l'instruction primaire de la femme et du conjoint, l'exercice d'une activité économique formelle ou informelle du conjoint.

Politique de population, crise économique et transition de la fécondité

La baisse de la fécondité au Kenya se caractérise par l'importance des progrès de la prévalence contraceptive comme facteur de la baisse, comme cela a pu être également constaté au Botswana et au Zimbabwe. Cette expérience des pays de l'Afrique de l'Est et australe, où les programmes de planification familiale sont anciens¹⁵ et où de 60 % à plus de 90 % des contraceptifs modernes sont obtenus auprès du secteur gouvernemental, nous enseigne que des programmes de planification familiale sont en mesure d'impulser une croissance importante de la prévalence de la contraception moderne qui contribue à une diminution significative des indices de fécondité. Le caractère public et national des programmes de planification, par conséquent assez homogènes sur l'ensemble du territoire, nous semble devoir expliquer, avec la relative égalité d'accès à l'édu-

15. Au Kenya, les premiers programmes de planification familiale datent de 1967, mais leur montée en puissance a été lente et ne s'est véritablement concrétisée qu'en 1982.

Tableau 8. Déterminants de la fécondité des cinq dernières années
en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Kenya et en Zambie

Variables (modalité de référence)	Côte d'Ivoire	Ghana	Kenya	Zambie
Décès des enfants (aucun)				
Au moins un décès	1,497 ***	1,347 ***	1,476 ***	1,407 ***
Lieu de résidence (rural)				
Capitale	0,758 ***	0,700 ***	0,672 ***	0,930 ns
Autres villes	0,984 ns	0,812 ***	0,809 ***	1,022 ns
Instruction de la femme (aucun)				
Primaire	0,9301	0,992 ns	ns	1,059 *
Secondaire et +	0,5955 ***	0,901 **	-	1,004 ns
Occupation (agricole et autre)				
Sans emploi	0,867 ns	1,056 ns	ns	0,9405 **
Formel	0,778 **	0,654 ***	-	0,866 *
Informel	0,814 *	0,969 ns	-	0,958 ns
Ouvriers	0,9906 ns	0,957 ns	-	0,920 ns
Instruction du conjoint (aucun et primaire)				
Secondaire et +	nd	ns	2,228 ***	0,9507 *
Sans conjoint	-	-	0,811 ***	0,432 ***
Occupation du conjoint (agricole)				
Sans emploi	nd	0,673 **	ns	0,873 ns
Formel	-	0,743 ***	-	0,889 **
Informel	-	0,841 ***	-	0,892 ***
Ouvriers	-	0,837 ***	-	0,958 ns
Sans conjoint	-	0,080 ***	-	0,538 **
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou	1,097 ns	ns	ns	ns
Mandé Nord	1,366 ***	-	-	-
Mandé Sud	1,316 ***	-	-	-
Voltaïque	1,249 ***	-	-	-
Autres Africains	1,368 ***	-	-	-
Région (Rift Valley)				
Nairobi	ns	ns	0,829 *	ns
Central	-	-	0,714 ***	-
Coast	-	-	0,972 ns	-
Easter	-	-	0,811 ***	-
Nyanza	-	-	0,822 ***	-
Western	-	-	1,005 ns	-
Groupes d'âges (15-19)				
20-24	3,313 ***	2,093 ***	2,99 ***	2,22 ***
25-29	3,688 ***	2,217 ***	2,99 ***	2,13 ***
30-34	3,286 ***	1,912 ***	2,44 ***	1,77 ***
35-39	2,767 ***	1,578 ***	1,73 ***	1,44 ***
40-44	1,600 ***	1,170 ns	0,93 ns	0,84 ***
45-59	0,622 ***	0,440 ***	0,35 ***	0,29 ***

Source : calcul des auteurs à partir des données EDS des pays concernés. nd : non disponible
*** significatif à 1 % ** significatif à 5 % * significatif à 10 % ns : non significatif.

cation et à la santé caractérisant ces pays, la généralisation du mouvement de baisse de par la diffusion et l'acceptation des méthodes modernes d'espacement des naissances par la plupart des catégories socio-économiques. Dans ce cadre, l'investissement dans la planification familiale joue tout autant dans le début de la transition que celui dans l'éducation, comme cela a été montré pour le Zimbabwe (Guilkey et Jayne, 1997). Cependant, l'homogénéité démographique de la baisse, mise en évidence durant la première étape de la transition, tend aujourd'hui à s'estomper et la forte diminution de la fécondité en fin de vie féconde indique l'émergence d'une contraception d'arrêt.

Ces éléments sont relativement absents au Ghana et plus encore en Côte d'Ivoire. Au Ghana¹⁶, ce n'est qu'à partir de 1985 que des services relativement satisfaisants purent commencer à être assurés aux populations et de manière assez inégale selon les groupes de population (Locoh et Makdessi, 2000), et en 1993 seulement 37 % des moyens modernes de contraception sont obtenus auprès du secteur public, mais 5 ans plus tard ce sont déjà 47 % qui sont obtenus auprès de ce secteur. Ceci contribue à la plus forte différenciation entre les catégories de la population quant aux progrès de la contraception et à la diminution de la fécondité, dont le contrôle repose davantage qu'au Kenya sur les moyens naturels de contraception et les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances.

La baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire accuse les traits significatifs de l'évolution ghanéenne. Elle dépend moins de la progression de la contraception et repose davantage sur le maintien de pratiques traditionnelles durant la période post-partum. Cette baisse concerne surtout les groupes urbains et instruits, et correspond par conséquent à une plus forte différenciation des pratiques de reproduction entre les groupes socio-économiques. Ce sont des caractéristiques également rencontrées au Sénégal, où la baisse de la fécondité est cependant moins forte (Ndiaye *et al.*, 1997). Ceci semble correspondre, d'une

16. Le Ghana fut, lui aussi, l'un des pays pionniers en matière de formulation de politique de population, avec, dès 1969, l'adoption d'un plan en la matière, mais la mise en œuvre des programmes de planification familiale y fut beaucoup plus inégale géographiquement, en raison d'une désorganisation de l'État et de crises économiques successives.

part, à un développement social plus inégalitaire et, d'autre part, au maintien d'un populationnisme affirmé jusqu'au début des années 1990, avec une mise en place longtemps contrariée des services de planification familiale, 70 % des moyens contraceptifs modernes étant encore obtenus auprès du secteur privé (Anoh *et al.*, 2004)¹⁷. L'expérience ivoirienne de réduction de la fécondité se développe malgré la politique tardive de population et la faible utilisation des méthodes modernes de contraception. Dans ce cas, comme dans celui d'autres pays comparables en Afrique de l'Ouest, pour lesquels des techniques sont disponibles sans être réellement accessibles au plus grand nombre, le changement intervient en relation avec la diffusion de nouveaux modèles familiaux dans les médias (à travers la publicité, les feuilletons télévisés...) et sous l'effet de nouvelles contraintes économiques, générales à l'ensemble du sous-continent.

La Zambie, pourtant proche géographiquement, se distingue également du Kenya. Ce pays a adopté tardivement une politique de population¹⁸ et, si la prévalence contraceptive est comparable à celle rencontrée en Afrique de l'Ouest, la fécondité y est plus forte et encore à l'aube de sa transition : le premier mariage et la première naissance sont précoces, la fécondité demeure forte en début de vie féconde, et l'intervalle intergénérisique est court.

La décennie 1980, qui correspond globalement à la première phase de baisse de la fécondité, est marquée, pour tous les pays considérés ici, par une récession économique qui va d'une simple stagnation (Kenya, Ghana, Sénégal) à des crises plus ou moins sévères (Côte d'Ivoire, Zambie, Zimbabwe). Le début de la transition de la fécondité intervient ainsi dans une période de baisse de revenu des ménages, d'augmentation des coûts d'éducation des enfants et,

17. Le gouvernement ivoirien ne s'est prononcé qu'en 1991 pour une maîtrise de la croissance démographique et la politique nationale de population a été adoptée en 1997 seulement. Depuis 1991, des programmes de planification familiale ont pris leur essor, mais dans des conditions peu favorables à la mise en œuvre d'un programme public fort à l'échelle nationale (activités erratiques des bailleurs de fonds, instabilité des responsables nationaux...).

18. La Zambie a adopté une politique de population en 1989 seulement, et les activités de planification familiale commencèrent à être introduites dans les activités de soins de santé primaire durant les années 1990.

pour certains pays, de réduction des budgets publics de fonctionnement et d'investissement, concernant particulièrement les services scolaires et de santé (Lesthaeghe et Jolly, 1994).

Dans cette période de récession, la baisse de la fécondité est, le plus souvent, la plus nette dans les couches socioprofessionnelles les plus élevées, comme le montrent des analyses agrégées au niveau national ou des approches plus fines (Vimard, 1996). D'une part, l'affaiblissement du contrôle social traditionnel sur la fécondité et l'émergence d'une conceptualisation par les couples eux-mêmes de leur régulation familiale, déterminants dans la baisse de la natalité, apparaissent plus affirmés dans les groupes socioéconomiques les plus instruits et les plus engagés dans l'économie marchande ; les individus plus démunis demeurent intégrés dans des cadres idéologiques de reproduction démographique traditionnels. D'autre part, même en présence de programmes nationaux de planification familiale, la réduction des budgets de ces programmes et celle qui touche les revenus des familles font que les groupes pauvres peuvent plus difficilement accéder aux moyens de régulation de leur fécondité. À cet égard, cette première phase de baisse de la fécondité correspond davantage à une transition de crise concernant les couches moyennes et aisées qu'à un réel malthusianisme des plus démunis. Ceci est confirmé par le rôle des variables liées à la modernisation comme facteurs d'une faible fécondité (résidence urbaine, instruction secondaire, activité dans le secteur formel, absence de décès infantile).

Ce rôle de la crise dans les transitions de la fécondité, mis en avant pour l'Afrique subsaharienne (Boserup, 1985 ; Lesthaegue et Jolly, 1994), mérite cependant d'être mis en perspective. Il apparaît notamment que, si la transition de la fécondité est intervenue ou s'est accélérée, en Côte d'Ivoire et au Kenya comme dans d'autres pays africains, en période de difficultés économiques, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement des cadres sociaux traditionnels, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une prise de conscience

dont les fondements sont plus anciens, en provoquant tout particulièrement une hausse des coûts, effectif et d'opportunité, des enfants. La crise suscite en effet une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements démographiques individuels ne correspondent plus aux nouveaux cadres économiques et sociaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement ou à s'accélérer, au delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme l'évolution du Kenya et du Ghana du milieu des années 1980 à celui des années 1990 le montre (Brass et Jolly, 1993 ; Mboup, 2000).

Sur un plan social, la fécondité diminue en Afrique subsaharienne, alors que les liens intergénérationnels, et les flux de ressources qu'ils sous-tendent, se maintiennent, et ceci aussi bien au Kenya (Dow *et al.*, 1994) qu'en Côte d'Ivoire (Adjamagbo, 1998), et que la famille nucléaire ne devient pas la forme familiale dominante (Vimard, 1997). En ce sens la transition de la fécondité n'est pas la conséquence ou la manifestation concomitante d'une nucléarisation qui n'est pas la règle. Elle résulte davantage d'une modification plurielle et d'une individualisation des projets familiaux, sous la pression des contraintes sociales et économiques.

Les expériences différenciées de la Côte d'Ivoire et du Kenya, comme celle du Ghana, plus médiane, montrent que des éléments sensiblement comparables – progrès de l'urbanisation et des activités marchandes, autonomie des couples et des individus, diffusion de normes occidentales de comportements, coût croissant des enfants – se traduisent dans ces trois pays, comme dans d'autres, par une baisse de la fécondité. Mais ce processus s'effectue selon des configurations et des rythmes sensiblement différents, en référence à des contextes nationaux où l'investissement en capital humain diffère et où les politiques de population et les programmes de planification familiale n'ont ni la même antériorité ni la même efficacité. Le fait que la transition de la fécondité ait pu s'engager si

fortement depuis deux décennies en Côte d'Ivoire en l'absence, d'une part, de programmes de planification familiale et, d'autre part, d'éducation de masse, montre la puissance du mouvement de baisse duquel seuls quelques pays, enclavés ou désorganisés, demeurent encore à l'écart. Mais le mouvement de baisse peut être plus lent pour certains pays, comme la Zambie, lorsque la faible transformation des comportements matrimoniaux et de contraception s'articule avec des pratiques post-partum moins à même de contrôler la fécondité.

À l'avenir, le calendrier de la transition de la fécondité continuera d'être déterminé dans les différents pays par les progrès du développement, relatif notamment à l'éducation des femmes et à la santé des enfants, et de la planification familiale. Des spécificités, liées à la répartition géographique et sociale des équipements et des services, à l'enclavement, au maintien de comportements traditionnels en matière matrimoniale ou d'espacement des naissances, conduiront certains pays à des situations particulières eu égard à un mouvement de baisse assez général mais très inégal.

En outre, la baisse de la fécondité sera également influencée par l'épidémie à VIH-sida dans les pays à forte prévalence. Si les liens entre cette épidémie et la fécondité sont complexes et encore mal quantifiés (Zaba et Gregson, 1998), on commence à mieux percevoir combien l'épidémie peut avoir d'effets sur les facteurs comportementaux et biologiques de la reproduction. L'épidémie accroît la mortalité des adultes et des enfants et déstructure les familles et les couples, cellules de base de la reproduction et de la socialisation des enfants, ce qui devrait diminuer le potentiel reproductif des populations (Ferry, 2001). Dans le même temps, les femmes séropositives s'avèrent moins fécondes, voire moins fertiles, que les femmes séronégatives, dans des proportions pouvant aller de 25 à 40 % (Gray, 1998 ; Gregson *et al.*, 2002). En conséquence, la fécondité des populations les plus touchées par l'infection, souvent situées en Afrique de l'Est ou australe, devrait être assez fortement atteinte, alors que ces populations ayant la plus forte prévalence du VIH-sida sont souvent celles qui ont connu la baisse la plus forte de la fécondité (Gregson *et al.*, 2002). La pandémie de VIH-sida devrait par conséquent accélérer la transition dans ces

pays, sauf si la concomitance d'une mortalité croissante des enfants conduisait à un changement radical des comportements de reproduction, lié aux effets d'assurance et de remplacement.

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A., 1998, Changements socio-économiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest africain : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X Nanterre, janvier 1998, 272 p. + annexes.
- ANOH A. FASSASSI R. et VIMARD P., 2004, Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire, in GAUTIER A. (éd.), Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales, Ceped-LPED-CERPOS, Paris, 2004, pp. 195-231.
- BLANC A. K. et RUTSTEIN S. O., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Yet Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), pp. 209-215.
- BLANC A. K. et GREY S., 2002, « Greater than Expected Fertility Decline in Ghana : Untangling a Puzzle », *J. biosoc. Sci.* (2002) 34, pp. 475-495.
- BONGAARTS J., 1978, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, 4, n° 1, pp. 105-131.
- BONGAARTS J. et WATKINS S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, pp. 639-682.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11, n° 3, pp. 383-397.
- BRASS W. et JOLLY C. L. (éd.), 1993, *Population Dynamics of Kenya*, National Academy Press, Washington, D.C., 183 p.
- CALDWELL J. C., ORUBULOYE I. O. et CALDWELL P., 1992, « Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ? », *Population and Development Review*, 17, n° 2, pp. 211-242.
- CALDWELL J.C. et CALDWELL P., 1993, « The South African Fertility Decline », *Population and Development Review*, vol. XIX, n° 2, pp. 225-262.
- CASTERLINE J.B., 1994, « Fertility Decline in Asia », in LOCOHT. et HERTRICH V. (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, pp. 69-86.

- CENTRAL STATISTICAL OFFICE et MACRO INTERNATIONAL INC., 2000, *Zimbabwe Demographic and Health Survey 1999*, Calverton, 289 p.
- CENTRAL STATISTICAL OFFICE, MINISTRY OF HEALTH ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1997, *Demographic and Health Survey 1996*, Lusaka-Calverton, 273 p.
- CHIMERE-DAN O., 1993, « Population policy in South Africa », *Studies in Family Planning*, 24, n° 1, pp. 31-39.
- CLELAND J. et TIMAEUS I., 1994, « Fertility Change in Sub-Saharan Africa : a Review of the Evidence », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éd.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, pp. 1-20.
- COCHRANE S. H. et FARID S. M., 1989, *Fertility in Sub-Saharan Africa. Analysis and Explanantion*, World Bank Discussion Paper Number 43, Banque mondiale, Washington D.C.
- COSIO-ZAVALA M.E., 2000, « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine », in PILON M. et GUILLAUME A. (éd.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, coll. Colloques et séminaires, Paris, Éditions IRD, pp. 21-33.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. et WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54, n° 3, pp. 427-446.
- DIAMOND I., NEWBY M. et VARLE S., 1999, « Female Education and Fertility : Examining the Links », in BLEDSOE C. H. et al. (éd.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the developing World*, National Research Council, National Academy Press, Washington D.C., pp. 23-48.
- DOW T. E., ARCHER L., KHASIANI S. et KEKOVOLE J., 1994, « Wealth Flow and Fertility Decline in Rural Kenya, 1981-92 », *Population and Development Review*, vol. 20, n° 2, pp. 343-364.
- FASSASSI R. et Vimard P., 2002, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N., *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-Fnuap-IRD, Abidjan, p. 189-213.
- FERRY B., 2001, « La diffusion du sida et son impact sur la croissance démographique », in LÉRY A. et VIMARD P. (coord.), *Population et développement : Les principaux enjeux cinq ans après la Conférence du Caire*, Les documents et manuels du Ceped n° 12, Paris, Ceped/LPE, 2001 : 91-102.
- FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éd.), 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, Paris, Ined-PUF, 371 p.

- GRAY R.H. *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *The Lancet*, vol. 351., pp. 98-103.
- GREGSON S., ZABA B. et HUNTER S.C., 2002, *The Impact of HIV1 on Fertility in Sub-Saharan Africa : Causes and Consequences*, Expert groupe meeting on Completing the fertility transition", Division de la Population, Nations unies, New York, mars 2002, 34 p.
- GUILLAUME A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 2003, 58 (6), pp. 741-772.
- GHANA STATISTICAL SERVICE ET MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Demographic and Health Survey 1998*, Accra et Calverton, 248 p.
- GUILKEY D. K. et JAYNE S., 1997, « Fertility transition in Zimbabwe : Determinants of contraceptive use and method choice », *Population Studies*, vol. 51, n° 2, pp. 173-189.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET ORC MACRO, 2001, *Enquête démographique et de santé. Côte d'Ivoire 1998-1999*, Institut national de la statistique – ORC Macro, Abidjan et Calverton, 298 p.
- JOLLY C. L. et GRIBBLE J. N., 1996, « Les déterminants proches de la fécondité », in FOOTE K. A., HILL K. H. et MARTIN L. G. (éd.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et Documents, Cahier n° 135, Ined-PUF, Paris, p. 71-117.
- JOSEPH V. et GARENNE M., 2001, *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Les dossiers du Ceped n° 66, Ceped, Paris, 64 p.
- KIRK D. et PILLET B., 1998, « Fertility Levels, Trends, and Differentials in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s », *Studies in Family Planning*, 29, 1, p. 1-22.
- KNODEL J., VAN DE WALLE E., 1979, « Lessons from the past : policy implications of historical fertility studies », *Population and Development Review*, vol. V, n° 2, p. 217-245.
- LESTHAEGHE R. et JOLLY C., 1994, « The Start of the Sub-Saharan Fertility Transitions : Some Answers and Many Questions », in CAMPBELL K. L. et WOOD J. W., *Human Reproductive Ecology - Interactions of Environment, Fertility and Behaviour*, Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 709, New York, pp. 379-395.
- LLOYD C. B., KAUFMAN C. E. et HEWETT P., 2000, « The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa : Implications for Fertility Change », *Population and Development Review*, 26, n° 3, pp. 483-515.
- LOCOH T. et HERTRICH V. (éd.), 1994, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Ordina Éditions, 308 p.

- LOCOH T. et MAKDESSI Y., 2000, Les politiques en matière de fécondité en Afrique sub-saharienne, in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, pp. 263-296.
- MARTINE G., 1996, « Brazil's Fertility Decline, 1965-95 : A Fresh Look at Key Factors », *Population and Development Review*, 22, n° 1, pp. 47-75.
- MBOUP G., 2000, « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, p. 133-170.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1994, *Kenya Demographic and Health Survey 1993*, Nairobi et Calverton, 278 p.
- NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT et MACRO INTERNATIONAL INC., 1999, *Kenya Demographic and Health Survey 1998*, Nairobi et Calverton, 285 p.
- N'CHO S., KOUASSI L., KOFFI K. A., SCHOEMAKER J., BARRÈRE M., BARRÈRE B. et POUKOUTA P., 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut national de la statistique, Macro International Inc., 294 p.
- NDIAYE S., AYAD M. et GAYE A., 1997, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*, ministère de l'Économie, des Finances et du Plan et Macro International Inc., Dakar et Calverton, 238 p.
- PNUD, 2000, *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, Paris-Bruxelles, De Boeck université, 290 p.
- PNUD, 2003, *Rapport mondial sur le développement humain 2003*, PNUD et Economica, Paris, 367 p.
- ROBINSON W.C., 1992, « Kenya enters the fertility transition », *Population Studies*, vol. 46, n° 3, pp. 445-457.
- RUTENBERG N., AYAD M., OCHOA L. H. et WILKINSON M., 1991, *Knowledge and Use Of Contraception*, Demographic and Health Surveys Comparative Studies n° 6, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 67 p.
- RWENGE M., 2000, « Planification familiale et fécondité en Afrique subsaharienne francophone », in VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, collection Populations, Paris, L'Harmattan, pp. 171-188.
- SINGH S., OWUSU J. Y. et SHAH I. H. (éd.), 1985, *Demographic Patterns in Ghana : Evidence from the Ghana Fertility Survey 1979-80*, World Fertility Survey, Londres.

- TABUTIN D., 1997, Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificité, changements et incertitudes, Communication au XXIII^e Congrès général de la population (UIESP, Beijing-Chine, octobre 1997), 24 p.
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., 2001, Une analyse régionale des transitions de fécondité en Afrique subsaharienne, Communication au XXIV^e Congrès général de la population (UIESP, Salvador-Brazil, août 2001), 26 p.
- THOMAS D. et MUVANDI I., 1994, « The Demographic Transition in Southern Africa : Another Look at the Evidence from Botswana and Zimbabwe », *Population and Development Review*, 20 (2), pp. 185-207.
- UNITED NATIONS, 2003, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, Population Division, United Nations, New York.
- VIMARD P., 1996, « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in COUSSY J. et VALLIN J. (éd.), *Crise et population en Afrique*, Les Études du Ceped, n° 13, Paris, Ceped, pp. 293-318.
- VIMARD P., 1997, « Modernisation, crise et transformation familiale en Afrique subsaharienne », *Autrepart* (2), pp. 143-159.
- VIMARD P. et Zanou B. (dir.), 2000, Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique, collection Populations, Paris, L'Harmattan, 297 p.
- ZABA B. et GREGSON S., 1998, « Measuring the impact of HIV on fertility in Africa » in CARAËL M. et SCHWARTLANDER B. (éd.), *Demographic impact of AIDS, AIDS*, 1998, 12, Sup. 1, S41-50.

Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne

VALÉRIE DELAUNAY et AGNÈS GUILLAUME

Lors de la Conférence du Caire en 1994 et celle de Beijing en 1995, les États ont adopté des déclarations précisant que les hommes et les femmes de tous âges avaient « le droit de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations unies, 1994). Ces déclarations soulignaient que les programmes en matière de santé de la reproduction devaient être accessibles aux femmes et aux hommes, quel que soit leur âge et leur situation, et en particulier aux adolescents. Si ces conférences ont contribué au développement et au renforcement de ces programmes, ceci a surtout concerné les activités de planification familiale. En effet, la santé sexuelle reste encore une composante négligeable des programmes de santé de la reproduction. On le note en particulier dans les cursus de formation des médecins, personnels de santé et personnels enseignants dans les pays en développement qui n'abordent que rarement ces questions (Haslegrave et Olatunbosun, 2003). Quant à la planification familiale, elle n'est pas encore accessible à toutes les femmes, puisque la cible privilégiée de ces programmes reste souvent les femmes mariées qui recourent à la contraception pour espacer les naissances. La promotion de ces méthodes a pour objectif principal de préserver la santé de la mère et de l'enfant, excluant de fait les jeunes femmes

sans enfants, et ne considère pas assez la question de la sexualité chez les jeunes. Ces éléments sont autant de blocages à l'intégration des questions relatives à la sexualité et à la planification familiale dans des programmes de santé publique et à la satisfaction des besoins des adolescents.

Ce chapitre vise à décrire le contexte de l'entrée en vie sexuelle et féconde des jeunes hommes et femmes en Afrique. L'accent est mis sur le rôle éventuel que le mariage joue dans le début de la vie adulte. Nous analysons les modes de prévention adoptés par les jeunes au début de leur vie sexuelle en considérant le rôle de l'avortement dans la régulation de la fécondité.

L'entrée en vie sexuelle : un contexte nouveau

L'« adolescence » ou la « jeunesse » sont des concepts difficiles à définir, mais l'on reconnaît l'existence d'une période charnière du cycle de vie, passage de l'enfance à l'âge adulte, régie par des normes sociales de comportement. L'adolescent ou le jeune est souvent défini en référence à une classe d'âge¹. Pourtant, même si les risques en matière de santé de la reproduction liés à l'âge sont indéniables (Zabin et Kiragu, 1998 ; Trussell et Pebley, 1984 ; Hobcraft *et al.* 1985 ; Alam, 2000), le risque biologique consécutif aux grossesses trop précoces n'est pas aujourd'hui le plus préoccupant. On s'interroge plus aujourd'hui sur les conséquences sanitaires et sociales d'une sexualité prémaritale. En effet, la diffusion des IST, la multiplication des tentatives d'avortement, les échecs scolaires, les rejets familiaux, la prise en charge des enfants issus de grossesses non désirées sont autant de conséquences récurrentes dans la problématique actuelle de la santé reproductive des jeunes.

Les conditions d'entrée dans la vie sexuelle évoluent et les changements survenus au cours des deux dernières décennies en Afrique subsaharienne, tout comme dans d'autres parties du monde, ne correspondent pas tant à une modification de l'âge au premier rapport sexuel ou à la première naissance,

1. L'âge considéré pour l'adolescence est soit 15-19 ans, soit 10-19 ans, soit 15-24 ans ; dans ses programmes de santé, l'OMS considère comme adolescents la classe 10-19 ans.

qu'à une modification du contexte social dans lequel les jeunes générations entrent dans la vie sexuelle et féconde (Bledsoe et Cohen, 1993). Les hypothèses explicatives de l'évolution des comportements sexuels des adolescents se fondent sur deux propositions : l'une considérant la sexualité prémaritale comme une stratégie économique rationnelle² (Djamba, 1997, Silberschmidt et Rasch, 2001), l'autre comme le résultat d'une désorganisation sociale (Meekers, 1994 ; Bledsoe et Cohen, 1994 ; Calvès, 2000a).

En Afrique subsaharienne, le mariage précoce des filles permettait de contrôler la sexualité des adolescentes en limitant la période de célibat à l'âge pubère, et les rites d'initiation pour les garçons évitaient une sexualité trop précoce. Aujourd'hui, les modifications sociales, économiques et culturelles que connaît l'Afrique subsaharienne conduisent à un recul de l'âge d'entrée en union, au moins pour les femmes, et à un affaiblissement des rites traditionnels régissant l'entrée en vie sexuelle.

Avec le recul de l'âge au premier mariage, la sexualité féminine, autrefois socialement contrôlée par une entrée précoce en union, s'exerce dans bien des cas avant le mariage, échappant au contrôle des aînés (Blanc et Way, 1998). Les jeunes hommes commencent plus tôt leur vie sexuelle (Delaunay et *al.*, 2001 ; Bozon et Hertrich, 2004). Ainsi, on voit apparaître une « période de sexualité juvénile autonome » qui échappe au contrôle de la génération précédente et aboutit à une plus grande individualisation des comportements (Bozon et Hertrich, 2004). Il s'agit en fait d'une période de sexualité prémaritale, caractérisée par une plus grande instabilité, qui est reconnue comme une période de risque d'infection sexuellement transmissible (dont le VIH/sida) et de grossesses non désirées, lorsque aucune prévention n'est pratiquée.

Pour les jeunes non mariés, l'accès aux services de planification familiale et de prévention des IST reste souvent difficile et les personnels de santé ne sont pas toujours réceptifs et accueillants (Olukoya et *al.*, 2001). En effet, l'accueil qui leur est réservé est bien souvent emprunt de la faible reconnaissance des

2. C'est le cas des jeunes filles qui ont des relations sexuelles, souvent avec des hommes plus âgés, en échange d'argent ou de cadeaux.

adultes au droit des adolescents à une sexualité et l'abstinence reste souvent la recommandation première. Les besoins des adolescents sont encore ignorés ou insatisfaits et les conséquences en sont visibles à travers le nombre croissant de grossesses avant le mariage (Meekers, 1994 ; Calvès, 2000b ; Brown *et al.*, 2001 ; Nzioka, 2004 ; Mouvagha-Sow, 2002 ; Mondain et Delaunay, 2003) et la pratique clandestine de l'avortement (Gage-Brandon et Meekers, 1994 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume et Molmy, 2003). Les grossesses hors mariage sont, dans beaucoup de sociétés africaines, mal acceptées. Les jeunes femmes préfèrent souvent avorter que de mener à terme une grossesse rejetée par les parents et potentiellement préjudiciable à la poursuite de leurs études et de leur projet de vie.

L'épidémie de sida a généré un grand nombre de programmes d'information et de prévention. Ces programmes ont contribué à sensibiliser la population aux risques liés à une sexualité non protégée et à rendre plus accessibles les préservatifs : leur utilisation a progressé dans certains pays, mais il est parfois difficile pour les adolescentes d'en négocier l'utilisation (Silberschmidt et Rasch, 2001).

Si de nombreuses études sur les comportements sexuels et de fécondité des adolescents et des jeunes sont aujourd'hui publiées, peu de synthèses sont établies à l'échelle du continent (Mahy et Gupta, 2002). Dans ce chapitre, nous tentons de faire le point sur les niveaux et évolutions récentes en Afrique subsaharienne en matière de sexualité, de fécondité prémaritale, d'entrée en union, de prévention des grossesses et du recours à l'avortement chez les jeunes. Il est en effet intéressant de tirer partie des possibilités offertes par la mise à disposition des résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui présentent des indicateurs comparables sur différents aspects de la santé reproductive des adolescents et des jeunes.

Données

L'étude s'appuie, pour la question de l'avortement, essentiellement sur une revue de la littérature publiée, et pour l'entrée en vie sexuelle et maritale et la

contraception sur les données des EDS³. La qualité de l'information recueillie lors des EDS concernant les âges (âge au moment de l'enquête, âge au premier rapport sexuel, âge au premier mariage) a été évaluée par différentes études (Blanc et Rutenberg, 1990 ; Rutstein et Bicego, 1990 ; Gage, 1995). Cette qualité est meilleure pour les générations les plus jeunes et s'améliore à chaque nouvelle enquête. Nous avons donc choisi d'utiliser, pour chaque pays, l'enquête la plus récente.

Par souci de simplicité, nous emploierons dans le texte le terme d'adolescent(e)s pour qualifier le groupe des 15-19 ans et de jeunes pour celui des 20-24 ans. Le choix de ces classes d'âge est uniquement lié à la manière dont sont produits les tableaux de données que nous utilisons.

Sexualité prémaritale

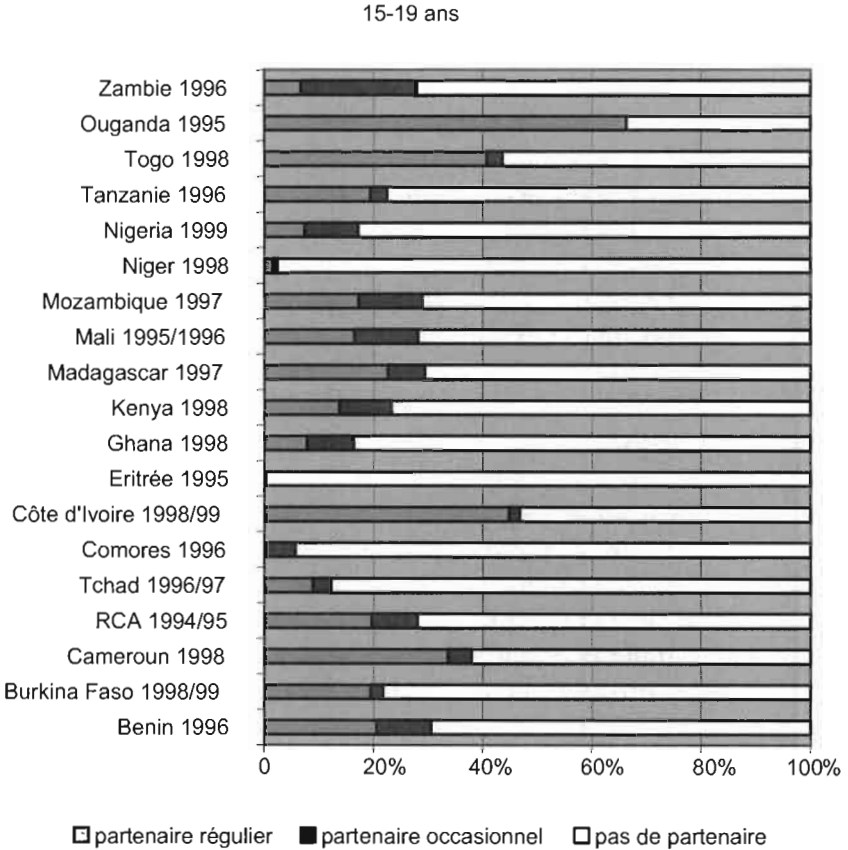
Les questionnaires EDS ne comportent pas toujours de questions sur la sexualité des célibataires. Ainsi, les indicateurs directs sur le niveau et les tendances de la sexualité prémaritale sont peu nombreux.

Mais pour certains pays, une répartition des célibataires adolescentes selon leur type de partenariat sexuel (partenaire occasionnel, régulier ou pas de partenaire) est proposée (figure 1). Aucune donnée similaire n'est disponible pour les hommes.

Les situations et conditions de l'entrée en vie sexuelle sont très diverses selon les pays. La part des adolescentes sexuellement actives varie fortement : très peu d'adolescentes sont sexuellement actives au Niger, en Érythrée et aux Comores (moins de 6 %), alors que deux tiers des jeunes Ougandaises et plus de 40 % des Togolaises et Ivoiriennes le sont. Globalement, ces jeunes femmes ont plutôt des partenaires réguliers. La sexualité avec des partenaires occasionnels est fréquente en Zambie, avec 20 % des adolescentes qui déclarent ce type de partenaire et, dans une moindre mesure, au Mali et au Mozambique (12 %).

3. Les indicateurs présentés proviennent des tableaux proposés sur le site web *Measure DHS+* (<http://www.measuredhs.com>).

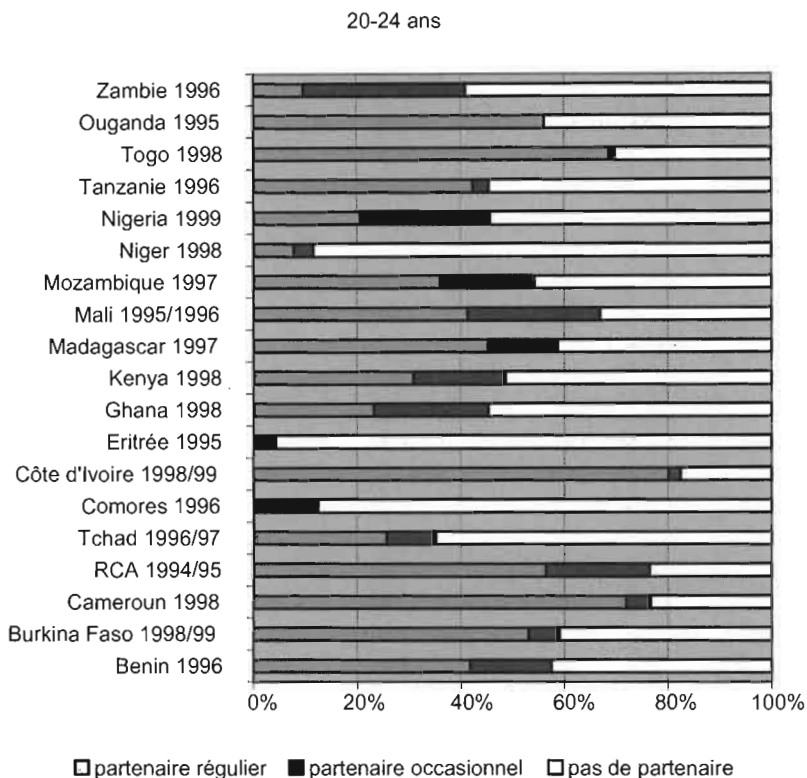
Figure 1. Répartition des femmes célibataires de 15-19 ans et 20-24 ans selon leur partenariat sexuel (partenaire régulier, occasionnel, pas de partenaire). Dernière EDS



L'intensité de la sexualité des jeunes célibataires varie fortement selon les pays et relève probablement d'une modification des normes régissant les comportements sexuels et d'un niveau de contrôle social sur les jeunes femmes très variable. Il est donc clair que la question de la santé reproductive des jeunes, et plus spécifiquement de la santé sexuelle, ne se pose pas dans les mêmes termes dans l'ensemble des pays africains.

Si la sexualité des femmes débute plus ou moins avant le mariage, selon le degré de permissivité sociale, on sait que celle des hommes est généralement

Figure 1 (suite) Répartition des femmes célibataires de 15-19 ans et 20-24 ans selon leur partenariat sexuel (partenaire régulier, occasionnel, pas de partenaire). Dernière EDS



initiée dans le célibat sous l'approbation tacite, parfois incitative, des aînés et des pairs (Singh *et al.*, 2000).

De nombreuses études ont montré que la période de sexualité prémaritale tend à s'allonger, tant pour les hommes que pour les femmes, en raison du recul du mariage (Hertrich, 2001) et d'une puberté plus précoce (Pasquet *et al.*, 1999). Les données des EDS permettent d'observer les niveaux et tendances (selon les générations) des âges au premier rapport sexuel et au premier mariage, tant pour les hommes que pour les femmes, et des âges à la première naissance pour

les femmes, et ainsi d'avoir un panorama général de la période de sexualité et de fécondité prémaritale sur un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne.

Les résultats sont présentés, à l'instar de M. Bozon et V. Herrich (2004), sur un graphique ayant pour abscisse une génération jeune, et pour ordonnée, une génération plus âgée. Cette représentation permet de mettre en évidence les pays pour lesquels l'entrée en vie sexuelle, maritale et féconde est plus précoce (à droite de la diagonale) ou plus tardive (à gauche de la diagonale) au fil des générations.

Les groupes de générations ont été fixés selon les résultats disponibles. Ainsi, les hommes entrant en vie maritale plus tardivement, il est impossible de calculer l'âge médian au premier mariage pour la génération âgée de 25 à 29 ans à l'enquête dans un grand nombre de pays. Nous avons donc choisi de comparer les indicateurs des générations 30-34 ans et 50-54 ans à l'enquête pour les hommes et 25-29 ans et 45-49 ans à l'enquête pour les femmes.

Âge au premier rapport sexuel

L'âge au premier rapport sexuel est longtemps resté un indicateur contesté en raison de la suspicion à l'égard de la réponse à une telle question, jugée trop sensible aux problèmes de mémoire et de mauvaise qualité (Görge et *al.*, 1998 ; Oladepo et Brieger, 2000 ; Caraël, 1995). Force est de reconnaître aujourd'hui l'intérêt d'analyser cet indicateur qui ne semble pas relever de distorsions majeures interdisant son utilisation dans une perspective longitudinale (Bozon et Herrich, 2004 ; Blanc et Rutenberg, 1990 ; Gage, 1995).

Dans les EDS, la question sur l'âge au premier rapport sexuel (abordé par la date de consommation de l'union avec le premier partenaire) a d'abord été introduite pour les femmes au milieu des années 1980, puis pour les hommes au milieu des années 1990. Le fait d'assimiler la date de début de la vie sexuelle à celle du mariage montre bien un présupposé d'absence de sexualité hors mariage⁴.

4. Cependant, les rapports d'enquête ne présentent pas systématiquement les résultats sur l'entrée en vie sexuelle, et ce n'est que récemment que les indicateurs sur l'âge médian au

L'âge médian au premier rapport sexuel varie entre 15 ans au Niger et 20 ans au Rwanda, si l'on considère la génération la plus jeune (figure 2)⁵. La comparaison des résultats obtenus pour les deux générations montre que, dans de nombreux pays, l'âge au premier rapport sexuel des femmes est stable ou un peu plus tardif dans les générations les plus jeunes. Il marque un recul particulier en Mauritanie, au Rwanda, aux Comores, au Sénégal et en Érythrée. Il est légèrement plus précoce dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée) et plus jeune d'une année au Botswana et en Namibie.

L'âge au premier rapport sexuel des hommes des jeunes générations varie entre 16,6 ans au Gabon et plus de 24 ans en Mauritanie. La tendance générale de l'entrée en vie sexuelle des hommes est inverse de celle des femmes. Dans la plupart des pays, l'âge au premier rapport sexuel des hommes tend à diminuer au fil des générations. Seul l'Ouganda présente un recul de l'entrée en vie sexuelle des hommes. La précocité des rapports sexuels est très importante aux Comores, au Sénégal, au Mali, en Zambie et en Guinée où l'âge médian recule de 2 à 4 années.

Une tendance lourde semble donc se dégager pour les hommes, allant vers une précocité de la sexualité dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, tandis que les femmes présentent un retard du premier rapport sexuel.

Âge au premier mariage

Bien qu'il soit difficile de dégager une définition précise du mariage dans les enquêtes EDS, la tendance est de considérer le mariage comme une union reconnue par la religion, la coutume ou la loi. Cependant, les unions libres sont prises en considération lorsqu'elles donnent lieu à une cohabitation.

premier rapport sexuel sont disponibles sur le site web de *Measure DHS+*.

5. On trouvera, en annexe, les tableaux 1 à 3 qui contiennent les données, par pays et selon les générations, des âges médians au premier rapport sexuel, au premier mariage, à la première naissance, ainsi que les écarts de temps entre ces événements.

L'évolution de l'entrée en union peut être évaluée par l'analyse de l'âge médian au premier mariage selon les générations, pour les hommes et les femmes. Les résultats sont présentés, là aussi, pour deux groupes de générations sur un même graphique, permettant une lecture rapide des évolutions (figure 3).

Dans la plupart des pays présentés, les femmes se marient entre 15 ans (Niger) et 21 ans (Rwanda) à l'exception de la Namibie et du Botswana où les femmes entrent en union à 25 ans. La comparaison des indicateurs pour les deux groupes de générations montre que, dans l'ensemble des pays, l'âge d'entrée en union des femmes est stable ou marque un recul. Ce recul est particulièrement important au Soudan (recul de plus de 4 années), en Mauritanie, aux Comores, au Gabon et au Rwanda (recul de 2 à 3 années).

Les hommes entrent en union plus tardivement que les femmes : entre 22 ans (Mozambique, Tchad, Ouganda) et 30 ans (Sénégal). L'évolution de l'entrée en union est moins nette pour les hommes que pour les femmes. Des écarts importants sont à noter aux Comores et au Mozambique, où le mariage des hommes apparaît plus précoce de plusieurs années entre les 2 groupes de générations. En revanche, un mariage plus tardif est relevé au Sénégal, en Côte d'Ivoire et en Mauritanie. L'évolution du mariage masculin ne semble donc pas suivre de schéma général, mais plutôt être propre à chaque situation nationale.

Écart entre le premier rapport sexuel et le premier mariage

Les tendances de l'entrée en vie sexuelle et de l'entrée en vie maritale ne vont donc pas toujours dans le même sens. Pour mesurer l'ampleur de la période de sexualité prémaritale et son évolution selon les générations, nous avons calculé les écarts d'âges pour les hommes et les femmes. L'indicateur est obtenu par la différence entre l'âge médian au premier mariage et l'âge médian au premier rapport sexuel. Un indicateur positif signifie que le rapport sexuel précède le mariage. Pour en évaluer l'évolution selon les gé-

nération, nous avons présenté sur un même graphique l'indicateur obtenu pour deux groupes de génération (figure 4).

Dans l'ensemble, les indicateurs féminins sont tous positifs, ou, au moins le deviennent pour les jeunes générations, sauf pour 2 pays : Niger et Érythrée. La période de sexualité prémaritale des femmes est très faible dans les pays du Sahel (Burkina Faso, Sénégal, Mali, Mauritanie, Tchad), mais aussi en Guinée, au Burundi, en Éthiopie, aux Comores, au Nigeria, au Rwanda et au Zimbabwe. Elle est particulièrement élevée au Botswana et en Namibie où elle est de l'ordre de 6 à 7 années pour les générations les plus jeunes. On constate aussi que, dans la plupart des pays, cette période est en augmentation ; celle-ci est particulièrement rapide au Gabon, Cameroun, Libéria, Kenya et Zambie.

La période de sexualité prémaritale des hommes est beaucoup plus longue que celle des femmes, allant de 2 années au Niger et en Mauritanie, à près de 8 à 9 années au Sénégal, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Kenya et aux Comores. Cette période diminue au Mozambique, où la baisse de l'âge au mariage est plus intense que la baisse de l'âge au premier rapport sexuel. Quatre autres pays présentent, dans une moindre mesure, une diminution de la période d'activité sexuelle avant le mariage : l'Ouganda, les Comores, la RCA et le Ghana. Mais cette période tend à s'allonger dans de nombreux pays, s'expliquant par la précocité des rapports sexuels des hommes. Elle s'est allongée récemment et de manière intense au Sénégal et en Côte d'Ivoire, pays qui conjuguent retard au mariage et sexualité plus précoce.

Dans tous ces pays, d'importants changements se produisent avec, pour certains d'entre eux, l'émergence d'une longue période de sexualité avant le mariage. Cette période peut exposer certaines femmes aux risques de grossesses non prévues, si elles n'utilisent pas de contraception à cause du caractère occasionnel de leur sexualité, ou parce qu'elles n'ont pas la possibilité de recourir à la contraception, de par leur difficulté d'accès aux programmes ou de négociation avec leur partenaire pour l'utilisation d'une méthode.

Figure 2. Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

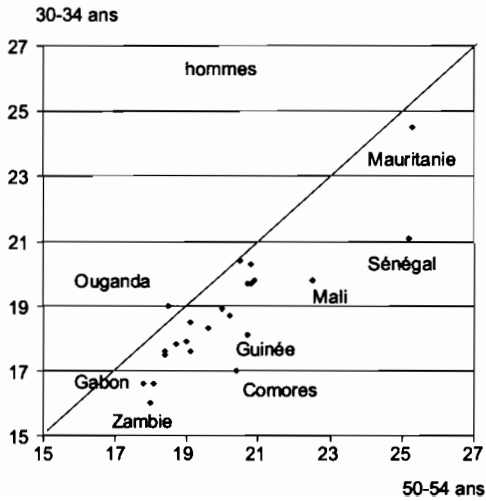
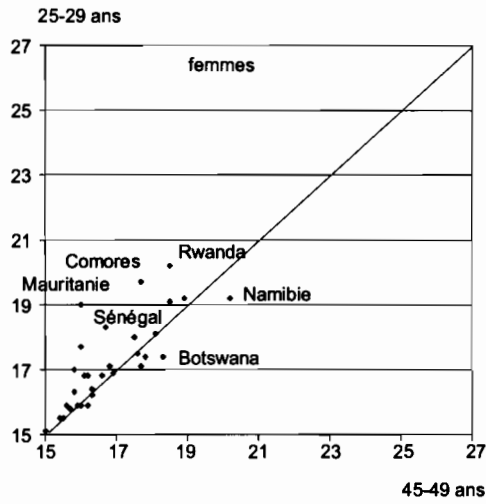


Figure 3. Évolution de l'âge médian au premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

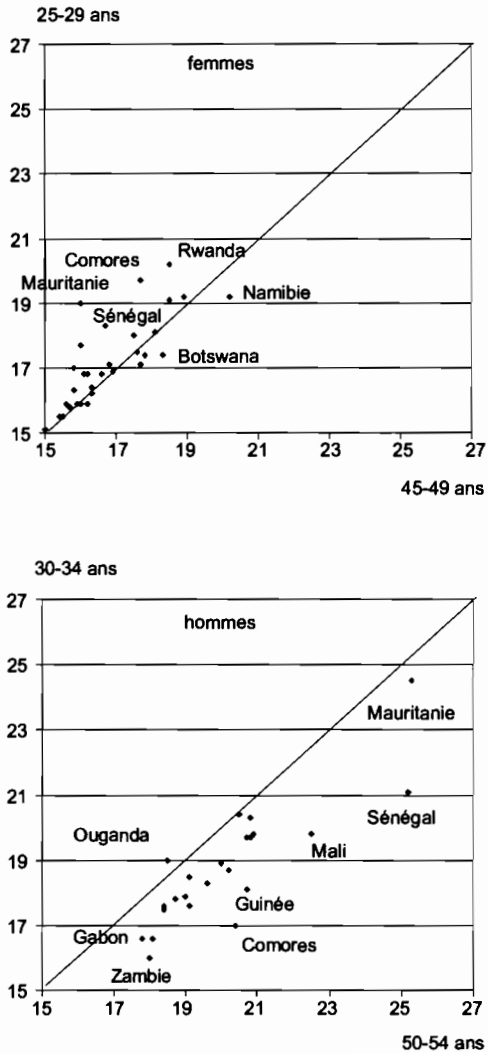
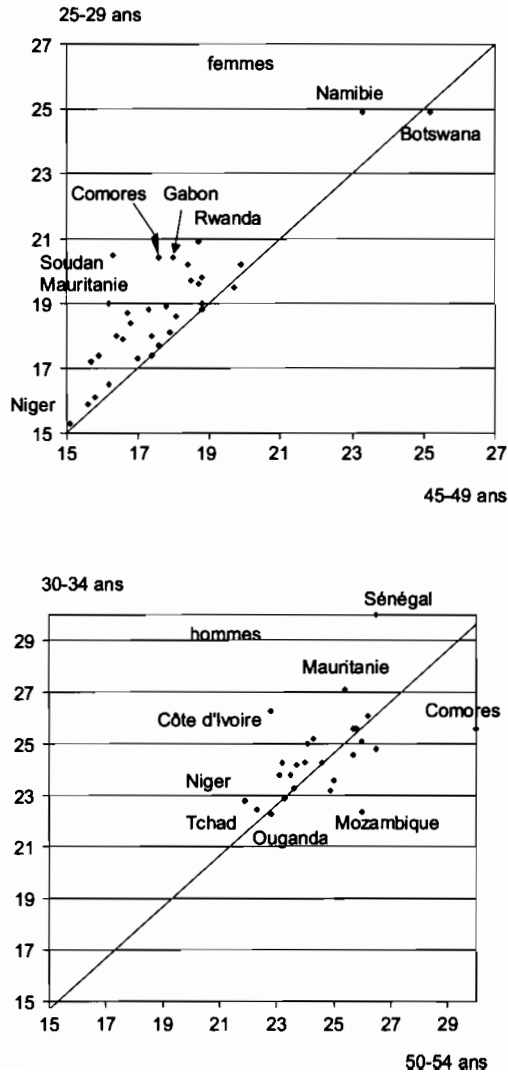


Figure 4. Évolution de l'écart d'âge entre premier rapport sexuel et premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)



La fécondité prémaritale

La période de sexualité prémaritale, qui semble se développer de manière quasi générale sur le continent, a pour conséquence la multiplication des grossesses prémaritales.

Pour en évaluer l'importance, nous comparons les niveaux et les évolutions des âges à la première naissance et de leur écart à l'âge au premier mariage (figures 5 et 6). Cette analyse n'est possible que pour les femmes puisque que les données ne fournissent pas d'indicateurs sur la fécondité masculine.

L'âge médian à la première naissance varie entre 18,2 ans au Tchad et 22,4 ans aux Comores. Il est, pour la plupart des pays, plus tardif pour les jeunes générations. Ce recul à la maternité est particulièrement fort aux Comores et en Mauritanie. Il est concomitant avec le recul du premier mariage observé plus haut.

On constate cependant que dans trois pays, le Botswana, le Libéria et la Namibie, l'âge à la première naissance devient plus précoce. Cette évolution, qui ne correspond pas à une précocité du premier mariage, est le signe du développement de la fécondité prémaritale dans ces pays.

Afin de mieux illustrer ce phénomène, nous présentons l'écart d'âge enregistré entre premier mariage et première naissance. Cet écart est négatif dans 3 pays pour les générations les plus âgées (Botswana, Afrique du Sud et Namibie) et dans 6 pays pour les générations les plus jeunes (les pays déjà cités, plus le Gabon, la Côte d'Ivoire et le Kenya). Cela signifie que dans ces pays, l'âge médian à la première naissance est inférieur à l'âge médian au premier mariage. Ce phénomène semble donc s'amplifier au fil des générations puisque le nombre de pays concerné a doublé.

Dans les autres pays, on constate que l'écart entre mariage et naissance, bien que positif, est plus faible dans la génération la plus jeune, témoignant là aussi de la part grandissante des naissances avant le mariage.

Ces données ne permettent pas cependant d'aborder dans son intégralité la question de l'ensemble des grossesses prémaritales. En effet, nombre de ces

grossesses sont parfois interrompues par des avortements provoqués même si cet acte est légalement ou socialement réprimé, et elles sont également un marqueur de changement des comportements reproductifs des jeunes femmes (voir ci-dessous).

La contraception

Une bonne connaissance...

Dans les EDS, la question de la connaissance de la contraception a été abordée en demandant aux femmes et aux hommes les méthodes contraceptives connues. L'indice de connaissance est basé sur le fait que les enquêtés citent au moins une méthode d'un type donné. Nous l'analysons pour les femmes et les hommes de 15-19 et de 20-24 ans, selon s'ils sont sexuellement actifs, mariés ou non⁶. Cet indice tend à surestimer ce savoir en matière de contraception, puisqu'il suffit de déclarer au moins une méthode pour être inclus dans la catégorie des individus informés sur la contraception, et il ne reflète pas nécessairement une connaissance réelle et approfondie de la contraception, en particulier du fonctionnement des méthodes et de leurs éventuels effets secondaires, qui peuvent être préjudiciables à une bonne utilisation.

Les femmes et les hommes non mariés et sexuellement actifs ont dans l'ensemble un bon niveau de connaissance de la contraception moderne⁷ : plus de 90 % des femmes (dans 22 pays sur 32) et des hommes (dans 20 pays sur 24) connaissent au moins une méthode de contraception moderne. Le préservatif est la méthode la mieux connue, puisque c'est la principale méthode déclarée par les hommes dans 22 pays sur 24 et dans 18 pays sur

6. Dans certains pays, les questions relatives à la contraception ne s'appliquaient pas aux individus non mariés (au Soudan par exemple) et dans d'autres, les hommes n'ont pas été interrogés. Certains pays ont été exclus de l'analyse à cause de la faiblesse des effectifs dans les classes (<à 30).

7. On trouvera dans le tableau 4 en annexe, les résultats par pays, pour les hommes et pour les femmes.

Figure 5. Évolution de l'âge médian à la première naissance dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)

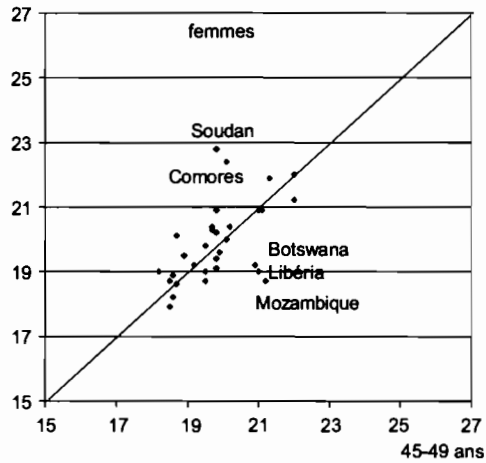
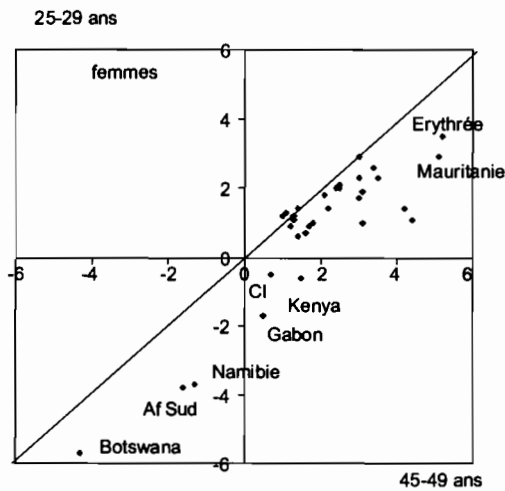


Figure 6. Évolution de l'écart d'âge entre la première naissance et le premier mariage dans les différentes enquêtes entre 2 groupes de générations (source : EDS)



31 par les femmes : en revanche, dans 9 pays, elles connaissent mieux la pilule que le préservatif.

C'est au Tchad, en Mauritanie et à Madagascar que l'on trouve la connaissance la plus faible de la contraception comprise entre 50 et 75 % chez les femmes et inférieure à 50 % chez les hommes.

Les niveaux de connaissance de la contraception sont par contre beaucoup plus faibles chez les femmes et les hommes qui n'ont pas encore débuté leur vie sexuelle. Ils dépassent 90 % pour les femmes dans deux pays seulement les Comores et le Zimbabwe et dans 4 pays pour les hommes (les Comores, le Zimbabwe, l'Ouganda et le Gabon). À l'opposé, le niveau de connaissance est inférieur à 50 % dans 5 pays (Tchad, Mozambique, Burundi, Centrafrique, Burundi) pour les femmes et 3 pour les hommes (Tchad, Mozambique et Mauritanie).

Un lien étroit apparaît donc entre l'activité sexuelle et la connaissance de la contraception moderne.

Les jeunes hommes et femmes en union ont, comparativement aux individus non mariés, une moins bonne connaissance de la contraception, qui, cependant, progresse très nettement avec l'âge. Il est possible que la connaissance de la contraception soit très variable selon le type de méthode chez les hommes et femmes mariés, mais ces données ne sont pas disponibles.

.... Mais une utilisation modérée de la contraception

Les jeunes ont des besoins de prévention très différents selon leur situation matrimoniale. Ainsi, pendant la période d'activité sexuelle prémaritale, ces besoins s'expliquent à la fois parce que les grossesses hors mariage sont mal acceptées dans la plupart des sociétés africaines, et parce que dans certains de ces pays, les infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier de l'infection à VIH, présentent une prévalence importante.

C'est pourquoi, nous avons étudié l'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes et les hommes non mariés mais sexuellement actifs et âgés de

moins de 25 ans (15-19 ans et 20-24 ans), et la comparons à celle des hommes et femmes mariés du même âge. Nous étudions la prévalence des méthodes médicalisées (pilule, DIU, injection), qui est un bon révélateur de l'accès aux programmes, des préservatifs, des méthodes naturelles (Ogino, retrait) et des méthodes populaires.

La pratique contraceptive des jeunes hommes comme femmes, mariés ou non, diffère selon les pays en terme de prévalence, mais aussi de méthodes utilisées ; ces différences sont également marquées entre hommes et femmes (figures 7 et 8, et tableaux 5, 6, 7 en annexe).

Chez les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives (15-19 ans), la prévalence des méthodes médicalisées est faible, puisque inférieure à 10 % dans 22 pays sur 26 : cette prévalence est par contre de 25 et 28 % en Éthiopie et au Botswana et de 62 % en Afrique du Sud où elle repose essentiellement sur l'injection, la principale et souvent unique méthode prescrite dans le cadre des programmes de planification familiale (Dickson-Tetteh et Billings, 2002). Dans 16 pays, les femmes recourent plus aux préservatifs qu'aux méthodes médicalisées, et dans 15 pays, plus aux méthodes naturelles qu'à ces méthodes médicalisées. Cependant, la prévalence du préservatif reste faible (sauf dans 6 pays où elle dépasse 20 %) comme celle des méthodes naturelles qui varie entre 20 et 50 % dans 4 pays seulement.

Chez les femmes non mariées et sexuellement actives, âgées de 20 à 24 ans, des tendances similaires se dégagent. Leur prévalence contraceptive est globalement plus élevée que pour les femmes plus jeunes, notamment pour les méthodes médicalisées : leur prévalence reste cependant faible puisqu'elle est inférieure à 20 % dans 19 pays. Dans 13 pays, les femmes recourent plus aux préservatifs qu'aux méthodes médicalisées, et dans 11 pays, plus aux méthodes naturelles qu'à ces méthodes médicalisées.

Pour les hommes sexuellement actifs et non mariés, la pratique contraceptive diffère de celle des femmes en terme de prévalence et de méthode. Ils déclarent globalement une prévalence contraceptive supérieure à celle des femmes, mais qui repose essentiellement sur le préservatif : elle varie, pour les

hommes de 15-19 ans, de 5 % en Éthiopie à 58 % au Gabon, et, pour ceux âgés de 20-24 ans, de 10 % au Mozambique à 68 % au Zimbabwe. La prévalence des méthodes médicalisées est inférieure à 10 % dans tous les pays ; quant aux méthodes naturelles, elles sont plus fréquemment utilisées que les méthodes médicalisées, en particulier au Cameroun.

Les femmes de 15-19 ans non mariées ont une prévalence contraceptive supérieure à celles des femmes du même âge déjà en union. Ces écarts sont essentiellement dus à une plus forte utilisation du préservatif par les premières dans 14 pays et des méthodes naturelles dans 4 pays. La tendance se confirme également chez les femmes âgées de 20-24 ans, avec des écarts marqués dans la pratique des méthodes médicalisées au Botswana et en Érythrée.

Globalement les hommes de 20-24 ans mariés pratiquent moins la contraception que ceux qui ne sont pas en union, sauf dans 4 pays. La différence de comportement provient essentiellement d'une plus faible utilisation du préservatif chez les hommes mariés : à titre d'exemple, au Zimbabwe, elle est 8 fois moins élevée que chez les hommes non en union. Les hommes mariés recourent plus aux méthodes médicalisées (en particulier au Zimbabwe, où cette prévalence est multipliée par 10), mais aussi aux méthodes naturelles.

Ces résultats appellent plusieurs commentaires. Les jeunes hommes et femmes mariés n'ont pas les mêmes besoins de prévention que les jeunes non mariés : inscrits dans une relation supposée plus stable, le besoin de prévention contre les infections sexuellement transmissibles se fait moins ressentir ; ils sont surtout dans une optique de constitution de leur descendance.

La pratique contraceptive est plus importante chez les jeunes sexuellement actif(ve)s non marié(e)s, dont la pratique est basée essentiellement sur le recours au préservatif et cette utilisation du préservatif est particulièrement répandue chez les plus jeunes et les hommes : cette pratique répond certainement plus à un souci de prévention des IST que des grossesses.

Les hommes adoptent donc des comportements contraceptifs différents des femmes : ils sont peu nombreux à déclarer utiliser des méthodes médicalisées, mais il est possible qu'ils ne soient pas toujours informés, ou ne se préoccupent

pas, de l'utilisation de ce type de méthode par leur partenaire, surtout dans le cas de relations sexuelles occasionnelles. En revanche, ils déclarent plus le préservatif qui est une méthode masculine. Pour les femmes, l'utilisation du préservatif est moins facile, elles doivent la négocier avec leur partenaire, négociation délicate notamment lors des relations sexuelles avec des partenaires plus âgés (Silberschmidt et Rasch, 2001)

Pour les hommes comme pour les femmes, le préservatif occupe cependant une place importante dans le paysage contraceptif en Afrique. Cette méthode que l'on peut qualifier de « méthode à l'acte » correspond mieux aux besoins de prévention pour une sexualité épisodique. Par ailleurs, les campagnes de prévention du sida ont contribué à une large distribution des préservatifs à un coût abordable les rendant facilement accessibles pour la prévention des grossesses mais aussi pour celle des infections sexuellement transmissibles.

Dans ce contexte de faible pratique contraceptive des méthodes médicalisées et d'utilisation fréquente de la contraception naturelle, des grossesses imprévues surviennent, et ces jeunes femmes recourent parfois à l'avortement, si elles ne peuvent accepter cette grossesse, signe d'une sexualité socialement mal acceptée.

L'avortement : une pratique particulièrement à risque chez les jeunes

Dans la plupart des pays africains, l'avortement est interdit ou d'un accès très restrictif. En conséquence, les études sur ce sujet sont rares et les données sont limitées : seules existent des études ponctuelles⁸ (enquêtes auprès de consultants, d'étudiants...), et des études hospitalières qui portent sur les complications de ces avortements (morbidité et mortalité). L'avortement est fréquemment pratiqué avec des méthodes « à risque » et/ou par des personnels médicaux peu qualifiés, sans garantie d'hygiène ni de sécurité suffisantes. Les jeunes femmes recourent souvent à des méthodes peu onéreuses (indigénat,

8. Cette question de l'avortement a été étudiée dans les dernières Enquêtes démographiques et de santé au Gabon, dans les enquêtes CDC au Cap Vert.

Figure 7. Prévalence contraceptive des femmes célibataires sexuellement actives et en union de 15-19 ans et 20-24 ans (source : EDS)

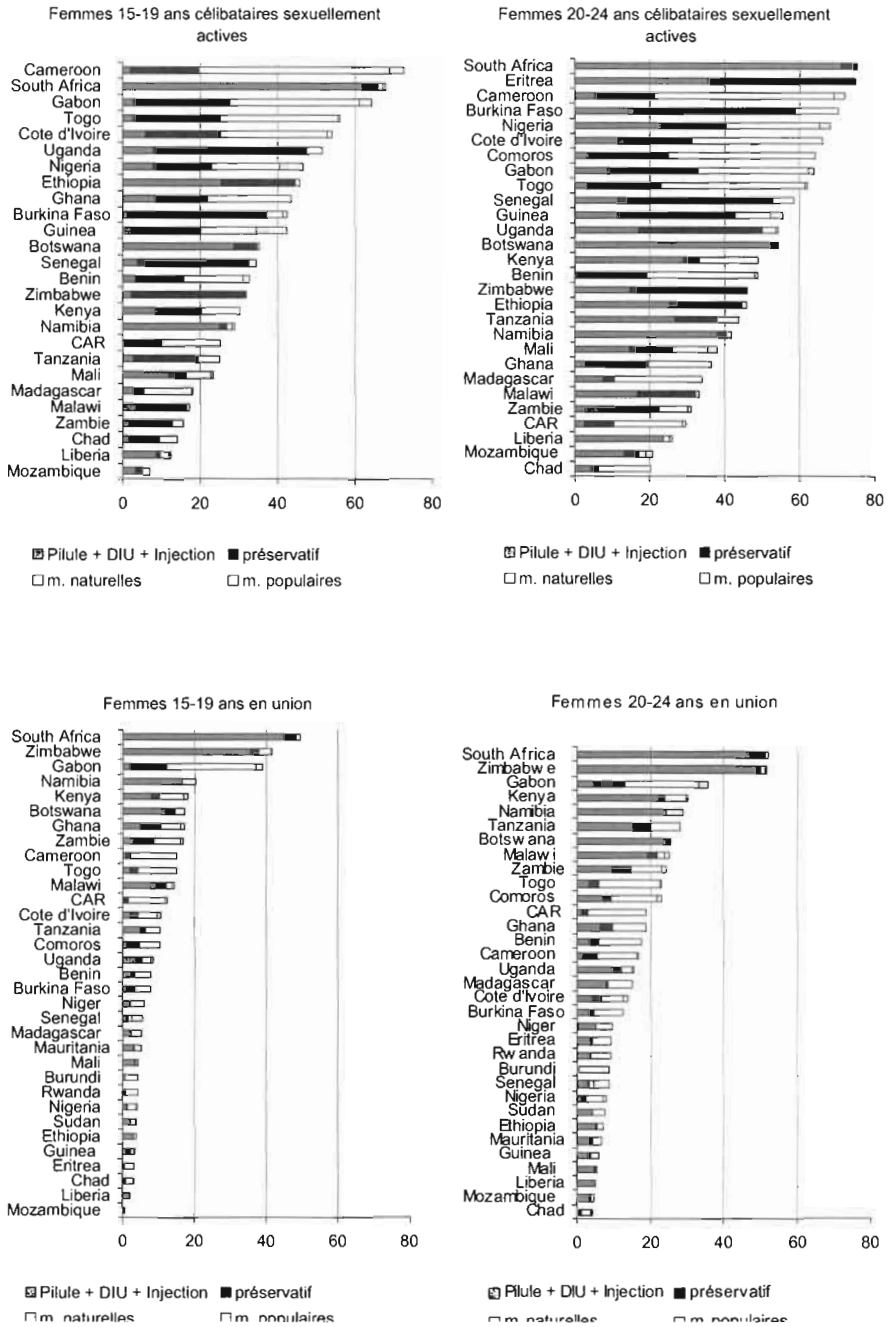
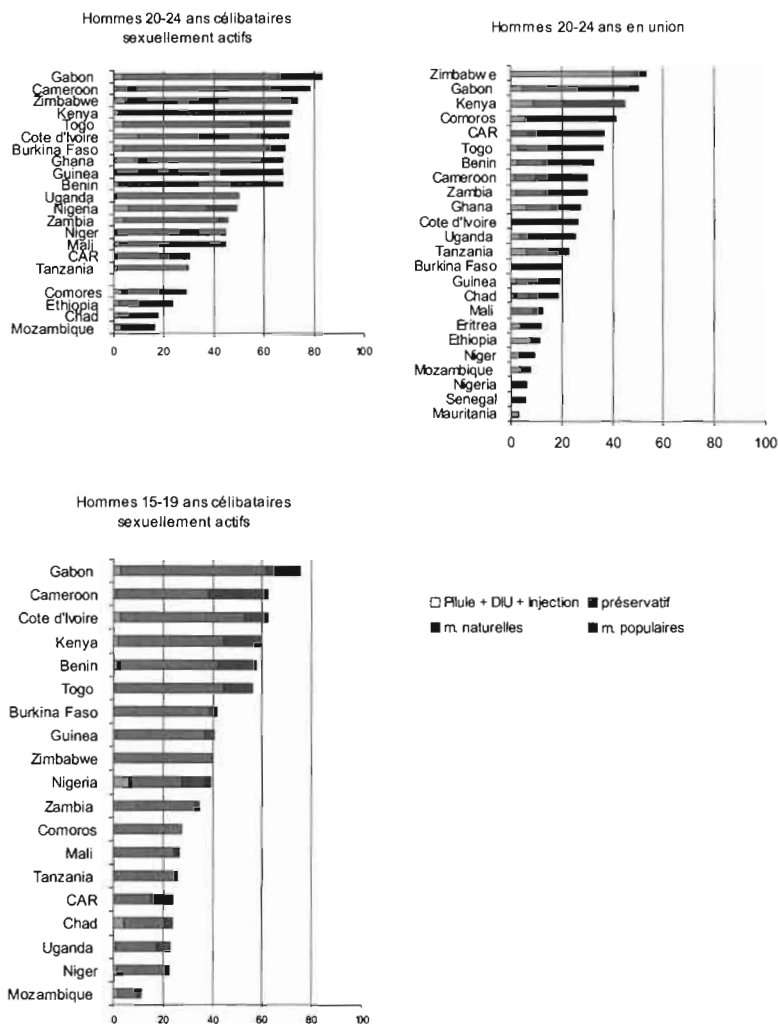


Figure 8. Prévalence contraceptive des hommes célibataires sexuellement actifs et en union de 15-19 ans et 20-24 ans (source : EDS)



produits pharmaceutiques en surdosage....) et avortent à un moment tardif de leur grossesse ce qui les expose à des procédures plus dangereuses (The Alan Guttmacher Institute, 1999) : les avortements en milieu médicalisé qui présentent moins de risque sont souvent trop onéreux pour ces femmes.

Les études en milieu hospitalier dans différentes capitales mettent en évidence une dominante de femmes jeunes parmi les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement : 91 % ont moins de 25 ans dans un hôpital de Nairobi (Ankomah et al., 1997), 59 % au Nigeria (Ezechi et al., 1999), plus de la moitié ont moins de 20 ans à Dar es Salaam et moins de 25 ans à Addis Abeba (Justesen et al., 1992; Tadesse et al., 2001) ; 35 % ont moins de 20 ans et 53 % entre 20 et 30 ans à Abidjan (Goyaux et al., 1999), 19 % ont moins de 20 ans au Bénin, 29 % au Cameroun et 17 % au Sénégal (Goyaux et al., 2001). Les femmes sont victimes de complications généralement suite à un avortement autopratiqué ou pratiqué par un tradipraticien. L'utilisation de médicaments en surdosage (des antibiotiques comme l'ampicilline), ainsi que l'insertion de tubes, de cathéters en plastique ou de tiges métalliques sont aussi des causes fréquentes de complication.

En dehors des études hospitalières, il est très difficile d'avoir une vision globale de la situation de l'avortement, car peu de données nationales existent. Cependant les différentes études soulignent la forte prévalence de l'avortement chez les jeunes femmes et l'importance croissante de cette pratique. En Côte d'Ivoire, 20 % des femmes de moins de 20 ans dans des centres de santé de la ville d'Abidjan en 1998 déclarent avoir eu au moins un avortement. Cet avortement est une façon de retarder leur entrée en parentalité puisque 22 % de ces adolescentes ont interrompu leur unique grossesse par un avortement et 13 % ont terminé leurs deux grossesses par des avortements. Le poids de l'avortement dans la fécondité s'est accentué récemment, confirmant le constat établi par A. Desgrées du Loû et al. (1999), qui avait également mis en évidence cette évolution du recours à l'avortement, particulièrement chez les jeunes générations et les jeunes femmes en milieu urbain. Les taux d'avortement à 15-19 ans

augmentent dans les quinze dernières années (de 47 à 89 pour 1000), ainsi que la part de l'avortement dans le contrôle de la fécondité (Guillaume, 2002).

Deux études menées au Cameroun montrent que les femmes qui avortent sont fréquemment des jeunes femmes célibataires sans enfant (Leke, 1998 ; Meekers et Calvès, 1997). Au Gabon, lors de l'Enquête démographique et de santé, la prévalence de l'avortement chez les jeunes est faible (4 % des femmes de moins de 20 ans), mais si l'on analyse rétrospectivement l'âge des femmes à leur premier avortement, il apparaît que 44 % des avortements se produisent à moins de 20 ans⁹ (Barrère, 2001).

Au Togo, 53 % des femmes qui ont eu un avortement, interrogées dans une enquête en population générale avaient moins de 25 ans et un quart de ces femmes ont mentionné avoir avorté pour pouvoir poursuivre leurs études (URD, 2001). Au Nigeria, une étude auprès de 800 jeunes filles scolarisées (de 12 à 19 ans) souligne que 78 % étaient sexuellement actives et 89 % d'entre elles avaient interrompu leurs grossesses par un avortement (Okpani et Okpani 2000).

Ainsi, malgré les risques inhérents aux avortements clandestins, les jeunes femmes y recourent fréquemment. Cette pratique pose la question de la gestion du risque de grossesse : l'avortement intervient-il après l'échec d'une contraception ou parce que ces jeunes femmes n'avaient pas souhaité ou pu utiliser une méthode ?

L'avortement : un substitut à la contraception ?

Pour les adolescentes, l'avortement est parfois la réponse à une grossesse non prévue ou socialement peu acceptable. A. Olukoya *et al.* (2001) mentionnent différentes raisons au recours à l'avortement : la scolarité, les contraintes économiques, la condamnation sociale d'une grossesse pré-nuptiale, les problèmes de relation avec le partenaire ainsi que des échecs de contraception ou des

9. Nos propres calculs.

grossesses trop rapprochées. L'avortement intervient également en l'absence de contraception pour retarder la venue de la première grossesse.

L'analyse de la pratique contraceptive avant l'avortement révèle les difficultés d'accès à des méthodes efficaces de contraception. Au Cameroun, près de la moitié des femmes n'utilisaient pas de contraception au moment de cette grossesse non prévue ; environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur précédent enfant (Leke, 1998). À Abidjan, la majorité des adolescentes (60 %) n'ont pas utilisé la contraception avant leur avortement ; 23 % de ces jeunes femmes ont avorté à cause de l'échec d'une méthode moderne de contraception et 17 % de celui d'une méthode naturelle (Guillaume, 2003). Ces deux exemples montrent que l'avortement intervient aussi bien en cas d'échec que d'absence de contraception.

Mais parfois les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception et préfèrent avorter, malgré les risques inhérents à ces avortements clandestins. Ainsi, V. Otoide *et al.* (2001) au Nigeria montrent que les adolescentes perçoivent la contraception comme ayant des effets secondaires et des risques sur la fécondité à venir alors que l'avortement ne semble pas présenter ces risques. La contraception est considérée comme contraignante, car elle nécessite une utilisation sur le long terme, à la différence de l'avortement. De plus, l'avortement permet aux femmes de prouver leur fertilité, tandis que la contraception est supposée rendre les femmes stériles, bien que ces risques soient, en réalité, beaucoup plus élevés à la suite d'un avortement clandestin.

Ces réticences face à la contraception sont le signe d'une connaissance très superficielle du fonctionnement des méthodes et révèlent l'insuffisance du *counseling* fait aux femmes lors de la prescription des différents moyens contraceptifs (pilule, DIU et injectable). Les femmes ne sont notamment pas toujours informées des possibilités d'utiliser une autre méthode, dans le cas où celle qui leur a été prescrite ne leur convient pas.

L'expérience d'un avortement amène, dans certains cas, des changements de comportements puisque, comme on a pu le constater à Abidjan, la prévalence contraceptive après un avortement progresse parfois, mais ne se traduit pas

toujours par l'utilisation d'une contraception efficace : ainsi près de deux tiers (64 %) des adolescentes qui utilisaient une méthode naturelle avant l'avortement continuent ce type de méthode malgré son échec, tandis qu'elles sont aussi nombreuses (18 %) à abandonner toute contraception qu'à adopter une méthode moderne (Guillaume, 2003). Le caractère clandestin de l'avortement explique la faiblesse de la prise en charge post-abortum de ces jeunes femmes.

Ainsi l'avortement et la contraception participent à la régulation de la fécondité chez les jeunes en Afrique, mais l'articulation et le choix entre ces deux pratiques est complexe. L'avortement est utilisé à la place de la contraception par les adolescentes qui n'ont pas accès à la planification familiale, par manque de services disponibles ou difficultés pour y accéder, comme au Kenya par exemple (Ankomah *et al.*, 1997). Cette situation se retrouve également en Asie, puisqu'en Chine, la société désapprouve les relations sexuelles prémaritales et une stigmatisation sociale pèse sur ces femmes, l'accès à la contraception ne leur est pas autorisé et l'avortement est leur seule « option contraceptive » (*contraceptive option*) (Lin *et al.* 1999).

Conclusion

Si les enquêtes démographiques et de santé peuvent être largement critiquées dans les concepts qu'elles se proposent de mesurer (Locoh, 1995), elles constituent néanmoins une mine de données standardisées, sur un nombre important de pays en développement. Elles nous permettent notamment de dresser un tableau de la situation de la sexualité et de la contraception chez les jeunes en Afrique subsaharienne.

Dans la plupart de ces pays africains, les jeunes femmes entrent en vie sexuelle et maritale plus tardivement que leurs aînées, mais ce retard est dû à un recul de l'âge au mariage. Cependant, une dissociation croissante apparaît entre l'entrée en vie sexuelle et maritale. Inversement, on note pour les hommes une tendance quasi-générale à la précocité des rapports sexuels. Il en ressort un allongement de la période d'activité sexuelle avant le mariage, tant pour les hommes que

pour les femmes. Au Botswana et en Namibie, l'écart entre le premier rapport sexuel et le premier mariage des femmes est de plus de 6 années pour les jeunes générations. Ces pays se caractérisent par une importante connaissance de la contraception moderne et une plus forte utilisation de la contraception médicalisée chez les adolescentes sexuellement actives, qui reste cependant assortie d'une forte fécondité prémaritale.

La période de sexualité prémaritale des femmes est très courte dans plusieurs pays au Nord de l'Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Sénégal, Niger, Nigeria, Tchad, Éthiopie, Érythrée) mais aussi en Guinée, au Burundi, aux Comores, au Rwanda, et au Zimbabwe, ce qui témoigne d'un plus grand contrôle sur la sexualité des femmes. Ce contrôle semble aussi s'exercer sur les hommes au Niger et en Mauritanie où cette période est la plus faible.

D'importants changements de comportements sont à noter pour les hommes du Sénégal et de Côte d'Ivoire dont les générations les plus jeunes entrent beaucoup plus tôt que leurs aînés en vie sexuelle.

Cette longue période de sexualité prémaritale expose ces jeunes hommes et femmes à des risques en l'absence de prévention des infections sexuellement transmissibles et de grossesses. Les jeunes sexuellement actifs ont de manière générale une bonne connaissance de la contraception, mais leur pratique est très variable en terme de prévalence comme de méthode utilisée. Mais on peut cependant s'interroger sur la question de la signification de la connaissance de la contraception saisie à travers ces enquêtes démographiques et de santé face aux réticences à l'utilisation de la contraception et à l'échec fréquents des méthodes.

Le recours à la contraception médicalisée varie d'un pays à l'autre, ce qui peut s'expliquer par une différence dans l'accès à la contraception des adolescents : accès aux services parfois réservé aux femmes en union ou ayant déjà des enfants, coût, accueil, anonymat.... La prévalence de ces méthodes est cependant plus élevée dans certains pays d'Afrique de l'Est où l'implantation des programmes de planification familiale est ancienne.

L'utilisation de méthodes naturelles, plus forte dans les pays où la prévalence des méthodes médicalisées est la plus faible, semble constituer une alternative aux difficultés d'accès à ce type de contraception : elles sont plus accessibles et gratuites. Les échecs de ces méthodes sont fréquents car les adolescentes méconnaissent souvent leur période féconde (Guillaume, 2002). Les données des EDS pour 25 pays africains montrent qu'entre 5 % et environ 1/3 des femmes de 15 à 49 ans seulement connaissent de façon précise leur période féconde. De plus, ces jeunes femmes ont parfois une sexualité irrégulière qui rend plus difficile l'utilisation de l'abstinence périodique : on peut d'ailleurs s'interroger quand une forte prévalence de l'abstinence est déclarée, à savoir s'il ne s'agit pas d'une longue période sans sexualité plutôt que d'abstinence périodique.

Le préservatif reste la méthode masculine par excellence. Son utilisation a progressé dans certains pays dans un but parfois plus préventif des maladies sexuellement transmissibles que contraceptif. On peut y voir là l'impact des campagnes de prévention du sida et de marketing social des préservatifs qui ont amélioré leur distribution. Cette distribution à travers différents canaux et sans recours à des prestataires de santé, permettant ainsi une utilisation plus anonyme, a certainement facilité son utilisation par un plus grand nombre de jeunes hommes et femmes.

Cette utilisation n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes confrontées au problème de négociation avec le partenaire pour ce type de prévention surtout dans le cas de relations sexuelles avec des partenaires plus âgés (Luke, 2003). Ces jeunes femmes se heurtent aussi parfois à des barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception (Silberschmidt et Rasch, 2001) qui expliquent qu'elle utilisent l'avortement comme une « méthode de contraception ».

Cette pratique de l'avortement, répandue dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, touche particulièrement les jeunes femmes célibataires et devient de plus en plus fréquente dans les jeunes générations. Du fait de son caractère illégal et socialement réprouvé, il est fait dans des conditions

extrêmement risquées. Ce phénomène semble en expansion surtout dans les villes où il est largement pratiqué pour différer l'entrée en parentalité des jeunes femmes, puisque c'est souvent leur première grossesse qui est interrompue par un avortement.

Nombreux sont donc les pays où l'on constate une dissociation entre sexualité et mariage qui conduit à une période d'exposition de plus en plus longue aux risques de grossesses non voulues et d'IST/sida, dans un contexte d'accès limité à la contraception pour les jeunes. Il semble que la non reconnaissance par les adultes du droit des adolescents (et surtout des adolescentes) à la sexualité, qui prévaut dans la plupart des pays, constitue un obstacle majeur à la mise en place de programmes librement accessibles, et cela à différents niveaux : tant au niveau des utilisateurs (bonne connaissance des risques et des moyens préventifs, prise de décision, accueil et conseil dans les structures, choix des méthodes, nécessité de l'anonymat, ...) qu'au niveau institutionnel (choix politiques, application des programmes, formation du personnel, ...).

Il est clair aujourd'hui que la connaissance de la contraception est un préalable nécessaire à son utilisation, mais ne suffit pas à sa pratique : le développement des programmes et leurs conditions d'accès pour les jeunes, le *counseling* dispensé lors de la prescription, la perception de la contraception ainsi que le soutien de l'entourage sont également des facteurs qui influencent fortement à la pratique contraceptive.

Ce premier bilan montre que les connaissances évoluent en matière de contraception et de santé reproductive, mais les comportements changent lentement et les barrières sont à identifier à différents niveaux : au niveau des adolescents qui doivent accéder à une meilleure connaissance de leur physiologie et des risques liés à la sexualité (Gallant et Maticka-Tyndale, sous presse), au niveau de la famille qui peut être un lieu d'information et de soutien dans la prévention (Oyediran *et al.*, 2002), au niveau des institutions, qui doivent mieux prendre en compte les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive dans l'ensemble du système de prise en charge.

Les programmes, développés essentiellement par, ou avec, l'appui d'ONG, s'adressent directement aux adolescents, via les pairs (Agah, 2002) ou à travers des programmes d'éducation à la sexualité (Irvin, 2000). D'autres programmes, développés par les agences internationales¹⁰ (FNUAP, USAID), semblent surtout axés sur la sensibilisation aux problèmes relatifs à la sexualité et à la planification familiale plus qu'à un accès libre aux moyens de prévention. En effet, d'une manière générale, les supports pédagogiques utilisés dans les campagnes prônent bien souvent l'abstinence comme première recommandation donnée aux adolescents, et tendent à responsabiliser les jeunes filles plutôt que les garçons (Adjamagbo, communication personnelle). Pour que les pratiques de prévention évoluent, il faut qu'un changement s'opère dans la société pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue et que les grossesses hors mariages soient plus facilement acceptées, mais aussi pour que les femmes puissent accéder plus librement à la prévention et mener une sexualité à moindre risque.

Certains auteurs proposent d'adapter les programmes d'enseignement du corps médical afin de mieux répondre aux besoins, entre autres, des adolescents en matière de santé reproductive (contraception, IST) (Haslegrave et Olatunbosun, 2003).

Les difficultés auxquelles font face les jeunes Africains d'aujourd'hui sont conceptualisées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de triple défi, ou Triple U : *Unprotected sex, Unwanted pregnancy and Unsafe abortion*, concept qui n'est pas spécifique à l'Afrique, puisque la question se pose dans des termes très proches en Amérique latine et aux États-Unis.

Il faut aussi souligner le fait que cette description un peu stéréotypée et catastrophique masque une réalité plus variée où la non utilisation de la contraception correspond aussi à la volonté d'entamer une grossesse : par envie de maternité, pour mieux négocier une union (soit avec le partenaire, soit avec la famille), ou encore pour obtenir une preuve de fertilité, quitte à solder la grossesse par un avortement.

10. Des centres destinés à l'accueil des adolescents prennent place, essentiellement dans les milieux urbains.

Il semble donc important que s'engage une réflexion plus large sur les politiques de santé de la reproduction à l'égard des adolescents et des jeunes, leurs applications et leur acceptabilité, afin de considérer notamment dans quelles mesures elles répondent aux attentes réelles et quels en sont les effets pervers.

Références bibliographiques

- AGHA S., 2002, « A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in Sub-Saharan Africa », *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 2, pp. 67-70 & 113-118.
- AGYEI W. K. et EPEMA E. J., 1992, « Sexual behavior and contraceptive use among 15-24 years old in Uganda », *International Family Planning Perspectives*, vol. 18, n° 1, pp. 13-17.
- ALAM N., 2000, « Teenage motherhood and infant mortality in Bangladesh : maternal age-dependent effect of parity one », *Journal of biosocial Science*, vol. 32, n° 2, pp. 229-236.
- AMEGEE L. K., 2002, « Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N., *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, Côte d'Ivoire, ENSEA, FNUAP, IRD, pp. 297-320.
- ANATE M., AWOYEMI O. *et al.*, 1995, « Induced abortion in Illorin, Nigeria », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 49, pp. 197-198.
- ANKOMAH A., ALOO-OBUNGA C. *et al.*, 1997, « Unsafe abortion : method used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila », *Health Care for Women International*, vol. 18, pp. 43-53.
- BARRÈRE M., 2001, « Avortement », *Enquête Démographique et de santé Gabon 2000*. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA, pp. 86-98.
- BLANC A. K. et RUTENBERG N., 1990, Assessment of the quality of data on age at first sexual intercourse, age at first marriage, and age at first birth in the Demographic and Health Surveys. An assessment of DHS-I data quality. DHS Methodological Reports, n° 1, Colombia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems.
- BLANC A. K. et WAY A. A., 1998, « Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 106-116.

- BLEDSON C. et COHEN B. (éd.), 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.
- BOZON M., 2003. « À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Population & Sociétés*, vol. 391, pp. 1-4.
- BOZON M. et HERTRICH V., 2004, « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine », in GUILLAUME A. et KHLAT M. (éd.), *Santé de la reproduction au temps du sida*, Editions du Ceped, Paris, pp. 35-53.
- BROWN A.D., JEJEEBHOY S.J., SHAH I. et TOUNT KM, 2001, *Sexual relations among young people in developing countries : evidence from WHO case studies*, Occasional Paper, 4, WHO, Geneva, 50 p + annexes.
- CALVÈS A., 2000a, « Premarital sexuality and fertility in Cameroon : relevance of the social disorganization and rational adaptation models », in TABUTIN D., GOURDIN C., MASUY-SROOBANT G. et SCHOUMAKER B. (éd.), *Théories, Paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Actes de la Chaire Quetelet 1997, Académia-Bruylant, l'Harmattan, pp. 397-418.
- CALVÈS A., 2000b, « Premarital childbearing in urban Cameroon: Paternal recognition, child care and financial support », *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 30, n° 1, pp. 443-452.
- CARAËL M., 1995, « Sexual Behavior », in CLELAND J. and FERRY B. (éds), *Sexual Behavior and AIDS in Developing Countries*, Genève, WHO/Taylor & Francis, pp. 75-123.
- DELAUNAY V., ENEL C., LAGARDE E., DIALLO A., SECK K. et BECKER C., 2001, *Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais*, Les Dossiers du Ceped, vol. 65, 34 p.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P. *et al.*, 1999, « L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité? », *Population*, vol. 54, n° 3, pp. 427-446.
- DICKSON-TETTEH K. et BILLINGS D. L., 2002, « Abortion care services provided by registered midwives in South Africa », *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 3, pp. 144-150.
- DJAMBA Y. 1997, « Financial capital and premarital sexual activity in Africa : the case of Zambia », *Journal of Biosocial Science*, vol. 16, n° 3, pp. 243-257.
- EZECHI O. C., FASUBAA O. B. *et al.*, 1999, « Contraceptive promotion and utilization : solution to problem of illegally induced abortion in countries with restrictive abortion law », *Nig. Qt. Hosp. Med.*, vol. 9, n° 2 (avril-june 1999), pp. 167-168.

- GAGE A., 1995, *An assessment of the quality of data on age at first union, first birth and first sexual intercourse for phase II of the Demographic and Health Surveys Program*, DHS Occasional Papers, n° 4, Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- GAGE-BRANDON A. et MEEKERS D., 1994, « Sexual activity before marriage in sub-saharan Africa », *Social Biology*, vol. 41, n° 1-2, pp. 44-60.
- GÖRGEN R., YANSANÉ M.L., MARX M. et MILLIMOUNOU D., 1998, « Sexual behavior and attitudes among unmarried urban youths in Guinea », *International Family Planning Perspective*, vol. 24, n° 2, pp. 65-71.
- GOYAUX N., E. ALIHONOU F., DIADHIOU R. LEKE et THONNEAU P., 2001, « Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries : a hospital-base study among WHO collaborating centers », *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 80, pp. 568-573.
- GOYAUX N., YACE-SOUMAH F. et al., 1999, « Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast) », *Contraception*, 60, n° 2, pp. 107-109.
- GRAHAM M.J., LARSEN U. and XU X., 1999, « Secular trend in age at menarche in China : a case study of two rural counties in Anhui Province », *Journal of Biosocial Science*, vol. 31, n° 257, p. 267.
- GUILLAUME A., 2002, L'avortement en Afrique : une pratique fréquente chez les adolescents ?, communication au Colloque de l'AIDELF, Dakar, 2002, 15 p.
- GUILLAUME A. et DESGRÉES DU LOÛ A., 2002, « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion, or both ? » *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, n° 3, pp. 159-166.
- GUILLAUME A. 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population (Fr)*, 2003, vol. 58, n° 6, pp. 741-771.
- GUILLAUME A. et MOLMY W. (en collaboration), 2003, *L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*. Paris, Ceped : CDrom et site web : <http://ceped.cirad.fr/avortement/fr/index.html>
- HASLEGRAVE M. et OLATUNBOSUN O., 2003, « Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries », *Reproductive Health Matters*, vol. 11, n° 21, pp. 49-58.
- HERTRICH V., 2001, Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années, communication au colloque *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, 16-21 juillet 2001, 39 p.

- HOBcraft J.N., McDONALD J.W. et RUSTSTEIN S.O., 1985, « Demographic Determinants of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis », *Population Studies*, vol. 39, pp. 363-385.
- IRVIN A., 2000, La mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigeria et du Cameroun sur la sexualité et le genre, International Women's Health Coalition, New York, 36 p.
- JUSTESEN A., KAPIGA S. H. et al. 1992, « Abortion in Hospital setting : hidden realities in Dar es Salaam Tanzania », *Studies in Family Planning*, vol. 23, n° 3, pp. 325-332.
- LEKE, R.J., 1998, « Les adolescents et l'avortement », in KUATE-DEFO B. (éd.), *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Montréal, Ediconseil Inc., pp. 297-306.
- LIN L., W. SHI-ZHONG et al., 1999, « Induced abortion among unmarried women in Sichuan Province, China : A survey », in MUNDIGO A. et INDRISO C. (éd.), *Abortion in the developing world*, New Delhi, WHO, pp. 337-345.
- LOCOH T., 1995, « Parlons des EDS : l'analyse statistique est-elle neutre ? », in VAL-LIN J. (éd.) *Clins d'oeil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Paris, CEPED, pp. 143-155.
- LUKE N. 2003, « Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in Sub-Saharan Africa », *Studies in Family Planning*, 34, n° 2, pp. 67-86.
- MAHY M. et GUPTA N., 2002. *Trends and differentials in adolescent reproductive behavior in Sub-Saharan Africa*. DHS Analytical Studies N°3, Calverton, Maryland : ORC Macro, 40 p.
- MARYLAND, EDITOR, 1995, An assessment of the quality of data on age at first union, first birth, an first sexual intercourse for phase II of the demographic and health surveys program.
- MEEKERS D., 1994., « Sexual initiation and premarital chilbearing in Sub-Saharan Africa », *Population Studies*, vol. 48, n° 1, pp. 47-64.
- MEEKERS D. et CALVÈS A., 1997, *Gender differentials in adolsecent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon*, Working paper n° 4. Washington, PSI Research division, 50 p.
- MONDAIN N. et DELAUNAY V., 2003, *Life before marriage. Changes in couple formation and premarital pregnancies among the sereer sin in Senegal*, Working Paper Series, Harvard Center for Population and Development Studies, vol. 13, n° 3, pp. 1-32.

- MOUVAGHA-SOW M., 2002, *Processus matrimoniaux et procréation à Libreville (Gabon)*, Université de Paris X-Nanterre (Thèse de doctorat de démographie), 587 p.
- MPANGILE G., M. LESHABARI *et al.*, 1999, « Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania : The Plight of Adolescents », in MUNDIGO A. et INDRISO C. (éd.), *Abortion in the developing world*, New Delhi, World Health Organization, pp. 387-405.
- NDAMOBISSI R., MBOUP G. *et al.*, 1995, *Enquête Démographique et de santé République Centrafricaine 1994-95*. Bangui-Calverton, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Division des Statistiques et des études économiques, Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale, Macro International Inc.
- NZIOKA C. 2001, « Dealing with the risks of unwanted pregnancy and sexually transmitted infections among adolescents : Some experiences from Kenya », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 5, n° 3, pp. 132-149.
- OKPANI A. et OKPANI J., 2000, « Sexual activity and contraceptive use among female adolescents-a report from Port Harcourt, Nigeria », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 4, n° 1, pp. 40-48.
- OLADEPO O. et BRIEGER W.R., 2000, « Sexual attitudes and behaviour of male secondary school students in rural and urban areas of Oyo State, Nigeria », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 4, n° 2, pp. 21-34.
- OLUKOYA A. A., KAYA A., FERGUSON B.J. et ABOUZAH R. C., 2001, « Unsafe abortion in adolescents », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75, pp. 137-147.
- OTOIDE V. O., ORONSAYE F. *et al.*, 2001, « Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception : evidence from focus-group discussion », *International Family Planning Perspectives*, vol. 27, n° 2, pp. 77-81.
- PASQUET P., MANGUELLE-DICOUM BIYONG A., RIKONG-ADIE H., BEFIDI-MENGUE R., GARBA M.T. et FROMENT A., 1999, « Age at menarche and urbanization in Cameroon : current status and secular trends », *Annals of human biology*, vol. 26, n° 89, p. 97.
- RUTSTEIN S. O. et BICEGO G. T., 1990, *Assessment of the quality of data used to ascertain eligibility and age in the Demographic and Health Surveys. An assessment of DHS-I data quality*. DHS Methodological Reports, n° 1. Colombia, Maryland : Institute for Resource Development/Macro Systems.
- RWENGE M., 2000, « Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 3, pp.188-123 et 130.
- SILBERSCHMIDT M. et RASCH V., 2001, « Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam : vulnerable victims and active social agents », *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 1815-1826.

- SINGH S., WULF D., SAMARA R. et CUCA Y.P., 2000, « Gender differences in the timing of first intercourse : data from 14 countries », *International Family Planning Perspectives*, vol. 26, n° 1, pp. 21-28.
- TADESSE E. et YOSEPH G. A. *et al.*, 2001, « Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia », *East African medical journal*, vol. 78, n° 1, pp. 25-29.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999, *Sharing responsibility women society and abortion worldwide*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 66 p.
- TRUSSELL J. et PEBLEY A.R., 1984, « The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child, and Maternal Mortality », *Studies in Family Planning*, vol. 15, pp. 267-280.
- URD (UNITÉ DE RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE), 2001, « Avortement au Togo », *Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative*, Lomé, Togo, URD, DGSCN, p. 13.
- ZABIN L.S. et KIRAGU K., 1998, « The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 210-232.

Annexe (voir pages suivantes)

- Tableau 1. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes ;
- Tableau 2. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Hommes ;
- Tableau 3. Âge médian à la première naissance et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes ;
- Tableau 4. Connaissance de la contraception moderne chez les hommes et les femmes non mariés sexuellement actifs chez ceux qui n'ont pas eu d'expérience sexuelle et chez les mariés (% d'individus connaissant au moins une méthode) ;
- Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 6. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes non mariées sexuellement actives, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 7. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes mariés âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes ;
- Tableau 8. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes non mariés sexuellement actifs, âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes.

Tableau 1. Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes

Pays - année d'enquête	Âge médian au 1 ^{er} rapport sexuel (RS)			Âge médian au 1 ^{er} mariage			Écart d'âge entre 1 ^{er} RS et 1 ^{er} mariage		
	45-49 ans (1)	25-29 ans (2)	Évolution (3) = (2)-(1)	45-49 ans (4)	25-29 ans (5)	Évolution (6) = (5)-(4)	45-49 ans (7) = (1)-(4)	25-29 ans (8) = (2)-(5)	Évolution (9) = (8)-(7)
Afrique du Sud 1998	18,7	18,1	-0,6	22,6	24,7	2,1	-3,9	-6,6	-2,7
Bénin 2001	17,8	17,4	-0,4	18,8	19,0	0,2	-1,0	-1,6	-0,6
Botswana 1988	18,3	17,4	-0,9	25,2	24,9	-0,3	-6,9	-7,5	-0,6
Burkina Faso 1998/99	17,6	17,5	-0,1	17,6	17,7	0,1	0,0	-0,2	-0,2
Burundi 1987	18,9	19,2	0,3	19,7	19,5	-0,2	-0,8	-0,3	0,5
Cameroun 1998	15,6	15,9	0,3	16,4	18,0	1,6	-0,8	-2,1	-1,3
Comores 1996	17,7	19,7	2,0	17,6	20,4	2,8	0,1	-0,7	-0,8
Cote d'Ivoire 1998/99	16,3	16,2	-0,1	18,5	19,7	1,2	-2,2	-3,5	-1,3
Érythrée 1995	16,0	17,7	1,7	15,9	17,4	1,5	0,1	0,3	0,2
Ethiopie 2000	15,8	17,0	1,2	15,7	17,2	1,5	0,1	-0,2	-0,3
Gabon 2000	15,8	16,3	0,5	18,0	20,4	2,4	-2,2	-4,1	-1,9
Ghana 1998	17,5	18,0	0,5	18,7	19,6	0,9	-1,2	-1,6	-0,4
Guinée 1999	16,2	15,9	-0,3	16,2	16,5	0,3	0,0	-0,6	-0,6
Kenya 1998	16,1	16,8	0,7	18,4	20,2	1,8	-2,3	-3,4	-1,1

Liberia 1986	15,5	15,5	0,0	16,6	17,9	1,3	-1,1	-2,4	-1,3
Madagascar 1997	16,8	17,1	0,3	17,8	18,9	1,1	-1,0	-1,8	-0,8
Malawi 2000	16,9	16,9	0,0	17,9	18,1	0,2	-1,0	-1,2	-0,2
Mali 2001	15,9	15,9	0,0	16,4	16,8	0,4	-0,5	-0,9	-0,4
Mauritanie 2000/01	16,0	19,0	3,0	16,2	19,0	2,8	-0,2	0	0,2
Mozambique 1997	16,0	15,9	-0,1	17,0	17,3	0,3	-1,0	-1,4	-0,4
Namibie 1992	20,2	19,2	-1,0	23,3	24,9	1,6	-3,1	-5,7	-2,6
Niger 1998	15,1	15,3	0,2	15,1	15,3	0,2	0,0	0	0,0
Nigeria 1999	18,1	18,1	0,0	18,1	18,6	0,5	0,0	-0,5	-0,5
Ouganda 2000/01	16,6	16,8	0,2	17,4	18,0	0,6	-0,8	-1,2	-0,4
RCA 1994/95	15,9	15,9	0,0	17,4	17,4	0,0	-1,5	-1,5	0,0
Rwanda 2000	19,8	20,3	0,5	20,2	21,0	0,8	-0,4	-0,7	-0,3
Sénégal 1997	16,7	18,3	1,6	16,7	18,7	2,0	0,0	-0,4	-0,4
Soudan 1990	-	-	-	16,3	20,5	4,2			
Tanzanie 1999	16,2	16,8	0,6	17,3	18,8	1,5	-1,1	-2	-0,9
Tchad 1996/97	15,4	15,5	0,1	15,6	15,9	0,3	-0,2	-0,4	-0,2
Togo 1998	17,7	17,1	-0,6	18,8	18,8	0,0	-1,1	-1,7	-0,6
Zambie 2001/02	16,5	17,0	0,5	16,8	18,4	1,6	-0,3	-1,4	-1,1
Zimbabwe 1999	18,5	19,1	0,6	18,8	19,8	1,0	-0,3	-0,7	-0,4

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Madagascar 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi 2000	19,6	18,3	-1,3	23,3	22,9	-0,4	-3,7	-4,6	-0,9
Mali 2001	20,8	20,0	-0,8	25,9	25,4	-0,5	-5,1	-5,4	-0,3
Mauritanie 2000/01	25,3	24,5	-0,8	25,4	27,1	1,7	-0,1	-2,6	-2,5
Mozambique 1997	18,7	17,8	-0,9	26,0	22,4	-3,6	-7,3	-4,6	2,7
Namibie 1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger 1998	20,5	20,4	-0,1	21,9	22,8	0,9	-1,4	-2,4	-1,0
Nigeria 1999	20,9	19,8	-1,1	25,8	25,6	-0,2	-4,9	-5,8	-0,9
Ouganda 2000/01	18,5	19,0	0,5	22,8	22,3	-0,5	-4,3	-3,3	1,0
RCA 1994/95	18,4	17,5	-0,9	24,9	23,2	-1,7	-6,5	-5,7	0,8
Rwanda 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal 1997	25,2	21,1	-4,1	26,5	30,0	3,5	-1,3	-8,9	-7,6
Soudan 1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanzanie 1999	18,4	17,6	-0,8	23,1	23,8	0,7	-4,7	-6,2	-1,5
Tchad 1996/97	19,1	18,5	-0,6	22,3	22,5	0,2	-3,2	-4,0	-0,8
Togo 1998	-	-	-	25,7	24,6	-1,1	-	-	-
Zambie 2001/02	18,7	17,6	-1,1	23,5	23,0	-0,5	-4,8	-5,4	-0,6
Zimbabwe 1999	20,8	19,7	-1,1	24,6	24,3	-0,3	-3,8	-4,6	-0,8

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 3. Âge médian à la première naissance et au premier mariage et écart d'âge entre les deux événements : Femmes

Pays - année d'enquête	Âge médian à la 1ere naissance			Âge médian au 1er mariage			Écart d'âge entre 1re naissance et 1er mariage		
	45-49 ans (1)	25-29 ans (2)	Évolution (3) = (2)-(1)	45-49 ans (4)	25-29 ans (5)	Évolution (6) = 5)-(4)	45-49 ans (7) = (1)-(4)	25-29 ans (8) = (2)-(5)	Évolution (9) = (8)-(7)
Afrique du Sud 1998	21,0	20,9	-0,1	22,6	24,7	2,1	-1,6	-3,8	-2,2
Bénin 2001	19,8	20,2	0,4	18,8	19,0	0,2	1,0	1,2	0,2
Botswana 1988	20,9	19,2	-1,7	25,2	24,9	-0,3	-4,3	-5,7	-1,4
Burkina Faso 1998/99	19,8	19,1	-0,7	17,6	17,7	0,1	2,2	1,4	-0,8
Burundi 1987	21,1	20,9	-0,2	19,7	19,5	-0,2	1,4	1,4	0,0
Cameroun 1998	19,5	19,0	-0,5	16,4	18,0	1,6	3,1	1,0	-2,1
Comores 1996	20,1	22,4	2,3	17,6	20,4	2,8	2,5	2,0	-0,5
Cote d'Ivoire 1998/99	19,2	19,2	0,0	18,5	19,7	1,2	0,7	-0,5	-1,2
Érythrée 1995	21,1	20,9	-0,2	15,9	17,4	1,5	5,2	3,5	-1,7
Éthiopie 2000	18,7	20,1	1,4	15,7	17,2	1,5	3,0	2,9	-0,1
Gabon 2000	18,5	18,7	0,2	18,0	20,4	2,4	0,5	-1,7	-2,2
Ghana 1998	19,8	20,9	1,1	18,7	19,6	0,9	1,1	1,3	0,2
Guinée 1999	18,7	18,6	-0,1	16,2	16,5	0,3	2,5	2,1	-0,4
Kenya 1998	19,9	19,6	-0,3	18,4	20,2	1,8	1,5	-0,6	-2,1
Liberia 1986	21,0	19,0	-2,0	16,6	17,9	1,3	4,4	1,1	-3,3

Madagascar 1997	19,5	19,8	0,3	17,8	18,9	1,1	1,7	0,9	-0,8
Malawi 2000	19,2	19,2	0,0	17,9	18,1	0,2	1,3	1,1	-0,2
Mali 2001	19,5	18,7	-0,8	16,4	16,8	0,4	3,1	1,9	-1,2
Mauritanie 2000/01	21,3	21,9	0,6	16,2	19,0	2,8	5,1	2,9	-2,2
Mozambique 1997	21,2	18,7	-2,5	17,0	17,3	0,3	4,2	1,4	-2,8
Namibie 1992	22,0	21,2	-0,8	23,3	24,9	1,6	-1,3	-3,7	-2,4
Niger 1998	18,5	17,9	-0,6	15,1	15,3	0,2	3,4	2,6	-0,8
Nigeria 1999	20,2	20,4	0,2	18,1	18,6	0,5	2,1	1,8	-0,3
Ouganda 2000/01	18,6	18,9	0,3	17,4	18,0	0,6	1,2	0,9	-0,3
RCA 1994/95	19,8	19,4	-0,4	17,4	17,4	0,0	2,4	2,0	-0,4
Rwanda 2000	22,0	22,0	0,0	20,2	21,0	0,8	1,8	1,0	-0,8
Sénégal 1997	19,7	20,4	0,7	16,7	18,7	2,0	3,0	1,7	-1,3
Soudan 1990	19,8	22,8	3,0	16,3	20,5	4,2	3,5	2,3	-1,2
Tanzanie 1999	18,9	19,5	0,6	17,3	18,8	1,5	1,6	0,7	-0,9
Tchad 1996/97	18,6	18,2	-0,4	15,6	15,9	0,3	3,0	2,3	-0,7
Togo 1998	20,1	20,0	-0,1	18,8	18,8	0,0	1,3	1,2	-0,1
Zambie 2001/02	18,2	19,0	0,8	16,8	18,4	1,6	1,4	0,6	-0,8
Zimbabwe 1999	19,7	20,3	0,6	18,8	19,8	1,0	0,9	0,5	-0,4

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 4. Connaissance de la contraception moderne chez les hommes et les femmes non mariés sexuellement actifs chez ceux qui n'ont pas eu d'expérience sexuelle et chez les mariés (% d'individus connaissant au moins une méthode)

Connaissance	Femmes				Hommes			
	Non mariés et sexuellement actifs	Sans expérience sexuelle	Mariées 15-19 ans	Mariées 20-24 ans	Non mariés et sexuellement actifs	Sans expérience sexuelle	Mariés 15-19 ans	Mariés 20-24 ans
>=90 %	Afrique du Sud Bénin Botswana Burkina Faso Cameroun Comores Côte d'Ivoire Éthiopie Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Namibie Niger Ouganda Rwanda Sénégal Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Comores Zimbabwe	Afrique du Sud Botswana Comores Gabon Ghana Kenya Malawi Ouganda Rwanda Zimbabwe	Afrique du Sud Bénin Botswana Comores Côte d'Ivoire Gabon Ghana Kenya Malawi Namibie Rwanda Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Bénin Burkina Faso Cameroun Centrafrique Comores Cote d'Ivoire (Érythrée) Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Mali Niger Nigeria Ouganda Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe	Comores Gabon Ouganda Zimbabwe	(Bénin) (Cameroun) (Centrafrique) (Comores) (Côte d'Ivoire) (Gabon) (Ghana) (Kenya) (Malawi) (Mali) (Ouganda) (Togo) (Zambie) (Zimbabwe)	Bénin Burkina Faso Centrafrique (Comores) Côte d'Ivoire Gabon Ghana Guinée Kenya Malawi Mali Niger Ouganda Sénégal Tanzanie Togo Zambie Zimbabwe

75-89 %	(Burundi) Centrafrique Érythrée Liberia Mali Mozambique Nigeria	Afrique du Sud Bénin Botswana Côte d'Ivoire Érythrée Gabon Ghana Kenya Malawi Ouganda Rwanda Sénégal Togo Zambie	Bénin Cote d'Ivoire Éthiopie Namibie Tanzanie Togo	Burkina Faso Cameroun Centrafrique Éthiopie Mali Niger Sénégal Soudan	Éthiopie Mauritanie Mozambique Tchad	Bénin Burkina Faso Côte d'Ivoire Érythrée Ghana Kenya Malawi Niger Sénégal Zambie	(Burkina Faso) (Mozambique) (Niger) (Tchad)	Cameroun Érythrée Éthiopie
50-74 %	Tchad Madagascar Mauritanie	Burkina Faso Cameroun Éthiopie Guinée Madagascar Mali Mauritanie Namibie Nigeria Tanzanie	Burkina Faso Burundi Cameroun Centrafrique Érythrée Guinée Liberia Madagascar Mali Mauritanie Niger Sénégal Soudan Mozambique Nigeria Tchad	Burundi Érythrée Guinée Liberia Madagascar Mauritanie Mozambique Nigeria		Cameroun CAR Éthiopie Guinée Mali Nigeria Tanzanie	(Érythrée) (Éthiopie) (Guinée) (Nigeria) (Tanzanie)	Mauritanie Mozambique Nigeria Tchad
<50 %		Burundi CAR Tchad Libéria Mozambique		Tchad		Mauritanie Mozambique Tchad		

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).

<http://www.measuredhs.com/statcompiler>

() Effectif inférieur à 30

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes mariées, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes

Pays	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Afrique du Sud	44,9	3,4	1,2	0,0	47,2	4,1	0,8	0,1
Bénin	2,3	1,1	4,5	0,0	3,4	2,4	11,7	0,0
Botswana	11,9	2,7	2,7	0,0	24,5	0,7	0,6	0,0
Burkina Faso	1,1	2,4	4,3	0,0	3,3	1,2	8,3	0,0
Burundi	0,6	0,0	3,8	0,0	0,4	0,2	8,4	0,0
Cameroun	0,9	1,3	12,9	0,0	1,6	3,7	11,1	0,4
Comores	1,2	3,5	5,8	0,0	7,2	2,0	12,7	1,2
Cote d'Ivoire	2,1	2,2	5,4	1,0	4,0	2,9	5,6	1,3
Erythrée	0,6	0,0	2,7	-	3,7	0,4	5,3	-
Ethiopie	3,0	0,0	0,8	0,0	4,9	0,5	1,9	0,1
Gabon	1,9	10,4	24,9	1,8	4,8	8,1	20,3	2,7
Ghana	4,8	5,8	5,6	1,0	6,2	3,6	9,0	0,1
Guinée	1,0	1,3	0,9	0,2	2,8	0,9	2,4	0,0
Kenya	7,9	2,3	6,8	1,2	22,4	1,6	5,8	0,7
Liberia	2,1	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,2	0,2

Madagascar	2,4	0,0	2,9	0,1	7,8	0,7	6,6	0,2
Malawi	9,3	2,8	1,7	0,6	19,5	2,3	2,0	1,6
Mali	3,2	0,3	0,5	0,4	4,5	0,6	0,3	0,2
Mauritanie	3,0	0,2	2,1	0,0	3,4	0,8	2,7	0,0
Mozambique	0,5	0,1	0,0	0,1	3,3	0,4	0,1	0,7
Namibie	16,5	0,0	0,0	3,9	24,3	0,0	0,2	4,7
Niger	2,0	0,1	0,1	3,9	5,0	0,0	0,2	4,5
Nigeria	1,0	0,2	2,5	0,4	1,4	1,0	4,7	0,9
Ouganda	3,7	1,8	2,4	0,6	10,2	1,9	3,2	0,4
RCA	0,0	1,5	10,3	0,6	1,4	1,4	16,2	0,0
Rwanda	0,6	0,2	3,5	0,0	3,2	0,5	5,5	0,0
Sénégal	1,0	0,6	1,0	3,0	2,9	0,4	1,3	4,1
Soudan	2,2	0,0	1,4	0,3	4,2	0,0	3,3	0,2
Tanzanie	5,0	1,4	4,1	0,0	15,5	4,9	8,0	0,0
Tchad	0,7	0,2	2,1	0,2	0,4	0,7	2,8	0,4
Togo	2,0	2,2	10,8	0,0	3,5	2,2	17,2	0,4
Zambie	3,1	5,7	7,4	0,7	9,5	5,1	8,7	1,2
Zimbabwe	35,7	2,3	3,4	0,2	48,7	1,6	1,2	0,2

Source : Enquête démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996) <http://www.measuredhs.com/statcompiler>

Tableau 6. Utilisation actuelle de la contraception chez les femmes non mariées sexuellement actives, âgées de 15-19 et 20-24 ans selon les différents types de méthodes

Pays	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Afrique du Sud	61,9	4,0	1,3	0,7	71,2	3,6	0,3	0,2
Bénin	4,0	11,8	15,3	1,7	0,8	18,4	28,8	0,8
Botswana	28,7	6,0	0,6	0,0	52,4	1,8	0,0	0,0
Burkina Faso	1,2	3,6	4,2	1,1	15,8	43,0	11,7	0,0
Burundi	(18,6)	(0)	(9,3)	(0)	(19,2)	(0)	(0)	(0)
Cameroun	2,1	17,6	49,2	3,7	5,4	15,9	48,0	2,9
Comores	(0)	(30,8)	(11,5)	(0)	(3,6)	(21,4)	(39,3)	(0)
Cote d'Ivoire	6,0	19,3	27,5	1,3	13,1	18,1	35,0	0,0
Erythrée	(0)	(100)	(0)	(0)	(35,6)	(39,3)	(0)	(0)
Ethiopie	(25,4)	(19,2)	(1,2)	(0)	(17,5)	(15,3)	(12,4)	(0)
Gabon	2,8	24,9	33,4	3,2	9,5	23,4	29,5	1,4
Ghana	8,4	13,5	21,6	0,0	2,9	16,8	16,8	0,0
Guinée	2,2	17,9	14,4	7,9	12,6	30,2	9,5	3,1
Kenya	9,1	11,3	9,9	0,0	29,1	4,1	15,7	0,0
Liberia	8,7	0,9	2,4	0,4	23,7	0,0	1,6	0,7

Madagascar	2,8	2,7	12,3	0,3	7,6	2,9	23,5	0,0
Malawi	3,5	13,0	0,7	0,0	16,8	15,4	0,0	1,0
Mali	12	4,4	6,4	0,6	14,7	11,4	9,4	2,5
Mauritanie	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Mozambique	3,3	1,7	2,0	0,0	13,3	3,8	1,8	1,9
Namibie	2,5	1,9	1,3	0,8	38,1	2,4	1,3	0,0
Niger	(1,8)	(0)	(0)	(0)	(24,3)	(12,4)	(10,5)	(4,1)
Nigeria	7,9	15,1	17,5	6,1	23,1	17,3	25,1	2,8
Ouganda	8,0	39,5	4,1	0,0	17,1	33,0	3,6	0,6
RCA	0,7	9,4	15,1	0,0	2,7	7,7	18,4	0,9
Rwanda	(0)	(25)	(2,6)	(0)	(1,5)	(13,8)	(5,7)	(0)
Sénégal	3,9	28,8	1,8	0,0	11,6	41,2	5,8	0,0
Tanzanie	2,8	16,7	5,6	0,0	26,8	11,2	5,7	0,1
Tchad	1,6	7,9	4,6	0,0	4,5	1,8	14,0	0,0
Togo	2,8	22,4	30,4	0,5	3,4	19,7	38,5	0,6
Zambie	1,6	11,2	2,9	0,0	6,3	16,2	7,7	0,8
Zimbabwe	2,3	29,6	0,0	0,0	14,7	31,3	0,0	0,0

Source : Enquêtes démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996). <http://www.measuredhs.com/statcompiler>
 () Effectif inférieur à 30

Tableau 7. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes mariés âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes

Pays	Hommes en union							
	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Bénin	(0)	(0)	(22,5)	(0)	2,4	10,7	18,3	1,0
Burkina Faso	(0)	(9,2)	(27,2)	(0)	0,0	7,4	12,9	0,0
Cameroun	(0)	(16,1)	(3,2)	(0)	1,4	8,2	20,1	0,0
Comores	(0)	(25)	(25)	(0)	(5,9)	(11,8)	(23,5)	(0)
Cote d'Ivoire	(0)	(0)	(70,7)	(0)	0,0	12,9	13,2	0,0
Erythrée	(0)	20,8	(0)	(0)	3,4	3,4	5,0	0,0
Ethiopie	(0)	(1)	(0)	(0)	7,5	0,1	3,1	0,4
Gabon	(0)	(33,6)	(27,9)	(0)	4,6	23,3	22,3	0,0
Ghana	26,7	26,0	(0)	(0)	6,0	10,0	11,3	0,0
Guinée	(0)	(11,5)	(0)	(11,6)	1,9	17,0	0,0	0,0

Kenya	(7,5)	(4,6)	(12,4)	(0)	8,6	12,1	23,9	0,3
Mali	9,1	(0)	(0)	(0)	0,0	8,9	3,7	0,0
Mauritanie	(0)	(0)	(0)	(0)	(2,9)	(0)	(0)	(0)
Mozambique	(6,5)	(1,4)	(0)	(0)	4,1	0,3	3,0	0,1
Niger	(8,8)	(3,5)	(0)	(0)	3,1	2,7	2,8	0,5
Nigeria	(0)	(15,7)	(16,5)	(0)	0,0	2,0	4,3	0,0
Ouganda	7,6	2,9	18,3	0	3,5	4,3	13,6	3,6
RCA	(0)	(0)	(10,7)	(0)	0,0	6,7	27,3	2,5
Sénégal					0,0	4,6	0,0	1,1
Tanzanie	(4,4)	(3,1)	(9,1)	(0)	6,4	11,3	5,0	0,0
Tchad	(0)	2,4	(0)	(0)	1,2	5,4	11,2	0,9
Togo	(0)	(11,5)	(21,4)	(0)	2,4	15,7	18,0	0,0
Zambie	-	-	-	-	2,3	11,2	14,7	1,5
Zimbabwe	(23,2)	(16,5)	(0)	(0)	40,3	8,4	3,0	1,4

Source : Enquêtes démographique et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).<http://www.measuredhs.com/statcompiler>
() Effectif inférieur à 30

Tableau 8. Utilisation actuelle de la contraception chez les hommes non mariés sexuellement actifs, âgés de 15-19 et 20-24 ans, selon les différents types de méthodes

Pays	Hommes sexuellement actifs non mariés							
	15-19 ans				20-24 ans			
	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires	Pilule + DIU + Injection	Préservatif	M. naturelles	M. populaires
Bénin	1,6	40,5	15,5	0,	1,9	53,3	11,3	0,9
Burkina Faso	0,0	38,8	2,9	0,0	3,5	57,6	7,2	0,0
Cameroun	1,1	37,3	23,9	0,0	1,3	44,2	33,1	0,0
Comores	0,0	27,8	0,0	0,0	3,2	16,1	9,7	0,0
Cote d'Ivoire	3,0	50,0	9,0	0,0	9,6	48,0	12,3	0,0
Erythrée	(0)	(45,4)	(0)	(0)	(0)	(90,2)	(9,8)	(0)
Ethiopie	(0,8)	(5,3)	(0)	(0)	2,0	19,3	1,9	0,0
Gabon	3,0	58,5	13,4	0,4	3,4	62,3	17,3	0,3
Ghana	(5,4)	(45,2)	(15,5)	(0)	8,5	52,6	6,4	0,0
Guinée	0,9	35,8	3,9	0,0	0,0	58,4	9,0	0,0

Kenya	1,9	42,6	14,8	0,0	2,0	50,7	18,3	0,0
Mali	0,0	24,3	1,2	1,0	2,2	40,3	1,0	1,2
Mauritanie	(0)	38,8	(0)	(0)	(0)	28,5	(0)	(0)
Mozambique	2,1	7,5	1,6	0,0	2,5	9,6	1,7	2,2
Niger	1,2	19,4	1,6	0,0	0,0	44,7	0,0	0,0
Nigeria	5,9	21,9	9,0	2,6	5,8	31,7	11,7	0,0
Ouganda	1,0	16,5	5,4	0,0	0,0	50,1	0,0	0,0
RCA	0,0	15,6	8,4	0,0	0,0	18,3	12,0	0,0
Sénégal								
Tanzanie	0,2	24,0	1,7	0,0	1,4	27,7	0,7	0,0
Tchad	4,4	16,2	3,3	0,0	1,7	10,4	5,6	0,0
Togo	0,3	44,1	11,8	0,0	3,7	50,6	16,1	0,0
Zambie	0,0	32,5	1,9	0,0	4,0	37,7	3,8	0,0
Zimbabwe	0,0	39,5	0,0	0,0	4,7	67,5	1,3	0,0

Source : Enquêtes démographiques et de santé la plus récente pour chaque pays (excepté Zambie : 1996).

<http://www.measuredhs.com/statcompiler>

() Effectif inférieur à 30

DEUXIÈME PARTIE

Comportements et gestion des risques
en matière de santé familiale et reproductive

Paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sénégalais : approches croisées

AURÉLIEN FRANCKEL, RICHARD LALOU, VALÉRIE DELAUNAY,
AGNÈS ADJAMAGBO, SYLVAIN FAYE,
FLORENCE WAÏTZENEGGER et JEAN-YVES LE HESRAN

Le paludisme est l'une des principales maladies infectieuses au monde. Sévissant dans plus de 100 pays où vivent près de 40 % de la population humaine, le paludisme est, chaque année, responsable de 300 à 500 millions d'épisodes fébriles et provoque, selon les estimations, de 1 à 3 millions de décès¹ (Nuwaha, 2001 ; Murray et Lopez., 1997 ; Snow *et al.*, 2000). La mortalité palustre survient à 90 % en Afrique sub-saharienne et touche, dans plus de 80 % des cas, des enfants âgés de moins de cinq ans, vivant le plus souvent en milieu rural, avec un accès aux soins limité. Le paludisme constitue depuis toujours l'une des toutes premières causes de morbidité et de mortalité dans l'enfance en Afrique, mais, au cours des dernières décennies, la part de la mortalité attribuée au paludisme dans la mortalité infanto-juvénile a considérablement augmenté (Snow *et al.*, 2001 ; Trape *et al.*, 1998).

La hausse de la mortalité palustre en Afrique sub-saharienne a été principalement expliquée par l'apparition et le développement de chimiorésistances de *P. falciparum* aux principaux antipaludiques : l'augmentation du niveau de

1. Les variations dans les estimations chiffrées de la morbidité et de la mortalité s'expliquent principalement par la difficulté à mesurer ces phénomènes et par les imprécisions des statistiques nationales.

résistance entraîne, d'année en année, des taux de mortalité dus au paludisme de plus en plus élevés (Snow *et al.*, 2000 ; Trape *et al.*, 1998). L'intensification des phénomènes de chimiorésistance et l'allongement des périodes de transmission et des niveaux d'endémie, marquent l'avènement d'un cycle de transition épidémiologique du paludisme, au cours duquel les moyens médicaux et les stratégies de lutte doivent s'adapter régulièrement. Depuis le début des années 1990, les autorités sanitaires, nationales et internationales, ont doublement répondu à l'évolution épidémiologique du paludisme. Elles ont modifié, d'une part, l'offre de médicaments² : à l'instar de nombreux pays d'Afrique de l'Est et australe, les pays d'Afrique de l'Ouest ont commencé à remplacer le protocole de traitement de première ligne basé sur la chloroquine. Elles proposent, d'autre part, une lutte intégrée visant un diagnostic précoce et l'administration rapide d'un traitement approprié, notamment à travers le programme *Faire reculer le paludisme/Roll Back Malaria*, (OMS, 1998). Au Sénégal, jusqu'en juin 2003, le programme national de lutte contre le paludisme a prôné le recours le plus rapide possible en centre de santé et, à défaut, une prise en charge à domicile au cours des 48 premières heures de maladie reposant sur une utilisation adéquate de la chloroquine (PLNP, 2003).

La revue de la littérature sur les comportements de recours aux soins face aux fièvres palustres met en évidence l'existence d'un grand décalage entre les recommandations des autorités sanitaires et les pratiques thérapeutiques des populations (McCombie, 1996, Williams et Jones, 2004). Dans les discours de santé publique, des raccourcis simplistes présentent parfois le manque de connaissances sanitaires et les représentations des populations comme les principaux obstacles à l'utilisation des services de santé et au bon usage des médicaments : les populations africaines, et particulièrement celles vivant en milieu rural, sont stigmatisées pour leur attachement aux thérapeutes traditionnels, un recours tardif aux soins et une mauvaise observance des traitements.

2. Il existe un grand nombre d'antipaludiques, issus de différentes familles : les plus courants, la chloroquine et la quinine, sont complétés par de nouvelles molécules, dont les dérivés de l'artémisinine sont les plus prometteuses.

L'objectif de ce chapitre est de dresser un état des connaissances sur la perception du paludisme et sur les comportements de recours aux soins d'une population rurale au Sénégal, à partir d'une relecture approfondie et synthétique de six études, toutes menées dans une même zone géographique à une même période, mais selon des perspectives disciplinaires différentes : anthropologie, épidémiologie et sociodémographie. Nous proposons en particulier d'étudier le lien entre les représentations et les connaissances en matière de paludisme d'une part, et les comportements thérapeutiques d'autre part. Notre principale hypothèse de recherche est que les représentations et les croyances en matière de paludisme ne constituent pas des barrières figées conditionnant définitivement les comportements thérapeutiques : les connaissances sanitaires et médicales ne sont pas, à elles seules, prédictives des bonnes pratiques curatives. Comme ailleurs, les logiques thérapeutiques en milieu rural africain répondent, avant tout, à un principe de maximisation de l'efficacité des soins, en fonction des systèmes de contraintes et d'opportunités qui pèsent sur les personnes en charge de la santé de l'enfant malade. Les grandes tendances dégagées par cette relecture croisée sont mises en perspective au regard des études menées dans d'autres régions et celles concernant d'autres maladies.

Présentation des données

La population

Les différentes études mises à contribution se sont déroulées dans une trentaine de villages situés dans la région de Fatick, à 150 km à l'est de Dakar. Ces villages, comptant près de 30 000 habitants répartis sur une superficie d'environ 230 km², font l'objet, depuis plus vingt ans, d'un suivi démographique et de santé régulier réalisé par l'IRD, dans le cadre de l'observatoire de population de Niakhar (Delaunay *et al.*, 2003). La population est homogène au regard de l'ethnie, à 95 % Sereer, de l'activité, essentiellement agricole, et du niveau d'instruction, très faible. C'est une société de cultivateurs, profondément

attachés à son terroir, vivant principalement d'une culture de subsistance, le mil, et d'une culture de rente, l'arachide, en association avec l'élevage de bovins. Le climat, de type soudano-sahélien, distingue deux grandes saisons : une saison des pluies courant de juillet à octobre, déversant une pluviométrie d'environ 500 mm d'eau et une grande saison sèche allant de novembre à juin.

Le contexte épidémiologique et sanitaire

Dans la région de Fatick, le principal vecteur du paludisme est *A. arabiensis* et le parasite responsable de plus de 90 % des infections palustres est *P. falciparum*. Les villages étudiés sont soumis à une endémie palustre de type soudano-sahélienne, avec de fortes variations saisonnières liées à la pluviométrie : la transmission est presque interrompue lors de la saison sèche, et notamment dans la période allant de février à mai, mais elle est élevée lors de la saison des pluies, de juillet à octobre, avec un maximum en septembre où l'indice plasmodique dépasse 50%³ (Robert *et al.*, 1998).

La mortalité palustre est concentrée chez les enfants, en particulier ceux âgés de 1 à de 5 ans : au cours des années 1990, le taux de mortalité attribuable au paludisme est de 10,5 ‰ pour les enfants âgés de 1 à 4 ans et 2,2 ‰ pour les 5-9 ans (Etard *et al.*, 2004). Les fièvres attribuées au paludisme sont responsables d'environ 30 % des décès juvéniles (1-4 ans) et représentent la deuxième cause des décès.

Depuis la fin des années 1980, le Sénégal est confronté à l'émergence de résistances à la chloroquine : la résistance clinique s'observe sur le site de Niakhar en 1992 et atteint 20 % en 1997. Jusqu'en septembre 2003, le protocole officiel de lutte contre le paludisme repose, en première ligne, sur l'administration d'un traitement par chloroquine de 25 mg/kg en trois jours, pouvant être remplacé par des injections intramusculaires de quinine en cas de vomissements (PNLP, 2001). Devant le haut niveau de chimiorésistance de *P. falciparum* à la chloroquine, le

3. En saison des pluies, la région est donc qualifiée d'hyper-endémique.

ministère de la Santé sénégalais décide de remplacer la chloroquine par l'association Fansidar⁴/Amodiaquine.

Les villages étudiés sont desservis par plusieurs structures sanitaires de première ligne (figure 1). Du fait de leur situation géographique, la population a principalement accès aux postes de santé de Toucar et de Ngayokheme, ainsi qu'aux cases de santé qui en dépendent, dont les plus actives sont situées à Kalom et Baryndondol. La population peut, en outre, se rendre dans un dispensaire privé catholique, situé à Diohine, et dans deux cases de santé privées, l'une tenue par une matrone se consacrant aux accouchements, l'autre par un auxiliaire de santé. Les postes de santé de Niakhar et de Diarère, situés en dehors de l'observatoire de population, sont également des structures médicales accessibles aux populations. L'offre de soins se caractérise enfin par la présence de nombreux thérapeutes pratiquant une médecine traditionnelle. Ainsi, chaque village compte au moins un thérapeute traditionnel, souvent spécialisé dans le traitement d'une pathologie ou d'une symptomatologie particulière.

Les études

Les six études sur lesquelles repose notre réflexion ont été développées à partir d'objectifs et selon des approches méthodologiques sensiblement différentes. Notre propos n'est pas de procéder à une stricte comparaison ; les mesures et les observations dépendent souvent des techniques de collecte qui les produisent. Il s'agit, bien plus largement, en fonction des méthodes et des concepts utilisés, de mettre en perspective des recherches qui favorisent la complémentarité des analyses.

Les six études se composent d'une recherche sur les représentations des maladies locales pouvant être associées au paludisme, menée par Sylvain Faye [étude 1] (Faye, 2000) ; d'une étude sur les attitudes (recours hypothétiques) en cas de fièvre palustre, menée par Jean-Yves Le Hesran et Valérie Delaunay [étude 2] (Le Hesran et Delaunay, 2002) ; d'une étude sur les recours aux soins chez les enfants décédés

4. Le Fansidar[®] est médicament combinant deux molécules : la sulfadoxine et la pyrimétamine.

Figure 1. Carte des villages étudiés, des principales pistes et des principaux sites assurant des soins biomédicaux

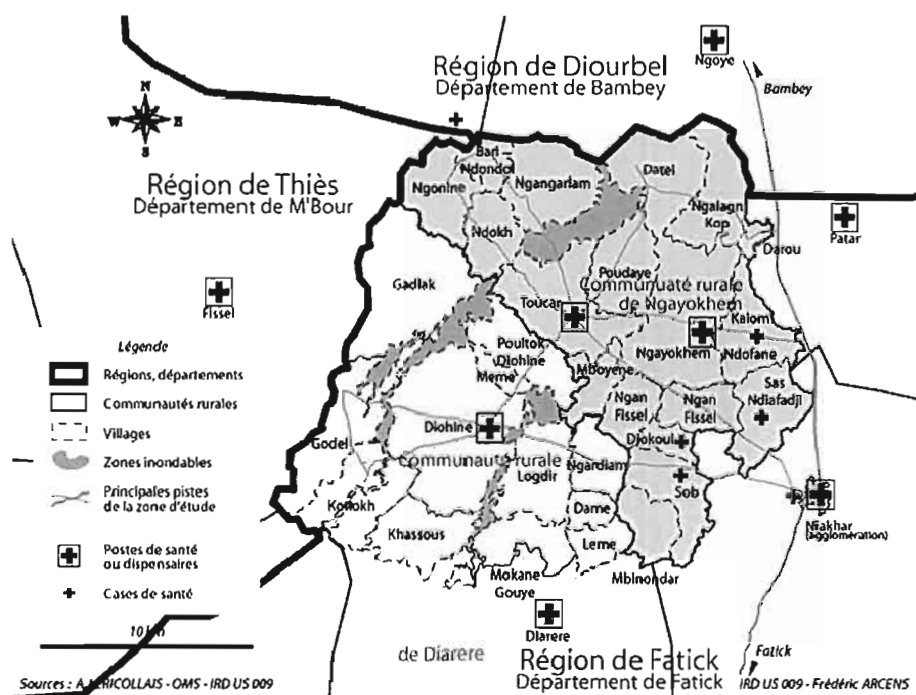


Tableau 1. Récapitulatif sur la méthodologie des études incluses dans la synthèse

N°	Auteurs	Âge des enfants	Méthodologie	Échantillonnage	Année d'enquête	Enquêtées	Référence principale
1	Faye	0-10 ans	Démarche anthropologique	Échantillonnage aléatoire. Entretiens et observations directes	2000 à 2002	Famille et guérisseurs	
2	Le Hesran Delaunay	2-5 ans	Enquête sur les attitudes	Tirage aléatoire Femmes de 25 à 35 ans N=45 F 40 H	1997	Mère et Père	
3	Dione	0-15 ans	Autopsie verbale	213 enfants décédés	1997 à 2001	Rapports	
4	Fenech	0-10 ans	Questionnaire rétrospectif 1 mois	Tirage aléatoire simple. Femmes de 15 à 49 ans N=147	1996	Mère	
5	Waitzenegger	0-5 ans	Questionnaire rétrospectif 6 mois	Tirage aléatoire Femmes de 15 à 49 ans N=200	1997	Mère	Waitzenegger (2002)
6	Lalou, Adjamagbo Delaunay Franckel	0-10 ans	Questionnaire rétrospectif 18 jours	Passage exhaustif N=902	2001	Mère, père et autres	Franckel (2004)

par paludisme, menée par Demba Dione et Jean-Yves Le Hesran [étude 3] (Dione, 1999) ; de trois études sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade, souffrant notamment de fièvre. Ces recherches ont été conduites par Karine Fenech [étude 4], par Florence Waitzenegger [étude 5] et par Aurélien Franckel, Richard Lalou *et al.* [étude 6] (voir tableau 1).

Étude 1 : recherche sur les représentations des maladies locales associées au paludisme (Faye)

Cette étude anthropologique s'inscrit dans une réflexion globale sur le changement des savoirs et des pratiques thérapeutiques, tel qu'il peut s'opérer en ville, parmi les migrants originaires de Niakhar. Le regard porté sur le milieu rural d'origine, et auquel nous nous intéressons plus particulièrement pour cette synthèse, a pour objectif d'identifier les représentations et les pratiques de soins relatives au paludisme de l'enfant et d'en documenter les substrats sociaux et culturels. De façon plus spécifique, il s'agit de retrouver le lien qui s'établit entre les représentations de la maladie, son interprétation et l'ensemble des pratiques sociales, culturelles et symboliques prégnantes dans la société étudiée.

À partir des trois grands ensembles culturels identifiés dans la zone, trois villages d'enquête sont sélectionnés : Kalom (aire de Ngayokhème), Ngangarlam (aire de Toucar) et Poultok Diohine (aire du Diohine). La collecte des données s'est déroulée pendant les saisons des pluies 2000 à 2002 et concerne des cas d'affections fébriles. Cette observation est complétée par des entretiens approfondis avec les parents ainsi qu'avec les autres membres de la concession et du voisinage impliqués dans les soins. L'observation *in situ* permet de relever les manières et les gestes associés aux soins, les cérémonies rituelles et les différentes considérations entourant l'enfant et sa santé. En outre, une attention particulière est portée aux discours relatifs aux maladies de la saison des pluies (origine, causes et symptômes), tels qu'ils sont construits par les différents prestataires de soins : les personnes apparentées à l'enfant, le personnel des centres de santé, les vendeurs de médicaments et les tradithérapeutes.

Étude 2 : étude sur les attitudes (recours hypothétiques) en cas de fièvre palustre (Le Hesran et Delaunay)

Cette étude vise à décrire les comportements des individus face à une forte fièvre persistante et récurrente chez l'enfant. Chaque personne enquêtée est mise en situation fictive et est interrogée sur sa réaction devant la présence de fièvre chez l'un de ses enfants âgé de 2 à 5 ans. En raison de la séparation des tâches et des responsabilités dans le ménage réparties entre les hommes et les femmes et pour évaluer les conséquences de cette organisation sociale sur la prise de décision thérapeutique, le père et la mère sont interrogés simultanément, mais indépendamment.

L'inclusion des familles est réalisée à partir de la base de données par tirage au sort de femmes âgées de 25 à 35 ans, résidant dans la zone d'étude de Niakhar, dont le mari réside dans la zone, et ayant des enfants entre 2 et 5 ans. Les familles ayant eu à déplorer le décès d'un enfant dans les six mois précédant l'enquête sont exclues de l'échantillon. Cinquante couples père/mère sont ainsi échantillonnés. Les entretiens semi-directifs sont réalisées en 1997 dans 45 familles, mais pour 40 couples seulement (dans cinq de ces familles, le mari était absent et n'a pas pu être contacté).

Les différents éléments de l'entretien sont notés sur une grille de lecture, puis codés et saisis. Outre la description chronologique des différentes étapes de recours aux soins, l'entretien comporte des questions sur les motifs de recours aux praticiens traditionnels, sur les recours spécifiques en cas de manifestations symptomatologiques graves (vomissements, coma, convulsions) et un inventaire de la pharmacie familiale est réalisé. Une information sur l'étude, l'accord du couple est recueilli avant de commencer l'enquête (Le Hesran et Delaunay, 2002).

Étude 3 : étude sur les recours aux soins chez les enfants décédés par paludisme (Dione)

Dans le système de suivi démographique de Niakhar, chaque décès fait l'objet d'une enquête sur la base d'un questionnaire d'autopsie verbale (AV). Il s'agit d'un interrogatoire auprès de la personne la plus proche possible du défunt, conduit par un enquêteur à partir d'un questionnaire standardisé. Ce questionnaire est ensuite lu par deux médecins qui, de manière indépendante, attribuent une cause de décès. Les diagnostics discordants sont ensuite discutés par un comité médical. Le questionnaire retrace l'histoire de la maladie, l'itinéraire thérapeutique, les symptômes et les traitements. Cette étude documente les circonstances qui ont mené aux décès des enfants, notamment par l'analyse de l'itinéraire thérapeutique suivi dans la dernière semaine. Les décès considérés ici sont ceux des enfants âgés de moins de 15 ans survenus en 1998 (Dione, 1999).

Étude 4 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Fenech)

Cette étude tente de décrire les pratiques sanitaires et thérapeutiques en cours dans la zone de Niakhar, en considérant plus particulièrement les épisodes morbides de l'enfance. À partir d'une enquête par questionnaire, rétrospective et à passage unique, cette recherche renseigne les épisodes morbides d'enfants âgés de moins de 10 ans et survenus au cours du mois précédent l'enquête. Conduite en 1996, cette enquête repose sur un échantillon de 315 femmes, tirées au hasard parmi les habitantes de la zone, qui répondent à la double exigence d'être âgées de 15 à 49 ans et d'avoir déjà enfanté (Franckel, 1999).

Étude 5 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Wäitzenegger)

L'objectif de cette étude consiste à déterminer les variations des savoirs et itinéraires thérapeutiques relatifs aux soins des enfants basé sur l'expérience de migration en ville (urbaine) des mères ou non. Une enquête quantitative rétrospective a été menée en 1997 auprès de 467 mères âgées de 15 à 49 ans, ayant eu au moins un enfant né vivant dans les 5 années précédant l'enquête.

Le questionnaire comporte une partie sur le recours aux soins lors du dernier épisode morbide des enfants de moins de 5 ans et une autre sur les connaissances relatives aux convulsions, à la fièvre, la diarrhée et la toux chez l'enfant. L'enquête a permis de documenter 200 épisodes morbides survenus au cours des six derniers mois (Wäitzenegger, 2002).

Étude 6 : étude sur les comportements de recours aux soins chez l'enfant malade (Franckel, Lalou et al.)

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche de l'IRD⁵ et de l'IFAN⁶ sur « les facteurs culturels et socio-économiques d'acceptabilité des médicaments antipaludéens chez l'enfant en zone rurale au Sénégal ». Elle a pour principaux objectifs de décrire les comportements de recours aux soins en cas d'accès palustre présumé et d'en étudier les facteurs médicaux, sociaux, économiques et culturels, au niveau de l'individu et de la famille. L'étude s'est ainsi attachée à mettre à jour les logiques familiales et sociales qui président à la prise de décision et à la mise en œuvre des soins.

Cette recherche s'appuie sur les données d'une enquête rétrospective par questionnaire menée au cours de la saison des pluies 2001. Au total, 902 épisodes fébriles d'enfants âgés de moins de 11 ans et survenus entre 6 et 18 jours avant le passage de l'enquêteur sont renseignés. L'une des principales spécificités

5. Institut de recherche pour le développement.

6. Institut fondamental d'Afrique Noire.

méthodologiques de cette enquête tient au suivi précis de l'évolution dans le temps de l'épisode morbide et des soins pratiqués, ainsi qu'à l'interrogation systématique de plusieurs personnes (mère, père et autres personnes ayant agit dans le recours) pour chaque enfant enquêté.

Les résultats

Perception du paludisme et de ses modes de traitement

Le paludisme biomédical est désigné, en milieu *sereer*, par une pluralité d'entités qui distinguent nettement les maladies rattachées à l'expression des formes simples du paludisme et les manifestations des accès compliqués. Les différents symptômes du paludisme font l'objet de classifications étiologiques disjointes, sans lien évolutif direct [études 1, 5 et 6].

Ainsi, les épisodes fébriles, accompagnés ou non de frissons, de céphalées, de courbatures, de vomissements et de diarrhées sont associés aux *sumaan diig*⁷. En dépit de l'homogénéité ethnique et linguistique du milieu d'étude, la population utilise plusieurs termes pour désigner la morbidité fébrile intervenant au cours de l'hivernage et ne présentant pas de complications majeures. Les différentes dénominations des épisodes fébriles sans complications constituent des catégories nosologiques non exclusives, associées à une origine naturelle et partageant un élément récurrent d'explication : l'eau, issue des tiges de mil ou des pluies d'hivernage [étude 1]. L'emploi des différents vocables tient principalement à l'existence de plusieurs aires culturelles [étude 1] :

- le vocable *a cun*, signifiant épi de mil, est plutôt usité dans les villages situés au sud-ouest, à tendance traditionaliste et caractérisé par la présence d'une communauté catholique ;
- le vocable *sibidu*, altération du terme wolof *sibiru*⁸, et qui fait référence au caractère récurrent de la maladie, est surtout usité autour du village

7. On peut traduire les termes de la façon suivante : *sumaan*= fièvre, chaleur ; *ndiig*= hivernage.

8. Dérivé de *sibir* qui veut dire revenir demain.

centre de Toucar. Cette zone est marquée par une grande ouverture aux influences wolof du baol ;

— le vocable *o poog*, signifiant moustique est principalement employé dans les villages situés au nord-est, aire culturelle *ceddo*⁹.

Les épisodes morbides graves, caractérisés par des crises convulsives ou un coma, sont clairement dissociés des *sumaan diig* : ils sont considérés comme l'expression de maladies surnaturelles de l'enfance, telles que le *diid* (peur), le *kum a lass* (malfaiteur), le *a un* (maladie du pilon) ou le *o poox* et *o muss* (maladies du chien et du chat) [étude 1]. La gravité des *sumaan diig* est le plus souvent associée à la durée des symptômes et à l'apathie : pour près de 40 % des adultes, la gravité des fièvres palustres se manifeste par le prolongement dans le temps des symptômes et, pour 35 %, par des manifestations de signes généraux d'affaiblissement de l'organisme [étude 6].

La perception des causes des épisodes palustres présomptifs est plutôt conforme aux informations diffusées lors des campagnes de sensibilisation menées par les autorités sanitaires. Ainsi, la majeure partie (60 %) de la population considère que les *sumaan diig* sont provoqués par les moustiques [études 5 et 6]. Cependant, la perception du lien entre le moustique et la maladie reste le plus souvent inscrite dans une explication multicausale : les adultes donnent en moyenne plus d'une cause aux *sumaan diig*, les expliquant en particulier par les phénomènes environnementaux qui annoncent, accompagnent ou favorisent indirectement la prolifération palustre et par l'insalubrité liée à la présence d'eaux sales ou stagnantes [études 5 et 6]. De fait, la population n'a pas de réelle compréhension du mécanisme d'infection palustre : elle soupçonne la relation avec l'environnement, mais ne maîtrise ni la notion de piqûres infectantes ni le lien entre la présence d'eaux stagnantes et la prolifération des anophèles.

De manière cohérente avec la perception des *sumaan diig* comme des maladies d'origine naturelle, la consultation en centre de santé est considérée par

9. Les *ceddo* de cette zone sont issus de l'aristocratie *seereer* (métissage des Seereer avec les Guelwaar vers la fin du 14^e siècle.) Selon l'explication donnée par Ndiaye Malick (1996), les *ceddo* sont ceux qui ne croient en rien et n'ont aucun scrupule. En ce sens, le *ceddo*, incarne celui qui sait accaparer, qui a le sens des affaires et des opportunités.

75 % de la population comme le soin le plus approprié pour traiter les épisodes fébriles sans complications. Les autres moyens thérapeutiques demeurent moins fréquents : l'automédication est privilégiée par près de 15 % des répondants et les soins traditionnels, pratiqués à domicile ou par un thérapeute, par environ 10 % [études 1 et 6]. Dans une logique tout à fait différente, les symptômes caractéristiques du paludisme grave sont interprétés comme étant les manifestations de maladies d'origine surnaturelle et appellent le plus souvent un recours auprès de praticiens traditionnels [études 1 et 5].

Les injections, pratiquées dans les postes de santé, sont considérées par les populations comme le traitement le plus efficace contre le *sibidu*, en raison de la visibilité et de la rapidité de son action. Les injections font néanmoins parfois l'objet de représentations négatives, retrouvées dans ? plusieurs types de discours. Certains parents soulignent les risques d'abcès pouvant entraîner une paralysie de la jambe en cas de piqûre mal faite. Par ailleurs, certains thérapeutes traditionnels affirment que les injections sont non seulement inutiles pour traiter le *sibidu*, mais aussi, qu'elles contrarient l'efficacité des soins traditionnels qui pourraient être administrés en cas de complications de la maladie¹⁰ [études 1 et 6]. Enfin, selon diverses rumeurs circulant à Niakhar, les injections limiteraient la fertilité, ou encore, lorsqu'elles sont pratiquées au cours de la poussée dentaire, peuvent entraîner « le retournement des dents ». La chloroquine est très rarement considérée comme un remède efficace contre le *sibidu*. Cette perception est principalement alimentée par les échecs thérapeutiques (résistance à la chloroquine), par ses effets secondaires (prurit) et par les problèmes de qualité des médicaments, avec la circulation, dans les circuits informels, de comprimés périmés ou contrefaits (Dulhunty *et al.*, 2000).

Comme les connaissances, les perceptions en matière de santé exercent une influence incontestable sur les comportements de recours aux soins. On observe en effet des relations statistiques entre les connaissances et les perceptions d'une part, et les comportements, d'autre part, même si les causalités mises en évidence

10. Pour les tradithérapeutes, la fièvre jaune — communément appelée « le palu jaune » —, constitue une contre-indication absolue aux piqûres.

ne suffisent pas à prédire les pratiques thérapeutiques. Ainsi, le fait de considérer les moustiques comme la seule cause du paludisme est significativement associé à la fois à une consultation plus fréquente et plus rapide des structures biomédicales et à une ingestion plus fréquente de chloroquine lors de soins à domicile ($p < 0,01$). A l'inverse les parents expliquant la maladie exclusivement par une cause divine réalisent moins de recours biomédicaux ($p < 0,05$) [étude 6].

Les pratiques thérapeutiques

D'une manière générale, l'immense majorité des épisodes morbides enquêtés a donné lieu à une réponse thérapeutique ; seul une infime partie des enfants malades est restée sans soins (moins de 3%) [études 5 et 6]. Conformément à l'étude sur les attitudes thérapeutiques, seuls les épisodes perçus comme courts et bénins ne feront l'objet d'aucun traitement [étude 2].

Pour l'analyse des comportements thérapeutiques, nous avons choisi de dissocier les soins pratiqués spontanément au sein de la concession et les consultations auprès d'un spécialiste extérieur.

La pratique de soins à domicile

Les soins pratiqués spontanément au sein de la concession constituent le traitement dominant dans la région de Niakhar [études 1, 2 et 6] : l'immense majorité des épisodes fébriles sont d'abord traités à domicile. Les soins à domicile sont le plus souvent pratiqués en début de maladie, dès l'apparition des symptômes et se poursuivent généralement pendant les deux premiers jours de maladie [études 4, 5 et 6].

La population prodigue un large éventail de soins à domicile, faisant à la fois appel à la pharmacopée locale, au savoir-faire traditionnel et à la médication moderne. Les principaux soins traditionnels pratiqués par la population sont de quatre types :

- Les massages, les lavements et les frottements, à base de beurre de karité, de poudre de plantes ou de médicaments pilés ;
- Les aliments spéciaux, sous la forme de tisanes, de fumigations ou de bouillies à base de plantes locales ;
- Les prières, regroupant les incantations et les différentes formes de libations ;
- L'enveloppe fraîche, qui consiste à appliquer sur le corps chaud un linge humide pour faire baisser la fièvre.

Les soins à domicile sont facilement accessibles et peu onéreux, coûtant en moyenne moins de 100 Francs CFA [étude 6]. La consommation de médicaments, sous forme de sirop ou de comprimés, est fréquente : elle représente entre un quart [étude 5] et la moitié [études 4 et 6] des soins dispensés à domicile. Cependant, la nature des médicaments employés et le respect des règles de posologie est rarement conforme aux recommandations des autorités sanitaires : le paracétamol et l'aspirine sont les médicaments les plus utilisés contre les fièvres palustres; la chloroquine représente moins de 20 % des médicaments pris [études 5 et 6].

Les caractéristiques de l'épisode morbide influencent le volume et la nature des soins pratiqués à domicile. Ainsi, et de façon inattendue, l'indisposition et les céphalées sont associées à la pratique d'un plus grand nombre de soins à domicile, notamment à base de chloroquine ; la présence d'une forte fièvre est associée à une moindre ingestion des médicaments, mais à une utilisation plus fréquente d'enveloppement frais et d'aliments spéciaux [étude 6].

Le recours externe

La consultation d'un spécialiste hors de la concession est loin d'être systématique et reste fortement conditionnée par les symptômes de la maladie, par ses représentations, par son évolution dans le temps, par l'efficacité des soins pratiqués à domicile et par les disponibilités financières du ménage.

On observe ainsi que les enfants ne recevant aucun soin à domicile, tout comme ceux atteints les deux premiers jours de maux indisposants et de vomissements font deux fois plus appel à des soins externes que les autres [étude 6]. De plus, la réalisation d'un ou de plusieurs recours externes dépend fortement de la gravité perçue de la maladie : au cours des épisodes les plus sévères, entraînant une maladie longue ou conduisant au décès, plus de 80 % des enfants sont emmenés en consultation externe [études 3 et 5]. Le choix du type de recours externe varie en fonction des symptômes : dans le suivi des itinéraires thérapeutiques comme dans les intentions déclarées, les vomissements et les diarrhées orientent significativement les recours vers des structures sanitaires [études 2 et 6], alors que les crises convulsives sont plus souvent associées à la consultation de tradithérapeutes [études 2 et 5].

La majorité des recours externes sont de nature biomédicale : les consultations en centre de santé représentent entre 55 % et 70 % de l'ensemble des consultations hors de la concession [études 4, 5 et 6]. En cas de recours externe, le recours biomédical est le plus souvent accompli en première intention, mais plus d'un recours en poste de santé sur deux intervient à partir du troisième jour de maladie. La consultation de guérisseurs traditionnels intervient plus rapidement que la consultation en centre de santé [études 5 et 6]. Le délai au recours biomédical varie en fonction de sa place dans l'itinéraire thérapeutique : il est allongé en cas de pratique préalable de soins à domicile ou de consultation d'un thérapeute traditionnel [études 2, 5 et 6]. Ainsi, le délai au recours biomédical est évalué à 1,6 jours lorsque l'enfant ne reçoit pas de soins à domicile, à 2,3 jours lorsque l'enfant reçoit un soin à domicile, à 3,0 jours lorsque l'enfant en reçoit plusieurs et à 4,5 jours en cas de consultation d'un tradithérapeute en première intention [étude n°6]. Le délai plus important au recours biomédical s'explique en premier lieu par le poids des contraintes financières : le coût des consultations en structure de santé est trois fois supérieur à celui des recours traditionnels [études 4 et 6].

Un choix parmi les médicaments prescrits s'opère fréquemment : à peine un tiers des consultations médicales s'ensuit de la prise de chloroquine prescrite, avec le respect des règles de posologie dans 60 % de ces cas.

Les conditions de prise en charge de l'enfant malade

Les actes thérapeutiques sont le plus souvent décidés après concertation de plusieurs individus. Les modalités de décision varient cependant en fonction de la nature des soins programmés et des acteurs impliqués : la décision de pratiquer les soins à domicile se prend généralement individuellement — par la mère ou par une parente plus âgée —, alors que la décision d'emmener l'enfant en consultation hors du domicile relève d'un processus essentiellement collectif, auquel participe souvent le père [études 5 et 6]. L'itinéraire thérapeutique se définit avant tout comme un enchaînement d'étapes successives où les phases de proposition, de discussion, d'accompagnement, de financement et d'administration ne sont pas indépendantes : l'implication d'une personne dans le choix d'un acte thérapeutique conditionne fortement sa participation pour administrer ou financer le soin [études 4 et 6].

À l'instar du processus de prise de décision, la nature et les modalités de l'implication dans le processus thérapeutique répondent en partie à une organisation familiale, où les rôles sont définis en fonction du genre, de la position hiérarchique dans la concession et des mécanismes de distribution des ressources au sein de la famille Sereer. Ainsi, la mère, le père et les personnes extérieures au couple parental s'engagent différemment, mais souvent de façon articulée, dans la quête thérapeutique.

La mère de l'enfant, omniprésente à tous les stades de la prise en charge thérapeutique, est la principale actrice de l'itinéraire curatif. Cependant, l'implication de la mère n'est pas uniforme à toutes les étapes de la quête thérapeutique : elle est plus active au niveau des soins à domicile que des recours externes, et son implication diminue à mesure que la maladie se prolonge. Ainsi, la mère de l'enfant, en contact permanent avec le jeune enfant,

identifie la maladie et dispense les soins à domicile dans près de 80 % des cas, de manière autonome et dans un délai minimal [études 2, 4 et 6]. Si la mère participe activement à la majorité des décisions thérapeutiques [études 4, 5 et 6], les limites de son champ d'intervention semblent principalement définies par le poids des contraintes, en termes de pouvoir de décision et de pouvoir financier : souvent dans l'incapacité de faire face aux dépenses des postes de santé, en moyenne supérieures à 1 000 Francs CFA, elle privilégie les soins à domicile et les consultations auprès de thérapeutes traditionnels, dont le coût moyen avoisine les 100 Francs CFA [étude 6].

Dans une seconde phase, lorsque les soins à domicile n'ont pas permis de traiter avec efficacité l'épisode morbide, que celui-ci se prolonge ou soit perçu comme plus grave, il incombe au père, désigné par la tradition comme économiquement responsable de la cellule domestique (Troy, 1996), de prendre en charge d'autres types de soins, plus onéreux. Le champ d'action du père est principalement axé sur la prise en charge des dépenses et, dans une moindre mesure, sur la prise de décision thérapeutique : son intervention concerne peu la mise en œuvre concrète des soins. Cependant, le père est d'autant plus impliqué dans le suivi de l'itinéraire thérapeutique, notamment son financement, que les actes thérapeutiques sont difficiles à mettre en œuvre : il propose et finance surtout des soins envisagés en seconde instance, participe plus aux recours externes qu'aux soins à domicile et sa propension affirmée à assumer des coûts élevés l'amène à principalement financer les recours biomédicaux [études 4, 5 et 6]. Le cadre de l'intervention du père, centrée sur les soins les plus difficiles à mettre en œuvre, explique son implication dans les recours biomédicaux et une nette tendance à décider dans la concertation.

Les personnes extérieures au couple parental, le plus souvent ses grands-mères et les frères du père sont de véritables acteurs de la prise en charge thérapeutique de la maladie : elles identifient près de 15 % des épisodes morbides [études 2 et 6], participent au tiers des décisions thérapeutiques [études 5 et 6] et financent 15 % des recours externes [étude 6]. Leur intervention consiste cependant rarement à se substituer d'emblée aux parents biologiques

de l'enfant, mais prend la forme, le plus souvent en seconde instance, d'un soutien lors d'un épisode morbide qui se prolonge. La participation de la parenté élargie est, en outre, fortement dépendante des caractéristiques de la cellule familiale : la taille, la structure par âge et la nature des liens entre les individus cohabitants agissent comme catalyseurs des normes de prise en charge de la maladie.

Chacun des membres de l'entourage de l'enfant assure une fonction spécialisée au sein d'un cadre collectif, où la mère privilégie les solutions rapides et accessibles, et où le père prend en charge les épisodes n'ayant pu être traités dans ce cadre. Dans une problématique du changement, il est néanmoins important de nous interroger au sujet de la tendance des mères et des personnes extérieures au couple parental, à davantage participer aux décisions de consulter des thérapeutes traditionnels et sur la tendance des pères à orienter leur intervention vers les recours biomédicaux [études 5 et 6], concernant ce qui relève d'effets statutaires ou structurels et d'effets individuels.

Discussion

L'analyse des perceptions en matière de paludisme a mis en évidence un premier paradoxe : les individus partagent un fond culturel de représentations de la maladie, mais construisent un ensemble de perceptions hétérogènes, syncrétisme de savoirs et de croyances profanes et sacrées. Ainsi, de manière générale, la population rattache les différents symptômes palustres à des registres étiologiques disjoints : dans le modèle interprétatif dominant, les manifestations simples du paludisme sont considérées comme plutôt bénignes et d'origine naturelle, par opposition aux symptômes d'accès pernicieux, tels que les crises convulsives et les comas, perçus comme les manifestations de maladies surnaturelles. La littérature souligne que l'inscription des accès palustres simples dans le registre des maladies naturelles et des accès pernicieux dans celui du surnaturel est fréquent en Afrique de l'Ouest (Makemba *et al.*, 1996 ; Mwenesi, 1993 ; Jaffré *et de Sardan*, 2003 ; Mwenesi *et al.*, 1995 ; Bonnet,

1991 ; Bonnet, 1999). Cependant, au-delà de ce cadre référentiel intégratif, les dénominations de la symptomatologie palustre, les perceptions de ses causes et de ses traitements sont loin d'être unifiées. Les représentations en matière de paludisme semblent insérées dans un processus évolutif, où les informations sanitaires issues de multiples horizons se superposent de manière non exclusive : l'exposition prolongée de la population à des conceptions médicales différentes (traditionnelle Sereer, Wolof, islamique, biomédicale) a contribué à la constitution d'une pluralité de modèles d'interprétation des maladies.

Dans ce contexte de superposition cumulative des informations sur la santé, la population, exposée au fil du temps à de multiples messages relayant directement ou indirectement les recommandations des autorités sanitaires, a acquis un ensemble de savoirs sur le paludisme. Cependant, les messages théoriques de la biomédecine sont, le plus souvent, mal assimilés et remaniés. Ainsi, la connaissance du rôle du moustique, bien qu'inexistante dans les années 1980 (Bonnet *et al.*, 1990), demeure nettement inférieure aux niveaux observés dans d'autres régions, où près de 80 % des adultes associent les moustiques au paludisme (Njeto *et al.*, 1999 ; Dulhunty *et al.*, 2000 ; de Martin *et al.*, 2001). De plus, dans l'immense majorité des cas, le mécanisme d'infection palustre et le caractère évolutif de la maladie sont mal compris, ce qui conforte la population dans l'idée selon laquelle les *sumaan diig* sont des maladies courantes et relativement peu dangereuses. Enfin, en l'absence d'assimilation en profondeur du savoir technique, la population perçoit l'efficacité générale des médicaments, mais ne développe pas une lecture de ses effets particuliers : la chloroquine est peu utilisée en cas d'épisodes fébriles, mais est souvent consommée en cas de diarrhées, accompagnées ou non de fièvres [étude 5]. Le rejet de la chloroquine n'est donc pas celui du médicament en tant que tel, puisque les populations utilisent fortement les antipyrétiques (paracétamol) également prescrits par le personnel médical en cas de paludisme.

À l'inverse le paracétamol, qui fait baisser la fièvre rapidement, est paré de vertus magiques et constitue souvent une panacée contre le paludisme [études 1 et 6]. En somme, face à de maigres ressources financières et une offre de soins

insuffisante et difficile d'accès, les populations puisent dans des conceptions médicales différentes (Sereer, Wolof, islamique, biomédicale), pour se « bricoler » un savoir approprié.

La confrontation entre les comportements thérapeutiques, d'une part, et les représentations, connaissances et perceptions, d'autre part, met en évidence un second paradoxe. On observe, tout d'abord, une relative cohérence, au regard des standards biomédicaux, entre les perceptions et les comportements en ce qui concerne le recours aux soins. Dans le cas des fièvres de l'enfant, les populations de Niakhar adhèrent assez fortement, dans leurs attitudes et dans leurs pratiques, à la médecine biomédicale. En cas d'épisode morbide, la mise en œuvre d'actes thérapeutiques appartenant au registre biomédical est quasi systématique : les médicaments (paracétamol et chloroquine) sont les soins à domicile les plus pratiqués et les recours au centre de santé sont plus fréquents que les consultations de thérapeutes traditionnels. De manière similaire, les représentations et les connaissances exercent une influence sur les comportements de recours aux soins : l'assimilation d'informations biomédicales est associée à une consultation plus fréquente en structure sanitaire. Cependant, la relecture des six études met également en lumière la persistance d'un décalage entre les connaissances et les attitudes face aux fièvres palustres et les comportements thérapeutiques. Ainsi, alors que les consultations en structure sanitaire sont de loin considérées comme les plus efficaces en cas de fièvre de l'enfant, dans leurs pratiques, les populations privilégient les soins à domicile. La consultation en structure sanitaire est encore trop rare et tardive : près de 40 % des enfants décédés lorsque l'on interroge les mères par autopsie verbale n'avaient pas consulté une structure sanitaire [étude 3]. Ces résultats sont assez conformes à ceux d'autres recherches menées en milieu rural africain, montrant que le personnel médical est souvent considéré par les populations comme le plus à même de traiter le paludisme (Agyepong et Manderson, 1994 ; Baume et al., 2000), mais également que 65 % à 90 % des enfants malades sont spontanément traités au sein des concessions (Foster, 1995 ; McCombie, 1996 ; McCombie, 2002 ; Rosalinf et al., 1997 ; Baume et al., 2000 ; Goldman et al., 2000 ; Thera et al., 2000 ; Ruebush et al., 1995).

Le recours massif aux soins à domicile observé à Niakhar est une pratique commune à toutes les sociétés du monde, y compris au Nord, permettant, dans une première approche, une nécessaire appréciation du degré de sévérité des symptômes. La spécificité du contexte d'étude tient au fait que les soins à domicile constituent la norme exclusive de traitement de la majorité des épisodes palustres [étude 6]. Dès lors, la sous-utilisation des services de santé en cas d'accès palustre¹¹ simple n'apparaît pas comme la pure expression d'un choix raisonné résultant de barrières culturelles (représentations de la maladie), mais comme le produit des multiples contraintes imposées par l'environnement économique et social. À Niakhar, compte tenu des ressources financières du ménage, de la qualité de l'offre de soins et de l'organisation sociale du ménage, les soins à domicile constituent le plus souvent la stratégie pragmatique la plus rapide et la plus efficace.

Toutes les études menées dans la zone de Niakhar soulignent en effet les coûts élevés (directs et indirects) d'une consultation dans un poste de santé : coût de la consultation et des médicaments, temps de déplacement et temps d'attente. Le nombre insuffisant de structures sanitaires, en moyenne un peu plus d'une pour 10 000 habitants, impose en effet aux malades de parcourir de très longues distances, généralement en charrette. La saisonnalité du paludisme pèse lourdement sur les capacités économiques du ménage : la quasi-totalité des épisodes palustres se concentre sur une période d'environ trois mois (Delaunay, 1998). L'intensité de la pression morbide est exacerbée par l'extrême jeunesse de la population, composée d'un tiers d'enfants âgés de moins de 10 ans : au cours de l'hivernage, chaque concession doit faire face à plusieurs épisodes palustres infantiles. De plus, la période de forte transmission palustre, intervenant à la fin de l'hivernage, correspond à une période très particulière dans le calendrier

11. Cette analyse n'est, bien évidemment, pas pertinente si l'on considère l'accès pernicieux du paludisme, dont un des critères est la convulsion répétée. Devant ce tableau clinique, les populations réinterprètent souvent la maladie à partir d'un registre « surnaturel » ou religieux et privilégient le recours aux tradithérapeutes. Ces croyances et pratiques, observées par plusieurs études à Niakhar, sont également communes dans de nombreuses sociétés africaines (Foster, 1995, Williams et Jones, 2004).

des populations. Elle coïncide d'une part avec la pleine activité agricole pour l'unique récolte annuelle : les travaux champêtres nécessitent beaucoup de temps de travail et épuisent les organismes. D'autre part, la période précédant la récolte constitue un moment de précarité économique, appelée soudure¹², où la disponibilité en moyens financiers pour soigner l'enfant est minimale. Dans un contexte de grande pauvreté et dans une période de faible disponibilité de liquidités, le coût financier des recours biomédicaux est prohibitif, plus de trois fois supérieur à celui des soins à domicile ou des guérisseurs traditionnels. La fréquence et la récurrence des épisodes palustres durant l'hivernage d'une part, le manque de temps et de moyens financiers d'autre part, sont des facteurs prédisposant les populations à adopter, en première instance, une pratique thérapeutique basée sur des soins facilement accessibles et peu coûteux.

Les résultats mettent également en avant l'influence de la qualité de l'offre de soins sur le recours vers une structure médicale. En effet, alors que les populations accordent généralement crédit à la biomédecine pour le traitement des fièvres de la saison des pluies, elles sont peu satisfaites du fonctionnement des centres de santé qu'elles fréquentent. La population juge les temps d'attente anormalement longs, les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments trop fréquentes, notamment au moment du pic épidémique. De plus, les postes de santé n'étant pas équipés pour établir un diagnostic biologique du paludisme, elles assimilent les infirmiers à de simples prescripteurs de routine de chloroquine et de paracétamol. Les populations dénoncent également les pratiques des personnels de santé : l'absentéisme presque chronique des infirmiers, remplacés par des aides-soignants peu formés ; une distance sociale entre patients et soignants entraînant un manque de dialogue pendant la consultation, qui fait parfois place à la brutalité verbale ou la condescendance ; une tendance à la sur prescription, du fait à la fois de traitements présomptifs et des effets pervers dans la gestion des médicaments par le comité de santé. (Faye et al., 2003).

12. Précédant la récolte agricole annuelle, la soudure est la période où les ressources alimentaires et monétaires sont minimales.

Dans ces circonstances, l'automédication, peu coûteuse et facile à mettre en œuvre, grâce notamment aux marchés parallèles d'approvisionnement en médicaments, constitue une alternative avantageuse aux postes de santé. Les soins à domicile présentent de nombreux avantages par rapport aux recours externes (Abosede, 1984) : la population s'inscrit dans une logique pragmatique lorsqu'elle privilégie un modèle de prise en charge axé sur un réflexe de soins à domicile pouvant, en cas d'aggravation, être complété par un recours externe, d'accès géographique et économique plus difficile.

Dans une comparaison avec d'autres pathologies, signalons enfin que les représentations, les pratiques thérapeutiques et les caractéristiques de l'offre de soins en matière de fièvres palustres apparaissent spécifiques à plusieurs égards. En effet, d'une part, la perception bénigne de la maladie et sa concentration sur une période courte renforcent la tendance à recourir aux soins à domicile. Cette tendance est confortée par les stratégies de santé publique : la prise en charge communautaire consacre les soins à domicile comme alternative de traitement du paludisme, alors que les protocoles de prise en charge d'autres maladies de l'enfance restent nettement plus tournés vers les structures sanitaires¹³. La spécificité du paludisme tient encore aux limites des différents protocoles médicaux. Ainsi, la chloroquine, peu chère et relativement bien tolérée (relativement, à cause du prurit dont tout le monde se plaint) est de moins en moins efficace en raison du développement des chimiorésistances ; les stratégies basées sur des associations thérapeutiques sont nettement plus efficaces, mais leur coût, même subventionné, est plus élevé et leur tolérance reste encore incertaine.

13. De ce point de vue, la diarrhée est sans doute une affection, qui, comme la fièvre, trouve d'abord une réponse dans les différents soins à domicile (utilisation de plantes et de médicaments). L'aggravation des symptômes induit un recours, de préférence, vers le poste de santé (Waïtzenegger, 2002)

Conclusion

Au terme de cette relecture des études menées sur la zone de Niakhar, il ressort assez clairement que les représentations des fièvres de l'enfant (dans un registre magico-religieux) ne constituent pas en elles-mêmes des barrières au suivi des recommandations des autorités sanitaires. Même si les connaissances sont encore mal intégrées — les populations ont généralement du mal à comprendre la complexité étiologique et épidémiologique de la maladie —, le paludisme (sous sa forme d'accès simple) est, pour un grand nombre, une pathologie connue, d'origine naturelle et dont le traitement relève de la biomédecine. Nous constatons que l'automédication et les structures médicales sont considérées comme les meilleures réponses thérapeutiques en cas de fièvre palustre. Enfin, la sous-utilisation des structures de santé s'explique principalement par les contraintes économiques et sociales de consultation et par les faiblesses de l'institution médicale.

En soulignant que le traitement du paludisme n'est pas seulement ou totalement entravé par des pesanteurs culturelles, nous voulons mettre en question une lecture par trop culturaliste des pratiques sanitaires. Mais ce faisant, nous ne nions pas que cette maladie soit une réalité biologique façonnée par le contexte socioculturel local dans lequel elle s'inscrit. Toutes les études présentées ici indiquent combien il est important de prendre en compte les aspects socioculturels et comportementaux de la santé des populations pour parvenir à un contrôle durable du paludisme. Autrement dit, le paludisme ne peut être considéré comme un problème de santé identique partout dans le monde, auquel il est possible de répondre par une stratégie unique et globale. En ce sens, il apparaît nécessaire que l'élaboration et la planification des programmes de lutte contre le paludisme intègrent véritablement une approche socioculturelle, sans que cela ne s'apparente à un sacrifice obligé aux sciences sociales pour mettre en oeuvre ce que les professionnels de santé publique perçoivent comme la solution providentielle.

Le faible degré d'assimilation des messages sanitaires et le décalage entre les connaissances, les perceptions et les pratiques ne peuvent nous surprendre que si nous considérons une relation linéaire et unidirectionnelle entre ces éléments. Pour le paludisme, comme pour bien d'autres maladies, le recours aux soins est un comportement social, qui répond à des logiques autant médicales que socioculturelles et économiques. Autrement dit, le manque de connaissances n'est pas la seule et véritable contrainte à un traitement rapide et efficace du paludisme ; la pauvreté, la qualité des médicaments et des services de santé, les modes familiaux de gestion de la santé sont autant de réalités qu'il faut prendre en compte au moment de sensibiliser les communautés. Les programmes de lutte contre le paludisme visant à changer les pratiques par la promotion de l'éducation pour la santé ont rencontré des succès limités. Les messages sanitaires ne peuvent être de simples recommandations standardisées et décontextualisées : pour être reconnus et compris par les populations, ils doivent être reliés aux savoirs, aux concepts et aux modes de vie locaux.

Finalement, au moment où la lutte contre le paludisme se redéfinit, les apports multidisciplinaires des ces six études sur les comportements sanitaires dans la zone de Niakhar éclairent les écueils des nouvelles stratégies. L'innovation (pharmaceutique ou médicale) ne suffit pas à combattre le paludisme, si dans le même temps, la santé publique ne comprend pas et n'intègre pas les ressorts de son adoption par les populations. De même, si certains programmes peuvent réduire la transmission du paludisme, cet effet ne peut être conservé sans un accompagnement des interventions par un système de santé efficient et par une communauté responsabilisée.

Références bibliographiques

- ABOSEDE O., 1984, « Self-medication: an important aspect of primary health care »
Social Science and Medicine, vol. 19, n° 7, pp. 699-703.

- AGYEPONG I., MANDERSON L., 1994, « The diagnosis and management of fever at household level in the Greater Accra Region, Ghana », *Acta Tropica*, vol. 58, pp. 317-330.
- BAUME C., HELITZER-ALLEN D., KACHUR P., 2000, « Patterns of care for childhood malaria in Zambia », *Social Science and Medicine*, vol. 51, pp. 1491-1503.
- BONNET D., 1991, « Désordres psychiques, étiologies moose et changement social », *Psychopathologie africaine*, vol. 22, n° 3, pp. 293-324.
- BONNET D., 1999, « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau », in JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (éd.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, Paris, pp. 305-320.
- BONNET D., DEBOUVERIE M., DUBOZ P., VAUGELADE J., 1990, *Approche anthropologique de la morbidité par paludisme*, ORSTOM, Ouagadougou.
- DE MARTIN S., VON SEIDLEIN L., DEEN J. L., PINDER M., WALRAVEN G., GREENWOOD B.G., 2001. « Community perceptions of a mass administration of an antimalaria drug combination in The Gambia ». *Tropical Medicine and International Health*, 6, pp. 442-448.
- DELAUNAY V. (sous la coord. de), 1998. La situation démographique et épidémiologique dans la zone de Niakhar au Sénégal – 1984-1996, Orstom, Dakar, 132 p.
- DELAUNAY V., MARRA A., LÉVI P., ETARD J.F., 2003. « SSD de Niakhar », in INDEPTH Network. *Population et Santé dans les pays en développement Vol 1. Population, santé et survie dans les sites du réseau Indepth*, pp.313-321.
- DIONE D., 1999. *Recours aux soins des enfants dans la zone de Niakhar : Analyse à partir des autopsie verbales*, thèse de médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 69 p. + annexes.
- DULHUNTY J. M., YOHANNES K., KOURLEOUTOC C., MANUOPANGAI V. T., POLYN M. K., PARKS W. J., BRYAN J. H., 2000, « Malaria Control in central malaita, Solomon Islands Local perceptions of the disease and practices for its treatment and prevention », *Acta Tropica*, vol. 75, pp. 185-196.
- ETARD, J. F., LE HESRAN J. Y., DIALLO A., DIALLO J. P., NDIAYE J. L., DELAUNAY V., 2004, Childhood mortality and probable causes of death using verbal autopsy in Niakhar, Senegal, 1989-2000, *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, n° 6, pp. 2593 et suivantes.
- FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF, Paris, 359 p.
- FAYE S., 2000, Modes de représentations du paludisme chez l'enfant et recours aux soins en milieu rural sereer : Niakhar, Fatick (Sénégal), DEA d'Anthropologie, Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 82 p.

- FAYE S., LALOU R., ADJAMAGBO A., 2003, « Soigner les enfants à domicile en cas de fièvre en milieu rural sénégalais : une réponse à la pauvreté ? », communication présentée à la 4^e Conférence africaine sur la population, 8-12 décembre, Tunisie, 17 p.
- FOSTER C., 1995, Treatment of malaria outside the formal health services, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98 : 29-34.
- FRANCKEL A., 1999, *Recours aux soins en milieu rural Sénégalais*, DEA de socio-démographie, Université de Paris X Nanterre, 156 p.
- FRANCKEL A., 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, thèse doctorale de socio-démographie, Université de Paris X — Nanterre, 32 p. + annexes.
- GOLDMAN N. ET HEUVELINE P., 2000, « Health-seeking behaviour for child illness in Guatemala », *Tropical and International Health*, vol. 5, n° 2, pp. 153-161.
- JAFFRÉ Y. ET DE SARDAN O. (éd.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris, 462 p.
- LE HESRAN J.Y., DELAUNAY V., 2002. « Therapeutic patterns among children with fever in rural Senegal », Cambridge, MA, Harvard Center for population and development studies, Working paper series, vol 12, n° 8.
- MAKEMBA A. M., WINCH P.H., MAKAME V.M., MEHL G.L., PREMJI Z., MINJAS J.N., SHIFF C., 1996, « Treatment practices for dege-dege, a locally recognized febrile illness and implications for strategies to decrease mortality from severe malaria in Bagamoyo district, Tanzania », *Tropical medicine and International health*, vol. 1, n° 3, pp. 305-313.
- MCCOMBIE S., 1996, « Treatment seeking for malaria : A review of recent research », *Social Science and Medicine*, vol. 43, pp. 933-945.
- MCCOMBIE S., 2002, « Self-treatment for malaria : The evidence and methodological issues », *Health Policy and Planning*, vol. 17, n° 4, pp. 333-344.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D., 1997, « Mortality by cause for eight regions of the world : Global burden of disease study », *Lancet*, vol. 349, pp. 1269-1276.
- MWENESI H.A., 1993, « Mothers definition and treatment of childhood malaria on the kenyan coast », Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, WHO, Geneva, Social and Economic Project Reports, n° 13.
- MWENESI H., HARPAM T., SNOW R.W., 1995, « Child Malaria Treatment practices among mothers in Kenya », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 9, pp. 1271-1277.
- NDIAYE M., 1996, *L'éthique cedido et la société d'accaparement ou les conduites culturelles des Sénégalais d'aujourd'hui*, tome 1 : *Le Goorgi* : type moyen de la société

sénégalaise urbaine post-indépendance, Presses Universitaires de Dakar, Dakar, 443 pages.

- NJETO T., MANDEZ F., CARRASQUILLA G., 1999, « Knowledge, beliefs and practices relevant for malaria control in an endemic urban area of the Colombian Pacific », *Social Science and medicine*, vol. 49, pp. 601-609.
- NUWAHA, F., 2001, « The challenge of chloroquine-resistant malaria in sub-Saharan Africa », *Health Policy and Planning*, vol. 16, n° 1, pp. 1-12.
- OMS, 1998, Roll Back Malaria Project: Resources Support Network for Prevention and Control of Malaria Epidemics, CDS/RBM/RSN/EPI/98.
- PNLP, 2001, « Directives du Programme national de lutte contre le paludisme », ministère de la Santé, département des grandes endémies, Dakar, Sénégal.
- PNLP 2003, « Nouvelles directives du Programme national de lutte contre le paludisme », programme national de lutte contre le paludisme, ministère de la Santé, département des grandes endémies, Dakar, Sénégal.
- ROBERT V., LOCHOUARN L., TRAORÉ S. F., TRAPE J.F., SIMONDON F., FONTENILLE D., 1998, « La transmission du paludisme dans la zone de Niakhar, Sénégal », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, pp. 667-677.
- ROSALINF G. N., NORMAN, S. EW BANK D., KARAMAGI C., 1997, « Maternal diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda : implications for the malaria control programme », *Acta Tropica*, vol. 68, pp. 53-64.
- RUEBUSH T.K, KERN M.K., CAMPBELL C.C., OLOO A.J., 1995, « Self-treatment of malaria in a rural area of western Kenya », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 73, pp. 239-36.
- SNOW R. W., CRAIG M., DEICHMANN U., MARSH K., 2000, « Évaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, n° 2, pp. 64-80.
- SNOW R.W., TRAPE J.F., MARSH K., 2001, « The past, present and future of childhood malaria mortality in Africa », *Trends in parasitology*, vol. 17, n° 12, pp. 593-597.
- THERA M. A., D'ALESSANDRO U., THIERO M., OUEDRAOGO A., PACKOU J., SOULEYMANE O. A., 2000, « Child malaria treatment practices among mothers in the district of Yanfolila, Sikasso Region, Mali », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 5, pp. 876-81.
- Trape J. F., Pison G., Préziosi M. P., Enel C., Desgrées du Loû A., Delaunay V., Samb B., Lagarde E., Molez J. F., Simondon F., 1998. « Impact of chloroquine resistance on malaria mortality », *C.R. Acad. Sci. Paris*, vol. 321, pp. 689-697.

- TROY A., 1996. Solidarités féminines et construction du genre féminin chez les Sereer du Sénégal, Maîtrise d'ethnologie à Paris X — Nanterre, 289 p.
- WAÏTZENEGGER F, 2002. *Femmes entre ville et campagne : influences et contraintes aux changements sanitaires (Niakhar, Sénégal)*, thèse de Doctorat, Département de Démographie, Université de Montréal, 133 pages + annexes.
- WILLIAMS H.A., JONES C.O.H., 2004, « A critical review of behavioural issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: What contributions have social scientists made ? », *Social Science and Medicine*, vol. 59, n° 3, pp. 501-523.

Recours aux soins et santé maternelle en Inde rurale : le cas de l'Andhra Pradesh

VIRGINIE CHASLES

Le genre contre la santé maternelle

L'une des matérialités immédiatement perceptibles de la dévalorisation du féminin en Inde réside dans la composition de la population qui révèle un déséquilibre entre le nombre d'hommes et de femmes (Visaria et Visaria, 1995). Avec un sex ratio en 2001 de 933 femmes pour 1000 hommes, l'Inde se démarque du reste du monde, puisque partout ailleurs, le nombre de femmes est environ égal à celui des hommes, voire légèrement supérieur¹. Qui plus est, cette spécificité continue de se confirmer, puisque si en 1991 on estimait à 32 millions le nombre de femmes manquantes, en 2001, ce chiffre s'élevait à 36 millions. De façon synthétique, on attribue d'abord ce déséquilibre à la surmortalité féminine qui survient lors des premières années de l'enfance. Celle-ci est imputable, avant tout, aux comportements différentiels face à l'enfant (Burguière, 1986), parmi lesquels on note un recours médical moindre pour les petites filles, ou bien encore un apport nutritionnel restreint (Ghosh *et al.*, 2002), ce qui répond à une préférence pour les garçons. Ensuite, depuis

1. À titre indicatif, selon un rapport de 2003 du CIA World Factbook, en 2001 au Sénégal, le sex ratio était de 1 010 femmes pour 1 000 hommes. De même, toujours selon cette source, en 1998 au Mali, celui-ci s'élevait à 1 020 femmes pour 1 000 hommes.

quelques années, on peut assister au phénomène des avortements sélectifs (Chakrabarty, 2001), et ce fœticide des embryons de sexe féminin (Rao et Jain, 2001) contribue sans conteste à expliquer le continuuel recul de la population féminine, comme en témoigne notamment le sex ratio juvénile². Enfin, une part importante de cette surmortalité féminine est directement attribuable à la maternité, puisque, pour la période 1998-1999, le National Family Health Survey II (NFHS)³ l'estime à 540 décès pour 100 000 naissances vivantes⁴. En effet, malgré de réels progrès, la mortalité maternelle en Inde reste parmi les plus élevées au monde⁵.

Ainsi, si on se place dans le seul cadre de la santé de la reproduction, force est de constater que la santé de la mère, et plus largement de la femme, est assujettie à une pluralité de facteurs, certains économiques, d'autres culturels. Sur ce dernier point, la symbolique du Féminin et de la Maternité nous révèlent d'ailleurs largement le sens et la mesure des itinéraires thérapeutiques. Finalement, les taux de morbidité et de mortalité maternelle prouvent une fois de plus que le manque de reconnaissance sociale de la femme implique encore la mise en danger de leur santé mais aussi de leur vie.

Pour appréhender cette thématique, différentes sources de données ont été sollicitées⁶. Dans un premier temps, deux sources majeures de données,

2. À titre d'exemple, en Andhra Pradesh, selon le recensement de 2001, on enregistrait 964 fillettes pour 1000 garçons. En 1991, ce ratio était de 975.
3. Le NFHS I (1992-1993) révélait un taux de 424 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui semble indiquer une forte progression de cette mortalité, à laquelle on doit cependant imputer un certain pourcentage d'erreur statistique.
4. 619 en zone rurale et 267 en zone urbaine.
5. Son niveau reste néanmoins inférieur à celui de l'Afrique subsaharienne notamment, qui, selon l'Organisation mondiale de la santé, enregistrait en 2000 un taux de 920 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux global masquant par ailleurs d'importantes variations régionales, puisqu'en 2002, à titre d'exemple, il était alors de 600 en Côte d'Ivoire, de 560 au Sénégal ou bien encore de 480 au Burkina Faso. Pour davantage d'informations, se reporter ici au rapport de l'UNICEF, *Official summary, The state of the world's children 2002*, New York, Oxford University Press. On citera également ici l'étude conjointe de l'OMS, l'UNICEF & l'UNFPA, *Maternal Mortality in 2000*, Éditions de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.
6. La recherche présentée ici constitue une composante d'un travail de doctorat de géographie à l'Université de Rouen sur la santé maternelle en Inde rurale. Doctorat réalisé sous la direction de M. Alain Vaguet (université de Rouen), avec l'appui du South India Fertility Project, projet

à l'échelle indienne, ont été utilisées : le NFHS ainsi que la base statistique du South India Fertility Project. Le NFHS est une enquête nationale menée auprès de femmes mariées, âgées de 13 à 49 ans. La première enquête eut lieu en 1992-93 et la seconde en 1998-99, chacune auprès d'environ 90 000 ménages⁷, répartis sur l'ensemble du territoire. Cette base renseigne sur une pluralité de données démographiques et sanitaires⁸ à l'échelle de chaque état. La base du South India Fertility Project est composée des données du recensement indien de 1991, chacune à l'échelle villageoise. On peut y distinguer deux catégories de données. La première concentre des variables démographiques, sociales et économiques⁹. La seconde est davantage axée sur les infrastructures et les aménagements¹⁰.

Ce corpus a permis de dresser un bilan général à la fois de l'offre de soins et de la médicalisation de la grossesse. Cette première approche globale ne pouvant évidemment pas suffire, il lui a été adjoint une analyse plus locale,

IRD-IFP, basé à Pondichéry sous la direction de M. CZ Guilmoto ainsi que du programme Espace et mesure en Inde du Sud, également coordonné par M. CZ Guilmoto.

7. Parmi eux, 25 000 étaient urbains et 65 000 ruraux.
8. Plus précisément, le NFHS I concentre des informations sur la fécondité, la nuptialité, les préférences en termes de fécondité (garçon-fille), les connaissances et pratiques en matière de planning familial, la demande potentielle en méthodes contraceptives, la proportion de grossesses non désirées, l'utilisation des services prénataux, l'allaitement et l'alimentation de l'enfant, la santé et la mortalité infantile ainsi que sur les vaccinations. Globalement, le NFHS II a repris les mêmes thématiques que le précédent, mais quelques-unes sont venues l'enrichir. Ce dernier point est de toute importance pour notre sujet, puisqu'elles concernent la santé reproductive, l'autonomie des femmes, les violences domestiques, la nutrition des femmes ainsi que la prévalence de l'anémie.
9. Dans cette rubrique, on trouve la population totale, avec la répartition par sexe, mais également la proportion des 0-6 ans, des castes répertoriées et des tribus répertoriées, le pourcentage d'alphabétisation ou bien encore la distribution de la population active selon les différentes catégories professionnelles. À ces variables brutes ont ensuite été ajoutés différents indicateurs, essentiellement démographiques, tels que la densité de population, le sex ratio ou bien encore le ratio femme/enfant.
10. Celles-ci comprennent les différents niveaux de structures scolaires et sanitaires. On y trouve aussi des informations quant à l'alimentation en eau et en électricité. Sont présentes également les variables relatives aux télécommunications (branchement téléphonique, routes...) et, dans un autre registre, à l'irrigation. Dans un premier temps, c'est évidemment sur cette deuxième rubrique que nous nous sommes concentrés, avec une utilisation approfondie des données relatives aux structures de soins.

basée cette fois sur les techniques d'enquêtes et d'entretiens, menés dans des communautés villageoises et des centres de soins.

Cette étude de cas prend place dans le district d'Anantapur, situé en Andhra Pradesh. C'est d'abord auprès d'une centaine de femmes que les résultats présentés dans ce travail ont été obtenus en 2000 et 2001. Le caractère parfois sensible de notre questionnement, puisqu'il touche à l'intimité des femmes, a nécessité la mise en œuvre d'une approche qualitative. Outre la multiplication des entretiens, celle-ci s'est nourrie de la méthode d'observation directe lors de séjours dans le village de Dokkalapalle¹¹, ce qui a notamment permis d'appréhender l'environnement social et familial des femmes rencontrées. En parallèle, des enquêtes quantitatives ont été menées auprès du personnel médical, hommes et femmes, de différentes structures de soins à la fois urbaines et rurales.

Établi en Inde du Sud, l'Andhra Pradesh compte 75 millions d'habitants et se démarque désormais du reste de l'Inde par son nouveau profil sociodémographique, attribuable en partie à la baisse fulgurante de la fécondité enregistrée ces dernières années (Guilmoto et Chasles, 2001). Le recensement de 1991 met en avant un taux de croissance de la population de 24,2 % pour la période de 1981-1991. Une décennie plus tard, ce taux n'est plus que de 13,9 %, ce qui confère à cet état une nouvelle originalité. Situé à l'extrémité sud de cet état, le district d'Anantapur appartient à la région du Rayalaseema, traditionnellement appelée « terre de famines » et le district d'Anantapur est le district le plus sec de cette région et, d'autre part, il fait partie des six districts de l'Inde qui enregistrent les moyennes pluviométriques les plus faibles (544 mm en moyenne¹²), des sécheresses fréquentes et sévères ainsi qu'un faible pourcentage de terres irriguées (Prasad, 1998). Un tel contexte naturel contribue indéniablement au faible niveau de développement de cette région, qui se matérialise notamment par la faiblesse de ses infrastructures urbaine et sanitaire.

11. Village de 620 habitants en 1991, Dokkalapalle se situe à l'extrême sud-ouest de l'Andhra Pradesh.

12. À titre indicatif, la pluviométrie annuelle en France est de l'ordre de 900 mm.

La femme dans les schèmes indiens

Il est dorénavant largement reconnu que la femme occupe une position subalterne dans la société indienne (Biardeau, 1995). Pourtant, l'Inde, tout comme le Bangladesh d'ailleurs, fait partie des rares pays où une femme, Indira Gandhi, a été détentrice du pouvoir. N'oublions pas qu'il s'agit là d'un cas exceptionnel, qui n'enlève rien à la réalité sociale des femmes. Plus largement, l'Inde, comme d'autres sociétés, a adopté des comportements androcentriques qui se manifestent par des rapports entre les sexes fortement hiérarchisés, ce que Françoise Héritier appelle la valence différentielle des sexes (Héritier, 1996). Cela se manifeste par la suprématie de la gent masculine et l'idée que la qualité première de la femme réside dans le rôle de mère. Ce rôle représente l'élément fondamental qui justifie leur existence et leur identité.

Dès lors, la naissance d'une fille en Inde n'est généralement ni attendue ni désirée. À l'inverse, la naissance d'un garçon représente un réel soulagement (Kakar, 1985). L'une des raisons majeures à cette préférence pour la naissance d'un garçon, réside dans le fait que le garçon représente l'avenir économique et rituel de la famille, ceci par le biais de la source de revenus qu'il pourra apporter, ainsi que par l'accomplissement des rites funéraires, qu'il est le seul à pouvoir effectuer, lors de la mort de ses parents. À l'inverse, en réponse à l'obligation sociale qu'est le mariage, une fille est destinée à partir, qui plus est avec une dot, pour laquelle ses parents se seront le plus souvent largement endettés. Considérée comme un membre ponctuel de la famille, elle est le plus souvent victime de discriminations (scolaires et sanitaires particulièrement) et reçoit peu d'attention. Le recensement de 2001 révèle notamment un taux d'analphabétisme de près de 50 % pour les femmes, contre 24 % pour les hommes. Même si l'Inde affiche ici des taux plus optimistes qu'en Afrique Occidentale, par exemple, région où cette proportion englobe près de 60 % des femmes, ceci illustre relativement bien la dynamique des discriminations de genre.

Cette infériorité sociale de la femme n'est pas particulière à l'Inde, mais elle s'y trouve certainement amplifiée par le mode de fonctionnement communautaire

qui y prévaut. Dans ce type de société, c'est d'abord le groupe qui importe, et non pas l'individu. L'identité de chacun se veut donc être le reflet des attentes et des rôles induits par son système de normes (Elias, 1991). Si ceci illustre relativement bien la relation d'un Indien avec sa caste par exemple, c'est davantage manifeste pour la femme, qui, elle, doit se référer non seulement à sa caste, mais également aux hommes de son cercle familial et, par extension, de sa communauté (Kakar, 1985). D'abord fille de ses parents, ensuite épouse de son mari et enfin mère de ses fils (Kirpalani et Goburdhun-Jani, 1993), toute sa vie est donc sous la gouvernance de *l'autre*. Au quotidien, cela se matérialise alors par une autonomie et un pouvoir de décision extrêmement limités. Malgré leur charge de travail considérable, rares sont celles qui ont accès aux ressources financières de la famille. De même, selon le NFHS II, plus de 70 % d'entre elles ont besoin de la permission de leur entourage pour sortir de l'espace domestique.

En réponse à cette hiérarchie entre les genres, la domination du Masculin s'exerce également dans le domaine de la maternité. En effet, on assiste à une appropriation par le père de la puissance procréatrice, ce qui soutend les sociétés de type patriarcal. Ainsi, la reproduction, qui par essence fonctionne selon le binôme, homme-femme, y est considérée comme le seul fait de l'homme. La femme est uniquement considérée comme le réceptacle de la semence et l'enfant qui naît est considéré comme appartenant au père (Jenkins, 1985). L'œuvre proprement féminine de gestation et d'enfantement se trouve donc annulée au profit du travail proprement masculin de fécondation (Bourdieu, 1998). Dès lors, on comprend mieux que la maternité soit d'abord considérée comme un état, alors que la paternité est toujours un titre (Agacinski, 1998). Et si, par malheur, l'épouse n'accomplit pas son devoir de mère, son époux pourra se remarier avec le plein assentiment de sa communauté. La stérilité dans les milieux les plus traditionnels est encore une véritable malédiction, une femme stérile porte même malheur et donne lieu à sa mise à distance du reste de la communauté.

Le pluralisme médical indien

Afin de dresser un panorama plus complet du contexte social dans lequel s'inscrivent les itinéraires thérapeutiques des femmes, il convient de citer les données relatives à l'offre de soins. En effet, les options thérapeutiques en Inde sont multiples. Plus précisément, l'offre de soins se décline selon deux axes majeurs, qui se distinguent les uns des autres de par les techniques médicales utilisées et l'éventail des services proposés, mais également de par la qualité des soins délivrés. Ainsi, sur le territoire indien, médecine occidentale et médecine traditionnelle évoluent en parallèle, de manière complémentaire. À l'inverse, une scission de plus en plus marquée se fait au sein de la médecine occidentale. En effet, depuis les années 1970, l'infrastructure sanitaire s'oriente largement vers les soins privés, au détriment d'un secteur public qui lui est pourtant antérieur.

Le secteur privé, une position macrocéphale

Les données les plus récentes laissent suggérer que l'entrée du secteur privé dans le domaine de la santé est un phénomène relativement nouveau. En revanche, la rapidité de son expansion explique sans conteste qu'il marque autant les esprits aujourd'hui. Au moment de l'Indépendance, les institutions privées exerçant la médecine allopathique demeuraient plutôt rares : elles devaient alors représenter moins de 8 % de l'ensemble des infrastructures de soins. Mais à partir des années 1970, son ascension devint fulgurante. Aujourd'hui, plus de 75 % des centres de soins relèvent du secteur privé.

Ce secteur ne cesse de s'amplifier et supplante aujourd'hui largement le secteur public. On explique d'abord cette situation par l'amélioration des conditions de vie, qui a conduit à la recherche de soins de qualité. En parallèle, les nombreux dysfonctionnements du secteur public font que la proportion de praticiens privés s'est accrue, à la ville comme à la campagne. En outre, cette dynamique exponentielle est également imputable à des processus

sociaux. Plus explicitement, si le secteur privé fut longtemps l'apanage des classes aisées et moyennes, il accueille aujourd'hui une fraction plus importante de la population, comprenant également les classes les moins favorisées. Plus que la recherche de soins de qualité, il s'agit avant tout de mimétisme social. Le recours au secteur privé se serait donc apparenté à un marqueur social.

Aujourd'hui, l'opinion générale tend à considérer que les praticiens privés sont davantage qualifiés que les médecins du secteur public. Le pilier de cette affirmation est d'abord l'idée que les traitements promulgués par le secteur privé sont plus efficaces que ceux délivrés par le secteur public et surtout qu'ils ne nécessitent pas de visites répétées pour le patient. Pourtant, les pratiques dans chacun de ces secteurs sont le plus souvent équivalentes, du moins si l'on s'en tient aux pathologies primaires. À titre d'exemple, tout comme dans le secteur public, après parfois des heures d'attente, la consultation dans une institution privée est généralement extrêmement brève. Le patient décrit ses symptômes, auxquels le médecin répond par une prescription de médicaments, sans s'adonner au moindre examen ni même à une simple auscultation. Tout se passe par les mots, sans que le moindre contact corporel n'intervienne. Ceci vient corroborer l'idée selon laquelle, plus que son accueil et plus que ses pratiques, ce sont avant tout les traitements et la réputation du secteur privé qui séduisent les malades.

Présent dans le domaine de la médecine générale, il reste avant tout axé vers les soins spécialisés, autrement dit vers les pratiques les plus lucratives. À ce sujet, notons que la santé reproductive représente la deuxième source de profit pour ce secteur. Ceci suffit évidemment à justifier la mise à disposition de lits destinés aux femmes enceintes, plus nombreux que dans le secteur public. Sur ce point, on peut régulièrement assister à une véritable marchandisation de la maternité. Par exemple, en Inde, où le jour et l'heure de la naissance importent beaucoup, pour satisfaire les astres, il n'est pas rare que les accouchements soient déclenchés, au prix de quelques efforts financiers, auxquels s'ajoute le plus souvent une césarienne. Autrement dit, les progrès techniques ne sont pas seulement utilisés dans un souci thérapeutique, mais sont parfois

instrumentalisés pour répondre davantage à la pression sociale et confirmer certaines idéologies.

Un secteur public à la dérive

Alors que le secteur privé connaît un développement florissant, le secteur public se révèle, quant à lui, déficient. Ses dysfonctionnements sont aujourd'hui régulièrement dénoncés par la presse ou lors de manifestations populaires (Shukla et Phadke, 2000). L'un des problèmes récurrents attribués aux centres de soins publics est évidemment leur manque de moyens et leur mauvaise répartition. Les équipements, tous fournis par le gouvernement, sont en effet distribués de manière égale dans chacune des structures de soins, le tout indépendamment des besoins potentiels de chacune. À titre d'exemple, les normes relatives au nombre d'infirmières sages-femmes dans chaque état sont basées sur la taille de la population. Or, dans le domaine de la maternité, la variable plus pertinente à prendre en compte est celle du niveau de la fécondité, qui est loin d'être homogène sur l'ensemble du territoire indien. En effet, si l'on se base sur les campagnes de vaccination, à densité de population quasiment égale, les enfants à vacciner sont deux fois plus nombreux en Uttar Pradesh qu'au Tamil Nadu, état où la fécondité est comparativement plus faible.

Ces défaillances logistiques ont des conséquences sur les patients puisque l'offre publique n'est pas à même de répondre à leurs besoins. Elles en ont également sur le personnel médical lui-même, puisque le manque de moyens suscite une frustration liée au fait de ne pas pouvoir pratiquer l'ensemble des gestes médicaux nécessaires. Ces lacunes, renforcées par les nombreuses dérives et le manque de reconnaissance du gouvernement, brisent la motivation du personnel en place et engendrent de mauvaises conditions d'accueil des patients (Phadke, 2003).

De telles anomalies, incitent les patients à accorder leur préférence aux structures privées. Il convient toutefois de préciser qu'elles touchent essentiellement les centres de soins primaires et secondaires des zones rurales. Mieux dotées

en crédit par le gouvernement, les grandes structures publiques urbaines, que sont l'hôpital de district et les centres de soins communautaires, sont mieux considérées par les populations. Elles jouissent d'une image plus positive, comparable à celle dont bénéficie le secteur privé, et sont, de ce fait, les structures publiques les mieux fréquentées. Ainsi, si les services de santé publics sont largement sous-utilisés aux niveaux inférieurs de l'armature sanitaire, les hôpitaux urbains publics sont, à l'inverse, le plus souvent surchargés.

En dehors d'un déficit, souvent décrié, d'infrastructures sanitaires, le mauvais fonctionnement de celles existantes constitue un problème majeur en Inde (Gupta et Gumber, 1999). Fort de ce constat, le gouvernement indien remet aujourd'hui en question la stratégie qui consiste uniquement à bâtir de nouveaux établissements et prône désormais l'optimisation de l'existant. On assiste par conséquent à une remise en question des actions des politiques focalisées jusqu'à présent sur l'extension de la couverture sanitaire, autrement dit sur la construction de nouveaux centres (Nayar, 2000)¹³.

Selon les ratios du ministère de la Santé indien, le pays dispose d'une couverture sanitaire insuffisante. En effet, en 1996, l'Inde compte environ 110 médecins et 85 lits d'hôpital pour 100 000 personnes. On est loin du seuil établi par l'OMS, qui fixe 335 lits d'hôpital pour 100 000 personnes¹⁴. En outre, il s'agit là de ratios globaux qui masquent des disparités, notamment entre milieu urbain et milieu rural. Sur ce point, en raison de la part considérable de la population vivant dans les campagnes¹⁵, on estime à 50 % seulement les ruraux ayant accès aux soins. Pourtant, l'Inde est le pays qui forme le plus de médecins au monde et en « exporte » même. Si l'on ne peut pas parler de désert médical, les campagnes souffrent néanmoins d'une insuffisance de

13. L'extension de la couverture sanitaire, telle que pratiquée jusqu'à présent, n'est d'ailleurs pas sans poser problème. Il est fréquent d'observer de nouvelles constructions dans des endroits où se trouve déjà un centre de soins. En outre, dans bien des cas, les bâtiments construits ne sont guère dotés de matériel ou de personnel supplémentaire, et il est le plus souvent question d'un simple « transvasement » de l'ancien centre vers le nouveau.

14. À titre comparatif, en France, selon Eurostat, à la fin des années 1990, on comptait 319 médecins pour 100 000 habitants ainsi que 850 lits d'hôpital pour 100 000 habitants.

15. Aujourd'hui encore, près de 75 % de la population indienne vit dans les campagnes.

l'offre de soins. Dans le domaine de la santé de la reproduction en particulier, c'est précisément la différence d'accès aux hôpitaux bien équipés en matériel et en personnel, qui explique l'écart souvent marqué entre les taux de mortalité maternelle des zones urbaines et ceux des zones rurales.

Le personnel médical répugne à exercer à la campagne et préfère s'établir en ville où la demande de soins est forte. Dès lors, à la hiérarchie géographique, favorable aux zones urbaines, se superpose une hiérarchie sanitaire. En effet, aux structures de soins plus nombreuses que dans les campagnes, s'ajoute un éventail de services délivrés, plus large et plus sophistiqué. La médecine exercée dans les campagnes est davantage une médecine généraliste. La médecine spécialisée qui y est exercée, est souvent le fait d'interventions ponctuelles, le plus souvent effectuées par des pédiatres ou des gynécologues. Les gestes médicaux qu'ils effectuent sont des plus restreints : globalement, les premiers vaccinent, les seconds stérilisent. Le caractère restreint de l'offre de soins dans le domaine de la santé de la reproduction dans les zones rurales est probant et reflète les normes sociales solidement ancrées. En effet, seules la maternité et la stérilité semblent considérées comme des raisons légitimes de soins, alors que les autres aspects de la santé de la reproduction des femmes apparaissent comme fortement occultés.

La médecine traditionnelle, entre abandon et réappropriation

En concomitance avec la médecine allopathique, l'Inde entretient une culture médicale extrêmement ancienne qui se décline globalement entre les médecines traditionnelles *ayurvéda*, *unani* et *siddha*. Jusqu'à récemment, elle était l'apanage de la grande majorité de la population indienne et jouissait d'une légitimité incontestée. Avec le développement, sur le territoire indien, de la médecine allopathique, elle est peu à peu délaissée. Mais cet abandon est resté matériel et n'a entravé en rien l'idéologie sous-jacente. En effet, si celle-ci est encore largement reconnue, c'est avant tout par le symbole qu'elle véhicule. Autrement dit, elle n'est pas seulement sacrée, elle est également considérée

comme un élément constitutif majeur de la culture hindoue. De nouveau mise sur le devant de la scène, elle jouit aujourd'hui d'une réelle assise dans le système sanitaire national et même d'une renommée internationale. Mais cette visibilité retrouvée ne s'exprime plus dans les mêmes termes qu'auparavant. En effet, bien qu'encouragée par le gouvernement depuis la fin des années 1970, elle est incontestablement devenue aujourd'hui l'apanage de quelques catégories de population tout à fait spécifiques : les classes supérieures, les Occidentaux et le Politique.

Lorsque la médecine allopathique s'est diffusée sur le territoire indien, ce sont avant tout les classes les plus favorisées qui en bénéficièrent, et tout particulièrement les populations urbaines. A contrario, les classes défavorisées, qui plus est rurales, sont celles pour qui la médecine occidentale est restée le plus longtemps inaccessible. La médecine traditionnelle indienne était donc avant tout le lot du peuple. Mais, par la suite, à mesure que l'état intervenait dans le domaine de la santé, et que le secteur public se développait, la médecine allopathique devint accessible à tous, si ce n'est géographiquement, tout au moins socialement. Aujourd'hui, la médecine traditionnelle a subi une nouvelle transformation, que l'on peut même qualifier de renversement, puisqu'elle est dorénavant associée aux classes les plus favorisées. L'élitisme est à l'œuvre et il s'avère qu'aujourd'hui, il est bienséant de s'adonner à la médecine traditionnelle¹⁶.

Le retour en force des médecines traditionnelles participe également de stratégies politiques de la part du gouvernement actuel. On assiste en effet à une exacerbation du nationalisme hindou qui se matérialise notamment par une instrumentalisation de la médecine, au même titre que ce que l'on peut observer avec le religieux (Hoyez, 2002). On se situe là au cœur du débat sur l'hindouité¹⁷, qui, selon les mouvements nationalistes actuels, est la seule iden-

16. Il y a fort à penser que cette reviviscence s'est trouvée alimentée par l'attachement de l'Occident aux médecines indiennes et que, dans ce cas de figure précis, cela soit bien plus imputable à un certain mimétisme de comportements occidentaux, qu'à un retour aux pratiques proprement indiennes.

17. Appelée plus précisément l'hindutva, cette notion, qui se pose comme le strict synonyme

tité légitime sur le territoire indien (Marius-Gnanou, 2001). Les médecines traditionnelles indiennes, et tout particulièrement la médecine ayurvédique, constituent dès lors une composante identitaire hindoue, qu'il faut non seulement préserver mais également imposer.

L'offre de soins de santé maternelle

Distinguer l'offre de soins de santé maternelle de l'offre générale de soins se justifie du fait de l'histoire originale qui la sous-tend. En effet, la santé de la reproduction ne fait partie du système de soins national que depuis l'Indépendance et, surtout, son institutionnalisation fut d'abord attribuable au gouvernement britannique. Naturellement, il est bien évident que les Indiens officiaient dans le domaine de la santé de la reproduction, bien avant l'arrivée des Britanniques. Mais, jusqu'alors, cette pratique se déroulait dans le domaine de l'informel, de façon isolée et individuelle. Les lieux de la santé maternelle appartenaient à l'espace privé. Autrement dit, celle-ci était dévolue et assignée à la sphère familiale. Il fallut donc attendre la présence des Britanniques pour qu'elle s'étende à l'espace public et que des lieux spécifiquement dédiés à la santé maternelle soient construits. Du domaine de l'intimité, la santé génésique basculait alors dans celui de « l'extimité ».

L'activisme britannique, entre philanthropie et manipulation politique

À leur arrivée, les colonisateurs britanniques, frappés par les taux de mortalité maternelle et infantile, décident de bouleverser les conditions d'accouchement jusque là en vigueur. Des lieux de santé maternelle émergent alors et la médecine allopathique entre dans ce domaine. En parallèle, les institutions britanniques ainsi créées, s'attachent à corriger les gestes des sages-femmes traditionnelles,

d'identité hindoue, fut véhiculée dans les années 1920 par les militants des organisations politiques hindoues. Elle fait référence à une communauté ethnique possédant un territoire et des caractères raciaux communs, fondée sur les principes d'un âge d'or du védisme.

leurs méthodes étant qualifiées de rudimentaires, non hygiéniques et dangereuses. Il était donc urgent de former ces femmes aux techniques de base (Shah *et al.*, 1996), autrement dit aux techniques occidentales, les seules pouvant être légitimement acceptables et salvatrices.

Mais si, à l'origine, il est question de cibler ces actions avant tout vers les femmes les plus démunies, il s'avère, qu'en définitive, ce fut rarement le cheminement suivi. En effet, afin de rendre acceptable la médicalisation de la grossesse, il fallut tout d'abord convaincre les classes les plus influentes. Étant entendu que celles-ci représentaient, et représentent toujours d'ailleurs, les souches de la diffusion, les convaincre revenait à s'assurer le consentement des autres, autrement dit du peuple. Dans le même temps, afin de satisfaire les dirigeants indiens de ces nouveaux centres de soins, quelques normes sociales sont alors établies. Ainsi, bien que les missionnaires étrangers se soient évertués à dénoncer les différentes discriminations faites à l'encontre des femmes indiennes, il se trouve qu'eux-mêmes se mirent à les perpétuer ou, du moins, à les cautionner. À titre d'exemple, des hôpitaux se mirent alors à appliquer le système de la *pardah*¹⁸, afin de maintenir, tel que dans l'espace domestique, la réclusion des femmes. De même, les non-hindoues, à savoir les chrétiennes et les musulmanes pour l'essentiel n'étaient pas admises dans ces hôpitaux, le cas inverse aurait indisposé les Indiennes, et plus précisément leurs époux. Autre exemple, des cuisines séparées furent installées, afin de respecter les règles de commensalité en vigueur dans le système de caste et ne pas perdre la clientèle brahmane, éminemment dominante à l'époque.

Ensuite, à partir des années 1920, et jusqu'à l'Indépendance en 1947, les préoccupations liées à la santé maternelle se traduisent davantage dans les discours pro-britanniques que dans l'extension de centres visant la santé génésique. Les taux de mortalité maternelle encore extrêmement élevés permettaient une fois de plus de démontrer l'infériorité et l'arriération du peuple indien.

18. La *pardah*, littéralement « rideau », se rapporte à la tradition du port du voile.

L'offre de soins de santé maternelle après l'Indépendance

Comme c'est fréquemment le cas dans les pays du Sud, les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge reproductif (15-44 ans), constituent en Inde des catégories de population particulièrement vulnérables. Pourtant, les actions menées pour améliorer leur taux de survie ont une longue histoire. Dès le premier plan quinquennal (1951-1956) suivant l'Indépendance, des mesures visant à réduire les mortalités maternelle et infantile sont énoncées et développées. Mais, dès le troisième plan (1961-1966), les choix politiques du gouvernement indien se modifient et s'orientent dans un premier temps vers la lutte contre les maladies transmissibles, puis vers le contrôle de la population. Cette deuxième étape se trouve en outre renforcée, en 1975, par la proclamation de l'état d'urgence, par Indira Gandhi. En réponse à une année critique, durant laquelle se conjuguent problèmes économiques et violentes contestations politiques, celle-ci met en œuvre des mesures visant à stimuler le développement économique et à diminuer le taux de natalité, par le biais notamment de campagnes de stérilisation forcée. En définitive, malgré l'implantation de différents programmes dans le domaine de la santé maternelle et infantile, une confusion avec la limitation des naissances a persisté jusqu'à récemment.

Certes, des opérations ponctuelles se développent pour promouvoir le suivi anténatal, le traitement de l'anémie, la formation des sages-femmes traditionnelles, ou bien encore la médicalisation des grossesses à risques, mais aucune de ces opérations n'a fait l'objet d'attention nécessaire requise. Cependant, depuis 1997, date de mise en place des mesures prises à la conférence mondiale du Caire (1994), on observe davantage d'actions tournées vers la santé maternelle. Si on prend pour exemple l'état de l'Andhra Pradesh, celui-ci a, dès le début de ce programme, axé ses efforts dans plusieurs directions dont l'élévation de l'âge au mariage, l'espace des naissances ou bien encore l'institutionnalisation des accouchements.

Mais, en définitive, aujourd'hui en Inde, malgré des efforts certains, l'offre de soins de santé maternelle ne peut répondre aux besoins réels des femmes. Trop longtemps axée vers la limitation des naissances notamment, elle a largement délaissé les questions de morbidité gynécologique et de suivi de la maternité. Autrement dit, l'offre de soins de santé maternelle reste d'abord tournée vers une idéologie malthusienne et non vers l'intimité des femmes proprement dite. Dès lors, face à une offre de soins étatique très peu favorable à ces questions de femme, on peut alors légitimement se dire que celles-ci se tournent largement, du moins dans les campagnes, vers les sages-femmes traditionnelles.

Les dais, accoucheuses « traditionnelles »

Aujourd'hui, en France, le métier de sage-femme a rejoint la catégorie des métiers dits nobles. En Inde, le statut du métier de sage-femme est très ambivalent, la mise au monde ne suffisant pas à sacraliser cette profession. Aujourd'hui encore, si on reconnaît l'utilité de ces accoucheuses traditionnelles, leur statut reste marqué par la souillure qu'elles rencontrent lors de leur pratique, du fait de l'entrée en contact avec des substances corporelles polluantes, tel le sang (Rozario, 2002). On comprend alors que ces sages-femmes sont, le plus souvent, issues des basses castes et même plus fréquemment, de la catégorie des Intouchables. Dans le Nord, elles appartiennent le plus souvent à la caste des cordonniers ou des balayeurs. Dans le Sud, elles sont le plus souvent issues de la caste des barbiers.

Fonction qui se transmet de mère en fille, le métier d'accoucheuse tend aujourd'hui à être choisi avant tout pour des raisons économiques. Souvent extrêmement défavorisées, fréquemment illettrées, les femmes s'engagent le plus souvent dans ce métier faute de pouvoir faire autre chose de mieux, c'est-à-dire davantage par résignation que par vocation. Payées à l'acte, en nature ou en argent, elles exercent habituellement une autre activité. Dans les villages, notamment, les travaux agricoles occupent l'essentiel de leur temps de travail.

Bien qu'ayant une expérience certaine en matière d'accouchement, ces *dais* inquiètent les autorités médicales qui leur imputent les causes de décès maternels et infantiles. Il n'en demeure pas moins que les femmes des villages n'hésitent pas à faire appel à elles. Malgré le statut ambivalent qui leur est concédé, ces sages-femmes constituent un soutien précieux aux yeux de bon nombre de villageoises (Van Hollen, 2003). Dans les zones rurales, les *dais* s'avèrent bien souvent la première source de conseils, et parfois même de soins, pour les femmes souffrant de troubles liés à la reproduction. Mais leur efficacité à répondre aux besoins réels des femmes, est considérablement limitée du fait de leur manque de connaissances scientifiques. Pour tâcher de pallier autant que possible ces carences au niveau local, elles peuvent, depuis quelques années, suivre un programme de formation destiné à leur permettre d'assister les infirmières sages-femmes en poste dans les centres de soins primaires (Nutan, 1995).

Si d'un point de vue purement médical, une telle mesure peut s'avérer être largement bénéfique pour les villageoises, son succès se heurte à bien des embûches. Les accoucheuses traditionnelles qui ont suivi ces formations, doivent dès lors réussir la difficile prouesse qui consiste à concilier les normes de la biomédecine avec celles de la communauté. De plus, même formées, ces accoucheuses, qu'on appelle alors sages-femmes traditionnelles, ne sont pas toujours bien considérées par le personnel médical avec lequel elles doivent collaborer. Le plus souvent mal payées, fréquemment maltraitées moralement par les médecins (Kolenda, 1998), la surcharge de travail et le manque de moyens sont leur lot quotidien. Leur statut est parfois si difficile, que l'idée selon laquelle il est préférable de demeurer une *dai* plutôt que de devenir une sage-femme traditionnelle est aujourd'hui largement répandue. Contrairement à la seconde, la première est reconnue par sa communauté, du fait de sa connaissance personnelle de la maternité. En revanche, celle qui a acquis ses connaissances dans une école de médecine ne reçoit pas uniquement les brimades du corps médical, mais se heurte également à la suspicion de la communauté qui la juge trop jeune et trop peu expérimentée. Les représentations sociales en vigueur admettent l'idée selon laquelle mettre au monde un enfant est acte inné. Dans ces conditions,

l'assister ne demande pas de connaissances théoriques, mais plutôt un savoir fondé sur l'expérience pratique.

Ces différents points relatifs à l'offre de soins maternels révèlent des failles très préjudiciables à la santé des femmes mais aussi fortement contraignantes pour leur recours aux soins. Avant d'investir ce dernier point, il convient de s'arrêter un instant sur la question des itinéraires thérapeutiques des hommes et des femmes en général, afin de pouvoir les confronter ensuite à ceux spécifiques à la santé de la reproduction.

Le recours aux soins en milieu rural

Les itinéraires thérapeutiques de masse

De manière générale, en ville comme à la campagne, le secteur privé reste le plus prisé et se trouve intégré dans une grande proportion des itinéraires thérapeutiques des malades. À l'échelle de l'Inde, c'est plus de 80 % des patients qui iraient consulter dans le secteur privé (Misra *et al.*, 2003). Selon une étude menée en 2002, c'est en Andhra Pradesh (George, 2002) que l'utilisation des hôpitaux et des cliniques privées serait la plus forte, dépassant de ce fait le niveau national. En outre, il s'avère que les ruraux se dirigent davantage encore vers ce secteur que les urbains, ce qui répond là avant tout aux dysfonctionnements du secteur public particulièrement marqués dans les campagnes.

Quoi qu'il en soit, ce recours se calque sur une conception particulière de l'offre de soins. Plus précisément, si on se focalise sur le monde rural, on peut observer qu'une pathologie ressentie comme anodine donnera lieu à un recours dans le secteur public. À l'inverse, c'est vers le secteur privé que les problèmes jugés sérieux seront dirigés. Évidemment, les choses ne sont pas aussi figées, mais disons simplement que c'est là le schéma le plus courant.

Ensuite, ce recours vers le secteur privé se précise encore, toujours selon un gradient de gravité. Mais cette fois, plus que l'offre de soins en elle-même, c'est

le lieu qui importe. Ainsi, globalement, le recours au secteur privé s'étend du centre rural le plus proche (et notamment du chef-lieu de *mandal*) à la ville multimillionnaire la plus lointaine, l'idée étant que la qualité des services est soumise au poids sociodémographique du lieu. La ville aux fonctions plurielles est dès lors davantage recherchée que le bourg avoisinant. La distance ne constitue donc pas un déterminant majeur des itinéraires thérapeutiques, bien au contraire, elle est acceptée voire convoitée, puisque symboliquement, elle fait partie intégrante d'un recours aux soins de qualité.

Contrairement à nos présupposés, les structures de proximité, qui sont majoritairement publiques, ne sont donc pas celles qui sont le plus utilisées. Comme on l'a vu, plusieurs de leurs caractéristiques leur sont préjudiciables, certaines matérielles d'autres davantage culturelles. Tout d'abord, le fait qu'elles soient rurales n'est pas gage de qualité. Ensuite, la gratuité de leurs services les discrédite largement, car, selon les représentations locales les plus courantes, un service est ressenti de qualité s'il implique un coût. Enfin, leur proximité géographique va à l'encontre de la conception du principe de qualité. On se trouve là face à un réel paradoxe. En effet, on pouvait légitimement penser que les itinéraires thérapeutiques étaient avant tout fonction de la disponibilité de l'offre de soins ainsi que des coûts qu'ils impliquent, autrement dit du prix des consultations et de la distance à parcourir. Or, ces variables « prix » et « distance » semblent presque jouer en sens inverse : les soins gratuits sont déconsidérés et les lieux plus éloignés préférés aux autres¹⁹.

En outre, il s'avère que cette recherche de soins de qualité ne concerne pas uniquement les classes les plus favorisées mais englobe également les classes démunies. Néanmoins, les motivations qui animent cette quête de qualité ne s'inscrivent pas dans la même dynamique. Parmi les plus riches, il s'agit d'une recherche d'une certaine qualité de vie ainsi que de la mise en scène

19. GATRELL A.C., *Geographies of health, an introduction*, Blackwell Edition, 2002, p. 139.

d'une certaine position sociale. Parmi les plus pauvres, il s'agit davantage d'une logique de survie et de préservation de la force corporelle.

Les itinéraires thérapeutiques des femmes

Signe de la dévalorisation du statut des femmes en Inde, il s'avère que ces dernières consultent beaucoup moins que les hommes et, lorsqu'elles consultent, elles restent les premières utilisatrices des structures de piètre qualité ; ceci, indépendamment des revenus de la famille ou bien encore du niveau d'alphabétisation de la femme. De plus, face à des troubles gynécologiques (à l'exception de ceux relatifs à la maternité), ces discriminations se trouvent exacerbées.

En effet, de manière générale, dans les questions de santé de la reproduction, pudeur et discrétion se conjuguent pour inciter les villageoises à consulter hors de leur espace quotidien. Dans un tel contexte, les structures de proximité ne sont pas seulement sous-utilisées parce qu'elles sont de mauvaise qualité, mais également parce qu'elles peuvent remettre en cause la réputation de la femme et donc de sa communauté. Au-delà de la distance en elle-même, c'est l'anonymat qui importe. Plus précisément, s'extraire du regard de la communauté, constitue un élément déterminant du recours aux soins des femmes. Plus que la distance euclidienne c'est la mise à distance symbolique d'avec son univers social qui prime. Ainsi, si dans le recours au soin en général, la distance est gage de qualité, lorsqu'il s'agit de soins spécifiques aux femmes, elle est d'abord synonyme d'anonymat.

On comprend alors pourquoi l'infirmière sage-femme²⁰, habilitée à dispenser des soins de santé de la reproduction, n'en délivre que très peu en réalité. Seule femme qualifiée qui soit à la fois proche et accessible aux villageoises, on s'attend en effet à ce qu'elle soit fréquemment consultée pour des troubles gynécologiques. Or, il n'en est rien, et ce, pour différentes raisons. Tout d'abord, ses

20. Les infirmières sage-femme sont attachées aux centres de soins primaires. Ce sont elles qui se rendent dans les villages pour délivrer les soins maternels et infantiles de base.

compétences médicales sont faiblement reconnues : elle reste une infirmière et non un médecin. De plus, sa formation ne lui permet pas de pratiquer un large choix de gestes thérapeutiques et l'équipement dont elle dispose reste souvent très limité. Son activité dans les villages se résume alors essentiellement aux vaccinations des enfants et aux pathologies communes. Ensuite, quand elle fait ses consultations, il s'agit le plus souvent de séances de groupe et non de séances individuelles. Il est donc évident que ces conditions ne sont guère propices à l'évocation de problèmes gynécologiques personnels. En outre, faisant partie à part entière de la communauté villageoise, la pression sociale ne prédispose pas les femmes à lui dévoiler leurs désordres intimes.

La médicalisation de la grossesse

Lorsqu'il s'agit spécifiquement de maternité, le recours aux soins suit des logiques différentes. La maternité est assimilée à un processus communautaire et non pas individuel. Affaire familiale, parfois même affaire d'État, la femme semble paradoxalement la moins considérée dans le processus de reproduction. La maternité est d'abord un rôle social avant d'être un acte individuel. Dans ces conditions, on peut légitimement se demander si l'accès aux soins des femmes enceintes s'en trouve amélioré.

Le suivi anténatal

En Inde, la proportion de soins anténataux varie d'un état à l'autre. Selon le NFHS II, durant la période 1998-99, cette proportion est de 36 % au Bihar, 60 % au Madhya Pradesh contre 98 % au Tamil Nadu et 93 % en Andhra Pradesh. À l'échelle de l'Inde, seulement 65 % des femmes enceintes ont subi un examen prénatal²¹. Dans ce cas notamment, l'Inde affiche un certain retard par rapport à l'Afrique, comme par exemple au Sénégal, où durant la période 1990-2001,

21. Cette proportion était de 62 % lors du National Family Health Survey I (1992-93).

ce taux s'élevait à 77 %. De la même manière, la situation semble davantage favorable en Côte d'Ivoire, tout au moins dans ce domaine, puisque pour la même période, 88 % des femmes enceintes y ont bénéficié de soins anténataux²². Précisons ici que l'ensemble des taux précédemment cités concernent les femmes (âgées entre 15 et 49 ans) qui ont reçu au moins une visite prénatale lors des périodes retenues. Globalement, ce suivi décline en fonction de l'âge de la femme, mais surtout en fonction de la parité. À l'inverse, il augmente avec le niveau d'éducation et le niveau de vie. Ensuite, lorsqu'il y a consultation prénatale, elle se fait de préférence auprès d'un médecin, étant entendu que dans les représentations, celui-ci offre un gage de qualité, comparativement à une infirmière par exemple.

De manière générale, le nombre de femmes qui bénéficient d'un suivi prénatal augmente régulièrement. Ce progrès sanitaire est lié à la valeur sociale accordée à l'enfant et à son rôle de perpétuation de la communauté. Cette observation se trouve en outre corroborée par le lieu du recours en lui-même. En effet, parmi les femmes que nous avons pu rencontrer²³, près de 80 % ont effectué leurs visites prénatales dans des institutions de qualité ou, tout au moins, perçues comme telles. Ces itinéraires, qui concernent aujourd'hui un nombre croissant de femmes, révèlent des changements de comportements de santé encourageants, même si bien des progrès encore restent à accomplir pour combler les besoins en matière de suivi maternel en Inde.

Il convient cependant de préciser que ces résultats relatifs au suivi prénatal concernent de façon quasi exclusive la première grossesse. Plus précisément, si le premier enfant né est en bonne santé, et plus encore si c'est un garçon, les grossesses suivantes ne donneront pas lieu à autant d'attentions. Là encore, aucune corrélation ne semble apparaître entre cette attention particulière

22. Les taux cités ici pour le Sénégal et la Côte d'Ivoire sont issus d'un rapport de 2003 émis par l'OMS, *Antenatal care in developing countries, analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. Rapport disponible sur le site suivant : www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf.

23. Il s'agit là de résultats d'enquêtes, menées dans le village de Dokkalapalle et les centres de soins environnants, auprès d'une centaine de femmes.

portée à la primiparité et le niveau de vie et d'éducation de la femme ou de sa famille.

L'accouchement

Les comportements adoptés lors de l'accouchement se plient de la même manière aux règles de la communauté. Ainsi, si l'on se rapporte aux données du NFHS II, 35 %²⁴ seulement des accouchements en Inde ont lieu dans une infrastructure de soins²⁵, dont la moitié environ dans un centre privé et l'autre dans les plus grandes structures relevant du secteur public. Cette proportion apparaît plus faible qu'en Afrique Occidentale²⁶, puisqu'elle était par exemple de 47 % en Côte d'Ivoire²⁷ (en 1998-99) et de 48 % au Sénégal²⁸ (en 1997). Évidemment, des différences sont à noter entre les états indiens. Une fois encore, le Kerala se démarque dans ce domaine, puisqu'en moyenne, 96 % des grossesses y sont institutionnalisées et que cette proportion est de 76 % en zone rurale. En Andhra Pradesh, cette proportion est de 50 %²⁹. À l'échelle de l'Inde, ce sont plus de 60 % des femmes qui accouchent encore à domicile. Sur ce point, il est intéressant de souligner que les femmes qui ont bénéficié de plusieurs visites prénatales, et qui ont donc été encouragées par le personnel médical à accoucher dans une institution, persistent à accoucher chez elles ou au domicile parental lors de la première grossesse. Il faut préciser que ce choix ne dépend pas de la femme elle-même, surtout quand elle est jeune, mais bien de son entourage.

En définitive, l'accouchement à domicile reste la règle, et ceci pour deux raisons principales. Tout d'abord, il n'est pas admis que la nudité de la femme soit

24. Cette proportion était de 20 % seulement lors du National Family Health Survey I.

25. Cette proportion atteint 25 % en zone rurale et 65 % en zone urbaine.

26. Les chiffres cités ci-dessous sont issus de *The reproductive revolution continues*, in Population Reports, série M, n° 17, 2003.

27. Ce taux évolue peu puisqu'il était de 45 % en 1994.

28. Ce taux évolue peu puisqu'il était de 47 % en 1992-93.

29. Toujours selon le NFHS II, cette proportion est de 40% en zone rurale et atteint 80 % en zone urbaine.

révélée dans l'espace public, autrement dit au corps médical. Ensuite, l'accouchement constitue l'une des premières sources de pollution hautement redoutée par l'entourage, il faut donc canaliser ce processus, ce qui se fait notamment par la mise en quarantaine des parturientes. Dans ce cas de figure, c'est donc bien à la fois l'honneur et la sacralité de la famille qu'il faut préserver.

Si aujourd'hui, la médicalisation de l'accouchement se répand, elle se heurte malgré tout aux normes sociales et les efforts consentis ne concernent alors, de façon quasi-exclusive, que la première grossesse.

Le suivi post-partum

Finalement, la relative précarité de la prise en charge médicale des femmes lors de la grossesse s'observe également dans la période post-partum³⁰ et ce, de manière particulièrement marquée. Ce constat n'est pas spécifique à l'Inde, puisque selon les estimations faites à l'échelle mondiale, seulement 35 % des mères, environ, bénéficient d'une prise en charge post-partum, alors que près de 70 % reçoivent des soins prénatals et que près de 60 % sont assistées durant l'accouchement par une personne compétente. Dans les pays en développement, seules 30 % des mères reçoivent des soins postnatals³¹. À l'échelle de l'Inde, 16 %³² seulement des femmes bénéficient d'une visite postnatale durant les deux mois qui suivent l'accouchement. Les citadines sont évidemment plus à même de recevoir ce type d'examen que les rurales. Par ailleurs, la fréquence du suivi postnatal varie également selon le niveau d'instruction, le niveau de vie, l'âge et la parité. De même, les femmes qui ont effectué plusieurs visites anténatales ou qui ont accouché avec un médecin sont plus à même d'être médicalisées lors du post-partum.

Les risques sanitaires qui pèsent sur la parturiente, une fois l'enfant né, sont généralement mal appréhendés par la famille. La jeune accouchée doit souvent

30. La période du post-partum (ou puerpérium) commence environ 1 heure après l'expulsion du placenta et englobe les six semaines suivantes.

31. Maternité sans risques, *Les soins durant le post-partum*, n°24, 1997, pp. 4-8.

32. Source : National Family Health Survey II.

se soumettre à des pratiques sociales (isolement, restrictions alimentaires) qui peuvent s'avérer dangereuses pour sa santé et celle de son enfant. Parmi ces pratiques, celle de la purification qui vise à débarrasser la jeune mère des souillures de l'accouchement avant sa réintégration dans la communauté, est particulièrement révélatrice de la précarité des soins post-partum ; elle consiste généralement à mettre la mère et l'enfant, jugés impurs, en réclusion pendant plusieurs semaines. Cette réclusion, qui a le plus souvent lieu dans une hutte à l'écart du domicile, vise à éviter toute souillure de l'entourage. Mais, durant cette période, il arrive encore fréquemment que certaines femmes meurent d'hémorragies sans que personne ne s'en aperçoive. Cette quasi-absence de soins post-partum n'est pas sans conséquence sur les taux de mortalité maternelle et infantile.

Conclusion : morbidité et mortalité maternelle, la preuve par les chiffres ?

Les taux de morbidité et de mortalité des femmes constituent un indicateur de leur statut social, mais, en Inde comme ailleurs, obtenir une mesure parfaite de ces taux se révèle le plus souvent compliqué. De manière générale, pendant très longtemps, et encore aujourd'hui, la mortalité maternelle a été sous-estimée, et ce, pour différentes raisons. Les décès de femmes célibataires ou ceux dus aux complications d'avortement sont souvent répertoriés comme ayant une autre cause pour ne pas mettre la famille dans l'embarras, ou du moins, éviter toute réprobation, et ce d'autant plus que l'avortement est illégal. De nombreuses causes médicales, telles les embolies pulmonaires et les troubles cardiaques, sont rarement diagnostiquées. Si elles le sont, la grossesse n'est pas toujours mentionnée. Dans la période du post-partum, le décès d'une femme risque de ne pas être mis en relation avec sa grossesse, et ce d'autant plus que le délai aura été long entre l'accouchement et le décès. Une proportion importante de femmes accouchant à domicile, une partie des décès maternels ne sont alors pas déclarés.

Quoi qu'il en soit, en Inde, la première évaluation au niveau national de la mortalité maternelle a lieu en 1938 (Krishnaraj et al., 1998). Le taux rapporté est alors d'environ 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Aujourd'hui, malgré de réels progrès, ce taux reste élevé puisque, selon le NFHS II, il est encore de 437 décès pour 100 000 naissances, avec une répartition de 448 en zone rurale contre 397 en zone urbaine. Une femme indienne a donc cinquante fois plus de risques de mourir du fait de sa grossesse qu'une occidentale. Des progrès dans ce domaine seront difficiles à réaliser, puisqu'ils n'impliquent pas seulement de renforcer la qualité de l'offre de soins mais également d'améliorer la position des femmes dans la société.

En outre, si obtenir des chiffres sur la mortalité est complexe, en obtenir sur la morbidité ne l'est pas moins. En Inde, les informations sur la santé des femmes sont tout particulièrement pauvres. Ainsi, malgré l'intérêt porté désormais à la santé de la reproduction en Inde, les données souffrent de réelles lacunes. Le manque de connaissances des femmes elles-mêmes quant à leur santé, l'absence de recours médical, le caractère souvent asymptomatique de ces pathologies, la timidité des femmes, sont autant de facteurs contribuant au manque de fiabilité des données. D'autre part, jusqu'à très récemment, la morbidité gynécologique n'était pas considérée comme un problème de santé publique et n'était que très rarement étudiée, l'accent étant le plus souvent mis sur les méthodes de planification familiale. Pourtant, parmi les maladies que rencontrent le plus fréquemment les femmes, la part des maladies gynécologiques est loin d'être négligeable. C'est ce que révèle notamment le NFHS II, qui annonce que plus de 39 % des femmes indiennes souffrent, ou ont souffert, de morbidités gynécologiques au cours de leur vie reproductive. À l'intérieur du territoire indien, les disparités sont évidemment très marquées : 30 % pour l'Orissa, 40 % au Maharashtra et près de 70 % au Meghalayam. Si on se focalise sur la seule Inde du Sud, on note également des variations régionales importantes. C'est l'Andhra Pradesh qui se place en tête de liste, avec un taux de morbidité reproductive supérieur à 48 %, contre environ 19 % « seulement » dans l'état voisin du Karnataka et environ 28 % au Tamil Nadu. Fait plus étonnant encore, dans l'état du Kerala, où l'on

a pris l'habitude d'enregistrer des indicateurs de santé plutôt optimistes, cette proportion ne concerne pas moins de 42 % des femmes. Bien que ces chiffres se doivent d'être quelque peu nuancés, du fait notamment des difficultés inhérentes au recensement de ce type de morbidités, ils n'en restent pas moins le reflet d'une situation sanitaire relativement inquiétante pour les femmes.

Pour conclure sur ce point, aux causes directement attribuables au statut de la femme (mauvais traitements, grossesses répétées et rapprochées, surcharge de travail ...), s'ajoutent d'autres indirectes, qui entrent davantage dans le cadre des croyances et idéologies. À titre d'exemple, une étude menée en Uttar Pradesh, a montré que les femmes désireuses d'avoir des garçons, cherchent à être enceintes à nouveau le plus tôt possible si leur premier enfant est une fille, ce qui engendre des grossesses répétées, mais également un allaitement plus court pour les petites filles. De même, une étude menée au Karnataka (Nichter et Nichter, 1996), a révélé que, de manière générale, les femmes du sud de l'Inde préfèrent avoir des nouveaux-nés de petite taille. Cette préférence contribue alors à ce que les femmes limitent leur prise alimentaire lors du dernier trimestre de la grossesse notamment. Ceci répond à la peur d'avoir un accouchement difficile et à l'idée selon laquelle il est préférable pour la santé de l'enfant lui-même qu'il soit de petite taille. Il est en outre parfois considéré que le fœtus se développe dans un espace qui est également occupé par la nourriture et l'urine. Ainsi, les femmes estiment que trop manger est préjudiciable à l'enfant.

Ce type de croyances locales montre également que les campagnes sanitaires ont peu de chances de réussir si on les applique de manière uniforme sur l'ensemble du territoire. L'exemple suivant est d'ailleurs tout à fait significatif. Dans les années 1990, afin de vulgariser la prise de fer et d'acide folique durant la grossesse, pour lutter contre l'anémie, différents slogans avaient été diffusés par les pouvoirs publics de l'état du Karnataka. Le plus répandu était alors « suivez un traitement de fer et acide folique et vous accoucherez d'un enfant fort et en bonne santé ! ». On conçoit aisément que ces programmes aient peu de chance de fonctionner dans les régions où les femmes sont convaincues du bien fondé d'avoir un enfant de petite taille.

En définitive, c'est bien à une appropriation de la maternité, et plus largement, de l'intimité de la femme, par l'homme qui est mise en lumière ici. Non seulement il est le seul considéré comme actif dans la procréation, mais aussi, c'est lui qui le plus souvent prend les décisions relatives à la santé des femmes. Dès lors, on comprend mieux pourquoi les efforts en termes de santé de la reproduction restent insuffisants et pourquoi le succès des services de santé qui la concernent demeure mitigé.

Références bibliographiques

- AGACINSKI S., 1998, *Politique des sexes*, Éditions du Seuil, Paris, 224 p.
- BIARDEAU M., 1995, *L'hindouisme, anthropologie d'une civilisation*, Flammarion, 312 p.
- BOURDIEU P., 1998, *La domination masculine*, Édition du Seuil, 176 p.
- BURGUIERE A., 1986, *Histoire de la famille*, Armand Colin, Paris, 4 volumes.
- CHAKRABARTY LS., *Gender bias in South Asia*, in *Economic and Political Weekly*, octobre 2001.
- ELIAS N., 1991, *La société des individus*, Fayard, 510 p.
- GEORGE A., *Quality of reproductive care in private hospitals in Andhra Pradesh*, in *Economic and Political Weekly*, avril 2002.
- GHOSH S., KILARU A. et GANAPATHY S., 2002, « Nutrition, education and infant growth in rural indian infants : narrowing the gender gap ? », *Journal of the Indian Medical Association*, vol. 100, n° 8.
- GUILMOTO CZ., CHASLES V., 2001, *Le recours aux soins maternels, le cas de l'Andhra Pradesh*, atelier « santé de la reproduction », IRD, Paris.
- GUPTA DB. et GUMBER A., *Decentralisation : some initiatives in health sector*, in *Economic and Political Weekly*, février 1999.
- HERITIER F., 1996, *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*, Odile Jacob, 336 p.
- HOYEZ AC., *Les lieux, les flux et les formes de la diffusion du yoga. Paysages identitaires et mondialisation*, in *Actes du festival international de géographie « religion et géographie »*, Saint-dié-des-Vosges, octobre 2002.
- JENKINS L., 1985, *Mâ, l'Inde au féminin*, coll. Mille et une femmes, Mercure de France, Paris, 360 p.

- KAKAR S., 1985, *Moksha, le monde intérieur, enfance et société en Inde*, les Belles Lettres, Paris, 310 p.
- KIRPALANI MC. ET GOBURDHUN-JANI M., 1993, *Indiennes en mouvement*, Édition Des Femmes, Paris, 315 p.
- KOLENDA P., 1998, *Fewer deaths, fewer births*, in *Manushi*, n° 105.
- KRISHNARAJ M., SUDARSHAN RM. ET SHARIFF A., 1998, *Gender, population and development*, Oxford University Press, Delhi, 380 p.
- MARIUS-GNANOU K., *Les nationalistes au pouvoir*, in *Problèmes Politiques et Sociaux*, n° 866, novembre 2001.
- Maternité Sans Risques, 1997, *Les soins durant le post-partum*, n° 24.
- MISRA R., CHATERJEE R. ET RAO S., 2003, *India health report*, Oxford University Press, New Delhi.
- NAYAR KR., *Public medicare, unhealthy trends*, in *Economic and Political Weekly*, juillet 2000.
- NATIONAL FAMILY HEALTH SURVEY I & II, www.nfhsindia.org
- NICHTER M. et M., 1996, *Anthropology and international health, asian case studies*, Gordon & Breach publishers, Amsterdam, 384 p.
- NUTAN P., 1995, *Handling childbirth, a common sense approach*, in *Manushi*, n° 90.
- OMS, UNICEF & UNFPA, 2004, *Maternal Mortality in 2000*, Éditions de l'Organisation mondiale de la santé, Genève.
- PHADKE A., *Right to health care, towards an agenda*, in *Economic and Political Weekly*, oct. 2003.
- PRASAD P., 1998, *Famines and droughts, survival strategies*, Rawat Publications, New Delhi.
- RAO M. et JAIN D., *National Population Policy 2001*, in *Economic and Political Weekly*, avril 2001.
- ROZARIO S., 2002, *The daughters of Harit : childbirth and female healers in South and Southeast Asia*, Routledge edition, London & New-York.
- SHAH AM., BAVISKAR BS. et RAMASWAMY EA., 1996, *Social structure and change, women in indian society*, Sage publications, Delhi, 216 p.
- SHUKLA A. et PHADKE A., *Putting health on people's agenda*, in *Economic and Political Weekly*, août 2000. *The reproductive revolution continues*, 2003, in *Population Reports*, série M, n° 17.
- UNICEF, 2003, *Official summary, The state of the world's children 2002*, New York, Oxford University Press.

VAN HOLLEN C., 2003, *Birth on the Treshold : childbirth and modernity in South India*, University of California Press, 310 p.

VISARIA L. et P., *India's population in transition*, in *Population, Bulletin*, n° 3, octobre 1995.

***La tache aveugle de l'infection par le VIH en Afrique :
la prise en charge de l'infection pédiatrique.
L'expérience d'un programme pilote :
le « Programme enfant Yopougon »***

NARCISSE ELENGA, PATRICIA FASSINOU, ROSE DOSSOU,
HORTENSE AKA-DAGO et PHILIPPE MSELLATI

L'infection pédiatrique par le VIH, au delà de la petite enfance, est la grande oubliée de la prise en charge en Afrique, au sud du Sahara. Pourtant, en 2002, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH était estimé par l'Onusida à 1,1 million et le nombre de décédés du sida à 500 000 (Onusida, 2003). Ils sont 4,3 millions à être morts du sida depuis le début de l'épidémie et 90 % de ces enfants de moins de 15 ans sont, ou étaient, en Afrique.

Alors que la prévention de la transmission mère — enfant du VIH a beaucoup évolué au cours des dernières années (Dabis *et al.*, 1999, Guay *et al.* 1999) et se met en place progressivement en termes de programmes de santé publique (UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA, 2000), la prise en charge médicale des enfants infectés reste peu développée en Afrique. Pourtant, si 48 % des enfants infectés développent le sida avant l'âge de trois ans, au delà de cet âge, en l'absence de traitement, le passage au stade sida¹ ne se fait ensuite qu'au rythme de 3 % par an (Pliner *et al.*, 1998, Commenges *et al.*, 1992).

1. Le passage au stade sida correspond pour un patient infecté par le VIH, après une phase de l'infection accompagnée de peu de symptômes qui peut se prolonger pendant des années, à l'entrée dans la maladie sida proprement dite qui accompagne un déficit immunitaire important et rend le patient vulnérable à de nombreuses manifestations pathologiques graves dont les maladies que l'on qualifie d'opportunistes qui ne surviennent pas chez quelqu'un

Dans les pays du Nord, l'ensemble de l'histoire naturelle et du pronostic de l'infection par le VIH de l'enfant a été bouleversé par l'usage des antirétroviraux (Blanche, 1998). En Afrique, la prise en charge des enfants est identifiée comme une nécessité (Lepage *et al.*, 1998) mais on constate très peu de progrès durant la dernière décennie. Au Rwanda, la mortalité chez les enfants infectés est à la fin des années 1980 de 23 % dans la première année, pour atteindre 50 % à 4 ans (Spira *et al.*, 1999). En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, elle dépasse les 50 % au milieu des années 90 (Dabis *et al.*, 2001). Du point de vue des comportements individuels et des familles, les projets reproductifs des familles sont bouleversés par l'irruption du sida dans leur histoire. D'autre part, les familles ont dépensé des sommes parfois considérables pour les soins dispensés, le plus souvent en vain, à ces enfants.

Une revue de la littérature parue récemment et un article sur l'impact du VIH/sida sur les enfants en Afrique sub-saharienne, évoquent d'une manière très exhaustive les conséquences du VIH/sida sur les familles, les enfants non infectés, pourtant rendus vulnérables par la proximité de l'infection, mais n'évoquent à aucun moment les enfants infectés par le VIH eux-mêmes (Foster *et al.*, 2000, Walker *et al.*, 2002).

En Afrique, une croyance encore largement répandue dans la population est qu'un enfant né de mère infectée par le VIH l'acquiert obligatoirement et qu'il mourra très vite de sida (Taverne, 1999). Il y a également le sentiment que ces enfants sont condamnés, que la médecine moderne ne peut rien faire pour eux et qu'il n'est peut-être pas utile de consacrer de maigres ressources à un combat à l'issue toujours fatale (Desclaux, 1996). D'autre part, comme a pu l'écrire Alice Desclaux (Desclaux, 1997), il s'agit d'une épidémie invisible puisque les signes cliniques de l'infection se confondent avec ceux d'autres affections, bien connues de la population, telles que la diarrhée, les pneumonies et le marasme². Il y a également une culpabilité des adultes face à des enfants atteints par le

ayant une immunité conservée.

2. Forme très sévère de malnutrition à type de très grande maigreur survenant la plus souvent dans la première année de vie.

VIH. Ces enfants sont considérés comme innocents face à des comportements sexuels hors norme que l'on prête de façon implicite aux adultes infectés. Ceci rend indicible et partant invisible, l'infection de l'enfant.

Au-delà des premières années, l'infection prend souvent la forme d'affections chroniques particulièrement décourageantes et difficiles à traiter telles les affections cutanées persistantes, les candidoses digestives à répétition, la diarrhée chronique et la cachexie sévère. Ce caractère chronique, à côté de la peur d'être contaminé par le VIH, en partie liée à une méconnaissance de l'infection de l'enfant, joue certainement également un rôle sur l'absence de mobilisation des personnels de santé (Fransman *et al.*, 2000).

Enfin, face à l'impuissance des soignants à prendre en charge le sida de l'enfant, il y a eu longtemps un déplacement d'objet, une occultation de l'infection de l'enfant par deux autres types d'événements et d'intervention : l'un, la prévention de la transmission mère — enfant du VIH, qui a dissimulé la prise en charge des femmes, mais aussi, et ceci a été relevé beaucoup moins souvent, l'infection de l'enfant lui-même. À l'autre bout du spectre, le concept d'orphelins du sida puis d'orphelins et enfants vulnérables a longtemps tenu pour quantité négligeable les enfants infectés eux-mêmes, s'intéressant essentiellement aux enfants non infectés. Par exemple, l'Onusida, l'UNICEF et l'USAID dans leur publication conjointe *Les enfants au bord du gouffre*, dans ses trois éditions successives (1997-2000-2002), n'abordent pas le sujet des enfants infectés mais uniquement celui des enfants « touchés » par le sida par le biais de la maladie ou du décès d'un ou deux de leurs parents par le VIH.

Si près de la moitié des enfants infectés par le VIH survivent au-delà de la petite enfance, il existe très peu d'écrits dans la littérature à leur sujet, en dehors de quelques études hospitalières (Lepage *et al.*, 1991, Taha *et al.*, 1999, Meyers *et al.*, 2000), ce qui laisse à penser que le diagnostic est rarement établi et qu'il n'y a pas de prise en charge spécifique. Ces « grands enfants » infectés par le VIH par la transmission mère — enfant et relativement peu symptomatiques pendant de nombreuses années, ont besoin d'une prise en charge adaptée, incluant un soutien psychologique et communautaire spécifique du

fait du caractère chronique de leur maladie. Par ailleurs, par le fait même qu'ils résistent au VIH, ils peuvent nous apporter des informations importantes sur les facteurs d'évolution de la maladie, tant du point immunologique (Van de Perre *et al.*, 1992) que génétique.

Le sida en Côte d'Ivoire

Selon les statistiques de l'UNICEF, la Côte d'Ivoire est le onzième pays au monde en terme de nombre estimé d'enfants infectés, celui-ci s'élevant à 84 000³. La Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés par le VIH en Afrique avec 9,7 % des adultes de 15 à 49 ans infectés par le VIH dans le pays. On estime qu'il y a environ 690 000 adultes infectés par le VIH (Onusida, 2003), mais la vaste majorité de ces personnes n'est pas diagnostiquée. Lorsque le diagnostic est posé, l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) reste très limité.

Moins de 5 000 patients, adultes et enfants confondus, ont actuellement accès aux antirétroviraux en Côte d'Ivoire. Même si des estimations sont difficiles en ce domaine, on peut considérer que moins de 10 % des adultes infectés par le VIH se savent infectés. Parmi les enfants, la proportion est probablement encore plus faible. Il n'est pas habituel de tester pour le VIH des enfants, en particulier quand ils ont plus de 4 ou 5 ans. Les professionnels de santé pensent rarement à proposer le test pour des enfants âgés de 5 ans ou plus et qui vivent dans la communauté. Néanmoins, comme l'épidémie a plus de quinze ans et est essentiellement parmi des adultes en âge de procréer, il y a un nombre non négligeable d'enfants infectés vivant dans cette communauté, même si nous ne savons pas l'estimer précisément.

Dans les différentes structures d'Abidjan où des soignants et des associations prennent en charge des enfants infectés, on peut estimer à un millier le nombre d'enfants pris en charge de façon suivie. Il y a probablement un autre

3. L'édition 2003 du rapport de l'UNICEF « La situation des enfants dans le monde 2003 » est la première à comprendre un tableau spécifiquement dédié au VIH/SIDA chez l'enfant.

millier d'enfants suivis dans le reste du pays. Ceci représente moins de 3 % du nombre d'enfants estimés comme infectés.

Nous souhaitons présenter dans ce chapitre le travail qui a été mené à Abidjan depuis 2000 dans le domaine de la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH. Il s'agit de décrire le processus qui a conduit à la mise en place du programme, ses résultats et les défis auquel il est confronté, tant en termes de prise en charge globale que de pérennisation et de perspectives.

Un traitement pour un enfant : genèse d'un programme de recherche et de prise en charge

Stéphane, un espoir pour les autres⁴

Notre équipe, qui a mis en place et développé le Programme enfant Yopougon est confrontée depuis de nombreuses années au sida pédiatrique à travers ses programmes de recherche, sa pratique professionnelle, voire sa vie privée. Elle est ainsi face à la maladie de l'enfant, sa souffrance, l'implication et la souffrance des proches, mais aussi face à sa propre impuissance en tant que soignant et/ou parent d'enfant malade.

Lorsque les multithérapies sont devenues disponibles en Côte d'Ivoire, en 1998, sous la pression amicale et vigilante de mères militantes d'AMEPOUH, une association de femmes infectées par le VIH, quelques enfants ont pu être traités en bithérapie à l'aide de dons privés, puis du soutien d'une ONG française⁵. Ce parrainage, très faible quant au nombre d'enfants concernés, a eu une très forte valeur symbolique. Grâce à ces traitements, quelques enfants ont connu une amélioration clinique assez rapide. Les soignants et les familles

4. C'est le titre du résumé proposé en communication orale à Durban en 2000 « un traitement pour un enfant » par la présidente de l'association AMEPOUH de l'époque. Il est intéressant de noter que cette proposition de communication a été refusée alors que le discours d'ouverture de la conférence était prononcé par Nkosi Johnson, enfant infecté lui aussi, mais pas traité et décédé peu après cette conférence.

5. Début 1999, une convention signée entre l'association française Sol En Si et AMEPOUH a permis de parrainer le traitement, initialement de 5 puis 10 enfants.

ont pu se convaincre de l'efficacité des traitements qu'ils n'avaient, en quelque sorte, pas encore vu agir concrètement auparavant. Ils ont également pu constater que ces traitements étaient faisables dans les conditions habituelles de vie à Abidjan, que les familles étaient particulièrement demandeuses et très mobilisées quant à l'observance des traitements, et aussi, que l'on pouvait mobiliser des ressources externes pour cela. Cette mobilisation de ressources est importante, puisque les institutions, à de rares exceptions près, sont restées longtemps réticentes à s'engager dans la prise en charge financière de traitements d'adultes par exemple. Sans l'avoir formulé de façon explicite, l'équipe a, à partir de cette expérience concrète, milité en faveur de l'accès aux traitements des enfants.

Début 1999, initialement oubliés parmi les catégories sociales pouvant bénéficier d'une subvention pour l'achat des antirétroviraux en Côte d'Ivoire, les enfants ont accès au traitement antirétroviral dont le montant s'élève à 10 000 F CFA⁶, rendant possible le parrainage de façon prolongée. En effet à partir du moment où le traitement ne coûtait plus que 10000 F CFA par mois, il était possible de demander un soutien à des associations ou des donateurs individuels qui étaient disposés à parrainer le traitement des enfants. Auparavant le coût ne permettait le soutien qu'à un tout petit nombre d'enfants.

À la mi-2000, les traitements sont devenus gratuits pour les enfants en Côte d'Ivoire, le gouvernement ivoirien les subventionnant avec le soutien du Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) jusqu'à septembre 2003 puis seul.

L'ensemble de ces éléments a permis à l'équipe de formaliser un projet de recherche qui se structurait initialement autour du suivi observationnel et de l'accompagnement des enfants infectés par le VIH. Ils ont été soutenus dans cette démarche par un pédiatre clinicien du Nord, le Professeur Stéphane Blanche de l'hôpital Necker, à Paris, et ce projet a été accepté pour finance-

6. 10000 F CFA = 15 €

ment par l'ANRS en juin 2000 (projet ANRS 1244) et reçu un avis favorable du comité national d'éthique ivoirien.

Devant le petit nombre de structures spécialisées dans la prise en charge du VIH chez l'enfant, un hôpital de jour ouvre en octobre 2000 dans la formation sanitaire urbaine de Yopougon, la commune la plus peuplée de Côte d'Ivoire, où l'équipe est implantée depuis 1995. Une unité de prévention de la transmission mère — enfant du VIH, et un hôpital de jour pour adultes⁷ y préexistaient. Ce projet de recherche s'intitule Programme enfant Yopougon et, dès le départ, se construit en relation directe avec le service de pédiatrie accrédité afin d'avoir accès aux antirétroviraux en Côte d'Ivoire (dont la pédiatre responsable de la consultation des enfants infectés par le VIH est co-investigatrice du programme).

Devant le recrutement rapide, l'accès de plus en plus aisé aux antirétroviraux et la familiarisation avec ces traitements, les objectifs initiaux du programme se modifient dès 2001, et il s'agit désormais du suivi d'une cohorte thérapeutique sous antirétroviraux. Le second projet médical accepté par l'ANRS en juin 2002 s'est donné, entre autres, pour objectif : l'impact des antirétroviraux et les résistances à ces médicaments⁸.

7. L'unité de prévention de la transmission mère — enfant du VIH, succédait à l'essai Di-trame (ANRS 049) et était développée dans le cadre du FSTI, avec l'aide de la Fondation Glaxo-Smith-Kline. L'hôpital de jour pour adultes a été mis en place dans le cadre de l'essai Cotrimo-CI (ANRS 059).

8. En témoignent les titres des deux projets déposés en 2000 et 2002 auprès de l'ANRS : « Histoire naturelle de l'infection pédiatrique par le VIH-1 en Afrique. Suivi médical et thérapeutique d'une cohorte d'enfants infectés par le VIH-1 à Abidjan, Côte d'Ivoire » en 2000 (ANRS 1244) et « Suivi d'une cohorte thérapeutique d'enfants infectés par le VIH, à Abidjan, Côte d'Ivoire. Le Programme Enfant Yopougon » en 2002 (ANRS 1278).

Un programme riche d'enseignements

Recrutement et dépistage

Lorsqu'un enfant infecté nous était adressé, nous avons essayé de systématiser la proposition de test de dépistage du VIH pour les autres enfants de la fratrie. Par ailleurs, nous offrons le test de dépistage gratuitement à tout enfant symptomatique ou exposé à l'infection. Ainsi, dans le processus de recrutement dans la cohorte, 170 tests de dépistage ont été effectués par nos soins chez des enfants, 38 chez des enfants qui se sont révélés infectés et 132 chez des enfants non infectés. Les 132 enfants qui se sont révélés non infectés sont 42 frères et sœurs d'enfants inclus ou déjà dépistés et 90 enfants adressés par des soignants ou des associations. Les autres enfants recrutés dans notre programme étaient connus comme infectés au moins par la personne qui s'en occupait et le service ou la structure nous l'ayant adressé.

En 2000-2001, malgré une situation politique troublée, nous recrutons 150 enfants infectés par le VIH en moins de dix mois. Lorsque une seconde possibilité d'inclusions s'offre en 2002-2003, 119 enfants de plus sont recrutés en neuf mois. Ce recrutement s'est fait très rapidement alors que volontairement, le programme souhaitait rester discret, et que les informations sur son existence n'étaient diffusées qu'auprès de soignants et d'associations de personnes vivant avec le VIH. Le programme ne s'est pas fait connaître largement pour éviter de stigmatiser les enfants suivis dans notre structure (en les étiquetant « enfants ayant le VIH »), mais aussi parce que nous étions conscients dès le départ que le nombre de places limitées interdirait l'ouverture du centre à tous, sous peine d'être débordés. Aussi, l'origine des enfants reflète plutôt le réseau informé de l'existence de notre programme que le poids respectif des différents acteurs dans la prise en charge des enfants infectés en Côte d'Ivoire. Parmi ces 269 enfants, 85 des enfants nous ont été adressés par le service de pédiatrie de Yopougon, 78 viennent des différents programmes de recherche menés par l'ANRS et du programme de prévention de la transmission mère — enfant du

VIH (FSTI, Fondation Glaxo-Smith Kline), 64 par d'autres soignants, et 42 d'associations de personnes vivant avec le VIH.

De fin juin 2003 à décembre 2003, nous avons dû mettre en place une liste d'attente pour les familles qui souhaitaient intégrer ce programme en attendant des financements permettant la prise en charge d'enfants supplémentaires, et n'avons intégré qu'un nombre limité d'enfants.

Caractéristiques générales des enfants

Les enfants de la cohorte sont 123 filles et 146 garçons, d'un âge moyen de 5,8 ans (de 18 mois à 15,5 ans) au moment du recrutement. Volontairement, les enfants ne sont recrutés qu'à partir de 15 mois parce que le diagnostic, à partir de cet âge, est facilement réalisable par des tests de dépistage classiques. D'autre part, avant cet âge, les enfants infectés, lorsqu'ils sont connus, sont le plus souvent suivis dans des programmes de prévention de la transmission mère — enfant du VIH.

Un nombre important des enfants suivis ont perdu un ou deux de leurs parents. Quarante neuf enfants sont orphelins de mère, 43 ont perdu leur père et 23 ont perdu leurs deux parents, l'ensemble représentant 43 % des enfants que nous suivons. Tous ces enfants, sauf un, sont pris en charge par la famille élargie, le plus souvent du côté maternel. Par ailleurs, nous suivons 13 familles, dont deux enfants sont infectés par le VIH. Les problèmes de déstructuration et recomposition familiales consécutifs à l'infection par le VIH et le sida sont développés plus loin (Aka Dago Akribi, 2003).

La population suivie dans le programme est issue en majorité de groupes sociaux modestes ou très démunis. Nous avons mis en place un système de visites à domicile afin de connaître les conditions de vie des enfants, à la fois d'un point de vue économique, mais aussi du point de vue des conditions d'environnement psychologique et affectif. Ces visites à domicile ont également un rôle important concernant le suivi des traitements de longue durée que reçoivent les enfants et les conditions de distribution de ces traitements. Enfin, ces visites permettent

d'identifier des familles les plus démunies qui ont pu ainsi bénéficier d'un soutien nutritionnel et scolaire. D'un point de vue économique, nous pouvons estimer qu'environ 30 % des familles suivies ont moins de 20 000 F CFA (30 €) par mois de revenu, soit la moitié du revenu minimum officiel.

Pour les enfants d'âge scolaire, un des grands problèmes des familles est l'absentéisme, lié surtout à la maladie mais aussi dans certains cas à la situation de grande pauvreté, qui empêche de scolariser les enfants. L'amélioration de la santé des enfants sous traitement permet aux familles de réinvestir dans les projets scolaires pour les enfants. Ainsi, sur 160 enfants en âge scolaire (ayant plus de 6 ans), 114 sont scolarisés et peuvent être considérés comme ayant un cursus normal, 32 enfants ont un absentéisme important, quatre ont un retard scolaire majeur, sept enfants ne sont pas scolarisés, et trois adolescents sont déscolarisés et sont insérés dans la vie professionnelle.

Quatre vingt seize pour cent des enfants ont été infectés par la mère durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Sept enfants seulement sont infectés par une autre voie : deux par transfusion (mère négative, référence faite à une transfusion autour du moment présumé de l'infection) ; une, suite à un abus sexuel et quatre par de possibles actes médicaux contaminants (mère négative et absence de référence à un abus sexuel, à une transfusion ou à un séjour prolongé en institution médicale). Du point de vue clinique, à l'inclusion, 99 enfants ne présentent aucun signe clinique ou des symptômes mineurs, 126 ont des symptômes modérés et 44 présentent une symptomatologie les classant au stade sida. En ce qui concerne les données immunologiques, la numération des lymphocytes CD4 et, surtout, le pourcentage de ces lymphocytes⁹ montrent que 137 enfants, soit 51 %, avaient moins de 15 % de CD4, reflétant un déficit immunitaire profond qui nécessite de recourir à des médicaments antirétroviraux.

9. Chez l'enfant, le nombre absolu de lymphocytes CD4 varie considérablement selon l'âge. Aussi, le pourcentage de lymphocytes CD4 est utilisé afin de refléter la situation immunologique des enfants indépendamment de leur âge.

Prise en charge médicale

À l'inclusion dans le programme, 59 enfants bénéficiaient déjà d'une thérapie antirétrovirale, 82 autres ayant été mis sous traitement antirétroviral entre octobre 2000 et juillet 2003. Il n'y a qu'un seul enfant encore sous bithérapie (initiée en mars 1999) les autres étant tous sous trithérapie. Par ailleurs, 245 enfants (91 %) reçoivent une prophylaxie quotidienne par cotrimoxazole pour prévenir les infections opportunistes et 14 enfants ne nécessitent pas de traitement au long cours.

La tuberculose et les infections à mycobactéries

Depuis le début de l'épidémie de VIH, les données sur la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH sont beaucoup moins claires que chez les adultes. Il est logique de penser que la tuberculose devrait être très présente chez les enfants infectés comme cela a été bien mis en évidence chez les adultes. Cependant, des biais méthodologiques ajoutés à une difficulté de diagnostic de la tuberculose propre à son expression clinique chez l'enfant, ont toujours limité l'obtention de données définitives sur le sujet (Coovadia *et al.*, 1998).

Au sein de notre cohorte, nous observons d'une part que 43 enfants ont déjà des antécédents de tuberculose avant d'être inclus, et que, d'autre part, 15 sont entrés, alors qu'ils étaient en cours de traitement pour la tuberculose. Enfin, il est survenu 13 tuberculoses durant le suivi. Les 11 tuberculoses documentées montrent la présence d'une résistance à un ou plusieurs médicaments antituberculeux utilisés dans le régime standard du programme de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire chez 4 des enfants (36 %), sept de ces 11 tuberculoses étant sensibles au régime standard.

À côté de la tuberculose, les infections à mycobactéries atypiques, rarement décrites à Abidjan du fait des difficultés diagnostiques, ont été identifiées dans 5 cas et confirmées par le laboratoire de référence des mycobactéries de l'Institut Pasteur de Paris. Elles sont difficiles à traiter et leur pronostic est très mauvais puisque 2 de ces 5 enfants sont décédés rapidement.

Morbidité et prise en charge thérapeutique

Morbidité chez les enfants infectés non symptomatiques et non traités par ARV

Un sous-groupe de 46 enfants a été analysé en détail pour une analyse de coût de leur prise en charge (Djohan, 2003). Ce groupe d'enfants, âgés en moyenne de 4,6 ans et ayant plus de 22 % de CD4 à l'inclusion, a la particularité d'avoir évolué lentement dans la maladie durant notre suivi, puisqu'aucun enfant n'a besoin de traitement antirétroviral à ce jour.

L'ensemble des événements morbides survenus chez ces enfants entre leur recrutement et le 31 mars 2003 a été colligé. Ces enfants asymptomatiques ont en moyenne huit épisodes morbides par enfant.année. La majorité d'entre eux ont des pathologies que l'on peut considérer comme bénignes et du même ordre que celles qu'auraient des enfants non infectés du même âge vivant à Abidjan.

Impact des traitements antirétroviraux

Peu de données sont publiées dans la littérature internationale sur l'impact des trithérapies chez l'enfant infecté en Afrique (Timate *et al.*, 2003). Un des objectifs principaux de notre programme consiste à décrire les effets cliniques et biologiques des traitements antirétroviraux chez les enfants infectés par le VIH vivant en Afrique (Fassinou *et al.*, 2004). Tous les enfants symptomatiques ou ayant un pourcentage de CD4 inférieur à 15 % étaient considérés comme éligibles à un traitement antirétroviral. Des mesures immunologiques (nombre et pourcentage de CD4) et virologiques (charge virale) ont été analysées avant et durant le traitement antirétroviral ainsi que la probabilité de survie sous traitement.

Nous avons analysé les résultats pour 78 enfants ayant débuté une trithérapie entre janvier 2000 et septembre 2002, jamais traités auparavant par antirétroviraux. Tous ont reçu une trithérapie. La durée de suivi en prétraitement était

de 346 enfants.mois et la durée globale de suivi sous ARV de 1391 enfants.mois.

La probabilité de survie après 18 mois de traitement est de 73 % pour les enfants ayant moins de 5 % de CD4 à l'initiation du traitement antiretroviral et de 97,8 % pour les enfants ayant 5 % de CD4 ou plus à l'initiation du traitement. Cette différence de survie est statistiquement significative ($p = 0,01$).

Après un suivi moyen de 18 mois sous ARV, 47 % des enfants avaient une charge virale indétectable et 11,5 % moins de 1000 copies/ml, ces deux groupes étant considérés comme en situation de contrôle de la réplication du virus. Comme cela a été décrit dans des études au Nord, il y a des réponses paradoxales aux ARV chez 30 % des enfants. En effet, les CD4 ont augmenté chez 24,3 % des enfants, alors que la charge virale n'a pas diminué pas de façon notable et 5 % des enfants ont connu une diminution de la charge virale sans augmentation significative du pourcentage des CD4. Enfin, 11,5 % des enfants étaient clairement en situation d'échec thérapeutique, soit immédiatement, soit après un délai de 6 mois à un an. Pour les enfants considérés comme étant en échec thérapeutique, une étude sur les résistances aux ARV qu'ils auraient pu développer est en cours en réalisation au laboratoire de virologie de l'Hôpital Necker, à Paris.

Avant traitement, le pourcentage médian de CD4 était de 7,75 %. Sous ARV, il a augmenté à 19 % à 11 mois et 25 % à 24 mois, ce qui montre une restauration immunitaire sous ARV.

Mortalité

À la date du 31 août 2003, 37 décès sont survenus parmi les 269 enfants suivis, ce qui représente une mortalité globale de 13,75 %. La médiane de survenue du décès est de 88 jours après l'inclusion (moyenne 148 jours), 3 décès survenant au delà de la première année de suivi. La probabilité de survie au cours du temps est de 89,8 % à 6 mois et de 85,4 % de 15 à 24 mois. La majorité des décès surviennent au début du suivi, témoignant de l'état clinique

des enfants souvent très dégradé au moment du recrutement et du retard au diagnostic et à la référence à un service spécialisé. Concernant la mortalité, la tuberculose, sous une forme ou une autre, intervient de façon importante et représente 22 % des décès. Ceci pose la question de l'adéquation du traitement standard de la tuberculose utilisé en Côte d'Ivoire pour traiter les enfants infectés par le VIH. Les décès surviennent essentiellement chez des enfants sévèrement immunodéprimés puisque 28 d'entre eux sont survenus chez des enfants avec moins de 15 % de CD4 (soit 76 % de l'ensemble des décès).

Coût de la prise en charge

Nous avons calculé les coûts directs de la prise en charge médicale des enfants infectés par le VIH dans le groupe d'enfants restés asymptomatiques durant tout leur suivi et qui n'ont pas besoin de traitement ARV, de même que chez 54 enfants symptomatiques ayant besoin d'ARV et mis sous traitement durant leur suivi (Laguide *et al.*, 2003). Tous les coûts médicaux directs ont été pris en compte (consultations, hospitalisations, médicaments, examens de laboratoire, transport..) pour chaque enfant. Nous avons déterminé les coûts par patient par année (EA) et les avons exprimé en F CFA et en euros (€).

Le coût de la prise en charge directe des enfants asymptomatiques sans inclure les dépenses liées à la recherche est de 132 745 FCFA (202,37 €) par an et par enfant. Les médicaments, les consultations les examens complémentaires, et les hospitalisations représentent respectivement 49 %, 26 %, 21 % et 5 % des dépenses de prise en charge.

Pour les enfants symptomatiques, dans la mesure où la mise sous traitement n'est pas toujours immédiate, nous avons calculé les coûts de la prise en charge au stade symptomatique avant traitement et sous traitement. Chez les 54 enfants infectés qui nécessitaient un traitement ARV, le coût moyen annuel de la prise en charge médicale d'un enfant infecté par le VIH symptomatique, sans ARV est de 666,13€ et, pour le même enfant de

3037,81€ avec les ARV¹⁰. La principale composante des dépenses est bien sûr les ARV puisqu'ils représentent 84 % du coût total. Les bilans biologiques représentent également un coût non négligeable, soit 8,5 % des dépenses. Le seul inhibiteur de protéase¹¹ prescrit à Abidjan chez l'enfant est le nelfinavir. Il représente à lui tout seul 72,5 % des dépenses en ARV et il est produit par le laboratoire Roche qui a refusé de participer aux négociations sur les prix des ARV pour les pays en développement jusqu'au printemps 2003. Les soins qu'ont reçus les enfants dans cette cohorte représentent le standard de soins que les enfants VIH+ devraient recevoir, puisque nous ne les avons pris en charge qu'avec des médicaments ou des techniques disponibles en Côte d'Ivoire. Aussi les coûts obtenus pour l'infection par le VIH sous ARV sont assez proches des coûts moyens pour une telle affection.

Pour l'infection par le VIH symptomatique sans traitement, ils sont probablement sous-estimés puisque nous n'avons choisi que des enfants survivant assez longtemps pour obtenir des ARV. Si nous devons considérer les enfants au dernier stade de la maladie, ces coûts seraient probablement plus élevés. Les coûts de prise en charge d'un enfant symptomatique sous ARV sont 4,5 fois plus élevés que sans les ARV et sont très au-delà des ressources dont les familles disposent pour soigner de tels enfants. De plus ces traitements sont prévus pour des années.

Au delà du coût des ARV qui a diminué de façon importante ces dernières années en Côte d'Ivoire et qui devraient continuer à diminuer, d'autres coûts peuvent être réduits. Le suivi immunologique peut être réalisé avec des techniques alternatives qui ont été validées et qui sont 4 à 5 fois moins coûteuses. La mesure de la charge virale, qui pourrait n'être réalisée que

10. En Côte d'Ivoire, l'état paye les ARV. Il nous a paru important de pouvoir distinguer les coûts sans ces médicaments qui représentent la charge effective pour les familles.

11. Les inhibiteurs de protéase sont une classe médicamenteuse utilisée dans les multithérapies antirétrovirales. C'est l'ajout d'un médicament de cette classe à des médicaments d'une autre classe médicamenteuse qui ont permis les grands progrès thérapeutiques dans le traitement du SIDA à partir de 1996.

chez les enfants en échec thérapeutique sera probablement remplacée par des techniques moins coûteuses validées à Abidjan (Rouet *et al.*, 2003).

Il reste essentiel de souligner que sans traitement, ces enfants meurent, et le plus souvent après une maladie longue et douloureuse qui mobilise habituellement une partie importante des ressources familiales.

Prise en charge psychologique

Une des originalités du Programme enfant Yopougon est le soutien et la prise en charge psychologiques à l'endroit des enfants infectés par le VIH et de leurs parents. Si le soutien psycho-social, terme très utilisé dans la prise en charge du VIH, est un peu flou et recouvre plutôt des activités de conseil et de soutien social, le soutien psychologique est indispensable mais peu effectif dans la prise en charge, au moins dans les pays d'Afrique francophone. Or, l'expérience des pays du Nord montre l'intérêt de se pencher sur cet aspect (Nicolas, 1999 ; Maraschin 1999 ; Dumaret *et al.*, 1995)

Une psychologue, travaillant depuis plusieurs années dans le domaine du VIH, a participé au programme, dès sa conception. L'approche psychologique, sociale et communautaire des enfants suivis, qui présentent des caractéristiques d'adaptation particulière en raison du VIH/sida, a permis d'acquérir un certain nombre de résultats. Devant l'importance de cette question, un projet autonome s'est récemment développé, en associant psychologues, pédopsychiatre et sociologue¹². Les méthodes utilisées sont celles de la psychologie clinique¹³.

12. Ce projet « Prise en charge psychologique, sociale et communautaire des enfants infectés par le VIH à Abidjan, Côte d'Ivoire (à propos d'une cohorte d'enfants suivis au Programme enfant Yopougon) a été accepté par l'ANRS (ANRS 1277) et est en cours de réalisation.

13. L'approche psychologique se base sur des *consultations systématiques* de tous les enfants inclus, permettant à partir d'entretiens cliniques et de tests psychologiques d'avoir une vision de l'enfant sur le plan psychologique et relationnel. Les données d'observation des conduites et des stratégies intellectuelles et psychomotrices sont recueillies pendant les entretiens grâce à une échelle de développement psychomoteur et une épreuve de niveau intellectuel selon la répartition des âges. Pour explorer la personnalité, on a eu recours à des tests projectifs qui visent une investigation générale de la personnalité (structure de personnalité, images parentales,

Au niveau du vécu psychologique de l'enfant, un certain nombre d'effets consécutifs à l'infection par le VIH prennent naissance. Les interactions mère/enfant sont ici fondamentales. Le vécu de l'enfant se construit autour de l'image du corps, de la souffrance, de la perception de sa maladie et de ses traitements. Il est aussi alimenté par la réalité de cette même maladie, le traitement de ses parents et leur décès éventuel. Chez 90 % des enfants infectés, le mode de transmission materno-fœtale explique la culpabilité des mères et accroît les difficultés des interactions mères/enfant nécessaires à l'équilibre psychologique de l'enfant.

Pour ces enfants immunodéprimés, très jeunes (83 % des enfants ont moins de 13 ans et 30 % moins de 5 ans), l'infection prend un caractère chronique qui joue également un rôle perturbateur dans le développement psycho-affectif et intellectuel de l'enfant (Blanche, 1998). 90 % des enfants reçoivent des traitements dispensés au long cours (antirétroviraux, antituberculeux...), nécessitant une bonne observance médicamenteuse pour obtenir des résultats thérapeutiques optimisés. Or, les difficultés de prise régulière des médicaments sont en partie en relation avec « l'investissement » du médicament par les parents et des troubles chez l'enfant en rapport avec l'ignorance concernant la raison du traitement. En effet, l'enfant se heurte au non-dit et au secret entretenus par les parents et le personnel médical. Il développe des attitudes et des comportements liés à la connaissance, ou non, de son statut sérologique vis-à-vis du VIH. La gestion du secret est telle chez ces enfants que, très souvent, il s'agit véritablement d'un secret de polichinelle (Nicolas, 1994) : secret de la part des parents à l'enfant qui ne savent comment lui en parler en raison de son jeune âge (que peut-il intégrer, comprendre ?), de la crainte qu'il ne divulgue le secret, de leur forte culpabilité face au regard et aux questionnements de l'enfant ; secret aussi de la part de l'enfant qui sait, mais

mécanismes de défense, fantasmatique, niveau de développement, complexes et conflits...) : CAT, PN, Rorschach, et à des consultations à la demande de l'enfant et/ou des parents lors de situations anxiogènes. Elles s'appuient sur la connaissance du développement intellectuel et affectif de ces enfants dans le but d'apporter un soutien en relation avec les situations du quotidien (orientation, choix scolaires, vie de famille, observance du traitement...).

n'en parle pas, craignant de faire souffrir ses parents. L'approche de sa personnalité, de son vécu à travers le repérage de son angoisse et de ses mécanismes de défense permet d'optimiser le soutien et de lui donner, dans le cadre de la consultation, un espace de parole.

Chez les parents, l'attente du soutien psychologique est forte et dépend du stade de l'infection de l'enfant. Les demandes concernent la gestion du secret (au sein du couple parental lui-même, vis-à-vis de l'enfant, vis-à-vis de la fratrie, vis-à-vis de la famille), l'annonce à l'enfant, les difficultés pour l'éduquer et le discipliner et l'élaboration de mécanismes de défense faits de surprotection de l'enfant, déni, parfois rejet pour lutter contre l'angoisse inhérente au VIH.

Lorsque l'enfant est asymptomatique ou va mieux, la demande parentale vise la réinsertion dans une vie normale avec la reprise de la scolarité. En effet, à partir de 6 ans, 32 % ont une scolarité normale, 42 % un retard et 13 % présentent un absentéisme important ; 5 % sont déscolarisés. Même si l'école est aussi un lieu à risque quant à l'identification de la maladie chez l'enfant en raison des questions du corps enseignant, des comportements et/ou attitudes qui le désignent comme malade (la prise médicamenteuse à heures fixes, les dispenses pour les activités sportives par exemple), c'est aussi le symbole pour les parents que tout va pour le mieux et que l'enfant est comme les autres. Cette demande parentale insiste sur la mise à niveau et la prise en charge de difficultés spécifiques scolaires (lecture, arithmétique, difficultés de mémorisation...). Les parents sont également demandeurs d'un soutien et d'une orientation dans le cadre de leur rôle éducationnel vis-à-vis de ces enfants infectés, problème fréquemment rencontré avec les enfants malades chroniques.

Concernant les préadolescents et les adolescents, leur problématique particulière est en relation avec les métamorphoses biologiques et psychologiques qu'ils subissent du fait de leur âge et du vécu avec le VIH. Les entretiens avec les enfants et les familles au cours de la consultation psychologique, mettent en exergue l'impact négatif de la pathologie sur la famille. La révélation de la séropositivité, particulièrement traumatisante, entraîne souvent des ruptures

identitaires et installe des failles dans les capacités des sujets à entrer en relation. Le sujet doit faire face à une nouvelle adaptation très complexe de sa vie avec le VIH, aussi bien sur le plan psychologique que social, et par conséquent, sur le plan familial. Il y a une fragilité de la structure familiale en raison du VIH. Dans notre population, 34 % des enfants sont orphelins d'un parent et 9 % des deux parents. La gestion des situations de deuil n'est pas aisée et induit, entre autres, de nouvelles dynamiques familiales. Ceci est décrit dans un des travaux de l'équipe sur les déstructurations et recompositions familiales autour du VIH/sida à Abidjan à travers des histoires individuelles de mères et d'enfants (Aka Dago Akribi, 2003).

En Afrique en effet, la prédominance des repères au sein du groupe d'appartenance (famille élargie, groupe ethnique) est indéniable. Vivre en ville n'entraîne pas un vécu totalement individualiste des sujets qui restent tributaires de la grande famille et des ancêtres. La famille connaît une crise en Côte d'Ivoire comme partout ailleurs en raisons des évolutions sociales, économiques et des phénomènes d'enculturation/acculturation. Le VIH/sida vient renforcer les difficultés déjà existantes. En effet, le regard social actuel concernant la représentation du VIH est encore empreint de phénomènes de rejet en raison des peurs liées à la transmission, à l'angoisse de la mort mais également au mode de transmission.

Au sein de la famille, les relations parents — enfant, entre les membres de la fratrie, avec la famille élargie et avec les amis prennent une coloration particulière car elles sont soumises au vécu lié à la connaissance du VIH. Il y a une réorganisation du mode de vie familial et un bouleversement psychique avec la mise en place de mécanismes de défense psychologiques inconscients et une nouvelle dynamique familiale. La dissociation progressive de la réalité de la famille avec les attentes socioculturelles (en terme de développement physique, de projection dans l'avenir, d'impossibilité de partage avec le groupe de la pathologie VIH) contribue à la création d'une sous-culture particulière de « personne vivant avec le VIH/sida ». Ainsi, le choix de l'alimentation artificielle de l'enfant fait par une mère séropositive risque d'être rejeté par la

belle-famille. Toute opposition occasionnera la rupture. De même la polygamie et le lévirat, culturellement encouragés pour répondre en partie à une réorganisation familiale, seront remis en cause et rejetés par le sujet qui connaît son infection, sans que les raisons réelles puissent être explicitées à la communauté d'appartenance. Le sujet se retrouve alors mis en marge socialement et/ ou psychologiquement. Une autre situation est celle de l'enfant orphelin. Le VIH/sida va transformer les réalités culturelles d'assistance par les adultes. L'enfant infecté ou affecté est alors pris en charge par les aînés de la fratrie ou par les grands-parents qui n'ont pas toujours la force de l'éduquer en lui donnant des repères structurants. Enfin, la difficulté à exercer les fonctions paternelle et maternelle difficiles de la part des parents, du fait de la fragilité de l'enfant infecté et de la prégnance de leurs propres sentiments de culpabilité et d'impuissance, ne favorisent pas la construction de l'espace de la famille.

En Côte d'Ivoire, l'attente des personnes infectées est forte en ce qui concerne les stratégies pour conserver leur place au sein de la famille malgré, ou avec, le VIH/sida. Cette pathologie influence les dynamiques familiales en entraînant une déstructuration de la qualité de vie des sujets. Elle a pour corollaire le secret, la mort et pousse à revisiter tout ce qui était établi en termes d'équilibre et de repères familiaux. Les sujets qui n'ont plus de soutien familial vivent une angoisse d'abandon et recherchent des structures d'accueil pour eux-mêmes et pour les futurs orphelins que seront leurs enfants. Le VIH/sida met en évidence la précarité et la fragilité des institutions, en particulier familiales, qui posent le fondement des valeurs des individus. Il est important de repenser cette pathologie en tenant compte du cadre culturel de la Côte d'Ivoire pour élaborer, dans le cadre de la prévention, des messages à l'endroit des communautés, mais également pour optimiser le soutien des sujets infectés, en les aidant à trouver leur place et à repérer les éléments constitutifs de la famille (Aka Dago Akribi et Cacou, 2003).

La prise en charge psychologique est incontournable dans ce domaine de la prise en charge thérapeutique de l'enfant car elle permet un étayage et un soutien des sujets vivant une véritable angoisse dans cette situation de souffrance.

Soutien communautaire aux familles des enfants infectés par le VIH

Trois femmes vivant avec le VIH, issues d'une association de femmes séropositives, AMEPOUH, assurent un soutien psycho-social et communautaire aux familles. Il s'agit de conseil aux familles sur le diagnostic de l'enfant, les modes de transmission du VIH, les situations quotidiennes où il n'y a pas de risque que l'enfant contamine d'autres personnes, ce qui est souvent une préoccupation exprimée par les familles, les modalités du traitement et le vécu de la maladie. Au-delà de la prise en charge médicale et psychologique, la nécessité d'un soutien communautaire en termes d'aide nutritionnelle, de soutien scolaire, d'aide à la mise en place d'activités génératrices de revenus a vite été considérée comme indispensable. Une association a été fondée autour de l'équipe soignante et des familles du Programme enfant Yopougon en novembre 2001, CHIGATA, pour apporter un soutien communautaire aux familles des enfants infectés et affectés par le VIH/sida. Cette association, entre autres activités, anime une maison d'accueil, collecte et distribue de la nourriture aux familles les plus démunies, a mis en place une infirmerie, des cours de soutien scolaire pour les enfants scolarisés dans le primaire, et une halte-garderie. Enfin, des femmes de l'association ont démarré une activité génératrice de revenus autour d'une cafeteria fournissant des repas aux personnels soignants de la structure de santé où est implanté le programme. L'association organise également des réunions d'information et de discussion avec les familles des enfants. Un groupe de parole d'adolescents, VIH+, informés de leur infection, encadré par une femme vivant avec le VIH et les psychologues, fonctionne sur une base mensuelle.

Conclusion : les enjeux d'une prise en charge globale

Nous avons pu mettre en place et développer un programme pilote de prise en charge de l'enfant infecté par le VIH en Afrique de l'Ouest. Ce programme, multidisciplinaire dès sa conception, faisant intervenir des chercheurs, des universitaires, des cliniciens, des biologistes d'Abidjan et du Nord, ainsi que des

associations issues de la communauté (en particulier des personnes vivant avec le VIH) permet une richesse d'intervention dans de très nombreux domaines depuis trois ans. Il s'agit du premier hôpital de jour pour enfants infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest qui allie recherche clinique, prise en charge médicale et psychologique et soutien communautaire. Au vu de la rapidité du recrutement des enfants infectés et du soutien communautaire que le programme a mobilisé autour de lui, il répondait bien à un besoin. L'engagement du gouvernement ivoirien sur l'accès gratuit aux antirétroviraux pour les enfants et les liens du programme avec le service de pédiatrie accrédité pour leur prescription, ont permis d'en faire une des toutes premières cohortes d'enfants traités par ARV en Afrique.

Le fait même que la moitié des enfants infectés et suivis dans notre programme aient plus de 5 ans et demi est une réelle information nouvelle pour les soignants en Côte d'Ivoire, et probablement en Afrique de l'Ouest. Leur pratique, essentiellement hospitalière, n'identifiait pas ces enfants comme infectés par le VIH et cela entraînait qu'ils n'étaient pas conscients qu'il puisse y avoir autant d'enfants infectés au delà de 5 ans dans la population.

Les enseignements scientifiques obtenus au bout de trois ans s'inscrivent dans un champ très large, puisqu'ils vont de la biologie moléculaire à la psychologie clinique, en passant par des données cliniques sur la tuberculose, l'impact médical des traitements antirétroviraux et le coût de l'infection et de sa prise en charge. Il s'agit bien d'une tentative de prise en charge globale de l'infection de ces enfants. Par cette prise en charge qui inclut les antirétroviraux, nous avons d'une certaine manière rendue dicible et visible l'infection des enfants en Côte d'Ivoire.

Nous avons pu démontrer qu'il est possible d'utiliser les trithérapies chez l'enfant en Afrique et que les résultats obtenus sont similaires à ceux observés en Europe (Blanche, 1998), malgré un environnement beaucoup plus pauvre. L'enjeu des traitements, en particulier chez l'enfant, est l'observance correcte de ces traitements, l'adhérence des familles et des enfants

à ces prescriptions de longue durée et sur le court et moyen terme, et, à Abidjan, nous observons une observance satisfaisante.

Le coût de la prise en charge d'un enfant symptomatique représente 3 à 4 fois le salaire minimum en Côte d'Ivoire. Cette prise en charge doit inclure les ARV, dans les pays en développement comme dans les pays riches. Ceci donne la dimension réelle du problème. Il n'y a aucune approche réaliste de ce problème sans un soutien financier effectif des états et de la communauté internationale. Le ministère de la Santé ivoirien, soutenu pendant un temps par le FSTI, a donné une des clés de la prise en charge de ces enfants en subventionnant à 100 % les ARV pour les enfants. De notre point de vue, d'autres sources de financement sont possibles comme les institutions bilatérales et multilatérales, les fondations privées, des ONG, des entreprises, des donateurs privés. Et, dans des pays comme la Côte d'Ivoire, il existe aussi des assurances et des mutuelles, qui doivent pouvoir intervenir. Quoi qu'il en soit, même si nous obtenons des diminutions majeures des coûts des médicaments et des examens biologiques, si les organisations internationales et les pays souhaitent réellement traiter les enfants infectés, le seul moyen réside dans le soutien important des familles.

Le travail mené par notre équipe souligne, s'il en est besoin, l'importance du soutien communautaire, très au delà d'une simple prise en charge médicale et psychologique. Enfin il est important de noter que la mobilisation de la communauté semble plus aisée en direction des enfants que ce qui a pu être fait autour des adultes. Une fois que l'on peut traiter les enfants, l'impuissance et le déni des soignants semblent diminuer et il y a un réel investissement de la communauté autour de ces enfants.

L'ensemble de ce programme confirme l'existence dans la communauté d'enfants infectés par le VIH bien au-delà de la petite enfance et la possibilité de les prendre en charge. Cette initiative pionnière devrait aider à surmonter le sentiment d'absence d'espoir des soignants et des familles et permettre, enfin, à l'ensemble de la communauté de se mobiliser autour

des oubliés de l'épidémie, les « grands enfants » infectés par le VIH en Afrique.

En 2003-2004, il se fait une évolution progressive des mentalités au moins au sein des institutions prenant en charge le VIH et des institutions internationales. A l'occasion de l'initiative 3x5 de l'OMS, qui a pour objectif d'aider la prise en charge de 3 millions de personnes infectées par le VIH à l'horizon 2005, l'UNICEF commence à élaborer une réflexion sur l'enfant infecté. Cette réflexion reste très imprégnée de la Prévention de la transmission mère — enfant (PTME) et s'articule autour de ce qu'il est convenu d'appeler actuellement la PTME Plus¹⁴.

Un des premiers problèmes non entièrement résolus est celui de l'absence d'accès aux traitements anti-rétroviraux pour les parents des enfants. Chigata a pu obtenir des fonds, par des dons locaux et une ONG française (Solidarité sida), permettant de traiter une dizaine de parents pendant un an. Cependant ceci reste insuffisant car une cinquantaine de parents ont besoin de traitements pour eux-mêmes dans un délai rapide. Traiter les parents permet de renforcer la prise en charge des enfants.

Certains thèmes de recherche méritent d'être développés (nutrition et croissance chez l'enfant infecté) ou approfondis (résistances aux antirétroviraux). Enfin, un programme d'éducation thérapeutique est à mettre en œuvre afin d'aider les enfants et leurs familles à la prise médicamenteuse.

Un autre enjeu est l'augmentation du nombre d'enfants pris en charge. Au-delà de la phase pilote, démonstrative, nous devons aujourd'hui pouvoir recevoir et suivre beaucoup plus d'enfants pour tenter de répondre de façon appropriée à la réelle dimension du problème. Par ailleurs, un programme pilote, de recherche, par essence n'est conçu que pour une durée déterminée et il s'agit de le pérenniser hors recherche.

14. La PTME Plus est un concept issu de l'expérience pilote du FSTI, reprise par les institutions américaines et internationales. Il s'agit non seulement de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais de prendre en charge l'ensemble de l'unité familiale : la femme enceinte, son partenaire et ses enfants infectés.

Références bibliographiques

- AKA-DAGO-AKRIBI L. H., CACOU M. C., POUR LE PROGRAMME ENFANT YOPOUGON, 2003, « Déstructuration et recomposition familiales autour du VIH/sida à Abidjan à travers des histoires individuelles de mères et d'enfants », 5^e journées scientifiques du réseau démographie. Familles au Nord, Famille au Sud. Marseille, France.
- AKA-DAGO-AKRIBI L. H., CACOU M. C., 2003, « Annonce de son statut vis-à-vis du VIH à l'adolescent infecté par le VIH » XIII^e Conférence internationale sur le sida en Afrique. Nairobi, Kenya, MonPs234213.
- BLANCHE S., 1998, « Traitement antirétroviral », in BLANCHE S. (éd.), *L'infection à VIH de la mère et de l'enfant*, Flammarion, pp. 199-219.
- BLANCHE S., 1998, *L'infection à VIH de la mère à l'enfant*, coll. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 313 p.
- CACOU M. C., AKA-DAGO-AKRIBI L. H., 2003, « Observance des antirétroviraux chez les enfants infectés par le VIH », XIII Conférence Internationale sur le sida en Afrique. Nairobi, Kenya, MonPs279470.
- COMMENGES D., ALIOUM A., LEPAGE P. *et al.*, 1992, « Estimating the incubation period of pediatric AIDS in Rwanda », *AIDS*, vol. 6, pp. 1515-20.
- COOVADIA H. M., JEENA P., WILKINSON D., 1998, « Childhood human immunodeficiency virus and tuberculosis co-infections: reconciling conflicting data », *Int J Tuberc Lung Dis*, vol. 10, pp. 844-51.
- DABIS F., MSELLATI P., MEDA N. *et al.*, 1999, « Six month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reducing vertical transmission of HIV in breast-fed children : A double-blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso », *Lancet*, vol. 353, pp. 786-92.
- DABIS F., ELENGA N., MEDA N., *et al.*, 2001, « 18-Month mortality and perinatal exposure to zidovudine in West Africa », *AIDS*, vol. 15, pp. 771-9.
- DESCLAUX A., 1996, « L'enfant atteint : perception de la maladie, impuissance de la bio médecine », *Le Journal du sida - numéro spécial Afrique*, vol. 86-87, pp. 92-5.
- DESCLAUX A., 1997, « L'épidémie invisible, Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso », Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Droit d'économie et des Sciences d'Aix-Marseille. 440 p.
- DJOHAN G., KOUAKOUSSUI A., MSELLATI P., POUR LE PROJET ENFANT YOPOUGON, 2005, « Coût direct de la prise en charge des enfants infectés par le VIH au

- stade asymptomatique. Abidjan, Côte d'Ivoire, 2000 – 2003 » *Santé Publique*, vol. 17, pp. 627-36.
- DUMARET A. C., BOUCHER N., ROSSET D., DONATI P., TORISSIAN V., *Enfants nés de mères séropositives au VIH. Aspects psychosociaux et dynamique familiale*, INSERM (éd.), Paris, 1995, 157 p.
- ELENGA N., KOUAKOUSSUI K. A., BONARD D., *et al.*, 2005, « Diagnosed Tuberculosis During the Follow-up of a Cohort of Human Immunodeficiency Virus-Infected Children in Abidjan, Côte d'Ivoire: ANRS 1278 Study », *Ped Infect Dis J*, vol. 24, pp. 1077-82.
- FASSINO P., ELENGA N., ROUET F. *et al.*, 2004 « Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire » *AIDS* 2004, vol. 18, pp. 1905-13.
- FOSTER G., WILLIAMSON J., 2000, « A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in sub-saharan Africa », *AIDS* 5, vol. 14, pp. S275-S284.
- FRANSMAN D., MCCULLOCH M., LAVIES D., HUSSEY G., 2000, « Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa » *AIDS Care*, vol. 12, pp. 89-96.
- GUAY L. A., MUSOKE P., FLEMING T. *et al.*, 1999, « Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial », *Lancet*, vol. 354, pp. 795-802.
- LAGUIDE R., ELENGA N., FASSINO P., ATTA H., FOIRYOLO S., MSELLATI P., 2003, « Direct costs of medical care for HIV-infected children before and during HAART in Abidjan, Côte d'Ivoire, 2000 – 2002 » in Moatti J.P., Coriat B., Souteyrand Y., Barnett T., Dumoulin J., Flori Y.A. (éd.), *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*, coll. Sciences sociales et sida, ANRS, pp. 311-27.
- LEPAGE P., SPIRA R., KALIBALA S. *et al.*, 1998, « Care of Human Immunodeficiency virus-infected children in developing countries » *Pediatr Infect Dis J*, vol. 17, pp. 581-6.
- LEPAGE P., VAN DE PERRE P., VAN VLIET G., *et al.*, 1991, « Clinical and endocrinological manifestations in perinatally HIV-1 infected children aged five years or more » *Am J Dis Child*, vol. 145, pp. 1248-51.
- MARASCHIN J., 1999, « Entretien avec I Funck-Brentano. Dédramatisation de la maladie chez les enfants infectés », *Le Journal du sida*, vol. 120-121, numéro spécial Enfances, adolescences, pp. 19-20.
- MEYERS T. M., PETTIFOR J. M., GRAY G. E., CREWE-BROWN H., GALPIN J.S., 2000, « Pediatric admissions with human immunodeficiency virus infection

- at a regional hospital in Soweto, South Africa » *J Trop Pediatr*, vol. 46, pp. 224-30.
- NICOLAS J., 1994, « Secret professionnel ou secret de Polichinelle ? », *Le journal du sida*, vol. 64-65, pp. 68-70.
- NICOLAS J. *et al.*, 1999, Enfants, VIH et sida. Quelle qualité de vie ? Éd. INSERM, Paris, 250 p.
- ONUSIDA/OMS, 2003, *Le point sur l'épidémie de sida* », Genève, 28 p.
- PLINER V., WEEDON J., THOMAS P. A. *et al.*, 1998, « Incubation period of HIV-1 in perinatally infected children », *AIDS*, vol. 12, pp. 759-66.
- PROGRAMME REVIEW TEAM, PMTCT ADVISORY GROUP, INFANT FEEDING STUDY GROUP, 2002, « Evaluation of a pilot programme and a follow-up study of infant feeding practices during the scaled-up programme in Botswana », *Evaluation Program Planning*, vol. 25, pp. 421-31.
- ROUET F., EKOUÉVI D. K., CHAIX M. L., *et al.*, 2005 « Transfer and Evaluation of an Automated, Low-Cost Real-Time Reverse Transcription-PCR Test for Diagnosis and Monitoring of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection in a West African Resource-Limited Setting » *J Clin Microbiol*, vol. 43, pp. 2709-17.
- SPIRA R., LEPAGE P., MSELLATI P., *et al.*, 1999, « Natural history of Human Immunodeficiency Virus type 1 infection in children: a five-year prospective study in Rwanda » *Pediatrics*, vol. 104, pp. e56.
- TAHA T. E., KUMWENDA N. I., BRODHEAD R. L., *et al.*, 1999, « Mortality after the first year of life among human-immunodeficiency virus type 1-infected and uninfected children », *Pediatr Infect Dis J*, vol. 18, pp. 689-94.
- TAVERNE B., 1999, « Représentations de la transmission mère — enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso », *Santé*, vol. 9, pp. 195-9.
- TIMITE-KONAN A. M., FASSINOU P., ADONIS KOFFY L. *et al.*, 2003, « Les antirétroviraux chez l'enfant VIH positif en milieu tropical : un bénéfice certain » *Arch Pediatr*, vol. 9, pp. 831-2.
- UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA, 2000, *African Regional Meeting on pilot projects for the prevention of mother to child transmission of HIV*, Report : Gaborone, Botswana, 57 p.
- VAN DE PERRE P., LEPAGE P., SIMONON A. *et al.*, 1992, « Biological markers associated with prolonged survival in African children maternally infected by the Human Immunodeficiency Virus type-1 », *AIDS Res Hum Retrovir*, vol. 8, pp. 435-42.
- WALKER N., SCHWARTLÄNDER B., BRYCE J., 2002, « Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS », *Lancet*, vol. 360, pp. 284-9.

*Le risque et le stigmaté.
Les comportements sexuels
des migrants de retour et des séropositifs,
deux cas ouest-africains*

RICHARD LALOU et PHILIPPE MSELLATI

Les notions de risque et de stigmaté ont été particulièrement sollicitées ces dernières décennies par la recherche en sciences sociales, notamment dans le champ du sida. En particulier dans le domaine du VIH, le risque n'est pas seulement une donnée fixe, mesurée et objectivée par la recherche médicale et épidémiologique, mais il exprime aussi une construction sociale, individuelle et communautaire, qui se redéfinit au gré des situations de vie et des histoires collectives (Peto *et al.*, 1992 ; Bajos *et al.*, 1998 ; Van Campenhoudt, 1999 ; Delor et Hubert, 2000 ; Vidal, 2001). De même, très tôt dans l'épidémie du sida, les stigmates portés par les personnes soupçonnées d'être infectées ont été les marques non seulement de l'infection (ou de la maladie) mais également de son risque ; autrement dit, ils ont désigné une différence aussi bien réelle que virtuelle. En passant d'instrument de la connaissance épidémiologique à celui d'outil de gestion de la santé publique, on peut dire que le risque est devenu un élément de l'identité sociale, et le facteur de risque son stigmaté : homosexualité, toxicomanie, hémophilie, prostitution, étrangers originaires d'une zone d'endémie...

En Afrique, le classement des risques contenus dans les discours de santé publique dessine également des frontières discriminantes entre les populations

à risque et les autres. Mais au sein des populations africaines, ces contours sont parfois plus flous et se démarquent finalement d'une sexualité décrite comme très permissive. Les relations hétérosexuelles, déclarées comme le principal mode de transmission du VIH en Afrique subsaharienne, ont fait de l'activité sexuelle le seul paradigme pour l'analyse de l'épidémie du sida sur ce continent (Packard et Epstein, 1992). La pratique la plus fortement indexée est le multipartenariat sexuel, en plus de la fréquentation de prostituées. Selon les interprétations, cette pratique, soit, caractérise l'ensemble des Africains — le multipartenariat sexuel est alors une marque de leur identité culturelle et sexuelle (Hrды, 1987 ; Caldwell *et al.*, 1989 ; Rushton et Bogaert, 1989)¹ —, soit, affecte des groupes particulièrement sensibles aux processus de transformation des économies et des sociétés africaines (et à l'instabilité politique de ces pays), transformations qui induisent en retour un affaiblissement des liens sociaux et familiaux traditionnels et des modifications dans les comportements sexuels. Les groupes ainsi ciblés sont les travailleurs dans les mines, dans les grandes industries ou sur de grandes exploitations agricoles, les forestiers, les migrants de travail, les transporteurs routiers, les militaires, les réfugiés et les déplacés, les adolescents (scolarisés ou non), les femmes, les pauvres... En Afrique, ces groupes sont donc multiples, disparates et, pour certains, très importants et hétérogènes. Tous supportent néanmoins l'accusation sociale d'une sexualité débridée, même si le soupçon pèse sans doute plus lourdement chez certaines parties de la population, comme les jeunes et les femmes. Enfin en Afrique, comme ailleurs, les séropositifs souffrent à la fois du blâme d'une vie supposée dissolue — accusation qui peut s'exprimer au sein des situations sociales les plus ordinaires —, et du stigmatisme du corps contaminant, qui se manifeste davantage au moment des relations intimes et affectives (Delor, 1997 ; Théry, 1999). De

1. Dans les premières années de l'épidémie du sida, l'analyse portée sur la sexualité des Africains marque une continuité avec la tradition culturaliste de la recherche coloniale, intéressée surtout par les usages perçus comme exotiques et jugés déviants. La résurgence insistante de notions et de descriptions de pratiques, telles que la *promiscuité sexuelle*, le *vagabondage sexuel* ou encore le « *dry sex* » sont sans doute des expressions fortes de cette filiation idéologique (Dozon et Fassin, 1989 ; Leslie, 1990 ; Bibeau 1991 ; Le Blanc *et al.*, 1991 ; Packard et Epstein, 1992 ; Seidel, 1996).

même, rappelons que la question de la sexualité des personnes atteintes, et de la gestion des risques qui y sont attachés, n'est apparue qu'assez récemment dans la recherche en sciences sociales (Schiltz et Sandfort, 2000).

Cette thématique du risque et du stigmaté associés à l'épidémie du sida est si présente dans les espaces de l'intervention sanitaire et de la recherche, nous avons voulu la revisiter en comparant les comportements de prévention face à la transmission sexuelle et à la discrimination de deux populations identifiées à risque. Il s'agit des migrants de retour et des séropositifs, dont les risques assignés ne sont pas de même nature, ni de même ampleur, et qui ne les engagent pas de la même façon dans l'élaboration des stratégies de prévention.

Quelle que soit la lecture portée sur la relation entre la migration et le sida — que le migrant soit un vecteur de maladie ou qu'il soit une personne sexuellement vulnérable —, le risque qui lui est attaché est toujours un risque potentiel incorporel, à l'instar de celui de toute personne séro-agnostique. Il s'agit de la possibilité de rencontrer un partenaire porteur du virus lors d'une activité sexuelle, le migrant étant supposé plus susceptible d'avoir des conduites sexuelles à risques ou d'infecter le partenaire sexuel en particulier au retour (risque accru lorsque le migrant a séjourné dans des zones à forte endémie), tous ces risques étant auto-évalués à partir des connaissances, des perceptions et des pratiques du migrant. Dans le cas des séropositifs, le risque est, au contraire, médicalement avéré. Il s'agit du risque de contaminer l'autre, séronégatif, lors d'un rapport sexuel et d'être responsable de la diffusion de la maladie.

Par ailleurs, en disant que le risque est indissociable de la condition du séropositif et qu'il dépend des conduites du migrant, on signifie une différence essentielle dans les accusations souvent portées à ces deux groupes de population et dans les risques sociaux qu'ils ont à affronter. Dans leur communauté d'origine, les migrants de retour peuvent être confrontés au double soupçon de l'infection et de la transgression aux normes sexuelles collectives (virginité pré-nuptiale, fidélité conjugale) ; transgressions dont la communauté se veut indemne. L'accusation portée aux séropositifs met en jeu plus profondément leur identité sociale en désignant le corps et sa « blessure ». Le stigmaté est

celui du corps dangereux, qui menace le corps de l'autre (le partenaire) et le corps social « en bonne santé ». Dès lors, les migrants et les séropositifs peuvent maintenir leur appartenance à la communauté par une stratégie fondée sur la conformité sociale et sur le secret (dissimulation du stigmaté).

Face à ces risques médicaux et sociaux, les individus, qu'ils soient migrants ou séropositifs, composent diversement avec les pratiques de protection, en tenant compte à la fois de leur efficacité médicale et de leur signification sociale. On peut dire que les conduites de prévention visent, soit à réduire ou à éviter l'exposition au risque (diminution du nombre de partenaires, fidélité, abstinence...), soit à annuler le risque de transmission du virus (par l'usage du préservatif). Ces premières pratiques s'élaborent sur le mode du libre choix de l'acteur, tandis que les secondes induisent une nécessaire interaction (sous forme de négociation) avec le partenaire sexuel.

Les migrants et les séropositifs sont finalement deux populations dont les comportements sexuels sont jugés et désignés à risque(s). Ces risques assignés et intériorisés influencent bien évidemment les comportements de prévention. Cependant, les différences fondamentales dans les perceptions collectives et individuelles de ces risques (qu'ils soient sanitaires ou sociaux) engagent les migrants et les séropositifs dans des stratégies différentes.

Cette réflexion s'appuie sur l'analyse de deux enquêtes quantitatives, l'une menée au Sénégal auprès de personnes migrantes et non migrantes, l'autre conduite en Côte d'Ivoire chez des personnes séropositives informées de leur statut vis-à-vis du VIH. L'enquête sénégalaise a été réalisée en 2000 dans la ville industrielle de Richard-Toll et dans plusieurs villages du département de Matam, deux sites fortement touchés par les migrations internes et internationales (Piché *et al.*, 2003)². Nous proposons, dans un premier temps, une définition des concepts de risque et de stigmaté, avant de présenter brièvement les données et les méthodes utilisées dans l'étude sénégalaise. La présentation

2. Nous tenons à remercier Abdoulaye Tall, Florence Waitzenegger, Macoumba Thiam et Fara Mbodji pour leur collaboration au projet Mobilité, IST et sida au Sénégal, de même que le CRDI-Dakar, l'IRD et l'université de Montréal qui ont financé cette recherche.

des résultats s'attache ensuite à définir les stratégies élaborées par les migrants de retour pour s'adapter aux risques d'infection et de stigmatisation. Cette étude s'appuie également sur une description des contextes et une analyse des perceptions des risques et des stigmates. À partir de ces résultats, nous discutons sur les raisons et les façons dont une population précise compose avec le risque épidémiologique, avant d'envisager les implications pour la prévention. En ce qui concerne l'étude en Côte d'Ivoire, les données présentées éclairent, d'un jour un peu nouveau, le lien entre l'infection et les pratiques sexuelles, l'émergence de traitements accessibles rendant possible dans une certaine mesure le partage de l'information, jusque-là secrète, sur le statut sérologique.

Définition des concepts

Le risque et le stigmate sont les catégories centrales à partir desquelles est construite notre réflexion. Au regard du sida, nous pouvons dire que le risque est, en plus de son aspect médical, de dimension affective, sociale et culturelle ; il s'évalue tant au niveau de l'individu, de la relation et de la communauté, qu'en fonction du contexte social. Une définition peut en être proposée autour de quatre propositions.

Les campagnes d'information, accessibles maintenant au plus grand nombre, définissent un risque objectif et réduisent l'incertitude attachée à l'action et à son utilité. La prise de risque est donc de moins en moins un geste d'ignorance.

L'objectivation du risque personnel ne permet pas de donner sens aux conduites individuelles, notamment quand celles-ci s'écartent de la logique des probabilités. Au contraire, elle leur dénie toute rationalité. Agir volontairement au péril de sa santé est insensé. Selon la taxinomie des théories de la décision dans l'incertain, on dira que la décision transgresse le théorème de cohérence, puisque l'ordre des préférences d'utilité ne suit pas la distribution du risque objectif. Cependant, cette inadéquation entre le principe érigé par la théorie et l'observation dit davantage les limites du

raisonnement que l'irrationalité du comportement. L'irrationalité n'est pas un principe de décision, et la prise de risque ne peut être réduite à un geste d'inconscience ou d'incohérence.

Le risque perçu n'existe pas, hors ou avant l'expérience relationnelle de l'acteur. Il est une construction subjective, élaborée à partir d'un processus complexe d'évaluation et d'ordonnement des enjeux sociaux et affectifs de l'interaction, enjeux multiples et perçus parfois comme menaçants. La prise de risque est dans cette perspective une recherche incertaine de la meilleure satisfaction, à un moment donné, d'objectifs prioritaires et quelquefois en opposition entre eux et aux consignes de la prévention.

Le risque s'évalue à l'intérieur d'un contexte social, économique et culturel, ainsi qu'à l'aune de ses normes et sanctions sociales que les acteurs interprètent et intériorisent. Le contexte exprime la dimension socio-structurelle du risque. En outre, les représentations de la maladie au sein de la communauté et les constructions sociales des groupes à risque sont des éléments-clés qui dimensionnent le risque. La prise de risque relève donc du choix des individus en prise avec le monde, les structures sociales économiques et culturelles de leur environnement.

Le stigmatisme désigne un attribut ou un handicap qui jette le discrédit sur la personne qui le porte. Il est une information sociale qu'un individu incarne et transmet directement, à propos de lui-même et souvent malgré lui. C'est un signe habituellement fréquent et stable. Le handicap qu'il révèle compose son identité sociale ; il marque la différence, assigne une position et entraîne souvent le discrédit (Goffman, 1975). Au regard du sida, il existe en gros trois types de stigmatisme. Il y a les stigmates qui désignent la personne malade : ce sont les marques corporelles de la maladie (grande maigreur, problèmes de peau...)³ ; ceux qui peuvent signaler l'infection de l'individu : le préservatif, le médicament...(Delor, 1997), et ceux qui mettent à l'index l'individu parce qu'il est susceptible d'être infecté ; ces pratiques sont associées au risque d'in-

3. Il est à noter que ces symptômes du sida ont un caractère fluctuant. Ils ne sont donc pas des signes stables de l'affection qu'ils révèlent.

fection et souvent le symbole d'autres désignations stigmatisantes, telles que : prostitution, hétérosexualité dissolue, homosexualité, toxicomanie...

La première catégorie de stigmates appartient aux stigmates permanents et immédiatement perceptibles par les personnes présentes, quelle que soit la situation sociale considérée. La personne ainsi stigmatisée révèle nécessairement aux autres, inconnus ou familiers, une réalité souvent perçue comme une faille honteuse de son identité. Face à un stigmate aussi manifeste, le problème de l'individu désigné est par conséquent de gérer les tensions et les exclusions qu'engendrent les rapports sociaux quotidiens. Dans le cas du sida, la personne malade déploie des stratégies psychosociales qui oscillent souvent entre l'acceptation et le rejet, à la fois de sa maladie et des personnes dites normales. Néanmoins, les stigmates spécifiques au sidéen, bien qu'importants et très redoutés par les personnes infectées, ne sont pas ici ceux qui intéressent directement notre problématique de la gestion des risques associés à la sexualité.

Les deux autres types de stigmates s'inscrivent plus directement dans notre réflexion. Ils s'opposent globalement à la première catégorie de stigmates par le fait qu'ils marquent soit un handicap⁴ virtuel, chez le migrant de retour, soit une différence qui, n'est ni immédiatement apparente, ni déjà connue par les autres : la séropositivité. En d'autres termes, le migrant de retour se caractérise par un stigmate connu de tous : son statut migratoire, et par un handicap qui n'est que présumé ; tandis que la personne vivant avec le VIH supporte un handicap réel, mais invisible pour la plupart des personnes de son entourage.

La personne susceptible d'être discréditée, doit, alors, non plus gérer la discrimination, comme le sidéen, mais selon les cas, lutter contre les soupçons de l'infection et d'une sexualité dissolue, ou bien contrôler l'information disqualifiante, c'est-à-dire la séropositivité.

Dans le cas du séropositif, le choix n'est bien évidemment jamais absolu — annoncer ou taire totalement sa séropositivité, feindre ou se révéler —,

4. Habituellement, le handicap se définit, soit comme une déficience psychologique ou physiologique, soit comme une incapacité fonctionnelle ou encore comme un désavantage social. L'usage que nous faisons de ce concept renvoie à cette dernière acception. Le désavantage social comporte un aspect situationnel, car il produit, dans certaines circonstances, une limitation des rôles sociaux dits « normaux ».

mais varie selon les relations et les situations. Habituellement, les personnes confrontées à un stigmaté qui peut être dissimulé, doivent composer entre le silence et la parole, entre les risques de discrimination et leurs besoins de soutien. Selon E. Goffman, les situations de la vie publique, là où les relations sont impersonnelles et codifiées, favorisent souvent la dissimulation. À l'inverse, l'intimité des relations familiales et amicales, avec des personnes qui ont une connaissance personnelle de l'individu, permet la confiance et la sympathie. Mais ces variations usuelles dans le traitement du stigmaté, entre les sphères de la vie publique et de la vie privée, ne valent pas totalement quand les stigmates mettent en jeu précisément l'affectif et l'intime. La séropositivité et l'infidélité du migrant, pendant ses séjours hors du milieu d'origine, sont à l'évidence des caractéristiques qui contrarient la parole au sein du couple et de la famille⁵.

En ce qui concerne les migrants de retour, il faut préciser que le discrédit porté dans leur milieu d'origine n'est pas doublé, comme pour les migrants africains vivants dans les pays du Nord, de la déconsidération issue du facteur de risque supposé (homosexualité ou toxicomanie). Souvent, dans les pays d'accueil du Nord, le sida a introduit une discrimination envers les migrants, qui a servi aussi à renforcer une idéologie xénophobe. Au contraire, le migrant international retrouve souvent son pays d'origine avec souvent un nouveau pouvoir économique et la reconsidération de sa position sociale. La migration, notamment à l'étranger, revêt donc en milieu de retour le double symbole du stigmaté et du prestige.

À partir de toutes ces considérations sur les notions de risque et de stigmaté, nous proposons d'organiser l'étude autour des deux hypothèses générales suivantes. Premièrement, les représentations sociales des migrants et des séropositifs, et des risques sexuels qui leurs sont attribués, sont des déterminants forts des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour éviter la contamination et/ou la discrimination.

5. Il faut ajouter que la personne infectée souffre parfois d'exclusion au sein même de sa famille. Cet isolement à l'intérieur de l'espace domestique s'exprime alors par une chambre et/ou des repas à part, l'évitement des contacts corporels...

Les fils directeurs visant à comprendre les stratégies que les migrants et les personnes VIH+ déploient dans leur vie sexuelle et amoureuse, résident dans la dissimulation de leurs comportements hors normes pour les premiers, et le silence pour les seconds. Chez les séropositifs, cette stratégie se construit autour du préservatif et de sa perception au sein de la relation ainsi que le partage de leur statut. Chez le migrant, elle s'élabore en fonction de ses perceptions du risque sanitaire et de sa position économique et sociale au sein de la communauté. En second lieu, la stratégie de prévention est investie d'un message de conformité normative pour les migrants. Elle est une réponse à la perception collective du risque qui leur est attribué et au contrôle social par la communauté. Pour les personnes séropositives, les stratégies de protection expriment un désir d'anonymat sérologique vis-à-vis du partenaire. Autrement dit, les espaces privilégiés, mais non exclusifs, de la gestion des risques sont, selon le sens donné à la stratégie de prévention, la communauté ou la relation sexuelle et amoureuse.

L'enquête Mobilité et IST/sida au Sénégal

Données et méthodes d'analyse

L'enquête Mobilité et IST-sida au Sénégal (MISS) a été réalisée en janvier et février 2000, sur un échantillon représentatif de 1 872 personnes âgées de 15 à 49 ans. Les informations collectées auprès du chef de ménage portaient essentiellement sur la situation économique du ménage et sur les conditions d'habitat. Le questionnaire individuel fournissait des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques de l'individu et sur sa biographie migratoire. Par ailleurs, le questionnaire abordait les valeurs et les pratiques en matière de mariage et de sexualité. Il renseignait ainsi sur l'histoire sexuelle de la personne interrogée, dans les lieux de sa résidence, de sa dernière migration interne et/ou internationale et au moment de son dernier déplacement de courte durée. Enfin, deux modules portaient sur les infections sexuellement

transmises, et plus particulièrement sur le sida. L'individu était alors interrogé sur ses connaissances et ses perceptions au regard de ces problèmes de santé.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 46 % sont des hommes, 13,6 % ont effectué une migration internationale après 1985, et 81 % ont déjà eu des rapports sexuels. Les femmes sont moins de 4 % à rapporter des comportements sexuels potentiellement à risque au cours des douze mois précédant l'enquête, contre 34 % pour les hommes. Dans la zone de Matam, cette proportion correspond à trois femmes, toutes non mariées. Nous avons donc fait le choix d'analyser les effets de la migration sur le comportement sexuel potentiellement à risque, à partir de la seule population masculine. Cette option est en partie renforcée par le fait que la migration internationale est majoritairement le fait des hommes.

L'évaluation des effets de la migration sur le comportement sexuel potentiellement à risque a été estimée à partir de régressions logistiques multinomiales. Deux modèles sont considérés : un modèle pour la zone d'enquête Richard-Toll ($n= 322$) et un pour celle de Matam ($n= 105$). Les paragraphes suivants définissent les principales variables qui ont été introduites dans les équations.

Définition de la variable dépendante

À la suite de plusieurs travaux (Brockerhoff et Biddlecom, 1998) ; Adrien et Cayemittes, 1991 ; Caraël, 1995 ; Spira *et alii*, 1993), nous définissons le comportement sexuel à risque, à partir des informations recueillies sur l'histoire des relations sexuelles⁶ des personnes interrogées pendant la dernière année. On parlera de comportement sexuel à risque si une personne sexuellement active répond à au moins une de ces conditions⁷ :

- au moins un rapport sexuel avec une prostituée dans les 12 derniers mois ;
- au moins un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois ;

6. Une relation sexuelle avec un partenaire correspond à au moins un rapport hétérosexuel avec au moins une pénétration vaginale.

7. On trouvera une définition opérationnelle des notions de « partenaires réguliers » et « partenaires occasionnels » dans Lalou et Piché (2004).

— pour les personnes mariées, au moins un partenaire sexuel extraconjugal, régulier ou occasionnel ; pour les personnes non mariées, au moins deux partenaires sexuels réguliers.

En outre, la personne doit déclarer, qu'au cours de ces relations, elle n'a pas utilisé de façon systématique le préservatif.

À partir de cette définition, nous avons construit une variable exclusive à trois modalités. Cette variable dépendante vaut 0 lorsque qu'il y a absence de multipartenariat et de recours à la prostitution. Cette exposition réduite au risque de rencontrer une personne porteuse du VIH devrait exprimer en partie une stratégie d'évitement du risque par fidélité au partenaire régulier ou au conjoint. La variable prend la valeur 1 quand la personne interrogée déclare plusieurs partenaires sexuels et/ou un recours à la prostitution et qu'il indique, dans le même temps, avoir toujours utilisé le préservatif lors des rapports sexuels avec ces partenaires occasionnelles. L'usage systématique du préservatif en situation de risque devrait signaler ici une stratégie d'évitement du risque d'infection par protection. Enfin, la variable prend la valeur 2 si la personne mentionne des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et/ou avec des prostituées sans utiliser le préservatif ou en l'utilisant de façon épisodique. Ce comportement pourrait répondre à une logique de prise de risque⁸.

Les variables explicatives et de contrôle

Les analyses habituelles de la relation entre le sida et la migration appréhendent souvent cette dernière comme un phénomène uniforme. Pourtant, tous les types de mobilité ne produisent pas les mêmes niveaux de vulnérabilité et d'exposition au risque d'infection. Que la personne mobile se déplace seule ou

8. L'abstinence, c'est-à-dire l'absence de relations sexuelles au cours des douze derniers mois chez des personnes sexuellement actives, n'est pas ici prise en compte parmi les stratégies possibles d'évitement du risque. À Matam, notamment, cette situation est fortement associée à la migration internationale et ne correspond pas, à proprement parler, à un choix. En outre, les femmes dont les maris sont absents ont tendance à faire valoir leur abstinence, conformément aux normes sociales de leur milieu.

en famille, à la recherche d'un travail, pour des raisons commerciales, studieuses ou politiques, que ses déplacements soient de courte ou de longue durée, que la migration soit circulaire ou définitive, et que les zones de départ et d'arrivée soient, ou non, fortement touchées par l'épidémie, et les risques d'infection s'en trouveront vraisemblablement modifiés.

Afin de saisir une partie de cette diversité des situations migratoires face à l'exposition et à la perception du risque, nous avons distingué trois formes de mobilité spatiale. Elles se définissent par le lieu de destination, la durée et la période de référence. Sur cette base, nous avons établi une variable explicative, qui définit le statut migratoire à partir de modalités exclusives. Au total, cette typologie définit quatre groupes de personnes :

— Les personnes non mobiles, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas voyagé au cours des trois derniers mois avant l'enquête, et qui n'ont pas migré depuis 1985. Elles représentent 42,1 % de l'échantillon.

— Les migrants internationaux, c'est-à-dire les personnes qui ont effectué au moins une migration internationale pour une durée d'au moins six mois depuis 1985⁹. Ils constituent 13,5 % de l'échantillon.

— Les migrants internes, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas vécu à l'étranger depuis 1985 et qui ont réalisé, entre 1985 et 2000, une migration à l'intérieur du Sénégal d'une durée d'au moins six mois. Ils forment 23,5 % de l'échantillon.

— Les personnes qui ont passé au moins une nuit en dehors de leur domicile au cours des trois mois précédant l'enquête et qui n'ont effectué, ni une migration internationale, ni une migration interne depuis 1985. Elles représentent 20,9 % de l'échantillon.

Pour évaluer l'effet de l'expérience migratoire sur le comportement sexuel potentiellement à risque, nous avons utilisé les variables de contrôle suivantes : (1) l'âge au moment de l'enquête, (2) le statut matrimonial, (3) le niveau d'instruction de la personne interrogée et (4) le niveau économique du ménage.

9. La date de 1985 a été choisie proche de l'année de l'annonce du premier cas de sida au Sénégal, soit en 1986.

L'indicateur socio-économique a été construit selon la méthode des scores à partir des caractéristiques de l'habitat et de la possession de biens (la radio, la télévision, le salon, la charrette...) ¹⁰, d'animaux et de terres agricoles. En raison de la taille de l'échantillon, deux modalités ont été retenues : la classe riche et la catégorie moins aisée (non riches). Dans cette étude, l'effet du contexte social sur le comportement sexuel à risque est approché par la variable zone de résidence. Afin d'identifier l'interaction entre le contexte social et le statut migratoire, nous procéderons à une analyse stratifiée selon le critère du lieu d'enquête. L'utilisation de deux modèles statistiques différents, un premier pour Richard-Toll et l'autre pour Matam, signifie que les variables explicatives doivent être interprétées en terme d'interaction avec la variable de stratification, soit le contexte de résidence.

Le nombre des variables de contrôle et leurs modalités, est volontairement restreint en raison de la relative faiblesse des observations incluses dans les équations. En outre, nous avons choisi d'exclure les variables de croyance (opinions) et de perception des risques individuels, en raison du caractère probablement circulaire de l'association statistique. La question des perceptions du risque constitue néanmoins un élément central : elle sera discutée au moment de l'interprétation des stratégies mises en œuvre par les individus pour éviter le risque d'infection.

L'enquête ivoirienne sur l'évaluation de l'accès aux traitements du VIH/sida

Méthodes

Cette enquête a déjà été publiée dans un numéro spécial de *AIDS* (Moatti *et al.*, 2003). En 1998, la Côte d'Ivoire fut, avec le Chili, l'Ouganda et le Vietnam, un des pays s'inscrivant dans l'initiative pilote de l'Onusida quant à l'accès aux

10. Les zones rurales de l'étude étant toutes électrifiées, nous avons pu inclure les appareils électriques dans le calcul de cet indicateur.

médicaments contre le VIH/sida. En 1999-2000, deux institutions de recherche, l'ANRS française et les CDC américains ont mené une évaluation de cette initiative pilote en Côte d'Ivoire (Katzenstein *et al.*, 2003). Cette évaluation multidisciplinaire comprenait une enquête transversale auprès des patients infectés par le VIH et le sachant.

Elle fut conduite dans six des centres accrédités pour la prescription des antirétroviraux (ARV), dans un centre de suivi de l'Initiative Onusida et dans deux autres structures¹¹ de santé largement fréquentées par des personnes se sachant infectées. Pendant la durée de l'enquête, un questionnaire administré en face à face par un enquêteur, extérieur à l'équipe médicale du centre, était systématiquement proposé à tous les patients adultes se sachant infectés depuis au moins deux mois, venus consulter dans la structure. Un consentement écrit était sollicité avant toute passation du questionnaire.

L'enquête s'est déroulée dans chaque centre pendant une période de six semaines, comprise entre décembre 1999 et avril 2000. Le questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des informations démographiques, socio-économiques ainsi que des données sur les capacités physiques, l'état psychologique et le partage, ou non, du statut sérologique avec d'autres personnes. Il incluait trois questions sur les comportements sexuels et l'usage du préservatif (avec des partenaires réguliers ou occasionnels) durant les six mois précédant l'enquête. Une question supplémentaire s'intéressait aux circonstances du dernier rapport sexuel. La formulation des questions était analogue à celle validée dans l'enquête française sur les comportements sexuels dans la population générale (Spira *et al.*, 1994) adaptée au contexte ivoirien. Deux questions supplémentaires concernaient les patients sous traitement antirétroviral pour savoir s'ils avaient modifié leurs comportements depuis le début de celui-ci.

En plus des données biomédicales obtenues à partir des fichiers médicaux et des données socio-économiques, le questionnaire comprenait la version française de l'échelle de dépression cesd (Centre for Epidemiological Studies Depression) (Fuhrer *et al.*, 1989) adaptée et validée dans le contexte ivoirien

11. Centres anti-tuberculeux de Bouaké et de Treichville.

(Aka Dago Akribi *et al.*, 2001). Le score de l'échelle du *cesd* est de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant au maximum de vraisemblance d'une dépression nerveuse. Le questionnaire comprenait également une échelle de sept items sur les capacités physiques (*MOS-SF*), validée en français (Perneger *et al.*, 1995) : plus le score est élevé sur une échelle de 0 à 100, meilleures sont les capacités physiques individuelles du répondant. Ces données ont été complétées par des informations médicales et biologiques (numération des lymphocytes *CD4* et *CD8*) obtenues d'une part auprès des médecins traitants, d'autre part grâce aux résultats de prélèvements sanguins réalisés avec le consentement des patients.

Par ailleurs, grâce au Projet Retro-CI qui assurait les analyses biologiques des prélèvements recueillis lors de l'inclusion des patients dans le processus de l'Initiative, nous avons pu obtenir pour ceux des patients de notre échantillon qui avaient été inclus dans l'Initiative, leur numération lymphocytaire lors du bilan initial. Pour les patients qui étaient encore en attente d'un traitement antirétroviral (*ARV*) au moment de notre enquête, une mise à jour des traitements reçus en date de décembre 2000, soit neuf mois après notre enquête, a été effectuée.

Le test du *CHI₂*, le test exact de Fisher et le test de Mann-Whitney ont été utilisés pour les comparaisons univariées des caractéristiques sociodémographiques, comportementales et cliniques sur l'échantillon global des répondants, qu'ils aient eu, ou non, une activité sexuelle dans les six derniers mois. Conformément avec les recommandations dans la littérature sur les comportements sexuels, ces analyses ont été conduites séparément selon le genre (Spira *et al.*, 1994).

Des comparaisons similaires ont été également menées dans le sous-échantillon des patients sexuellement actifs selon le caractère protégé ou pas de leurs relations sexuelles sur les six derniers mois. Dans ce dernier échantillon, nous avons également comparé les caractéristiques du dernier rapport sexuel selon que les patients étaient traités par antirétroviraux, ou non, au moment de l'enquête.

Des régressions logistiques ont été réalisées pour analyser les facteurs associés avec l'abstinence durant les six derniers mois dans les deux sous-échantillons d'hommes et de femmes. Nous avons procédé de même pour les rapports sexuels non protégés parmi les répondants ayant eu une activité sexuelle. Ces analyses ont également été réalisées pour étudier si le traitement par antirétroviral avait un impact sur ces comportements, après ajustement des autres variables. Dans les trois situations, toutes les variables explicatives associées avec la variable dépendante (abstinence, rapports sexuels non protégés) avec une valeur de $p < 0,1$ dans les analyses univariées ont été intégrées dans le modèle logistique initial. L'âge, le traitement antirétroviral et le sexe dans le cas du sous-échantillon des personnes sexuellement actives ont été également introduits dans le modèle, même si la valeur de p était supérieure à $0,1$ dans les analyses univariées. Les modèles finaux ont été obtenus en réalisant une procédure descendante pas à pas, en éliminant les variables non significatives ($p > 0,05$) tout en maintenant la variable « antirétroviraux ». Comme les données concernant la numération des lymphocytes CD4 manquaient pour certains patients, les trois analyses multivariées ont également été réalisées en introduisant cette nouvelle variable pour les patients dont l'information sur l'état immunologique était disponible.

Résultats de l'enquête sénégalaise

Présentation des contextes : Richard-Toll et Matam

Les principaux résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une publication (Lalou et Piché, 2004). Les quatre sites retenus pour ce projet se situent dans la partie sénégalaise de la vallée du fleuve Sénégal, au nord du pays. Ils appartiennent à deux zones assez fortement contrastées, tant sur le plan socioéconomique que migratoire. Un des sites appartient à la région du delta : la ville de Richard-Toll, tandis que les trois autres se situent dans la moyenne vallée (département de Matam).

Comme l'évoque le tableau 1, les zones d'enquête de Richard-Toll et de Matam constituent deux contextes sociodémographiques, économiques et migratoires contrastés. Sous l'effet de l'urbanisation, la population de Richard-Toll se caractérise par une grande diversité ethnique. Ainsi, tous les grands groupes ethniques du Sénégal (Haalpoular, Soninkè, Wolof, Sereer, Diola...) sont représentés à Richard-Toll. En revanche, la zone de Matam, très largement rurale, est habitée essentiellement par les Haalpoularen (77 %) ¹². Par ailleurs, la population de Richard-Toll est beaucoup plus instruite que celle de Matam. Les personnes qui n'ont jamais fréquenté l'école sont 1,45 fois plus nombreuses à Matam qu'à Richard-Toll (OR= 1,45 ; p=0,001) (tableau 1). De même, les habitants de la zone de Matam qui ont une mauvaise connaissance du sida sont beaucoup plus nombreux qu'à Richard-Toll (RR=3,70 ; p=0,000) ¹³. Sur le plan économique, signalons que, selon nos données, près d'un tiers (31,5 %) des hommes actifs de Richard-Toll ont été employés par la Compagnie sucrière du Sénégal au cours des douze mois précédant l'enquête. À Matam, au contraire, l'essentiel des activités économiques se tourne vers l'agriculture et l'élevage.

Les deux zones d'étude se caractérisent aussi par des dynamiques migratoires très différentes. Le développement des activités industrielles et commerciales fait de Richard-Toll un pôle d'attraction régional important. La population de la moyenne vallée du fleuve (zone de Matam) se caractérise, pour sa part, par une mobilité forte et ancienne, notamment vers l'étranger. Ainsi, nous notons que près de 21 % des hommes de Matam (15-49 ans) déclarent avoir vécu à l'étranger depuis 1985, contre 11 % à Richard-Toll (OR = 1,91 ; p de Fischer = 0,007). Enfin lorsque nous examinons les dyna-

12. Quatorze ethnies sont présentes dans l'échantillon de Richard-Toll contre six dans celui de Matam.

13. Un score permettant de mesurer le niveau de connaissance globale du sida a été construit à partir de 13 questions portant sur la connaissance de la maladie sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST), de sa sévérité, des modes de transmission du sida, des modes de transmission inexactes, ainsi que sur la connaissance du préservatif comme moyen de prévention du sida. Une mauvaise connaissance du sida correspond à un score inférieur à 8 sur une échelle comprise entre 0 et 13.

miques des migrations internationales dans les deux zones, il apparaît qu'à Richard-Toll la migration est surtout orientée (86 %) vers les pays frontaliers, essentiellement la Mauritanie où la prévalence du VIH est légèrement inférieure à celle du Sénégal, alors qu'à Matam, elle est dirigée en majorité (65 %) vers la Côte d'Ivoire et l'Afrique centrale (Centrafrique, Congo, Burundi...), c'est-à-dire vers des pays à séroprévalence élevée (tableau 1).

Les attitudes et les comportements en matière de sexualité paraissent peu différents d'une zone à l'autre. La virginité des femmes et la fidélité dans le mariage sont ainsi des valeurs partagées par plus de 90 % de la population (tableau 1). Du côté des pratiques sexuelles, les rapports prémaritaux sont observés dans 70 % de la population masculine. Chez les femmes, cette proportion avoisine seulement 0 %. Sur l'ensemble de l'échantillon, 10 % des hommes mariés ont déclaré avoir eu des rapports extraconjugaux au cours des 12 mois précédant l'enquête. Enfin, la pratique du lévirat constitue 3 % des mariages contractés par la population interrogée. Il n'y a pas de différence entre Matam et Richard-Toll.

Les deux-tiers des personnes sexuellement actives n'ont jamais utilisé de préservatifs. L'usage systématique du préservatif est plus fréquent lors de rapports occasionnels. Ce sont environ 45 % des personnes qui déclarent utiliser, à ces occasions, le préservatif de façon systématique (tableau 1).

Expérience migratoire et stratégies d'adaptation au risque sexuel : entre protection et fidélité

Les analyses par régressions multinomiales ont été réalisées séparément pour les zones de Richard-Toll et de Matam et ne prennent en compte que la population masculine. Il faut préciser que la relative faiblesse des effectifs globaux ($n=105$ à Matam et $n=323$ à Richard-Toll) induit une certaine imprécision des estimations : l'étendue des intervalles de confiance des coefficients est parfois importante. Cette situation ne remet en cause ni la signification statistique

Tableau 1. Caractéristiques de la population interrogée selon la zone d'étude. MISS, 2000

	Richard-Toll	Matam	Ensemble
Pays de destination des migrants (dernière migration)			
Mauritanie	86,0%	20,0%	65,1%
Autres pays frontaliers	11,6%	15,0%	12,7%
Autres pays africains (pays à séroprévalence > à 5%)	2,3%	65,0%	22,2%
Personnes n'ayant jamais été à l'école	43,8%	63,4%	48,5%
Attitudes			
Virginité : la virginité des femmes est une valeur importante	92,3%	95,4%	93,0%
Fidélité : la fidélité est une valeur importante	95,1%	93,7%	94,8%
Personnes ayant une mauvaise connaissance du sida (score inférieur à 8 sur une échelle de 0 à 13)	11,3%	42,2%	18,7%
Age moyen aux premiers rapports sexuels			
Hommes	18,2 ans	18,1 ans	18,2 ans
Femmes	17,1 ans	16,5 ans	16,9 ans
Rapports sexuels avant le premier mariage			
Hommes	73,9%	67,0%	72,2%
Femmes	13,9%	6,9%	12,5%
Rapports sexuels en dehors du mariage			
Hommes	9,3%	13,9%	10,3%
Utilisation du préservatif			
Jamais utilisé au cours de leur vie	63,1%	73,2%	65,3%
Utilisation non systématique lors de rapports occasionnels	56,8%	40,5%	54,1%
Effectifs non pondérés	925	395	1320

Source : LALOU, R. et V. PICHÉ, 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population*, F 59(2), pp. 233-268.

(les intervalles de confiance ne contiennent pas la valeur 1), ni le sens de l'association, mais elle ne permet pas d'en qualifier vraiment l'intensité¹⁴.

Au vu du tableau 2, le seul facteur commun aux deux zones, associé au comportement sexuel potentiellement à risque, indépendamment du contexte, est le statut matrimonial. Les hommes mariés évitent, plus que les non-mariés, les situations à risque (i.e. multipartenariat occasionnel ou régulier sans un usage systématique du préservatif), par rapport à un comportement de fidélité. Le statut matrimonial n'est pas, en revanche, discriminant entre le comportement de protection et la prise de risque. Le mariage constitue donc probablement, pour les hommes, un cadre limitant le multipartenariat, et l'infidélité, même s'il faut bien sûr ajouter que cette conformité à la norme sociale peut aussi être un effet de déclaration ; les hommes mariés n'ayant pas avantage à déclarer des relations extra-conjugales.

L'expérience de la migration est très diversement associée au comportement sexuel, en fonction du type de migration (nationale ou internationale) et du lieu d'enquête. On observe ainsi que les habitants de Matam, qui ont effectué une migration internationale, sont plus susceptibles d'être fidèles que d'avoir des rapports sexuels occasionnels non protégés, par rapport aux personnes non mobiles (OR = 10,3 ; $p=0,042$). En revanche, on ne constate pas de liaison statistique entre la migration internationale et un comportement de protection. Ces observations paraissent assez conformes à d'autres résultats (Piché *et al.*, 2003). En effet, les migrants internationaux de Matam déclarent beaucoup plus souvent avoir changé de comportements sexuels, depuis qu'ils connaissent le sida, dans le sens d'une plus grande fidélité (OR = 4,2 ; p de Fischer = 0,008). En outre, ce sont également ces migrants qui, à Matam, expriment les opinions les plus défavorables à l'usage du préservatif (OR = 4,5 ; p de Fischer = 0,0005)¹⁵. Il faut noter néanmoins que ces réticences envers le préservatif s'expriment essentiellement dans le contexte d'origine. Lorsque

14. En outre, tous les coefficients significatifs ont un rapport de Wald supérieur à 2 (l'erreur standard correspond à moins de la moitié du coefficient).

15. La réticence au préservatif a été évaluée à partir de quatre questions d'opinion (méthode des scores).

l'on interroge les migrants internationaux sur leurs comportements sexuels en migration, on note qu'ils ont souvent eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et des professionnelles du sexe. Par rapport au milieu de retour, ces comportements sexuels potentiellement à risque sont, pour les migrants de Matam, beaucoup plus fréquents sur les lieux de migration (OR = 13,9 ; p de Fischer = 0,002) (Piché, Lalou *et al.*, 2003). De même, on observe que les migrants internationaux sont les seules personnes mobiles à augmenter fortement leur utilisation systématique du préservatif en migration par rapport à une situation de sédentarité (OR = 2,1 ; p de Fischer = 0,001) (Lalou *et al.*, 2004). Finalement, des analyses multivariées indiquent que les migrants internationaux de Matam n'estiment, à leur retour, être plus à risque d'être contaminés par le VIH que les sédentaires (Lalou *et al.*, 2004).

À Matam, le comportement de protection n'est statistiquement associé qu'à une caractéristique sociodémographique : l'expérience migratoire à l'intérieur du Sénégal détermine l'usage systématique du préservatif avec des partenaires multiples ou occasionnels. Ainsi, à Matam, nous observons que les migrants internes de retour sont, toutes choses égales par ailleurs, plus nombreux que les personnes non mobiles à recourir à un usage systématique du préservatif sur les lieux d'enquête (OR = 8,6 ; p = 0,024). Ce choix en faveur de la protection est conforté par certaines déclarations des migrants de Matam : plus de la moitié d'entre eux affirment avoir changé de comportement depuis qu'ils connaissent le sida (58 %), dont 24 % d'entre eux ont désormais recours au préservatif. Chez les autres personnes interrogées à Matam, ils ne sont que 9 % à déclarer ce même choix (OR = 3,0 ; p de Fischer = 0,035)¹⁶. De même, nous constatons que plus d'un tiers des hommes qui ont effectué une migration à l'intérieur du Sénégal ont plusieurs partenaires sexuelles, en dehors de leur(s) conjointe(s). Le multipartenariat y est même significativement plus fréquent que parmi les personnes sédentaires (OR = 1,78 ; p = 0,032). Nous ne retrouvons pas ces tendances parmi les migrants internationaux et les

16. A Richard-Toll, les migrants internes sont également significativement plus nombreux à déclarer se protéger davantage depuis l'apparition du sida (32 % contre 15 %).

Tableau 2 : Rapports de probabilités des facteurs associés aux comportements de fidélité et de protection au regard d'une pratique à risque à Matam et à Richard-Toll (population masculine). Enquête MISS, 2000

Facteurs explicatifs	Variables dépendantes	MATAM		RICHARD-TOLL	
		Rapport de probabilités	Sign. p	Rapport de probabilités	Sign. p
Age à l'enquête (réf. 15-29 ans)					
30 – 45 ans	Protection vs Risque	1,06	0,952	0,62	0,466
	Fidélité vs Risque	0,20	0,107	0,94	0,919
Statut matrimonial (réf. Non marié)					
Marié	Protection vs Risque	0,92	0,935	0,62	0,525
	Fidélité vs Risque	14,32	0,007	22,1	0,000
Niveau d'instruction (réf. Sans instruction)					
Primaire et plus	Protection vs Risque	0,62	0,557	0,69	0,471
	Fidélité vs Risque	0,46	0,307	0,94	0,881
Statut migratoire (réf. Non migrant)					
Migrant international	Protection vs Risque	2,91	0,350	0,39	0,174
	Fidélité vs Risque	10,30	0,042	0,37	0,154
Migrant interne	Protection vs Risque	8,58	0,024	3,66	0,067
	Fidélité vs Risque	2,72	0,293	2,68	0,120
Déplacement temporaire	Protection vs Risque	4,35	0,216	0,90	0,879
	Fidélité vs Risque	3,35	0,229	0,53	0,16
Richesse du ménage (réf. Ménage non riche)					
Ménage riche	Protection vs Risque	0,64	0,720	0,77	0,755
	Fidélité vs Risque	2,57	0,309	1,16	0,856
Observations		105		323	

Source : Lalou R. et Piché V. , 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population*, F 59(2), pp. 233-268.

voyageurs. Enfin, des analyses multivariées (non présentées ici) ont montré, qu'à l'encontre des migrants internes de Richard-Toll, les migrants internes de Matam se perçoivent, à leur retour, plus à risque que les sédentaires de la même localité (OR = 2,21 ; p = 0,026) (Lalou *et al.*, 2004). Finalement, signalons que la fidélité, adoptée plus fortement par les migrants internes, n'est pas une stratégie d'évitement du risque sexuel (tableau 2).

À Richard-Toll, les comportements de fidélité et de protection ne sont pas associés à l'expérience d'une migration internationale ou d'une migration interne. Dans cette ville, aucune variable explicative introduite dans le modèle n'explique le comportement de protection.

Résultats de l'enquête en Côte d'Ivoire

Pendant la durée de l'enquête, 1 087 patients adultes infectés par le VIH, connaissant leur statut vis-à-vis de l'infection depuis plus de deux mois, ont fréquenté, au moins une fois, les centres de santé retenus.

Parmi ces patients, 342 (31,5 %) ne se sont pas vu proposer de répondre au questionnaire par leur médecin traitant, soit pour des raisons logistiques, soit parce que la dégradation de leur état de santé ne leur permettait pas de participer à l'enquête dans de bonnes conditions. Ce sont donc, au total, 745 patients (68,4 %) qui se sont effectivement vu proposer le questionnaire et 711 (taux de réponse = 95,4 %) ont donné leur consentement à cette étude.

Parmi ces 711 patients, 51,1 % sont des hommes, 53,9 % ont moins de 35 ans et 50,2 % vivent dans des cours communes, ce qui est un indicateur d'un statut socio-économique modeste dans la société ivoirienne.

Parmi les patients interrogés, 489 (69 %) ont partagé leur résultat sérologique avec quelqu'un. Le plus souvent, il s'agit d'un membre de la famille pour 327 d'entre eux, de leur partenaire principal (232) ou de professionnels de santé (384). Cette proportion de personnes ayant partagé leur statut avec d'autres est très différente, selon que le patient est traité par antirétroviraux (155/164, soit 95 %) ou non (334/546, soit 61 %).

Un total de 456 individus interrogés (64,1 %) déclarent avoir une relation stable avec un partenaire régulier, cette proportion étant significativement supérieure chez les hommes (73 %), comparé aux femmes (54,9 % $p < 0,001$).

Abstinence ou sexualité : un premier niveau de choix chez les personnes séropositives

Globalement, plus de la moitié des patients infectés par le VIH ($n = 377$, 53 %) déclarent une absence complète d'activité sexuelle durant les six derniers mois, cette proportion étant significativement plus élevée parmi les femmes (60,6 %) que parmi les hommes (45,7 %, $p < 0,001$).

La grande majorité des hommes et des femmes ne vivant pas dans une relation stable avec un partenaire régulier (respectivement 85,7 % et 92,4 %) déclarent avoir été abstinentes dans les six derniers mois. Parmi les 456 répondants qui ont une relation stable avec un partenaire régulier, moins d'un tiers (130, 28,6 %) connaissent le statut sérologique de leur partenaire. La majorité de ces 130 répondants (63,2 %) appartient à des couples dont les deux partenaires sont infectés par le VIH, mais les couples connus comme séroconcordants ou sérodifférents maintiennent des relations sexuelles dans les mêmes proportions (70,3 % et 65,3 % respectivement). Les analyses multivariées confirment la relation entre l'abstinence sexuelle et l'absence de partenaire régulier (tableau 3).

Au total, environ un quart des répondants (24,5 %) atteignent la valeur maximale du score d'aptitude physique. Cette proportion de patients sans atteinte de leurs capacités physiques tend à être plus élevée parmi les patients traités, que parmi les patients non traités (29,2 % versus 22,9 %, $p = 0,06$). Pour les hommes et les femmes, un score plus bas de capacités physiques est associé à une probabilité plus grande d'être abstinent, qu'il s'agisse d'analyses univariées ou multivariées.

Le tableau 3 détaille tous les autres facteurs associés à l'abstinence sexuelle en analyse univariée. Être plus âgé et illettré est clairement associé à l'abstinence

sexuelle en analyse univariée chez les femmes, alors que ces facteurs ne semblent pas jouer de rôle chez les hommes. À l'inverse, alors que l'on trouve différents indicateurs de statut économique faible associés à l'abstinence dans les deux sexes en analyse univariée, cette relation est confirmée en analyse multivariée seulement chez les hommes. Les hommes vivant dans de mauvaises conditions de logement (absence d'eau courante) dans un ménage comprenant plus de huit personnes, sans emploi et qui ne disposent pas de revenu leur permettant de contribuer aux dépenses du ménage sont plus enclins à l'abstinence. Nous avons aussi trouvé que le fait de ne pas avoir partagé son statut VIH positif avec les autres est en relation avec l'abstinence pour les hommes et les femmes, même si là aussi, en analyse multivariée, ceci est confirmé seulement chez les hommes.

Les données sur les lymphocytes CD4 sont disponibles seulement chez 321 hommes et 328 femmes (91,3 % de l'échantillon). Quand l'analyse est restreinte à ces patients, l'immunodépression (<200 CD4) est associée à l'abstinence sexuelle chez les hommes, mais pas chez les femmes.

Activité sexuelle des patients infectés par le VIH

Parmi les 334 répondants qui déclarent avoir été sexuellement actifs durant les six mois précédents, ils sont 14,7% ayant une relation sexuelle « plus d'une fois par semaine », 35,6% « deux ou trois fois par mois » et 49,7% « une fois par mois ou moins » durant cette période. La fréquence des relations sexuelles est plus importante chez les hommes (17,8% « plus d'une fois par semaine, 38% « deux ou trois fois par mois » et 44,2 % « une fois par mois ou moins ») que chez les femmes 10,2% « plus d'une fois par semaine » 32,1% « deux ou trois fois par mois » et 57,7 % « une fois par mois ou moins » ($p=0,05$) mais est similaire chez les patients traités, ou non, par antirétroviraux.

Parmi les 164 patients traités par antirétroviraux, 44,5 % ont renoncé aux rapports sexuels, 39 % ont réduit la fréquence de leurs rapports sexuels après que le traitement eut été initié, les 16,5 % restants ayant maintenu la même fréquence. La majorité des patients sous traitement antirétroviral (71,3 %) est

sous traitement depuis un an ou moins et aucune relation n'a été trouvée entre la durée de traitement et l'activité sexuelle.

Parmi ces patients VIH+ sexuellement actifs, 22,8 % déclarent plus d'un partenaire sexuel durant les six mois précédents. La proportion de ceux déclarant plus d'un partenaire sexuel est plus importante chez les hommes que chez les femmes (29,4 % *versus* 13,1 %, $p < 0,001$).

Un total de 146 sur les 334 patients sexuellement actifs (43,7 %) déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé durant les six mois précédents. La proportion de patients sexuellement actifs qui déclarent un tel comportement à risque est similaire chez les hommes (42,6 %) et les femmes (45,2 %) ($p = 0,64$), ainsi que chez les 308 répondants vivant dans une relation stable avec un partenaire régulier (43 %), et chez les 26 n'ayant pas de partenaire régulier (50 %) ($p = 0,50$). Les rapports sexuels non protégés surviennent dans les mêmes proportions avec des partenaires réguliers (46,5 %) ou occasionnels (47 %). Quoiqu'il en soit, les répondants ayant déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels sont plus enclins à toujours utiliser le préservatif (68 %) que ceux qui ont eu un seul partenaire durant les six mois précédents (53,5 %), cette différence étant seulement proche de la signification statistique ($p = 0,06$) (tableau 4).

Aucune relation n'a été trouvée entre l'âge des répondants, le stade de la maladie mesurée par la classification CDC pour le stade clinique et la numération des CD4 et les comportements à risque pour le VIH. Néanmoins, les patients qui n'avaient aucun épisode de maladie durant cette même période étaient plus enclins à déclarer des comportements à risque pour le VIH. Une relation a été également trouvée entre ces comportements à risque et un score plus élevé sur l'échelle CES-D mais ceci n'a pas été confirmé dans l'analyse multivariée (tableau 4).

Les patients traités par antirétroviraux étaient significativement moins enclins à déclarer des relations sexuelles non protégées (29,7 %) que les patients qui n'avaient pas accès à ces traitements (49 %) (tableau 3). Les résultats de l'analyse multivariée (tableau 4) montrent que les facteurs suivants restent significativement en liaison avec un plus grand risque de rapports sexuels

non protégés : avoir appris son statut sérologique récemment (depuis moins de 9 mois), ne pas connaître le statut sérologique de son partenaire régulier, consommation d'alcool élevée, avoir un partenaire unique, ne pas avoir eu d'épisode morbide récent, ne pas participer aux dépenses du ménage et ne pas être traité par antirétroviraux.

Le tableau 5 décrit les circonstances du dernier rapport sexuel pour les hommes et les femmes, qu'ils soient, ou non, traités par antirétroviraux. Il montre que les hommes non traités sont plus enclins à avoir leur plus récent rapport sexuel avec une partenaire occasionnelle. Au total, 35,3 % des patients n'utilisent pas de préservatif lors de ce rapport sexuel, mais cette proportion est significativement plus basse chez les patients traités par antirétroviraux que chez les non traités.

Discussion

Avant de tenter une interprétation et une comparaison de ces résultats, il nous faut rappeler quelques évidences sur les données qui ont servi à ces analyses. Les enquêtes sur la sexualité, comme toutes les enquêtes où les personnes interrogées doivent déclarer des comportements sujets à une certaine réprobation sociale, appellent naturellement un questionnement sur la valeur des informations recueillies. Les risques de refus et de dissimulation sont encore plus à craindre lorsque, comme pour ces enquêtes, le recueil des données n'a pas été directement anonyme. En effet, le haut niveau d'analphabétisme des populations interrogées n'a pas permis une passation autoadministrée des questionnaires. Signalons néanmoins que les conditions d'entrevue — en face-à-face avec un enquêteur de même sexe pour le Sénégal, ou sans cette précaution en Côte d'Ivoire — n'ont pas produit un niveau critique de refus.

Ce résultat, qui doit sans doute être mis au crédit du travail de la sensibilisation précédant les enquêtes, ne retire rien aux risques d'un décalage entre le comportement réel et celui qui est déclaré. Nous ne pouvons pas exclure, en effet, à l'instar d'autres enquêtes sur la sexualité, qu'une partie des

Tableau 3. Facteurs associés avec l'abstinence sexuelle chez les hommes (n=363) et les femmes (n=348) infectés par le VIH consultant en Côte d'Ivoire (décembre 1999-février 2000)

	Hommes				Femmes			
	Activité sexuelle dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) multivariée ^a	Activité sexuelle dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) multivariée ^a
Non n=166 (45,7)	Oui n=197 (54,3)	Non n=211 (60,6)			Oui n=137 (39,4)			
Traités par ARV	33 (19,9)	55 (27,9)	0,08	0,60 ^c (0,30-1,19)	40 (19)	36 (26,3)	0,15	1,53 (0,72-3,22)
Âge>35 ans	99 (59,6)	108	0,36		82 (38,9)	39 (28,5)	0,05	2,65 (1,32-5,34)
Illettré	42 (25,3)	34 (17,3)	0,06		75 (35,5)	28 (20,4)	0,003	2,79 (1,47-5,34)
Éducation primaire	74 (44,6)	108 (54,8)	0,05		82 (38,9)	66 (48,2)	0,09	
Pas d'eau courante	66 (39,8)	53 (26,9)	0,009	2,18 (1,17-4,09)	67 (31,8)	26 (19,0)	0,009	
Sans emploi	71 (42,8)	31 (15,7)	0,000	2,21 (1,16-4,22)	121 (57,3)	70 (51,1)	0,25	
Ne contribue pas aux dépenses du ménage	44 (26,5)	13 (6,6)	0,000	2,58 (1,02-6,53)	126 (59,7)	96 (70,1)	0,05	
A perdu son travail depuis le diagnostic VIH	44 (26,5)	23(11,7)	0,000		92 (43,6)	42 (30,7)	0,015	

Pas de partenaire régulier	84 (50,6)	14 (7,1)	0,000	14,36 (7,01-29,41)	145 (68,7)	12 (8,8)	0,000	21,4 (10,6-43,4)
+ de 8 dans le ménage	50 (30,1)	38 (19,3)	0,02	1,81 (1,01-3,37)	72 (34,1)	34 (24,8)	0,06	
CD4 <200d	91 (61,5)	87 (50)	0,02	1,92 (1,05-3,52)	94 (46,1)	55 (44,4)	0,76	
Se sent en mauvaise santé	109 (65,7)	106 (53,8)	0,02		125 (59,2)	73 (53,3)	0,27	
Traitements : déjà informé	97 (58,4)	87 (44,2)	0,007		131 (62,1)	66 (48,2)	0,01	
Pas de partage du statut VIH	68 (41)	59 (29,9)	0,03	1,20 (1,02-1,56)	72 (34,1)	23 (16,8)	0,000	
Score de capacités physiques (médiane)	71,4	85,7	0,000	0,98 (0,97-0,99) ^e	78,6	85,7	0,004	0,97-0,99)

Source : Moatti J.-P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (suppl. 3) : pp. S69-S77.

a : modèle de régression logistique ;

b : test du Chi2 ou test de Mann Whitney ;

c : variable forcée dans le modèle ;

d : pour les 321 hommes et les 328 femmes ayant des CD4 disponibles ;

e : odd ratio par unité.

Tableau 4. Facteurs associés avec au moins un rapport sexuel non protégé chez des patients infectés par le VIH consultant en Côte d'Ivoire (n=334) (décembre 1999-février 2000)

	Rapports sexuels non protégés dans les 6 mois précédents		p ^b	OR (IC 95 %) univariée ^a	OR (IC 95 %) multivariée ^a
	Oui n=146 (%)	Non n=188 (%)			
Traités par ARV			0,002		
Non	119 (81,5)	124 (66,0)		1	1
Oui	27 (18,5)	64 (34,0)		0,44(0,26-0,74)	0,52(0,29-0,93)
Connait son statut VIH			0,000		
> 9 mois	60 (41,1)	116 (71,7)		1	1
≤ 9 mois	86 (58,9)	72 (38,3)		1,60(1,24-2,05)	1,90 (1,1-3,12)
Connait statut VIH partenaire principal			0,000		
Oui	22 (15,1)	68 (36,2)		1	1
Non (ou sans partenaire)	124(84,9)	120 (63,8)		3,19(1,86-5,49)	3,15(1,71-5,80)
Déjà informé sur les traitements			0,000		
Oui	60 (41,1)	121 (64,4)		1	
Non	86 (58,9)	67 (35,6)		2,59(1,66-4,04)	
Consommation d'alcool élevée			0,06		
Non	116(79,5)	164 (87,2)		1	1
Oui	30 (20,5)	24 (12,8)		1,77(0,98-3,18)	2,32(1,18-4,53)

Nombre de partenaires durant les 6 mois précédents			0,06		
1	120(82)	138 (73,4)		I	I
2 ou plus	26 (18)	50 (26,6)		0,74(0,52-1,03)	0,42(0,23-0,78)
Niveau d'éducation			0,03		
≥ secondaire	66 (45,2)	108 (57,4)		I	
<secondaire	80 (54,8)	80 (42,6)		1,32 (1,03-1,69)	
Accès à l'eau courante			0,000		
Oui	98 (67,1)	157 (83,5)		I	
Non	48 (32,9)	31 (16,5)		2,48 (1,48-4,16)	
Contribue aux dépenses du ménage			0,05		
Oui	90 (61,6)	135 (71,8)		I	I
Non	56 (38,4)	53 (28,2)		1,59 (1,00-2,51)	2,11(1,04-4,30)
A eu un épisode morbide dans les 6 mois précédents			0,01		
Oui	82 (56,2)	131 (69,7)		I	I
Non	64 (43,8)	57 (30,3)		1,79 (1,15-2,82)	1,79 (1,09-2,93)
Participe à des activités d'ONG			0,000		
Oui	22 (15,1)	60 (31,9)		I	
Non	124 (84,9)	128 (68,1)		1,83 (1,26-2,68)	
Score CES-D (médiane)	19,0	16,5	0,02	1,02 (1,00-1,05) c	

Source : Moatti J.-P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.

a : odd ratios (ORs) calculés en utilisant la régression logistique multivariée ;

b : test du Chi2 ou test de Mann Whitney c ORs par unité supplémentaire du score utilisé.

Tableau 5 : Comportement durant le dernier rapport sexuel parmi les patients infectés par le VIH sexuellement actifs consultant en Côte d'Ivoire (n=334) (décembre 1999-février 2000)

	Patients traités par ARV		Patients non traités par ARV		p (1+2 vs 3+4)	p (1+3 vs 2+4)
	Hommes (1) N=55	Femmes (2) N=36	Hommes (3) N=142	Femmes (4) N=101		
Quand ?						
Moins d'un mois	37 (67,3 %)	16 (44,4 %)	84 (59,2 %)	51 (50,5 %)	0,66	0,03
Un mois ou plus	18 (32,7 %)	20 (55,6 %)	58 (40,8 %)	50 (49,5 %)		
Avec qui ?						
Partenaire principal	53 (96,4 %)	34 (94,4 %)	117 (82,4 %)	94 (93,1 %)	0,02	0,04
Partenaire occasionnel	2 (3,6 %)	2 (5,6 %)	25 (17,6 %)	7 (6,9 %)		
Utilisation de préservatifs ?						
Oui	43 (78,2 %)	30 (83,3 %)	91 (64,1 %)	52 (53 %)	<0,001	0,15
Non	12 (21,8 %)	6 (16,7 %)	51 (35,9 %)	49 (47 %)		

Source : MOATTI J. -P. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS*, vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.

personnes interrogées aient ajusté leurs réponses aux normes en vigueur dans la communauté (fidélité et abstinence) ou promulguées par la santé publique (utilisation systématique du préservatif) (Lagarde *et al.*, 1995 ; Eggleston *et al.*, 2000). De plus, comme dans toute enquête rétrospective, les personnes interrogées peuvent être enclines à rationaliser *a posteriori* leurs pratiques sexuelles, et à les conformer notamment aux opinions qu'elles déclarent, ou aux attentes supposées de l'enquêteur (Bajos *et al.*, 1997). Ces problèmes, importants quand il s'agit de mesurer un niveau global de risque dans une population, doivent être pourtant relativisés dans le cas de ces études, qui se proposent d'analyser l'influence des trajectoires migratoires et sexuelles sur la gestion des risques et des stigmates. En l'absence de sources indépendantes pour vérifier la validité des réponses, il faut donc admettre que les biais de déclaration n'affectent pas l'analyse des effets de la mobilité ou de la séropositivité connue sur les comportements sexuels.

Le projet de ce chapitre était de mettre en perspective des stratégies, telles que mises en œuvre par des personnes infectées par le VIH à Abidjan et des migrants de la vallée du fleuve Sénégal, pour gérer les risques et les stigmates du sida. Ces deux populations, ancrées dans des réalités culturelles singulières, ont par définition, des expériences différentes de l'infection. Pour le migrant de retour, le sida est un risque et parfois un soupçon ; tandis que pour le séropositif, il est une secrète certitude, disqualifiante, rendue perceptible par l'usage du préservatif, le traitement et certains symptômes de la maladie. La connaissance effective du séropositif remplace donc la spéculation du migrant et ses zones d'incertitude.

Nous le voyons, cette comparaison entre le migrant et le séropositif, entre la vallée du fleuve Sénégal et la capitale économique de la Côte d'Ivoire, exige un franchissement des frontières épidémiologiques, culturelles et sociales. Pour autant, nous n'avons pas voulu tomber dans l'exercice artificiel d'une comptabilité insignifiante des ressemblances et des différences. En construisant une problématique commune, nous avons tenté de jeter des liens transversaux, transculturels et transnationaux entre ces deux populations et à partir de

catégories supposant la comparabilité, c'est-à-dire le risque et le stigmat. En outre, cette comparaison ne signifie pas que l'on analyse les comportements sexuels, tels des points d'aboutissement, mais que l'on mette en lumière les logiques qui les fondent à l'intérieur des espaces socioéconomiques et culturels.

Au départ de l'étude sénégalaise, nous avons supposé que les migrants de retour gèrent à la fois un risque d'infection et une discrimination « probabiliste », pour reprendre l'expression évocatrice de P. Simon (2003). Nous avons aussi posé l'hypothèse selon laquelle la gestion de ces risques diffère en fonction de l'itinéraire migratoire (migration interne ou internationale, migration dans un pays à prévalence VIH basse ou élevée...), la position sociale du migrant dans son milieu d'origine et le contexte de retour. Dans le cas de l'étude ivoirienne, nous avons considéré que la séropositivité, lorsqu'elle est connue par la personne atteinte, influence différemment ses relations sexuelles, affectives et sociales. Ces différences d'attitudes et de pratiques devraient se manifester selon que la séropositivité s'inscrit dans une relation stable ou dans des relations occasionnelles, selon qu'elle est partagée, soupçonnée ou encore secrète, et selon que le patient soit, ou non, soigné par antirétroviraux au sein d'une structure médicale.

L'étude menée au Sénégal a permis de mettre en lumière des logiques d'évitement du risque du sida différentes selon les itinéraires migratoires (migrants internes et migrants internationaux) et selon les contextes de retour (Richard-Toll ou Matam). Les personnes mobiles de retour à Richard-Toll ne semblent pas adopter des comportements sexuels distincts des sédentaires. À Matam, en revanche, les migrants internationaux, plus que les sédentaires, déclarent une sexualité limitée à la relation avec leur partenaire régulier, tandis que les migrants internes signalent une plus grande propension à utiliser le préservatif dans les relations occasionnelles.

Pour comprendre ces options en milieu de retour, il nous faut les interpréter non seulement en fonction de la valeur que les migrants accordent au résultat, mais aussi par rapport à la valeur (ou à la satisfaction) attribuée à la stratégie

qui produit ce résultat. À Matam, le choix de la fidélité par les migrants internationaux permet assurément d'éviter le risque d'infection¹⁷. Mais il est probablement aussi l'expression d'une volonté plus forte (notamment en comparaison des migrants internes) de respecter les normes sociales de la communauté. Dans la moyenne vallée du fleuve Sénégal, l'émigration internationale est un phénomène incontournable, qui engage la société tout entière. Qu'il s'agisse du financement de la culture irriguée, de la promotion du secteur privé, de la satisfaction des besoins monétaires des ménages, de la modernisation de l'habitat ou de l'équipement des villages en infrastructures sociales et religieuses, tout est en rapport avec les migrants internationaux et avec l'argent de la migration (Daum, 1999). Les migrants de retour sont donc au centre de la communauté, plutôt qu'à sa périphérie : une centralité économique appelle aussi une centralité culturelle et sociale. Le retour des migrants internationaux de Matam s'inscrit donc souvent dans un processus de réintégration de la société d'origine, dont la logique n'est pas celle de la rupture ou du changement (surtout sur le plan social), mais celle de la conformité ; une conformité qui s'exprime aussi par le respect des codes sexuels prescrits et sanctionnés par la communauté. Enfin, le migrant international porte implicitement l'accusation « d'importateur de maladies ». Ainsi, les habitants de Matam identifient plus fortement les migrants internationaux comme un « groupe à risque » (25,3 %) que ceux de Richard-Toll (17,0 %) (OR=1,50 ; p=0,002), même si cette attitude ne produit pas les réactions qui ont pu menacer ailleurs les groupes discriminés, comme les homosexuels ou les immigrés dans les pays du Nord. Répétons-le, les migrants internationaux de retour à Matam ne sont ni hors de la communauté, ni en marge de celle-ci.

Le retour des migrants internes ne revêt pas les mêmes enjeux sociaux. En revenant dans sa communauté d'origine, le migrant interne ne change pas nécessairement de statut social ; il réintègre une communauté, mais sans en être au centre, comme le migrant international. En outre, et contrairement

17. Toutefois, ce choix ne permet pas d'annuler la possibilité de transmettre le virus à la conjointe du migrant.

aux migrants partis en Côte d'Ivoire ou en Afrique centrale, les migrants internes ne supportent pas le soupçon de la maladie. Dans ces circonstances, la communauté, comme le migrant, ne donnent pas à leur sexualité une signification sociale différente d'avant le départ. Autrement dit, les migrants internes, parce qu'ils ne sont ni un groupe de référence ni un groupe à risque pour la communauté, ne menacent pas, par leurs comportements sexuels, le corps social (transgressions aux codes sexuels) et le corps humain (contamination par le VIH). Enfin, pour le migrant interne, le risque ne s'inscrit dans un territoire, ni ne caractérise l'altérité, mais il est plus certainement associé aux conduites sexuelles avec des partenaires multiples et occasionnelles. Le fait qu'à leur retour les migrants internes de Matam se perçoivent plus à risques que les autres (contrairement aux migrants internationaux) va sans doute dans le sens de cette interprétation. Finalement, si la migration interne a pu favoriser le multipartenariat et l'usage du préservatif, le retour dans la communauté ne semble pas contraindre à des pratiques sexuelles et de protection différentes, et en plus grande conformité avec les normes du milieu.

En somme, si les migrants internes utilisent davantage le préservatif pour éviter le risque sanitaire, la stratégie déployée par les migrants internationaux de la région de Matam semble être tournée plutôt vers l'évitement du risque de stigmatisation que vers l'évitement du risque d'infection. D'autres analyses indiquent à ce propos que les migrants de retour à Matam sont plus susceptibles, que les autres résidents, d'avoir des rapports non protégés à l'occasion de voyages au Sénégal, mais hors de leur terroir (Thiam *et al.*, 2004), signalant ainsi l'influence du contexte sur les pratiques sexuelles.

En ce qui concerne l'étude ivoirienne, signalons tout d'abord qu'il y a très peu de données sur les comportements sexuels de personnes infectées par le VIH dans les pays du Sud et qu'elles sont encore plus rares chez les personnes traitées dans ces pays.

Le partage de l'information sur le statut sérologique est probablement un élément central dans les logiques comportementales des séropositifs. Ce partage est un processus qui peut être long ; nous savons par d'autres enquêtes

que chez les femmes enceintes ou en post-partum, moins de 60 % d'entre elles n'ont partagé leur statut avec quelqu'un qu'au bout de 18 à 24 mois (Desgrées du Lou *et al.*, 2002). Il dépend aussi de la visibilité de l'infection, voire de la maladie. Parmi les séropositifs interrogés dans cette étude en Côte d'Ivoire, nous notons que le partage du statut sérologique varie sensiblement selon que les personnes infectées sont ou non sous traitement médical. Elles sont ainsi 61 % à avoir partagé ce résultat avec quelqu'un lorsqu'elles ne sont pas traitées et 95 % lorsqu'elles sont traitées. Les personnes sous traitement sont sans doute plus enclines à partager leur statut sérologique dans la mesure où, tout d'abord, la maladie est certainement plus visible, puisqu'à la différence des femmes enceintes, ces personnes sont des malades à la recherche de soins et présentent sans doute des signes pathologiques perceptibles. Par ailleurs, le traitement ARV par sa lourdeur, sa visibilité et son coût rend difficile une dissimulation de l'infection, obligeant par là à partager l'information. Reste que si la déclaration de la séropositivité semble se faire souvent dans une situation contraignante, elle ne produit pas nécessairement la stigmatisation redoutée. Ainsi, parmi les personnes interrogées qui ont partagé leur statut, 94 % d'entre elles signalent de la compassion de la part des personnes avec qui elles ont échangé. Mais il faut penser aussi que la personne infectée choisit probablement ses confidents parmi des individus qui lui exprimaient déjà une certaine sympathie auparavant.

Dans notre enquête, les comportements sexuels des personnes infectées sont profondément modifiés, puisque plus de la moitié sont abstinentes et qu'un autre quart a une activité sexuelle de faible intensité. Cette baisse d'activité sexuelle est en rapport avec la maladie et la diminution d'activité physique qui lui est associée. Mais il s'agit aussi d'une stratégie choisie pour une partie non négligeable de notre échantillon. Cette dimension stratégique de l'abstinence sexuelle des séropositifs a déjà été notée¹⁸ parmi les femmes dépistées pendant la

18. Cette même recherche a montré qu'inversement, lorsque la femme était séronégative (ou séro-agnostique), elle avait à réduire la période d'abstinence post-partum pour éviter que le partenaire régulier ait des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et qu'il « ramène ainsi la maladie à la maison » (Desgrées du Lou *et al.*, 2003).

grossesse et qui prolongeaient la période d'abstinence post-partum pour mieux justifier leur refus de rapports sexuels (Desgrées du Lou *et al.*, 2002).

Même si nous ne pouvons pas distinguer dans les réponses des personnes interrogées, ce qui est une réponse « conforme » aux attentes du corps social d'une réponse sincère, l'abstinence est en accord avec ce qui est systématiquement recommandé aux personnes infectées par nombre de soignants en Côte d'Ivoire et peut apparaître comme la stratégie d'évitement et de prévention la plus facile à mettre en oeuvre pour les personnes infectées les plus vulnérables, et notamment pour les femmes.

Les facteurs associés avec les comportements sexuels à risque sont, pour certains, analogues à ceux décrits au Nord : consommation élevée d'alcool, multipartenariat sexuel, absence d'information sur le statut du partenaire principal... Si le partage du statut sérologique n'est pas une variable statistiquement associée au comportement sexuel à risque¹⁹, d'autres caractéristiques, qui rendent possible le soupçon voire la connaissance de la séropositivité, sont en revanche significativement discriminantes. Ainsi les personnes interrogées sous traitement ARV sont plus susceptibles d'utiliser un préservatif que les séropositifs non traités. Cet effet du traitement médical peut bien sûr être imputé à un conseil accru autour de la distribution des ARV, mais il exprime sans doute aussi un partage d'information avec les proches impliqués dans la gestion des soins, dont peut-être le partenaire sexuel régulier. Rappelons ici que l'absence d'information sur le statut du partenaire est associée à l'existence de rapports sexuels non protégés. De même, nous notons que les personnes qui n'ont pas connu d'épisode morbide au cours des six derniers mois sont plus enclines à ne pas utiliser de préservatif. Là encore cette association trouve plusieurs interprétations, du type : la maladie modifie la perception des risques de contamination. Cependant, nous pouvons aisément supposer aussi que les personnes infectées recourent plus fréquemment à l'utilisation du préservatif quand elles portent

19. Cette absence d'association statistique avec le comportement sexuel à risque pourrait s'expliquer en partie par le fait que le partage de l'information ne distingue pas les partenaires sexuels des autres personnes confidentes. Il peut donc y avoir eu une révélation du statut sérologique, sans que le partenaire sexuel ne possède cette information.

des stigmates qui désignent la maladie ou qu'elles se perçoivent plus exposée au soupçon : autant d'attitudes ou de situations qui favorisent le partage de l'information et les pratiques de protection.

Au total, nous pouvons raisonnablement penser que l'abstinence, quand elle n'est pas contrainte, est une stratégie de protection de l'identité de la personne infectée, dans la mesure où elle permet d'une part d'échapper à une sexualité qui la renvoie inévitablement à son infection et au risque, et d'autre part d'éviter l'échange douloureux d'une information qu'elle craint disqualifiante²⁰. Par ailleurs, nous notons que le recours au préservatif est facilité lorsqu'une situation révèle l'infection (ou du moins favorise le partage de l'information), comme une maladie qui devient plus visible ou la prise d'un traitement ARV. La maladie et son traitement libèrent ainsi une parole, sans nécessairement produire une attitude discriminatoire de la part des confidents. En plus d'éviter le risque, l'abstinence permettrait donc de gérer l'information et le soupçon, et la protection de maintenir le lien affectif et social, malgré une séropositivité révélée.

Au terme de ces analyses parallèles des stratégies de gestion des risques et des stigmates par les migrants du Sénégal et les séropositifs de Côte d'Ivoire, nous observons qu'au-delà des nécessaires différences épidémiologiques, sociales et culturelles de ces deux populations, leurs logiques comportementales (sexuelles et de protection) répondent, pour partie, à des ressorts communs. Toutes spécificités considérées, les comportements sexuels des migrants et des séropositifs signalent, selon les situations, un évitement du risque sanitaire, associé ou non à un évitement du risque de discrimination.

Pour les migrants internes, qui échappent à l'indexation, et pour les personnes atteintes dont la séropositivité est connue par leurs proches, le sida est un risque sanitaire (pour soi et pour le partenaire) qui se gère à l'intérieur de la relation affective et sexuelle et selon des processus d'arbitrage, de négociation

20. Certaines études sur les séropositifs résidents en Europe ont pu montré un recours semblable à l'abstinence, notamment parmi les femmes (Théry, 1999 ; Delor, 1997).

et d'adaptation. En outre, ce risque, même quand il est biologiquement attesté, est un élément que le couple redéfinit au gré de son histoire.

En revanche, pour les migrants internationaux, qui ont séjourné dans des pays fortement touchés par l'épidémie du sida, comme pour les séropositifs, que la peur et la honte enferment dans un silence supposé protecteur, le sida est une maladie qui peut générer le discrédit, voire l'exclusion. En d'autres termes, cette maladie met en jeu et en cause les relations sociales, surtout quand elle devient fortement discriminatoire. La fidélité des migrants internationaux de Matam, l'abstinence (voire les rapports non protégés) des séropositifs qui n'ont pas partagé leur statut sérologique avec leur partenaire et leur entourage sont ainsi autant de stratégies qui manifestent leur volonté de respecter les règles sociales et de préserver leur statut social au sein du groupe.

Références bibliographiques

- ADRIEN A., CAYEMITTES M., 1991, « *Le sida en Haïti : Connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population* », Centre d'études sur le sida, Hôpital général de Montréal, 106 p.
- AKA-DAGO-AKRIBI L. H., SOUVILLE M., DAKOURY-DOGBO N. et al., 2001, « *Adaptation et validation d'une échelle de mesure de la dépression chez les personnes atteintes par le VIH/sida en Côte d'Ivoire* », XII^e Congrès International sur le SIDA et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, 9-13 décembre 2001. Présentation orale. 13 BT1-4.
- BAJOS N., DUCOT B., SPENCER B., SPIRA A., 1997, « Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the French National Survey on Sexual Behaviour », *Social Science and Medicine*, vol. 44 (n° 1), pp. 25-40.
- BAJOS N., BOZON M., FERRAND A., GIAMI A., SPIRA A., et LE GROUPE ACSF, 1998, « *La sexualité au temps du sida* », Presses Universitaires de France, Paris, 494 p.
- BIBEAU G., 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 (n° 2-3), pp. 5-147.
- BROCKERHOFF M. et BIDDLECOM A., 1998, « Migration, Sexual Behavior and HIV Diffusion in Kenya », *International Migration Review*, vol. 31 (n° n° 4), pp. 833-856.

- CALDWELL J-C., CALDWELL P. et QUIGGIN P., 1989, « The Social Context of AIDS in subsaharan Africa » *Population and Development Review*, vol. 15 (n° 2), pp. 185-234. CARAËL M., 1995, « Sexual behaviour » (chapter 4) in J. Cleland & B. Ferry ed. *Sexual Behaviour and Aids in Developing World*, WHO, Taylor et Francis, London, pp. 75-123.
- DAUM C., 1999, « Migrations, lien au pays d'origine et développement », in Dewitte P. (éd.), *Immigration et intégration, l'état des savoirs*, La Découverte, Paris, pp. 385-390.
- DELOR F. et HUBERT M., 2000, « Revisiting the concept of "vulnerability" », *Social Science and Medicine* 50(11): 1557-1570.
- DELOR F., 1997, *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, L'Harmattan, Paris, 384 p.
- DESGRÉES DU LOU A., MSELLATI P., VIHO I. *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women, DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000 », *Int J STD AIDS*, vol. 13, pp. 62-68
- DESGRÉES DU LOÛ A., ET BROU H., 2003, « La reprise des relations sexuelles après une naissance : normes, pratiques et négociations à Abidjan, Côte d'Ivoire », *Documents de Recherche du LPED n° 3*. LPED, IRD - Université de Provence, 12p.
- DOZON J-P., et FASSIN D., 1989 « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé* vol. 7 (n° 1), pp. 21-36.
- FUHRER R., ROUILLON F., 1989, « la version française de l'échelle CES-D », *Psychiatr Psychobiol*, vol. 4, pp. 163-6.
- GENTILINI M., BRÜCKER G., et MONTVALLON R., 1986, *La santé des migrants*, La Documentation Française, Paris.
- GENTILINI M., et DUFLO B., 1986, *Médecine tropicale*. Flammarion, Paris, 682 p.
- GOFFMAN E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 175 p.
- HRDY D. B., 1987, « Cultural Practices Contributing to transmission of HIV in Africa » *Review of Infectious Diseases*, vol. 6, pp. 1109-1119.
- HUNT C., 1996, « Social vs Biological : Theories on the Transmission of AIDS in Africa » *Social Science and Medicine*, vol. 20 (n° 9), pp. 1283-1296.
- KATZENSTEIN D., LAGA M., MOATTI J-P., 2003, « The evaluation of the HIV/AIDS Drug access initiatives in Côte d'Ivoire, Senegal and Uganda: how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa », *AIDS*, vol. 17, Suppl. 3, pp. 1-4.

- LALOU R. et PICHÉ V., 1994, « *Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Un bilan des connaissances* » Paris, CEPED, 51 p.
- LALOU R. et PICHÉ V., 1996, « Migrations, Sida et droit des personnes. L'exemple de l'Afrique de l'Ouest » *Sida, Sociétés et Populations*, Les Éditions du Quotidien du Médecin, Paris, pp. 215-227.
- LALOU R. et V. PICHÉ, 2004, « Les migrants face au sida : entre gestion des risques et contrôle social. L'exemple de la vallée du fleuve Sénégal », *Population-F* 59(2) : 233-268.
- (2004) « Migrants and AIDS : Risks Management vs Social Control : An Example from the Senegal Valley River », *Population-E* 59(2) : 195-228.
- LALOU R., WAÏTZENEGGER F. et PICHÉ V., 2004, « Situations migratoires, connaissance du VIH/Sida et usage du préservatif dans la vallée du fleuve Sénégal : où sont les logiques ? » VIH, *Infections réémergentes et changements démographiques en Afrique*. Deuxième séminaire de la commission de l'UIESP « Nouvelles menaces sanitaires ». Ouagadougou, 12-14 février : 23 p.
- LE BLANC M-N., MEINTEL D. et PICHÉ V., 1991, « The African Sexual System : Comment on Caldwell *et al* » *Population and Development Review* vol. 17(3), pp. 497-505.
- LESLIE C., 1990, « Scientific Racism: Reflections on Peer Review, Science and Ideology » *Social Science and Medicine* vol. 31 (n° 8) pp. 891-912.
- MOATTI J-P., PRUDHOMME J., COULIBALY-TRAORE D. *et al.*, 2003, « Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV-infected patients aware of their serostatus in Côte d'Ivoire », *AIDS* vol. 17 (Suppl. 3) : pp. S69-S77.
- PACKARD R.M., EPSTEIN P., 1992, « Medical Research on AIDS in Africa: A Historical Perspective », in « *AIDS, The making chronic Diseases* » FEE E. et FOX D.M. (éd.), University of California Press, pp. 346-376.
- PERNEGER TV., LEPLÈGE A., ETTER J-F., ROUGEMONT A., 1995, « Validation of a French-language version of the MOS 36-item short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults », *J Clin Epidemiol*, vol. 48, pp. 1051-60.
- PETO D., REMY J., VAN CAMPENHOUDT L. et HUBERT M., 1992, « *Sida : l'amour face à la peur* », Paris, L'Harmattan, 224 p.
- PICHÉ V., LALOU R., TALL A, WAÏTZENEGGER F. et M. THIAM (2003) « Migration, sexualité et sida dans la vallée du fleuve Sénégal » Marseille, IRD — Université de Montréal : 144 p.
- RUSHTON J-P., BOGAERT A-F., 1989, « Population differences in susceptibility to AIDS: an evolutionary analysis » *Social Science and Medicine* , vol. 28, pp. 1211-1220.

- SCHILTZ M-A., SANDFORT T. G. M. , 2000, « HIV-positive people, risk and sexual behaviour » *Social Science and Medicine*, vol. 50, pp. 1571-1588.
- SEIDEL G., 1996, « The Competing Discourses of HIV-AIDS in subsaharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion » *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 3 : 175-194.
- SIMON P., 2003, « Le logement social en France et la gestion des “populations à risque” » *Hommes et Migrations*, vol. 1246, pp. 76-91.
- SPIRA A., BAJOS N. ET LE GROUPE ACSF, 1993, Les comportements sexuels en France, coll. Rapports officiels, La Documentation française, Paris, 352 pages.
- SPIRA A., BAJOS N., and THE ACSF STUDY GROUP, 1994, Sexual behaviour and AIDS. Avebury: Aldershot, 324 p.
- THÉRY I., 1999, « Une femme comme les autres, séropositivité, sexualité et féminité », in LERT F., SOUTEYRAND Y. (éd.), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. ANRS, Paris, pp. 113-136.
- THIAM M., PICHÉ V. et LALOU R., 2004, « Mobilité et sida dans la vallée du fleuve Sénégal: Les comportements sexuels à risque en migration et au retour? », (soumis à publication), 32 p.
- VAN CAMPENHOUDT L., 1999, « The relational rationality of risk and uncertainty reducing processes explaining HIV risk-related sexual behaviour », *Culture, Health and Sexuality*, vol. 1, n° 2, pp. 181-191.
- VIDAL L., 2001, « Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida », in DOZON J.-P., FASSIN D. (éd.), *Critique de la Santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, pp. 233-255.

*Changements des comportements
reproductifs et sexuels
face au VIH : vers une prise en compte du couple ?*

ANNABEL DESGRÉES DU LOÛ, ANNICK TIJOU-TRAORE,
HERMAN BROU, HÉLÈNE AGBO ET PHILIPPE MSELLATI

Parce qu'il se transmet par voie sexuelle, et de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, le VIH/sida et les campagnes de prévention qu'il suscite bouleversent les domaines de la sexualité et de la procréation. Que signifie en effet « avoir une activité sexuelle sans risque », tel qu'il est mentionné dans la définition du concept de santé de la reproduction, dans un contexte de forte prévalence du VIH/sida ? Quelle est la possibilité pour les femmes et les hommes de « désirer une grossesse et de la mener à terme dans de bonnes conditions sanitaires »¹, lorsqu'un des deux partenaires est infecté par le VIH, ou lorsque aucun des deux partenaires ne connaît son statut sérologique par rapport au VIH ? Qu'en est-il des recommandations d'allaitement exclusif au sein dispensées par l'OMS et l'UNICEF chez les femmes infectées par le VIH ?

Ces bouleversements prennent place dans un contexte sociodémographique lui-même en évolution constante : les autres chapitres de ce livre montrent bien, comment en matière de sexualité, de contraception et de natalité, les comportements changent actuellement dans les pays du Sud, et combien ces changements sont rapides.

1. Tiré de la définition du concept de la santé de la reproduction (cf. Bonnet D. et Guillaume A., 2004).

Le contexte médical de prise en compte et de prise en charge de l'épidémie de sida évolue, lui aussi, d'une année à l'autre. Jusqu'à la fin des années 1990, le seul outil dont disposaient les programmes de santé en Afrique pour prendre en compte le risque du sida était la prévention par l'information des populations et la diffusion des préservatifs. Depuis 1999, on dispose de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant peu coûteux et applicables dans des contextes de pays en développement : la transmission au cours de la grossesse se faisant majoritairement à la fin de la grossesse et lors de l'accouchement, les différents régimes actuellement proposés dans les pays en développement consistent en l'administration d'une combinaison d'anti-rétroviraux au cours du dernier mois de la grossesse et lors de l'accouchement. Depuis seulement cette même période (1999), le risque de transmission du VIH par le lait est lui aussi pris en compte, même dans les contextes d'allaitement maternel généralisé. Mais les recommandations internationales restent très prudentes en la matière : les femmes infectées par le VIH doivent être « aidées à utiliser des aliments de remplacement pour éviter le lait maternel lorsque c'est possible », et, surtout, doivent décider librement du mode d'alimentation de leur enfant, après avoir été informées du risque de transmission postnatale du VIH. En pratique, le sevrage « précoce » est recommandé lorsque l'allaitement artificiel dès la naissance n'est pas possible, mais il n'existe pas encore de consensus sur l'âge auquel ce sevrage « précoce » doit être effectué : au plus tard, six mois après la naissance (UNAIDS, 1999).

Par ailleurs, un consensus mondial s'est établi récemment sur la nécessité de rendre les traitements du sida (anti-rétroviraux compris) accessibles aux populations des pays en développement. Même si cet objectif semble encore éloigné, il ne semble plus irréalisable, au regard de la baisse des prix des traitements du sida et du développement de nombreux projets pilotes d'accès aux anti-rétroviraux dans les pays du Sud.

Le propos de ce chapitre est d'analyser quelles sont, en matière de sexualité, de contraception et de procréation, les évolutions spécifiquement liées à l'épidémie de VIH/sida ou à sa prise en charge sociale et médicale au cours des

quinze dernières années à Abidjan. Nous tentons ici de mettre en lumière les mécanismes par lesquels cette épidémie et sa prise en charge peuvent accélérer, ou au contraire, freiner des évolutions existantes dans le domaine de la santé reproductive. Cette analyse s'appuie sur un programme d'enquêtes mené depuis 1997 à Abidjan, Côte d'Ivoire, dans le cadre d'une collaboration entre démographes et médecins impliqués dans des programmes de réduction de la transmission mère — enfant du VIH.

Abidjan offre un contexte particulièrement adapté à ce type d'analyse : grande ville de 2,9 millions d'habitants (RGPH, 1998), c'est la ville la plus touchée par l'épidémie de sida en Afrique de l'Ouest, avec un taux de prévalence du VIH de 14 % chez les femmes enceintes en 1997, date de démarrage de l'étude, et de 10,5 % en 2002 (Sakarovitch *et al.*, 2003). Par ailleurs, cette ville constitue un des sites où se sont développés les premiers programmes de recherche sur la prévention de la transmission mère — enfant du VIH, dès 1995, et est aussi une des villes choisies par l'Onusida pour développer l'initiative d'accès aux traitements du Sida à partir de 1997-1998 (Msellati *et al.*, 2001).

Après avoir décrit succinctement le programme d'enquêtes, nous rappelons l'impact biologique du virus du VIH sur la fécondité, avant de nous intéresser de façon plus approfondie aux changements comportementaux observés en matière de sexualité et en matière de procréation face à la réalité du VIH/sida. Enfin, cela nous conduira, dans un dernier temps, à mener une réflexion sur les relations entre homme et femme au sein du couple, et sur l'impact de cette épidémie sur les liens conjugaux.

Population étudiée et enquêtes menées

Une collaboration médecine-sciences sociales au sein de projets de réduction de la transmission mère — enfant du VIH

Dans les pays en développement, notamment en Afrique, le dépistage volontaire du VIH reste une démarche rare, et les consultations prénatales sont un

des lieux privilégiés pour l'entreprendre. Dans les centres de suivi prénatal où sont implantés des projets de réduction de la transmission mère — enfant, les femmes enceintes bénéficient d'une consultation au cours de laquelle on leur propose un test de dépistage gratuit, ou à un prix modique, et on les informe de ce que, si elles s'avèrent séropositives pour le VIH, un traitement pourra leur être délivré pendant la grossesse pour diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant (Dabis *et al.*, 2000). Ainsi, les projets de réduction de la transmission du VIH mère — enfant ont été, pendant plusieurs années, les seuls endroits où le dépistage était suivi d'une « proposition thérapeutique » : même si les médicaments délivrés avaient pour objectif la prévention de la transmission du VIH à l'enfant, et non le traitement de la mère, ils n'en constituaient pas moins une action positive, une proposition concrète, qui justifiait d'accepter ce test de dépistage. En dehors de ces sites de consultation prénatale abritant des projets de recherche, jusqu'à ces dernières années, rares étaient les propositions de dépistage, du fait du manque de motivation de la part des médecins confrontés à l'absence de traitement à offrir en cas de résultat positif.

Lorsque ce programme de recherche en démographie sur « sida et santé de la reproduction » s'est construit en 1996, deux options étaient possibles : mener des enquêtes en population générale — ce qui rendait impossible pour des raisons éthiques la relation entre les phénomènes observés et le statut sérologique des enquêtés — ou mener des enquêtes dans des groupes plus spécifiques qui pouvaient avoir accès au test de dépistage du VIH. Nous avons choisi la seconde solution, car il nous semblait que beaucoup d'études avaient déjà été réalisées sur les attitudes générales de la population face à l'épidémie de sida, et qu'il semblait nécessaire de passer à une analyse plus individuelle des relations entre infection par le VIH et fécondité, santé sexuelle et choix en matière de reproduction. Pour les raisons évoquées ci-dessus, les groupes de personnes ayant accès au dépistage étaient peu nombreux et revêtaient souvent un profil très spécifique : malades dépistés dans les hôpitaux, tuberculeux, prostituées, femmes enceintes. Ces dernières, dépistées en consultation prénatale, constituent un groupe de personnes non malades, et bien entendu, non représentatif

de la population adulte en général (puisqu'on n'y trouve ni les hommes, ni les femmes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas procréer). Cependant, ces femmes enceintes reflètent, malgré tout, une image assez proche de la population générale, en particulier dans un pays où le niveau de fécondité est très élevé. Pour ces raisons, il nous a semblé judicieux de commencer l'analyse des rapports entre l'épidémie de VIH et les questions de santé de la reproduction auprès de ces femmes auxquelles le dépistage du VIH est proposé en consultation prénatale, et qui sont ensuite suivies, lorsqu'elles sont VIH+, au sein d'un programme de réduction de la transmission mère — enfant du VIH. Nous avons pour cela développé une collaboration étroite entre médecins et démographes, qui s'est traduite par la réalisation d'enquêtes spécifiques sur les questions de santé de la reproduction, insérées au sein de deux programmes successifs de réduction de la transmission mère — enfant du VIH menés successivement à Abidjan, Côte d'Ivoire : le programme DITRAME jusqu'en 2000, puis le programme DITRAME PLUS à partir de 2000. Au sein de ces deux programmes, nous avons adopté une double approche, quantitative et qualitative.

Le projet DITRAME

DITRAME (pour DIMinution de la TRANsmission Mère — Enfant), a été mené entre 1995 et 2000 à Abidjan et à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), sous la coordination générale de l'Inserm U. 330 de Bordeaux, (France), avec un financement de l'ANRS. La coordination à Abidjan était assurée par Philippe Msellati, IRD. Il s'agissait d'évaluer la tolérance et l'efficacité d'un régime court d'AZT dans la prévention de la transmission mère — enfant du VIH dans une population où l'allaitement maternel est prédominant. Nous avons mené au sein de ce projet trois types d'enquête :

— Une enquête rétrospective sur la fécondité des femmes VIH+ et VIH-, auprès d'environ 1 250 femmes enceintes, entre juillet 1997 et janvier 1998. L'objectif de l'enquête était de récolter des informations rétrospectives précises sur la vie génésique des femmes et de les mettre en relation avec le statut

sérologique de la femme. Le dernier intervalle intergénésiq ue de la femme y fait l'objet d'une attention particulière, avec description détaillée de la durée d'allaitement, des périodes d'aménorrhée et de la contraception utilisée. Sachant que l'enquête était réalisée auprès des femmes à l'occasion de la visite de consultation prénatale où le test de dépistage du VIH leur est proposé et que les données collectées correspondent donc à un moment de leur vie où elles ignorent encore leur statut sérologique, les relations éventuellement observées entre vie g énésiq ue et statut VIH sont de l'ordre du biologique plus que du comportemental ;

— Une seconde enquête quantitative, menée en 1999 auprès de 150 femmes VIH+ suivies, nous a permis de recueillir tous les événements de la vie g énésiq ue (aménorrhée, reprise et protection des relations sexuelles, incidence et devenir des grossesses, pratiques contraceptives) de ces femmes entre la naissance de l'enfant pour lequel elles étaient suivies dans le cadre du projet et la date de l'enquête. À la différence de la première enquête citée, les femmes VIH + interrogées connaissent leur statut sérologique et les données sont récoltées de façon prospective ;

— Une enquête exploratoire qualitative menée en mai 1998 auprès de 21 femmes VIH+ suivies dans le même projet. Toutes ces femmes ont accouché depuis au moins 8 mois, et leurs enfants sont tous sevrés. Au cours de l'entretien, des questions sont posées à la femme sur le sevrage de l'enfant (âge au sevrage et mode de sevrage, attitude de la famille et du mari face au sevrage), sur les relations avec le mari face au VIH (dialogue concernant le VIH, protection des rapports sexuels, contraception) et sur les projets de procréation de la femme et du couple (désir d'un autre enfant, contraception effectivement utilisée...).

Le projet DITRAME PLUS

Le projet DITRAME PLUS, financé aussi par l'ANRS et coordonné par l'unité l'Inserm 593², comprend une cohorte thérapeutique d'environ 700 femmes

2. Les investigateurs principaux de ce programme à l'Inserm U 593 (ex 330) sont F. Dabis

infectées par le VIH, constituée dans la ville d'Abidjan. Il propose depuis 2000 (jusqu'en 2005) des mesures peri-partum (DITRAME PLUS 1) et post-partum (DITRAME PLUS 2) visant à diminuer encore le risque de transmission mère — enfant du VIH ainsi que le poids de l'infection pédiatrique par le VIH. Dans le cadre de ce projet, le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes dans sept centres de santé à Abidjan.

Les questions sociodémographiques sont traitées dans ce projet dans un volet spécifique, DITRAME PLUS 3. Coordonné par l'IRD et l'ENSEA d'Abidjan³, ce dernier a pour objectif d'étudier les différentes implications de la mise en place d'un tel programme en termes de changements des comportements sexuels, de procréation et d'alimentation des nourrissons, tant chez les femmes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH que chez celles qui apprennent qu'elles ne sont pas infectées, et chez celles qui ont refusé le test de dépistage. Les données recueillies dans ce volet DITRAME PLUS 3 sont quantitatives et qualitatives.

Enquête quantitative

Dans le cadre de ce volet sociodémographique est mis en place le suivi d'une cohorte de 400 femmes VIH+ et de 62 femmes ayant refusé le dépistage du VIH parallèlement au suivi des femmes VIH+ mené dans les volets médicaux 1 et 2. Une observation comparative est menée entre ces trois cohortes. Les comparaisons entre ces cohortes sont menées au moyen d'analyses quantitatives sur les indicateurs recueillis.

Enquête qualitative

L'enquête consiste en des entretiens semi-directifs approfondis, enregistrés et répétés (les personnes interrogées sont rencontrées à deux reprises) auprès d'un

pour le volet 1 et V. Leroy pour le volet 2, en collaboration avec C. Welfens-Ekra du CHU de Yopougon, Service de Gynécologie-Obstétrique, à Abidjan.

3. Les investigateurs principaux de ce volet 3 sont A. Desgrées du Loû de l'IRD et B. Zanou de l'ENSEA.

sous-groupe de femmes et de leurs partenaires dans chaque cohorte (femmes VIH+, VIH- et ayant refusé le test). Cette approche par passages répétés permet de relever les changements d'attitude, de conduite et de perception, d'identifier les événements qui en sont à l'origine, et ainsi, de nous rendre compte de l'instabilité éventuelle de certains comportements et discours. Ces entretiens sont menés auprès d'une vingtaine de femmes séropositives pour le VIH et leurs partenaires, d'une vingtaine de femmes séronégatives pour le VIH et leurs partenaires, et d'une quinzaine de femmes ayant refusé le test de dépistage du VIH et leurs partenaires.

Les données que nous présentons dans ce chapitre sont une synthèse des résultats de ces diverses enquêtes sur les relations entre VIH, sexualité et procréation. Concernant le second programme, DITRAME PLUS, seuls des résultats préliminaires sont en mesure d'être présentés, puisqu'il est en cours de réalisation.

Relation VIH/sida—fertilité—fécondité : les effets biologiques

Avant de s'intéresser aux relations entre l'épidémie de VIH/sida et les comportements sexuels et procréateurs, il est nécessaire de faire le point sur l'impact biologique de ce virus en matière de fécondité et de natalité : en effet, si cet impact biologique était majeur, cela aurait des conséquences directes sur les comportements. L'impact délétère du VIH sur la fertilité est montré dans plusieurs études : chez les hommes, l'infection VIH, au stade symptomatique, entraîne une baisse de la capacité fécondante du sperme (Setel, 1995). Parallèlement, chez les femmes, l'infection par le VIH augmente le risque d'avortement spontané et diminue la fertilité (Gray *et al.*, 1998).

Nous pouvons confirmer, à partir des enquêtes menées à Abidjan, qu'à pratique contraceptive et activité sexuelle égale, les femmes infectées par le VIH mettent un peu plus de temps à démarrer une grossesse que les femmes non infectées, résultat corroboré par d'autres enquêtes en Afrique. À Abidjan, Yaoundé, Kisumu et Ndola, des études similaires montrent en effet que les

intervalles entre deux grossesses sont plus longs chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes non infectées, toutes choses étant égales par ailleurs, avec des réductions de 16 à 26 % de la probabilité de commencer une nouvelle grossesse chez les femmes VIH+ (Desgrées du Loû *et al.*, 1998, 1999 ; Glynn *et al.*, 2000). Cet effet délétère du VIH sur la fécondité semble d'autant plus important que la femme est infectée depuis plus longtemps. On a un moment pensé que c'était l'association entre maladies sexuellement transmissibles (MST) et VIH qui expliquait cette sous-fécondité des femmes VIH+, car certaines MST sont connues pour être des causes d'infécondité et l'infection par le VIH est fréquemment associée à des MST. Cependant, les quelques études qui ont pu prendre en compte ces MST ont montré l'existence d'une sous-fécondité des femmes VIH+ indépendamment des MST (Gray *et al.*, 1998). Bien que la façon dont le virus du VIH agit biologiquement sur la fécondité humaine soit encore très mal connue, il semble qu'aujourd'hui on puisse confirmer l'hypothèse selon laquelle l'infection par le VIH a des retentissements biologiques sur cette fécondité, en diminuant légèrement la fertilité des couples, c'est-à-dire la capacité des femmes à commencer une grossesse, puis, lorsque cette grossesse est commencée, en augmentant le risque de fausse couche.

Cependant, cet impact sur la fertilité des couples reste limité, et concerne essentiellement les femmes les plus âgées, vraisemblablement parce qu'elles sont infectées depuis plus longtemps que les jeunes femmes (Zaba et Gregson, 1998). Chez ces dernières, on observe au contraire une fertilité et une fécondité plus forte chez les femmes VIH+ que chez les femmes VIH- ; ceci s'explique par le fait qu'elles sont susceptibles d'avoir eu une activité sexuelle plus précoce et moins protégée que les femmes du même âge non infectées, et qu'elles ont donc été plus « soumises au risque d'être enceintes » que ces dernières.

Sans aller plus loin sur ce sujet, qui n'est pas ici l'objet de notre étude, on retiendra que les effets biologiques du VIH sur la fécondité existent, mais restent mineurs, tout au moins dans les pays à prévalence du VIH faible ou moyenne, et ne sont pas de nature à engendrer des changements comportementaux en matière de procréation.

Protection des rapports sexuels face au VIH : stratégies mises en place

Dans la population générale à Abidjan : une faible utilisation du préservatif

Malgré une perception élevée du risque d'infection par le VIH (Desgrées du Loû et de Béchon, 2001), les habitants d'Abidjan utilisent peu le préservatif. Ainsi, dans la dernière enquête démographique et de santé, 31 % des femmes interrogées déclarent avoir utilisé le préservatif au moins une fois au cours de leur vie et seulement 2 % au cours du dernier rapport sexuel (EDS-CI 1998). D'autres sources confirment cette faible utilisation : en 1997, au cours d'une enquête menée à Yopougon, commune populaire d'Abidjan, seules 4 % des femmes et 9 % des hommes ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif (Toure *et al.*, 1997). Cette utilisation est un peu plus importante chez les jeunes, auprès desquels la prévention sida est intensifiée, mais elle reste modérée : au cours d'une enquête sur les comportements sexuels, menée auprès des jeunes de 15 à 19 ans sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire en 1998, 35 % des garçons et 32 % des filles ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel (Zanou *et al.*, 1999). Bien que la crainte de l'infection par le VIH semble sévère à Abidjan, elle n'incite pas pour autant à recourir au préservatif, la fidélité étant considérée par les deux tiers de la population comme une prévention suffisante. Pourtant, dans une population où environ une personne sur sept est infectée par le VIH, la fidélité, même lorsqu'elle est effective, n'est pas une garantie suffisante de protection contre le risque d'infection, d'autant que les personnes infectées, dans la plupart des cas, ne se savent pas séropositives (Vidal et Msellati, 2000) : dans une enquête menée auprès de consultants dans un centre de santé, une personne sur 10 seulement avait fait la démarche de dépistage pour le VIH (Desgrées du Loû et de Béchon, 2001).

Chez les femmes suivies dans les programmes de prévention de la transmission mère — enfant : le préservatif reste peu utilisé

La faible utilisation du préservatif, globalement, dans la ville d'Abidjan, alors que le taux de prévalence y est assez fort, pourrait s'expliquer par la faible pratique de dépistage du VIH : les individus ne connaissant pas leur statut VIH ne savent comment se situer par rapport à ce risque d'infection et, partant, ne se protègent pas. Qu'en est-il alors des femmes qui, dépistées pendant la grossesse dans le cadre d'un programme de réduction de la transmission mère — enfant du VIH, se savent VIH+ (ou VIH-) ?

Dans l'enquête « vie génésique » menée dans le projet DITRAME auprès de 150 femmes VIH+ dépistées pendant une grossesse, parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'enquête, 64 % ont déclaré ne jamais utiliser de préservatifs, et seulement 13 % ont déclaré en utiliser à chaque rapport sexuel. Ces proportions varient fortement selon que la femme ait ou non informé son partenaire de sa séropositivité : parmi les femmes sexuellement actives qui ont informé leur partenaire⁴, 48 % n'utilisent jamais de préservatifs et 21 % en utilisent à chaque rapport sexuel contre respectivement 76 % et 7 % lorsque le partenaire n'est pas informé⁵ ($p = 0.02$) (tableau 1).

À la question « pourquoi n'utilisez vous pas de préservatifs ? », plus de la moitié des femmes ne répondent pas ; 21 % répondent qu'elles ont proposé le préservatif à leur partenaire mais ne l'utilisent pas régulièrement (ou pas du tout) car le partenaire (et parfois elles-mêmes) n'aime pas les utiliser ; 14 % répondent qu'elles n'ont pas proposé le préservatif à leur partenaire, par peur de sa réaction, ou parce qu'elles ne le jugent pas nécessaire ; 7 % n'utilisent pas de préservatifs parce qu'elles veulent être enceintes et 3 % pour des raisons religieuses.

4. Ces femmes représentent 45 % de l'ensemble des femmes séropositives de notre échantillon, soit 48 femmes sur 107.

5. Dans ce premier projet DITRAME, très peu de partenaires, même parmi ceux informés que leur femme était infectée par le VIH, ont fait la démarche du dépistage VIH. On ne dispose donc pas d'information sur le statut VIH des partenaires.

Tableau 1. Utilisation du préservatif chez des femmes VIH+ suivies dans un projet de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant selon que le partenaire est informé ou non du statut sérologique de sa femme.

Projet DITRAME ANRS 049, 1995-2000, Abidjan

Utilisation du préservatif dans le couple	Partenaire informé (N=48)	Partenaire non informé (N=58)	Ensemble (N=107)
Jamais	48 %	76 %	64 %
Rarement	13 %	10 %	11 %
Souvent	19 %	7 %	12 %
Toujours	21 %	7 %	13 %

Les premiers résultats du programme DITRAME PLUS, actuellement en cours, confirment cette difficulté à l'utilisation du préservatif : une première comparaison des groupes de femmes VIH+ et VIH- montrent que, malgré les conseils de prévention du sida délivrés à l'occasion du test de dépistage, le préservatif est très peu utilisé, tant chez les femmes qui se savent infectées par le VIH que chez celles qui se savent non infectées par ce virus. Dans ce groupe de femmes, dépistées au cours d'une grossesse, parmi les femmes sexuellement actives 6 mois après la naissance du bébé, seules 12 % utilisent des préservatifs au cours des rapports sexuels avec leur conjoint, et le chiffre est le même dans le groupe VIH+ et dans le groupe VIH- (Brou, 2003). Le conseil en matière de protection des rapports sexuels est donc peu suivi, au contraire de ceux portant sur la contraception, qui semblent rencontrer une bonne adhésion : 67 % des femmes VIH+ et 66 % des femmes VIH- utilisent une méthode moderne de contraception à 6 mois post-partum. Dans les deux types de conseil, on n'observe pas de différences entre les deux groupes de femmes, VIH+ et VIH- (Brou, 2003).

Ainsi, dans ce contexte de relativement forte prévalence du VIH, on observe une utilisation très faible du préservatif, autant dans la population générale, malgré une conscience dominante du risque, qu'au sein des couples dont la

femme au moins a été dépistée pour le VIH. Ceci s'observe chez les femmes VIH+ comme chez les femmes VIH-. On retrouve ici des résultats observés dans de nombreux pays d'Afrique, où il apparaît que le préservatif reste très mal admis au sein du couple. Il reste en effet associé à l'idée de rapport occasionnel ou de rapport avec une prostituée (Van Rossem *et al.*, 2001), et le proposer à son conjoint revient à confesser son infidélité ou à montrer l'absence de confiance qu'on a dans la fidélité sexuelle de son conjoint. À cela, s'ajoute la mauvaise réputation du préservatif, accusé de diminuer le plaisir sexuel (Bond et Dover, 1997). Même dans les couples qui se savent séro-différents, au sein desquels la protection de la transmission sexuelle du VIH est cruciale, l'usage du préservatif reste problématique. Au cours d'un entretien, une femme VIH+ explique ainsi comment elle ne peut se résoudre à utiliser des préservatifs au cours des rapports sexuels avec son mari, lui-même VIH-, car ce préservatif lui rappelle de façon trop douloureuse son infection (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*).

Retarder la reprise des rapports sexuels après une naissance : une stratégie alternative au préservatif ?

Parallèlement à cette faible utilisation du préservatif, on observe une augmentation de la durée d'abstinence post-partum chez les femmes séropositives suivies dans DITRAME par rapport à la valeur obtenue dans un groupe comparable avant le dépistage du VIH : 12,0 mois (Déviation Standard [DS] : 8,8) contre 9,6 mois (DS : 12,9) (Desgrées du Loû *et al.*, 2002 ; Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Dans les faits, l'écart est plus important, car la durée moyenne d'abstinence post-partum est en fait sous-estimée : dans le groupe de contrôle, on calcule une durée moyenne d'abstinence post-partum dans un intervalle fermé entre deux grossesses, où toutes les femmes ont repris leur activité sexuelle après la première grossesse, alors que dans le groupe étudié on observe un intervalle ouvert, avec 23 femmes qui sont toujours en abstinence post-partum au moment de l'enquête. Cet allongement de la durée d'abstinence post-partum est

plus important chez les femmes qui n'ont pas informé leur partenaire de leur séropositivité (tableau 2). Il s'agit peut-être d'une des stratégies adoptées par ces femmes qui se savent séropositives pour éviter le risque de transmission sexuelle, face à la difficulté qu'elles rencontrent à utiliser le préservatif.

Cependant, l'augmentation de la durée d'abstinence post-partum ne concerne pas toutes les femmes de la même façon ; cette pratique varie en fonction de leur profil sociodémographique qui, selon les cas, leur donne plus ou moins de facilité à la mobiliser et, partant, à l'adopter. Il est, par exemple, plus facile pour les femmes qui ne sont pas en union, de décider de ne pas reprendre les relations sexuelles que pour les femmes en union : on observe ainsi une durée d'abstinence deux fois plus longue chez les premières (tableau 2). Par ailleurs, il semble que le niveau d'instruction soit aussi une variable déterminante de l'adoption de cette stratégie. On peut faire l'hypothèse que, pour expliquer au conjoint une longue durée d'abstinence sans pour autant lui révéler leur séropositivité, les femmes se retranchent vraisemblablement derrière la tradition d'abstinence post-partum prolongée, tradition plus difficile à invoquer pour les femmes instruites que pour les femmes non instruites. Traditionnellement, la reprise des relations sexuelles était conditionnée à l'arrêt de l'allaitement, une des croyances à l'origine du tabou post-partum étant que le sperme gêne le lait (Van de Walle et Van de Walle, 1998). On aurait alors pu penser que l'adoption d'un sevrage précoce chez ces femmes VIH+ (selon les recommandations de l'OMS pour réduire le risque de transmission du VIH par le lait) s'accompagne d'une réduction de l'abstinence post-partum ; or, nous observons le contraire. Ces femmes qui se savent séropositives s'appuient donc sur des arguments autres que l'allaitement pour justifier la reprise tardive des relations sexuelles, un aspect qui reste à approfondir dans des recherches ultérieures.

Tableau 2. Déterminants de la durée d'abstinence sexuelle post partum chez des femmes suivies après une grossesse au cours de laquelle elles ont été dépistées pour le VIH. Analyse de Kaplan Meyer. N=149. Projet DITRAME ANRS 049, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-2000

Variable	N	Médiane de l'abstinence post-partum en mois* (95 % CI)	p
Age			
15-24 ans	47	15,8 (12,0-19,6)	0,47
≥ 25 ans	64	22,1 (17,4-26,7)	
Statut marital			
Non en union	17	32,6 (25,8-39,4)	0,004
En union	92	17,3 (13,6-21,0)	
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	39	23,8 (18,3-29,2)	0,04
Instruction primaire	45	16,6 (12,2-21,0)	
Instruction secondaire	26	18,5 (11,4-25,6)	
Parité			
1	13	19,5 (12,9-26,1)	0,03
2-4	75	15,9 (12,0-19,7)	
≥ 5	19	29,3 (21,5-37,0)	
Information du partenaire			
No	63	20,8 (16,1-25,5)	0,05
Yes	46	17,1 (12,3-21,9)	
Le partenaire désire un autre enfant			
No	44	17,3 (12,4-22,3)	0,96
Yes	33	16,1 (10,8-21,4)	
Statut du bébé DITRAME			
Mort-né ou décédé	16	11,3 (7,0-15,5)	0,14
Vivant	95	20,7(17,0-24,4)	

Source : Desgrées du Loué A, Msellati P, Viho I *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n°7 pp. 462-468

Notes : * estimé par le modèle de Kaplan Meyer en tenant compte des données censurées
IC : intervalle de confiance

Contraception et procréation face au VIH

Le contexte ivoirien et abidjanais : une baisse de la fécondité notable...

La Côte d'Ivoire est un des pays qui présente les plus forts taux de fécondité du monde, avec près de 5 enfants par femme. Cependant, cette situation évolue rapidement : en moins de 20 ans, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,2 à 5,2, soit deux enfants de moins en moyenne, ce qui représente une réduction de la fécondité considérable sur une période aussi courte (Kouassi, 1995 ; EDS-CI 1998). Ce phénomène est particulièrement vrai à Abidjan, capitale économique, où le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 4,7 en 1988 à 3,5 en 1998, atteignant ainsi des niveaux comparables à ceux des pays d'Amérique latine. Les principaux facteurs qui influent sur ces niveaux de la fécondité sont l'urbanisation (l'indice de fécondité est près de deux fois plus élevé en zone rurale qu'à Abidjan) et l'instruction : les femmes ayant été à l'école jusqu'au niveau secondaire ont en moyenne 2,3 enfants au cours de leur vie, tandis que celles qui n'ont jamais été à l'école ont plus de six enfants (EDS-CI, 1998).

... à mettre en rapport avec l'épidémie de VIH/sida ?

Cette baisse de la fécondité au cours des quinze dernières années a été concomitante avec le développement de l'épidémie de sida dans la ville d'Abidjan. On a vu dans un paragraphe précédent qu'on ne pouvait imputer à l'épidémie de VIH/sida, une baisse notable de la fécondité grâce à des mécanismes biologiques, l'impact biologique sur la fertilité et la fécondité des couples étant faible pour le niveau de prévalence que connaît la Côte d'Ivoire. On pourrait en revanche faire l'hypothèse que la baisse de fécondité observée soit l'effet d'une réaction de la population au risque de VIH/sida. Dans certains pays comme l'Ouganda, on a observé que les jeunes filles commencent les relations sexuelles et se marient plus tard qu'auparavant, et ce à cause de la peur du sida (Mukisa-Gapere et

Ntozi, 1995), facteur pouvant être à l'origine d'une baisse de la fécondité. Par ailleurs, la tradition selon laquelle l'épouse d'un homme décédé doit se remarier avec le frère de ce dernier, est battue en brèche dans de nombreux pays par peur que ces veuves ne soient porteuses du virus. Enfin, on pourrait s'attendre à une augmentation des divorces et séparations en cas d'infidélité conjugale, le sida engendrant une moins grande « tolérance conjugale ». Tous ces changements iraient dans le sens d'une baisse de la fécondité. Parallèlement, les programmes de lutte contre le VIH/sida, préconisant la protection des rapports sexuels ou l'abstinence, pourraient aussi tendre à diminuer la fécondité des individus.

En pratique, si on observe effectivement un recul de l'âge au mariage à Abidjan (l'EDS de 1998 mesure un recul de l'âge médian à la première union de 1,3 ans (18,4 à 19,7 ans) entre les générations 30-34 ans et 25-29 ans), il est difficile de l'imputer à l'épidémie de VIH/sida, car on peut observer un recul semblable dans d'autres pays beaucoup moins touchés par cette épidémie (Van de Walle, 1996). Par ailleurs on a vu, d'une part, que les conseils de prévention du VIH/sida par la protection des rapports sexuels étaient dans l'ensemble peu suivis dans la population générale, et, d'autre part, que le préservatif est utilisé essentiellement dans le cadre de relations sexuelles perçues comme étant à risque (relations occasionnelles, avec des prostituées...)⁶. Le préservatif reste très peu utilisé au sein des couples stables et ses répercussions en terme de baisse de fécondité des individus sont sans doute marginales.

Il semble donc que la baisse de fécondité que l'on observe à Abidjan depuis quinze ans soit plutôt l'effet d'une évolution globale des mentalités en matière de procréation : en effet, le nombre idéal d'enfants déclaré par les hommes comme par les femmes diminue au cours des générations : en 1994, il était d'environ 4 chez les plus jeunes générations, contre 6 chez les plus âgés (Kouassi, 1995). Cependant, comme on peut le voir, même s'il diminue, le nombre idéal d'enfants reste élevé : quatre enfants ou plus selon les âges. Ainsi, s'il est indéniable que la Côte d'Ivoire connaît actuellement d'importants bouleversements dans

6. On peut noter toutefois que le nombre de préservatifs achetés en Côte d'Ivoire est passé de 500 000 unités par an en 1992 à environ 33 millions d'unités en 2002.

les pratiques et les mentalités en matière de procréation, elle n'en demeure pas moins un pays à forte fécondité, où la procréation et la maternité sont largement valorisées (Dédy et Tapé, 1995).

Contraception et procréation chez les femmes VIH+

Si, sur l'ensemble de la population, on observe une baisse de la fécondité qui semble indépendante de l'épidémie de sida, que se passe-t-il en termes de choix de procréation chez les personnes qui se savent infectées par le VIH ?

On pourrait s'attendre à une réduction volontaire de la fécondité des individus, face à la menace du sida. En effet, lorsqu'un individu apprend qu'il est infecté par le VIH, le conseil délivré par les équipes de santé est d'utiliser des préservatifs à chaque relation sexuelle, et, pour les femmes, d'éviter toute nouvelle grossesse, pour éviter de donner naissance à un enfant qui pourrait être infecté ou qui pourrait se retrouver orphelin quelques années plus tard.

Les résultats des enquêtes que nous avons menées à Abidjan auprès de femmes VIH+ montrent en fait le contraire : bien que la pratique contraceptive observée dans le projet DITRAME de réduction de la transmission mère — enfant soit largement plus élevée que dans la population générale (environ 30 %, à comparer à 16 % d'utilisation mesurée dans la population du même quartier en 1997 (Toure *et al.*, 1997)), l'incidence des grossesses reste élevée : sur les 149 femmes VIH+ enquêtées en 1999, 37 ont eu au moins une grossesse au cours du suivi post-partum, ce qui correspond, en rapportant aux durées de suivi des femmes, à une incidence des grossesses de 10,8 grossesses pour 100 femmes — années au risque pour les 12 premiers mois post-partum et de 16,5 grossesses pour 100 femmes — années au risque sur les 24 premiers mois post-partum. Cette forte incidence des grossesses dans les deux ans qui suivent la fin de la grossesse au cours de laquelle les femmes ont appris qu'elles étaient séropositives se retrouve dans toutes les catégories sociales, y compris chez les femmes instruites (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Parmi les principaux facteurs de survenue d'une nouvelle grossesse chez ces femmes

que nous avons suivies et qui se savent VIH+, trois étaient attendus : le décès du bébé index, la durée d'allaitement du bébé index et la durée d'abstinence post-partum après l'accouchement index. On retrouve là des déterminants proches classiques de la fécondité : plus l'allaitement et plus la durée d'abstinence post-partum sont longs, plus l'intervalle entre cette grossesse et la suivante est long. Inversement, lorsque le bébé décède, la grossesse suivante survient plus rapidement (appelé « phénomène de remplacement »). En revanche, le quatrième facteur que nous avons observé était très inattendu : le niveau d'instruction de la femme augmente fortement la probabilité de survenue d'une deuxième grossesse (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). L'incidence des grossesses sur les 12 premiers mois post-partum est en effet de 7,5 pour 100 femmes — années chez les non scolarisées, 10,7 pour 100 femmes — années chez les femmes d'instruction primaire et 20,9 pour 100 femmes — années chez les femmes d'instruction secondaire. Par ailleurs, ni l'utilisation d'une contraception à un moment du suivi post-partum, ni le partage de l'information du statut sérologique avec le partenaire n'influent de façon significative sur la survenue d'une grossesse.

Ces observations montrent que, loin d'éviter une nouvelle grossesse parce qu'elles se savent VIH+, les femmes expriment un désir d'enfant (que nous avons pu vérifier à partir des entretiens qualitatifs) et le réalisent.

En termes d'incidence des grossesses, des résultats similaires ont été observés en France chez les femmes infectées par le VIH suivies en France, originaires d'Afrique de l'Ouest (Fourquet *et al.*, 2001). On retrouve aussi les mêmes résultats dans les autres pays africains où sont suivies des femmes VIH+ dans le cadre de projets de prévention de la transmission mère — enfant. Dans ces différents projets, le dépistage du VIH et l'information associée (conseils de protection des rapports sexuels et de contraception, délivrance gratuite des préservatifs et contraceptifs), n'ont pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives par le VIH. Une étude au Rwanda a, au contraire, montre que les femmes qui ont moins de quatre enfants se « dépêchent » alors de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un

nombre idéal d'enfants, malgré (ou à cause de) la découverte de leur infection par le VIH (Allen *et al.*, 1993 ; Keogh *et al.*, 1994).

Il apparaît en effet qu'en Afrique, la décision de ne plus avoir d'enfants expose la femme à trop de risques. Le risque le plus fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, est celui d'être rejetée par le partenaire qui désire, lui, avoir des enfants. En effet, dans de nombreux cas (environ un sur deux), la femme n'annonce pas sa séropositivité, par peur d'être totalement abandonnée par son mari ou son partenaire, mais il devient alors extrêmement difficile d'expliquer au mari comme à la belle-famille le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre d'enfants estimé suffisant. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle-mère pour faire un autre enfant : ces femmes craignent que les belles-mères n'influencent leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas (le plus fréquent) où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme « malade » puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives qui n'ont pas encore atteint le nombre d'enfants espéré, décider de ne plus jamais procréer constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort liée à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. À la mort physique, s'ajoute une mort spirituelle et lignagère parce que sans descendance (c'est ce qu'expriment les femmes VIH+ dans les entretiens et témoignages recueillis). L'enfant à venir est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu « dans sa descendance » (Aka Dago *et al.*, 1999).

On retrouve ainsi, appliquée au domaine de la procréation, la même problématique que celle développée à propos du décalage entre la connaissance du risque de l'infection par le VIH et l'adaptation des comportements sexuels : il a été largement montré qu'il ne suffisait pas qu'un individu connaisse le risque de l'infection par le VIH pour qu'il adopte des comportements de préven-

tion. Dans le domaine de la procréation, comme dans celui de la sexualité, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, ou que la naissance d'un enfant infecté. Dans la hiérarchie des risques, le risque sanitaire (contracter l'infection par le VIH ou la transmettre au partenaire) est moins important que les risques sociaux, familiaux et affectifs liés à l'arrêt de la sexualité et de la procréation, d'où certains choix individuels qui vont souvent à l'encontre des choix préconisés par les programmes de lutte contre le sida.

Il est intéressant de noter que la décision de démarrer une nouvelle grossesse semble être un choix plutôt individuel qu'un choix de couple, à la différence du port des préservatifs. Les premiers entretiens qualitatifs révèlent en effet que si le préservatif est un sujet discuté au sein du couple et pour lequel l'avis du partenaire revêt une importance certaine, c'est moins le cas pour les choix de procréation (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*). Cela se traduit dans le modèle quantitatif de survenue d'une nouvelle grossesse, par le fait que l'information du partenaire sur le statut sérologique de la femme n'influe pas sur la probabilité de commencer une nouvelle grossesse.

Face à ce constat, les avancées de la recherche et de la santé publique en termes de réduction de la transmission mère — enfant du VIH dans les pays en développement semblent d'autant plus précieuses. Le conseil donné aux femmes de ne plus procréer est en effet contradictoire, d'une part, avec l'attitude nataliste en vigueur dans le pays — avec tout ce que cela implique en termes de reconnaissance sociale et de valeurs — et, d'autre part, avec des aspirations individuelles, la construction d'un avenir. Si le conseil donné aux personnes infectées par le VIH de ne plus avoir d'enfants apparaît pour ces dernières comme impossible, voire impensable, on peut depuis quelques années au moins accompagner leur désir de fécondité en limitant dans la mesure du possible le risque d'infection pour les enfants à naître. Les programmes de prise en charge des personnes infectées par le VIH doivent en tous cas aujourd'hui tenir compte de ces éléments non sanitaires dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant.

Cependant, parallèlement à ce désir d'enfant, parfois clairement exprimé, la forte incidence des grossesses que nous avons observée chez ces femmes VIH+ suivies au sein du projet DITRAME était aussi en partie due à une difficulté à contrôler leur fécondité : la moitié de ces grossesses n'étaient pas désirées (d'après ce qu'ont déclaré les femmes), et un tiers ont été interrompues par un avortement volontaire. Comme cela l'a été dit plus haut, ces femmes qui se savaient infectées par le VIH utilisaient peu le préservatif et la pratique contraceptive restait faible.

Nous avons décrit précédemment comment ces femmes, qui se savent VIH+, face à la difficulté qu'elles ont à proposer le préservatif à leur partenaire, s'appuient sur la méthode traditionnelle de l'abstinence post-partum pour retarder le plus possible la reprise de l'activité sexuelle et les problèmes qui peuvent en découler. Cependant, comme on l'a dit plus haut (tableau 3), les femmes les plus instruites semblent avoir plus de difficultés à recourir à ces tabous traditionnels : on observe dans le groupe des femmes les plus instruites une incidence des grossesses dans la première année *post partum* deux fois plus forte que chez les moins instruites, sans que ces grossesses ne soient désirées (la plupart se terminent par des avortements) (Desgrées du Loû *et al.*, 2002). Cela vient de ce que ces femmes instruites reprennent les rapports sexuels plus tôt que les femmes moins instruites, mais sans pour autant adopter une contraception efficace ou utiliser des préservatifs systématiquement dès la reprise de l'activité sexuelle.

La question de l'offre de contraception dans le post-partum, point important dans les programmes de santé de la reproduction dans toute l'Afrique, est donc à considérer attentivement dans un contexte d'infection par le VIH. En effet, en l'absence de pratique contraceptive efficace après une naissance, le risque de redémarrer une grossesse trop rapidement existe pour toutes les femmes, mais il est légèrement plus important chez les femmes infectées par le VIH, qui décident de ne pas allaiter leur enfant pour réduire le risque de transmission postnatale du VIH par le lait : la réduction de la durée d'allaitement entraîne en effet une réduction de la durée d'aménorrhée post-partum, et ces femmes redeviennent fécondes précocement.

Tableau 3. Déterminants du risque d'être enceinte à nouveau au cours du suivi post-partum.
Régression de Cox chronologique. Projet DITRAME ANRS 049,
Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-2000

	Rapport des risques* (95 % CI)			
	Modèle A N=134	Modèle B N=128	Modèle C N=101	Modèle D N=97
Bébé Ditrane Mort-né ou DCD**				
Oui vs Non	6,6 (2,5-17,0)	NI	3,2 (0,9-11,2)	NI
Sevrage**				
Oui vs Non	NI	9,0 (1,9-42,4)	NI	6,0 (0,6-44,4)
Reprise des rapports sexuels **				
Oui vs Non	NI	NI	13,7 (2,7-68,6)	12,3 (2,4-61,8)
Age				
≥ 25 vs 15-24 ans	0,6 (0,2-1,4)	0,6 (0,3-1,5)	0,7 (0,2-2,4)	0,9 (0,3-2,5)
Statut matrimonial				
En union vs non en union	1,2 (0,4-3,8)	1,9 (0,6-5,9)	0,9 (0,2-3,5)	1,3 (0,3-4,9)
Niveau d'instruction				
Primaire vs aucun	1,4 (0,5-3,6)	1,4 (0,5-3,9)	1,1 (0,3-3,6)	1,3 (0,4-4,7)
Secondaire vs aucun	3,2 (1,0-9,5)	2,8 (0,9-8,7)	1,8 (0,5-6,2)	1,9 (0,5-7,0)
Parité				
1-3 vs 0	2,4 (0,7-8,7)	2,7 (0,7-9,6)	0,9 (0,2-4,6)	0,9 (0,2-4,4)
≥ 4 vs 0	3,6 (0,7-21,0)	3,1 (0,5-17,9)	1,3 (0,1-12,2)	0,8 (0,1-7,2)
Pratique contraceptive***				
Oui vs Non	0,8 (0,4-1,8)	0,5 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-2,1)	0,4 (0,1-1,2)
Partenaire informé femme VIH+				
Oui vs Non	1,1 (0,5-2,5)	0,5 (0,2-1,1)	0,9 (0,3-3,0)	0,4 (0,1-1,1)

Source : Desgrées du Lou A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002, « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n° 7, pp. 462-468.

Notes : *Un rapport des risques inférieur à 1 signifie que la probabilité de survenue d'une nouvelle grossesse est réduite, donc l'intervalle entre les deux grossesses allongé.

** covariables dépendantes du temps.

*** utilisation d'une méthode contraceptive moderne au moins une fois au cours du suivi.

NI : variable non incluse dans le modèle.

Les données statistiquement significatives, ou au seuil de la significativité, sont en gras.

Le couple face au VIH : premiers éléments

L'analyse des comportements sexuels, puis celle des comportements de procréation nous ont, bien entendu, conduit à nous intéresser à la notion de couple. Il est clair en effet que les choix et les comportements en matière de procréation ne peuvent être étudiés comme relevant uniquement de motivations individuelles des femmes concernées. Ils doivent être resitués dans un contexte plus large au sein duquel ils prennent forme, à savoir, le couple. Cette prise en compte du couple dans les choix de fécondité, de procréation face au problème du sida est d'ailleurs particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles.

En particulier, le dialogue entre les deux membres du couple sur les conseils donnés à celui qui apprend qu'il est infecté par le VIH est un aspect essentiel qui peut donner sens aux comportements adoptés en matière de prévention du sida. En effet, cet échange représente la toile de fond sur laquelle prennent forme des attitudes et des conduites à partir desquelles les négociations sont possibles. Si par exemple, les informations transmises à une femme séropositive, dans le cadre d'un projet de réduction de la transmission mère — enfant du VIH, ne sont pas discutées au sein du couple, on est à même de se demander comment elle pourra imposer l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels ou convaincre son partenaire de la nécessité d'alimenter le bébé au biberon. La notion de communication est donc ici déterminante, dans la mesure où elle est à même de faciliter ou de compliquer la mise en application des conseils prodigués.

C'est pourquoi, au-delà des notions de sexualité ou de procréation, notre équipe s'attache, au sein du programme DITRAME PLUS 3, par une approche qualitative, à mieux comprendre la relation qui existe entre les femmes suivies dans des projets de prévention de la transmission mère — enfant et leur (s) partenaire(s) sexuel(s), dans le but de cerner les éléments constitutifs de la vie en couple qui facilitent ou empêchent une gestion objectivement correcte des conseils de prévention relatifs au VIH/sida, et en particulier

des conseils en matière de protection des rapports sexuels, de contraception et de procréation. Nous présentons ici des premiers résultats, l'enquête étant actuellement en cours.

En dépit, de façon générale, d'un échange peu intense avec son partenaire autour des conseils donnés aux femmes au sein du projet, il faut noter qu'il existe un minimum de dialogue sur cette question au sein du couple (Agbo et Tijou-Traore, 2002 ; Tijou-Traore, 2003, Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*).

Le projet de procréation est parfois objet de réajustement face au risque de VIH. Les partenaires séropositifs rencontrés tendent à être plus réticents que les autres à envisager d'autres naissances. Si certains préfèrent renoncer à leur projet initial, d'autres pensent nécessaire de limiter le nombre de naissances. Ce qui est moins le cas des partenaires VIH- qui n'envisagent pas autant la nécessité de moduler leur projet. Inversement, certains individus (femmes comme hommes) qui pensaient ne plus pouvoir avoir d'enfants sont revenus sur leur décision au regard des informations reçues dans le cadre du projet en relation avec la prévention de la transmission mère — enfant. C'est le cas d'une femme âgée de 24 ans qui est vendeuse de bouillie : « Je me suis dit que ayant la maladie, je ne peux plus faire d'enfants, mais je vois que ce n'est pas le cas (...) parce que l'on peut avoir la maladie et faire des enfants ».

Il apparaît que ce désir d'enfant est parfois l'objet de conflits au sein du couple. Les situations que nous avons rencontrées à ce stade de l'analyse montrent que, dans la plupart des cas, c'est la femme qui souhaite préserver son projet de procréation face à un partenaire qui perçoit le projet « trop risqué », compte tenu du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Dans la plupart des cas, les enquêtes montrent que le dialogue, d'une part autour du statut sérologique de l'un ou l'autre membre, d'autre part autour des conseils donnés, favorise les changements de comportement au sein du couple.

Par ailleurs, certains propos de partenaires tendent à remettre en question des stéréotypes bien connus laissant penser que la femme est confinée dans une situation de soumission ne lui permettant pas de gérer le risque de transmission du VIH comme il se doit. À travers ces stéréotypes, on montre souvent l'image

d'un partenaire faisant obstacle aux méthodes de prévention de la transmission du VIH. Les entretiens que nous avons menés tendent ainsi à nuancer ce constat. Il apparaît, par exemple, que lorsque le préservatif n'est pas utilisé dans un couple atteint par le VIH, cela peut provenir tout autant d'une réticence de la femme à l'utiliser que de l'homme (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, soumis). En ce qui concerne la procréation, le contexte est un peu différent : comme nous l'avons dit précédemment, bon nombre d'études ont souligné combien la procréation était importante pour une femme séropositive et il existe un protocole thérapeutique permettant de diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant. En dépit de cela, il faut souligner l'attitude de certains partenaires qui s'efforcent de faire prendre conscience à leur femme du risque de transmission du VIH/Sida en remettant en question le projet de procréation initial ou en cherchant à le retarder ou le diminuer. Bien entendu ces données doivent être mises en perspective avec d'autres variables (statut sérologique du partenaire, connaissance sur le sida, situation familiale....) et doivent être davantage approfondies dans la suite de cette recherche, ces premières données, rappelons-le, ne portant que sur un nombre restreint d'entretiens.

Conclusion

L'épidémie de VIH/sida intervient en Afrique dans un contexte de baisse lente mais généralisée de la fécondité. Dans ce cadre, peut-on observer un impact spécifique de cette épidémie sur la fécondité et les comportements de procréation ? Il ressort des différentes études, et des enquêtes menées à Abidjan dans ce domaine, que globalement cette épidémie contribue à la réduction de la fécondité dans les pays africains, au niveau des individus comme au niveau des groupes, mais cela tient plus aux retentissements physiologiques de l'infection par le VIH sur la santé des femmes et des hommes, et à l'adoption de comportements de protection par rapport au risque d'infection par le VIH (retard de l'entrée en vie sexuelle, diminution de l'activité sexuelle, préservatifs...) qu'à des choix de procréation de la part des personnes infectées. Les premières

approches montrent que, dans ce domaine, il est difficile d'établir un modèle général, et que, dans chaque population, selon l'intensité de l'épidémie et les pratiques en vigueur (en matière de contraception, de comportements sexuels, de protection des rapports sexuels...), les rapports entre VIH et fécondité sont spécifiques.

D'autre part, nos efforts pour comprendre l'impact de cette épidémie sur les aspects comportementaux de la fécondité (procréation mais aussi sexualité), nous ont conduit à nous interroger sur les rapports au sein du couple. En effet les décisions en matière de protection des rapports sexuels et de procréation impliquent non seulement la femme mais aussi son conjoint, quel que soit le lien (matrimonial ou non) entre les deux partenaires. Une deuxième question se pose alors, dans une problématique de changements des comportements : l'épidémie de sida contribue-t-elle à une évolution des rapports au sein du couple ?

L'analyse de la bibliographie en la matière, montre qu'on assiste actuellement dans plusieurs pays d'Afrique, depuis quelques décennies, à une transition du modèle familial, qui s'accompagne nécessairement d'une transition du modèle de couple : on passe de sociétés souvent polygames, fondées sur une notion communautaire de la famille, lieu d'alliance entre lignages, à des sociétés basées sur la famille nucléaire, fondées sur le lien conjugal, qui relie deux individus et non plus deux familles (Vimard, 1993). Ainsi, le lien conjugal, qui devait composer avec d'autres réalités (liens lignagers, liens filiaux, etc...) prend peu à peu le devant de la scène. Cette évolution se traduit par une plus grande place des femmes dans les décisions qui concernent la famille, un dialogue plus équitable dans le couple qui évolue vers un « partenariat » entre l'homme et la femme (Hollo et Larsen, 1997). À Abidjan, grand centre urbain « creuset de la modernité », on observe effectivement une évolution vers ce type de modèle, même si des situations matrimoniales et conjugales fort différentes co-existent. Il est difficile de démêler le rôle de l'épidémie de sida dans cette évolution. Mais on peut dire qu'à ce changement de nature du lien conjugal, l'épidémie de sida confère un caractère d'urgence, car les éléments qui l'accompagnent (plus grande place de la femme dans le processus de décision, plus grand dialogue)

sont essentiels pour une prévention efficace de la transmission du VIH au sein du couple. La situation est variée et encore incertaine : s'il y a des prises de conscience et une aspiration explicite à la communication verbale au sein du couple, il reste que l'échange tel que présenté par les personnes rencontrées n'est pas toujours à même de favoriser les négociations nécessaires (Tijou-Traore et Desgrées du Loû, *soumis*). La protection des rapports sexuels entre conjoints en cas d'infection par des MST ou le VIH (ou de suspicion d'infection) reste un des points les plus problématiques. Ainsi, on peut dire avec Thomas Painter (2001) que, pour améliorer l'utilisation du préservatif lors des relations conjugales, il faut que les programmes de prévention prennent en compte la communication qui va s'établir dans un couple à propos de ce moyen de prévention.

De même qu'il a été montré que les programmes de planification familiale doivent s'adresser aussi aux hommes et pas seulement aux femmes, il apparaît nécessaire aujourd'hui, en matière de lutte contre le sida, d'adopter la même approche selon laquelle les actions de prévention doivent s'adresser non seulement à l'homme ou la femme, mais également au couple. Cette manière de penser la prévention est d'autant plus essentielle que le couple est le premier « lieu » de la transmission sexuelle du VIH en Afrique. Ce questionnement sur la question du sida au sein du couple implique au préalable de mieux cerner tout ce que recouvre la notion de couple en Afrique, en ces temps de mutation, et il semble que c'est un champ de recherche encore largement inexploré.

Références bibliographiques

- AGBO H. et TIJOU-TRAORE A., 2002, « Projet DITRAME PLUS Troisième partie : du dialogue au changement de comportement en matière de sexualité et de procréation après le dépistage du VIH », présentation à l'atelier de l'UMR 151, Marseille, novembre 2002.
- AKA-DAGO-AKRIBI H., DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., DOSSOU R. et WELFENS EKRA C., 1999, « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Health Reproductive Matters* n° 7, pp. 20-29.
- ALLEN S., SERUFILIRA A., GRUBER V. *et al.*, 1993, « Pregnancy and contraception

use among urban rwandan women after HIV testing and counseling », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 5, pp. 705-710.

- BOND V. and DOVER P., 1997, « Men, women and the trouble with condoms : problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia », *Health Transition Review*, sup. vol. 7, pp. 377-391.
- BONNET D. et GUILLAUME A., 2004, « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A., KHLAT M. (éd.), *Santé et droits de la reproduction au temps du Sida*, CePed, Les collections du CePed, Rencontres, CePed, Paris, pp. 11-32.
- BROU H., 2003, « Déterminants de la protection des rapports sexuels et de la pratique contraceptive après la proposition du test de dépistage pour le VIH dans le cadre d'une étude de la transmission mère — enfant à Abidjan », Mémoire du DEA « Épidémiologie et intervention en santé publique », Bordeaux 2, juillet 2003, 65 p. + ann.
- BROU H. , ZADY G. , ZANOU B. *et al.*, 2003, « Protection of sexual intercourse and contraceptive use after HIV testing : comparison between HIV + and HIV- women. ANRS 1253, DITRAME PLUS Project, 2001-2002, Abidjan, Cote d'Ivoire » The 13th International Conference on AIDS & STIs in Africa. Nairobi, Kenya, Septembre 2003, communication orale, ref. 801339.
- DABIS F., LEROY V., CASTETBON K., *et al.* 2000, « Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000 », *AIDS*, vol. 14, pp. 017-26.
- DÉDY S. ET TAPÉ G., 1995, *Sida et procréation en Côte d'Ivoire, le cas d'Abidjan*. PNLS, direction régionale de la Santé publique et des Affaires sociales du Sud, Coopération Française, août 1995.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. *et al.*, 2002, , « Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME Project ANRS 049, Abidjan 1995-2000 ». *Int J of STDs and AIDS*, vol. 13, n° 7, pp. 62-468.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., YAO A. *et al.*, 1999, « Impaired fertility in HIV1 infected pregnant women : a clinic based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997 ». *AIDS*, vol. 13, pp. 517-21.
- DESGRÉES DU LOÛ A. 1998, « Sida et santé de la reproduction en Afrique : enjeux et défis », *Population*, vol. 4, pp. 701-730.
- DESGRÉES DU LOÛ A., BÉCHON N. (de), 2001, « Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative », in Msellati P., Vidal L. et Moatti J.-P. (éd.), *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onusida/Ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux.*, ANRS, collection sciences sociales et sida, Paris, pp. 253-268.

- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., LA RUCHE G. *et al.*, 1999 « Estimation of HIV-1 prevalence in the population of Abidjan by adjustment of the prevalence observed in antenatal centres », *AIDS*, vol. 13, n° 4, pp. 526-527.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., RAMON R *et al.*, 1998, « HIV -1 infection and reproductive history : a retrospective study among pregnant women : Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1996 », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 9, pp. 452-6.
- Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999. 2001, Institut national de la statistique, Côte d'Ivoire, ORC Macro, 298 p.
- FOURQUET F., LE CHENADEC J., MAYAUX M.-J. ET MEYER L. for the SEROCO and SEROGEST Group. 2001, « Reproductive behaviour of HIV infected women being in France according to geographical origin », *AIDS*, vol. 15, n° 16, pp. 2193-96.
- GLYNN J., BUVÉ A., CARAËL M. *et al.*, 2000, « Decreased fertility among HIV 1 infected women attending antenatal clinics in three African cities », *J. Acquir Immune Def Syndr*, vol. 25, pp. 345-52.
- GRAY R., WAVER M., SERWADDA *et al.*, 1998, « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda », *Lancet*, vol. 351, pp. 98-103.
- HOLLOS M et LARSEN U., 1997, « From lineage to conjugality : the social context of fertility decisions among the Pare of Northern Tanzania », *Soc Sci Med*, vol. 45, n° 3, pp. 361-372.
- KEOGH P., ALLEN S., ALMEDAL C., TEMAHAGILI B., 1994, « The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study », *Soc Sci Med*, vol. 38, n° 8, pp. 1047-1053.
- KOUASSI L., 1995, « Préférences en matière de fécondité », Enquête démographique et de santé 1994. Côte d'Ivoire, Institut national de la statistique de Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA, pp. 89-102.
- MUKIZA-GAPERE J. et NTOZI J., 1995, « Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda », *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic, AIDS, Supplement to volume 5, pp. 201-208.
- MSELLATI P., VIDAL L. et MOATTI J.-P. (éd.), 2001, L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'initiative Onusida/ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux. ANRS, collection Sciences sociales et sida, Paris, 327 p.
- PAINTER T. 2001, « Voluntary counseling and testing for couples : a high leverage intervention for HIV/AIDS prevention in Sub saharan Africa », *Soc Sci and Med*, vol. 53, pp. 1397-1411.
- RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION et DE L'HABITATION de 1998, RGPH-1998, 2002, République de Côte d'Ivoire, Institut national de la statistique.

- SAKAROVITCH C, MSELLATI P, BEQUET L *et al.* 2003, « HIV prevalence and incidence among pregnant women in Abidjan, 1995-2002 ». XIII^e conférence internationale sur le sida en Afrique, Nairobi 21-26 septembre 2003, Résumé TuePs397727.
- SETEL P, 1995, « The effects of HIV and AIDS on fertility in East and Central Africa », *Health Transition Review*, The third World AIDS epidemic. Supplement to vol. 5, pp. 179-190.
- TIJOU-TRAORE A., 2000, *Situations de vie, risques au quotidien et risque sida chez des jeunes citadins (Daloa, Côte d'Ivoire)*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et culturelle, Université de Bordeaux 2, 367 p.
- TIJOU-TRAORE A. et DESGRÉES DU LOÛ A., « Dialogue et gestion du sida au sein de couples sérodifférents résidant à Abidjan, Côte d'Ivoire », Soumis à *Sciences Sociales et Santé*
- TIJOU-TRAORE A. 2003, « La gestion du VIH/sida au sein du couple. Le cas des femmes et de leur partenaire résidant à Abidjan (Côte d'Ivoire) », Projet de recherche Ensemble contre le sida, 2003.
- TIJOU-TRAORE, A., AGBO H., GNONZIBA G. *et al.*, 2003, « La gestion des conseils de prévention de la transmission du VIH/sida au sein de couples sérodifférents : dialogue au présent et projection dans l'avenir. Projet DITRAME PLUS ANRS 1253, Abidjan », The 13th International Conference on AIDS & STIs in Africa. Nairobi, Kenya, septembre 2003. Poster 591525.
- TOURE L., KAMAGATE Z., GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., 1997, « Planification familiale et santé de la reproduction à Yopougon. Rapport d'enquête », *Études et Recherches ENSEA* n° 22, 66 p. + annexes.
- UNAIDS, 1999, « Prevention of HIV transmission for mother to child. Strategic options », UNAIDS, coll. Best practice collections, 18 p. <http://www.unaids.org>.
- VAN DE WALLE E. et F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », in TABUTIN D. (éd.). *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*. L'Harmattan, pp. 141-166.
- VAN DE WALLE E. 1996, « L'âge au mariage. Tendances récentes », in Foote K., Hill A., Martin L.G. *Changements démographiques en Afrique Subsaharienne* INED, PUF, pp. 119-154.
- VAN ROSSEM R., MEEKERS D., AKINYENI Z. 2001, « Consistent condom use with different types of partners : evidence from two Nigerian Surveys », *Aids Educ Prev*, vol. 13, n° 3, pp. 252-267.
- VIDAL L., MSELLATI P., 2000, « Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ? », *Afrique contemporaine*, Numéro spécial 3^e trimestre 2000, pp. 91-104.
- VIMARD P., 1993, « Modernité et pluralité familiale en Afrique de l'Ouest », *Revue Tiers Monde*, tome XXXIV, n° 133, pp. 89-115.

ZABA B AND GREGSON S, 1998, « Measuring the impact of HIV on fertility in Africa », AIDS, vol. 12, suppl.1 : S41-S50.

ZANOU B., NYANKAWINDEMERA A., TOTO J.-P. *et al.* 1999, « Enquête de surveillance de comportements relatifs aux MST/sida en Côte d'Ivoire (BSS Octobre 1998). Rapports », (4 tomes) ENSEA, Impact, USAID, SFPS, octobre 1999.

TROISIÈME PARTIE

Comportements et stratégies de reproduction

*Mise en place d'une politique de population
en Afrique francophone
et évolution de la pratique contraceptive.
L'exemple de la Côte d'Ivoire*

AMOAKON ANOH

L'utilisation de la contraception a progressé partout en Afrique, mais à des rythmes variables selon les pays et les catégories sociales (Léridon et Toulemon, 1997 ; Bongaarts et Johansson, 2000). L'avance prise par certains pays s'explique en partie par la mise en place plus précoce d'une politique de population dont l'un des objectifs est de réduire la fécondité. Ces pays ont pris conscience plus tôt de la nécessité de concilier l'évolution démographique et le développement économique et social. C'est le cas, par exemple, de la Tunisie, de l'Île Maurice, de l'Égypte et du Kenya qui disposent d'une telle politique depuis les années 1960 (CILS, 1992).

Toutefois, la mise en place d'un programme officiel ne se traduit pas toujours immédiatement par une progression de la pratique contraceptive. Au Kenya, par exemple, malgré l'adoption d'un programme national de planification familiale dès 1966, le niveau d'utilisation des méthodes demeure encore faible et la fécondité élevée vers la fin des années 1970. C'est grâce à un renforcement du programme en 1982 par la création du Conseil national pour la population et le développement (CNPD) que la situation s'est améliorée (Sembajwe, 2000). Au Ghana également, la mise en place d'un programme de planification familiale précoce, en 1969, n'a pas conduit à une hausse notable du niveau

d'utilisation des méthodes contraceptives : la proportion de femmes en union qui utilisent une méthode moderne s'élève à 10 % en 1993. La stagnation du faible niveau d'utilisation des méthodes modernes peut s'expliquer par un manque d'efficacité du programme et par la détérioration de la situation économique depuis les années 1970.

Par ailleurs, l'adoption de politique explicite de population n'est pas toujours assortie du lancement des premières activités de planification familiale. En effet, en dehors de la Tunisie et de l'Île Maurice où la politique de population est mise en place en même temps que les programmes officiels de planification familiale dans tous les pays francophones, une phase pionnière de planification familiale a précédé les programmes gouvernementaux (Anoh, 2001). Par exemple, le Maroc et le Bénin, disposaient déjà d'activités de planification familiale avant la conférence d'Accra (1971).

Cette antériorité des activités de planification familiale par rapport à la politique de population se vérifie en Côte d'Ivoire. Si une déclaration de politique nationale de population (DPNP) est adoptée en mars 1997, des activités de planification familiale sont lancées par l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (A.I.B.E.F) dès les années 1980 (Bamsié et Kouamé, 1992). Plus récemment, en 1992, le secteur de santé rurale (SSR) d'Aboisso est choisi comme l'un des sites pour l'exécution du sous-programme « Santé maternelle et planification familiale » initié par le FNUAP dans le cadre de son assistance à la Côte d'Ivoire.

L'objectif de ce chapitre est de retracer la mise en place de la politique de planification familiale en Côte d'Ivoire et d'examiner l'influence de l'offre de services de planification familiale sur l'évolution des pratiques contraceptives.

La réflexion prend pour base la documentation écrite pertinente sur le sujet ainsi que les données de sources secondaires provenant principalement de l'enquête ivoirienne de fécondité de 1980-81, des enquêtes démographiques et de santé de 1994 et 1998-99, et des enquêtes à un niveau local, dans la région d'Aboisso où est implanté un programme pilote de planification familiale.

D'un populationnisme affirmé à un néo-malthusianisme à partir de 1991

Les prises de position, les discours populationnistes et leurs fondements

Les enquêtes permanentes des Nations unies auprès des gouvernements, indiquent qu'en 1974, la Côte-d'Ivoire considère le taux d'accroissement de sa population comme trop bas ; elle se retrouve dans cette catégorie avec des pays comme le Gabon, la Libye, le Maroc, la République centrafricaine, le Cameroun et le Cap-Vert (Makinwa-Adebusoye, 1993). En 1976, en revanche, le gouvernement ivoirien déclare que le niveau de fécondité et le taux d'accroissement naturel sont satisfaisants et qu'il n'a pas l'intention d'entreprendre des actions pour les influencer. La majorité des pays d'Afrique qui ont répondu à l'enquête des Nations unies partage cette position, notamment les pays francophones, parmi lesquels on peut citer les pays voisins de la Côte-d'Ivoire (Burkina Faso, Mali et Guinée) ainsi que le Togo et le Bénin. Les sources consultées n'indiquent pas la raison de l'évolution ivoirienne. Toutefois, on peut penser que ce revirement provient d'une meilleure connaissance de la réalité démographique ayant induit une prise de conscience du niveau élevé de la fécondité.

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

Toutefois, il faut signaler que ces déclarations officielles du gouvernement ivoirien, fournies par les enquêtes des Nations unies, s'écartent quelque peu des informations disponibles dans les documents techniques comme les plans

quinquennaux de 1976-1980 et de 1981-1985. Le point de divergence concerne la position et l'intervention en matière de croissance naturelle. Le plan de 1976-1980, qui, pour la première fois, accorde une place significative aux phénomènes démographiques dans la programmation du développement, retient, entre autres objectifs, la « recherche d'une croissance démographique plus consciente et plus harmonieuse, au niveau de la famille et au niveau national ». Cet objectif, souligne le planificateur, devrait permettre « une augmentation quantitative de la descendance vivante des mères » d'une part, et « une amélioration qualitative du niveau de santé des mères comme des enfants » d'autre part (République de Côte-d'Ivoire, ministère du Plan, 1980).

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

En décembre 1982, dans son allocution de clôture au séminaire sur Population et développement en Côte-d'Ivoire, à Abidjan, le ministre de la Santé déclarait¹ :

« Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes que vous êtes, que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelques huit millions d'habitants, comprenant aussi bien la population autochtone que la population immigrée, est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit, en effet, de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait, en 1980, une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000 km². Quant au Japon, sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km². Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît

1. Ce séminaire, tenu à Abidjan du 13 au 19 décembre 1982, a été organisé conjointement par les ministères du Plan et de l'Industrie, de la Santé publique et de la Population, d'une part, et la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique (CEA), d'autre part.

pas encore la menace d'explosion démographique. » (Fraternité Matin, 21 décembre 1982).

Dans le même ordre d'idée, le directeur de la Statistique au ministère du Plan affirmait, en juillet 1987, à l'occasion de la journée de célébration des cinq milliards d'habitants sur la terre :

« [...] Il n'y a pas, en Côte-d'Ivoire, un problème de population. S'il y a des zones connues [...] où il y a une forte concentration avec ses problèmes sociaux, il y a par contre des zones pratiquement vides. [...] Il n'y a pas de problème démographique, mais plutôt un problème de l'utilisation qu'on peut faire de notre population. » (Fraternité matin, 13 juillet 1987).

En janvier 1989, le ministre de la Promotion de la femme réaffirme le souhait des autorités pour une population plus nombreuse dans son discours d'ouverture au séminaire sur *Approches aux programmes d'espacement des naissances* à Abidjan :

« [...] la Côte-d'Ivoire, pour longtemps encore, ne connaîtra pas de problème de surpopulation. [...] Il n'y a pas lieu de chercher à limiter les naissances pour dissiper des inquiétudes qui pourraient résulter d'une augmentation jugée trop rapide de la population africaine pour créer la psychose d'un 'péril noir' par exemple ».

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

La position des autorités repose sur plusieurs facteurs. On peut signaler tout d'abord la conviction selon laquelle la croissance de la population a un effet positif sur le développement économique et social. Les effets bénéfiques d'une population nombreuse sont de divers ordres, notamment les gains liés aux économies d'échelle, l'incitation à travailler et à créer... La densité de

peuplement est perçue, ici, comme le moyen par lequel la croissance démographique détermine la richesse des nations. Dans cette optique, la faible densité de la population à l'échelle nationale (17 habitants au km² en 1970, 25 en 1980 et 36 en 1990), à laquelle s'ajoutent des inégalités régionales, favorise le maintien de cette volonté d'une population croissante. La comparaison, citée plus haut, de la Côte-d'Ivoire à quelques pays (comme le Japon et l'Italie) très différents sous l'angle de la densité de la population et surtout de la puissance économique montre bien les termes de l'argumentation selon lesquels densité de la population et développement économique vont de pair.

Cette attitude de l'État se trouve confortée par les motivations des individus, de nature idéologique et socioéconomique. Dans la conception populaire, toute naissance est perçue comme positive. Cette conception repose sur une croyance selon laquelle l'enfant est porteur de l'âme d'un membre de la communauté des ancêtres, ce qui fait de la limitation des naissances un sujet presque tabou. Du point de vue socioéconomique, il faut mentionner comme facteurs d'une forte demande d'enfants, le travail que les enfants effectuent pour leurs parents, la sécurité qu'ils sont censés leur apporter durant leurs vieux jours, et le prestige social que confère une descendance nombreuse.

On pourrait ajouter à cette liste de facteurs explicatifs du maintien de l'attitude populationniste en Côte-d'Ivoire, l'appartenance à l'aire coloniale française. Non seulement la France avait légué à ses colonies sa législation nataliste, mais surtout elle a eu tendance à adopter une position nuancée lors des conférences internationales sur la population et le développement².

En définitive, le maintien de la position populationniste en Côte-d'Ivoire ne relève pas uniquement de raisons d'ordre économique et matériel, mais aussi de nature culturelle et religieuse. Cette variété de facteurs à l'origine de

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

l'attitude populationniste explique pourquoi l'amélioration des connaissances sur les relations entre la croissance rapide de la population et le développement économique et social, d'une part³, et la crise économique et les conséquences des programmes d'ajustement structurel en cours depuis le début des années 1980, d'autre part, n'ont pu entamer complètement la position des autorités politiques.

De la déclaration de politique de développement des ressources humaines à la déclaration de politique de population

Le changement d'attitude du gouvernement vis-à-vis des questions démographiques s'est traduit par une déclaration de politique de développement des ressources humaines en 1991. Cette politique constitue l'un des volets essentiels du programme d'ajustement structurel (PAS) de la période 1991-1993⁴. La déclaration adoptée par le gouvernement à ce sujet indique que la politique de développement des ressources humaines consistera à mettre en œuvre une véritable politique démographique orientée vers un développement durable (République de Côte-d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991).

La pression des institutions internationales explique pourquoi, malgré la persistance d'une densité faible de la population en comparaison de celle d'autres pays, et le maintien des considérations relatives aux conceptions de l'enfant, les discours des autorités ivoiriennes ont pris subitement des accents néo-malthusiens. Toutefois, en dehors du PAS, une conjonction de facteurs internes et externes incitait également à ce tournant en matière de politique démographique.

3. Dans les années 1980, les connaissances s'étaient améliorées sensiblement grâce à la disponibilité des résultats de différentes opérations de collecte de données, parmi lesquelles il convient de citer notamment les recensements de la population en 1975 et 1988 et l'enquête de fécondité de 1980-1981, mais aussi grâce à de nombreux colloques.

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

Au niveau national, les plaidoyers de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF)⁵, les séminaires et colloques sur la population, l'accumulation de connaissances sur les données et les projections démographiques ont influencé les perceptions des officiels sur les questions de population. Au niveau régional, les conférences africaines de population (Accra 1971 ; Arusha 1984 ; Dakar/N'gor 1992) ont favorisé et consolidé les nouvelles compréhensions des problèmes de population. De plus, la constitution de groupes d'intérêt, comme le Conseil des parlementaires africains sur la population et le développement, créé en 1986, a accéléré l'évolution des perceptions des autorités concernant les problèmes démographiques. Au niveau mondial, les institutions internationales ont également contribué au revirement des positions des gouvernements comme celui de la Côte-d'Ivoire, à travers notamment les conférences mondiales de population organisées par les Nations unies. La Côte-d'Ivoire, absente à Bucarest, y fut représentée pour la première fois en 1984, à Mexico, par son ambassadeur au Mexique. La participation ivoirienne, d'abord timide, sera plus déterminée en 1994, au Caire, après le changement de position, puisque la délégation ivoirienne, conduite par le ministre de la Culture, comprenait une douzaine de hauts cadres de l'administration et des associations, accompagnés de cinq représentants de la presse.

En définitive, la politique de développement des ressources humaines de la Banque mondiale n'a fait que traduire et accélérer le changement de perception des autorités ivoiriennes, dont la dégradation de la situation socioéconomique et les stratégies de plaidoyer développées par les institutions spécialisées des Nations unies et par l'AIBEF portaient les germes.

Cette politique de valorisation des ressources humaines débouche sur l'adoption, en mars 1997, d'une déclaration de politique nationale de population (République de Côte-d'Ivoire, ministère délégué auprès du premier ministre chargé du Plan et du Développement industriel, 1997). La Côte-d'Ivoire se

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

retrouvait alors dans la même situation que bon nombre de pays francophones, la majorité de ceux-ci n'ayant défini leur politique de population que récemment, dans le courant de la décennie quatre-vingt-dix. La définition des objectifs et des grandes lignes d'action de la politique nationale de population (PNP) en Côte-d'Ivoire s'inspire des principes et recommandations du Plan mondial d'action sur la population qui, depuis Mexico en 1984, a préconisé l'approche de l'intégration des programmes de population dans les stratégies de développement économique et social (IPD). Ainsi, les objectifs généraux de la PNP peuvent être organisés en trois catégories : ceux qui concernent le mouvement démographique, ceux relatifs au contexte économique, social, culturel et environnemental, et, ceux qui ont trait au renforcement des capacités de planification et de gestion des politiques et programmes de population.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNP, un Programme national d'actions en matière de population (PNA) couvrant la période 2002-2006 est adopté en mars 2002 (République de Côte-d'Ivoire, cabinet du premier ministre, ministère de la Planification du Développement, 2002). L'adoption récente du programme national d'actions en matière de population (PNA) 2002-2006 ne permet pas, au moment où est rédigé ce chapitre, de dresser un bilan informatif de sa mise en œuvre.

Constitution de l'offre de santé de la reproduction et de la planification familiale

Les activités pionnières de planification familiale

Des activités de planification familiale se développent en Côte-d'Ivoire depuis les années 1980. Elles ont été lancées par les ONG, notamment l'association ivoirienne pour le Bien-être familial (AIBEF). Créée en septembre 1979, elle ne devient opérationnelle qu'en 1986 avec l'ouverture de ses premières cliniques à Abidjan (Bamsié et Kouamé, 1992 ; Stewart et Kouamé, 1997). En 1989, elle disposait de trois cliniques. Cette ONG a mis l'accent, aussi bien

sur le volet de la diffusion des méthodes de régulation des naissances, que sur celui de l'information. Ainsi ont été organisées des projections de films, des conférences⁶ et des séminaires dont celui à l'intention des parlementaires sur *Santé, population et développement* à Abidjan en novembre 1987. D'autres acteurs, comme le mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROFIVA) et Pathfinder, ont eu une action plus marginale. Vers la fin des années 1980, ces intervenants du secteur privé ont collaboré avec le ministère de la Promotion de la femme pour la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF).

Le secteur public s'est également impliqué dans ces activités pionnières de planification familiale, mais son action majeure réside dans l'assouplissement des lois sur l'accès aux méthodes de régulation des naissances. L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981, instituant le nouveau Code pénal, abroge la loi du 31 juillet 1920 (provocation à l'avortement et propagande anticonceptionnelle (Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire, 4 janvier 1982)). L'accès aux méthodes réversibles est ainsi libéralisé. De nouvelles lois sont mises en place qui assouplissent quelque peu les anciennes dispositions sur l'avortement, tandis que la stérilisation demeure interdite. L'accès légal à l'avortement demeure cependant très restrictif et n'est autorisé que pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Sa pratique effective est soumise à une condition supplémentaire : deux médecins, en dehors du médecin traitant, doivent confirmer que cet avortement est nécessaire pour sauvegarder la vie de la mère menacée. Il y a délit d'avortement dans les autres situations ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives (articles 366 à 369 du Code pénal). Concernant la stérilisation, l'article 343 du Code pénal précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort⁷.

6. Nous pouvons citer l'exemple de la conférence prononcée à la demande de l'union des jeunes de Port Bouët en août 1988 (voir *Fraternité Matin* du 24 Août 1988).

7. Cette loi n'est plus applicable en Côte d'Ivoire puisque la nouvelle Constitution interdit la peine de mort.

L'assouplissement des lois sur l'accès à la contraception est une conséquence de l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires préconisée depuis Alma Atta en 1978. Ainsi, malgré ces assouplissements de la législation nataliste répressive, en vertu du populationnisme ambiant, aucun programme de planification familiale n'est instauré en Côte d'Ivoire à cette époque. Du point de vue des autorités en effet, la planification des naissances en Côte d'Ivoire ne peut être entendue, selon l'expression du ministre de la Promotion de la femme, que comme :

« synonyme d'espacement des naissances, dans le seul but de préserver la santé de la mère et de l'enfant au sens où l'entend l'OMS, c'est-à-dire un état général de bien-être physique, social et psychique qui va sauvegarder l'équilibre familial et assurer à la jeunesse des moyens naturels de protection » (discours d'ouverture au séminaire sur *Approches aux programmes d'espacement des naissances*, Abidjan, janvier 1989).

Le développement des activités après le revirement de position du gouvernement en 1991

Après la déclaration de politique de développement des ressources humaines (DPDRH) en juin 1991, le secteur public s'implique davantage dans les activités de planification familiale. Un séminaire national sur la planification familiale, à Grand-Bassam en avril 1991, pose les premières bases d'un cadre de référence cohérent relatif aux activités de planification familiale en Côte d'Ivoire. Trois grands objectifs de politique de planification familiale sont fixés (Bamsié et Kouamé, 1992) :

- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses à risques et l'espacement des naissances ;
- Prévenir la stérilité par le dépistage et le traitement des MST et l'infécondité ;
- Contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances.

C'est sur cette base qu'un premier programme pilote de planification familiale fut initié en 1992, dans le département d'Aboisso dans le sud-est du pays, avec l'appui du FUNAP. Puis, l'adoption par la Côte d'Ivoire du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994, a accéléré l'évolution amorcée depuis le début de la décennie. Celle-ci se concrétise notamment par la tenue d'un symposium national sur la santé de la reproduction en juin 1996. Quatre volets ou domaines pour opérationnaliser l'approche de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire sont définis : santé de la mère et de la femme, santé de l'enfant, santé des jeunes, santé des hommes. La démarche suivie se conforme à l'idée aujourd'hui bien répandue selon laquelle l'approche de la santé de la reproduction prend en compte tout le cycle de vie de la personne humaine. Chaque volet a des composantes spécifiques et des composantes communes (planification familiale (PF), IST/VIH/SIDA, communication pour le changement de comportement (CCC), gestion des programmes et projets) et des composantes connexes (éducation, nutrition, environnement). Cela montre que des objectifs sociaux sont associés à des objectifs purement sanitaires.

Depuis 1999, la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique de santé de la reproduction et de planification familiale auquel les différentes organisations offrant des services, qu'elles soient étatiques, paraétatiques ou privées, sont censées se conformer. Ce document constitue la référence en la matière, dans la mesure où il « définit les objectifs, les stratégies et les activités complémentaires à développer pour l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre plus global de la politique nationale de la santé de la reproduction (République de Côte d'Ivoire *et al.*, 1999, p. 8). La mise en place de ce document de référence, s'étant heurtée à une instabilité du cadre institutionnel, fut lente (Anoh *et al.*, 2002).

La politique nationale de la santé de la reproduction (PNSR) regroupe quatre programmes (République de Côte d'Ivoire, 1999) : le programme national de lutte contre le SIDA/MST et la tuberculose (PNLS/MST/Tub) ; le programme national de la santé infantile (PNSI) ; le programme élargi de

vaccination (PEV) ; le programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale (PNSR/PF). La plupart des programmes pris en compte par la PNSR sont mis en place depuis bien longtemps. En outre, la PNSR se focalise sur la dimension « soins de santé de la reproduction » ; d'autres dimensions importantes comme les droits reproductifs, le renforcement du pouvoir de la femme n'y figurent pas. Serait-ce dû à la présence du Comité national de lutte contre les violences faites aux femmes ? Ce comité, de type interministériel, créé en 2000, se charge d'assister le ministre de la Famille, de la Femme et de l'Enfance dans la définition des programmes et des actions à conduire pour réduire les inégalités sociales. En dépit de cette absence de programme spécifique, les droits reproductifs et le renforcement du pouvoir des femmes connaissent une avancée. Il existe cependant un décalage entre les lois adoptées et les pratiques en vigueur, comme on peut le constater dans plusieurs pays d'Afrique (Anoh *et al.*, 2002).

Concernant le PNSR/PF, un premier programme national couvrant la période de janvier 1999 à décembre 2003 est élaboré et est mis en œuvre. La stratégie du programme repose sur trois axes d'intervention :

- L'accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité des services ;
- La stimulation de la demande ;
- La maximisation de la qualité des services.

Concernant la disponibilité, on dénombre en 2002, 250 centres de SR/PF géré par le programme, soit un taux de couverture de 33 %. Des programmes pilotes ont été mise en œuvre dans les districts sanitaires de Bondoukou, Bouaflé et Tanda. Un projet « Santé de la reproduction au sein des forces armées » se développe et des campagnes de sensibilisation à l'intention des jeunes sont menées par le réseau ivoirien pour la promotion de la santé sexuelle des jeunes et des adolescents (RIPS/AJ).

L'accroissement de l'accessibilité des services se fait par l'intégration des activités dans les soins de santé primaires (SSP) ; les activités s'appuient sur la stratégie du paquet minimum d'activité (PMA). Une étude d'analyse situationnelle menée dans les districts de Bondoukou et Bouaflé montre que le pmanc

fonctionne pas comme prévu (cabinet du premier ministre, ministère de la Planification du développement, 2002).

Aux cotés du secteur public, différents acteurs du privé et des organismes de coopération multilatérale et bilatérale sont mobilisés (figure 1). Sur le plan des prestations de services, l'acteur dominant est l'AIBEF qui mène des activités pour son propre compte et assure l'assistance technique et l'approvisionnement de certains centres du ministère de la Santé publique (Bamsié et Kouamé, 1992). En 2002, elle intervient dans 84 points de prestation dans le secteur public et 31 points de prestation dans le secteur privé et parapublic. Outre son siège à Abidjan, elle dispose de sept antennes à l'intérieur du pays (Bondoukou, Bouaké, Daloa, Man, San-pédro, Korhogo, Boundiali) dirigées par des volontaires régionaux. Elle possède 9 cliniques.

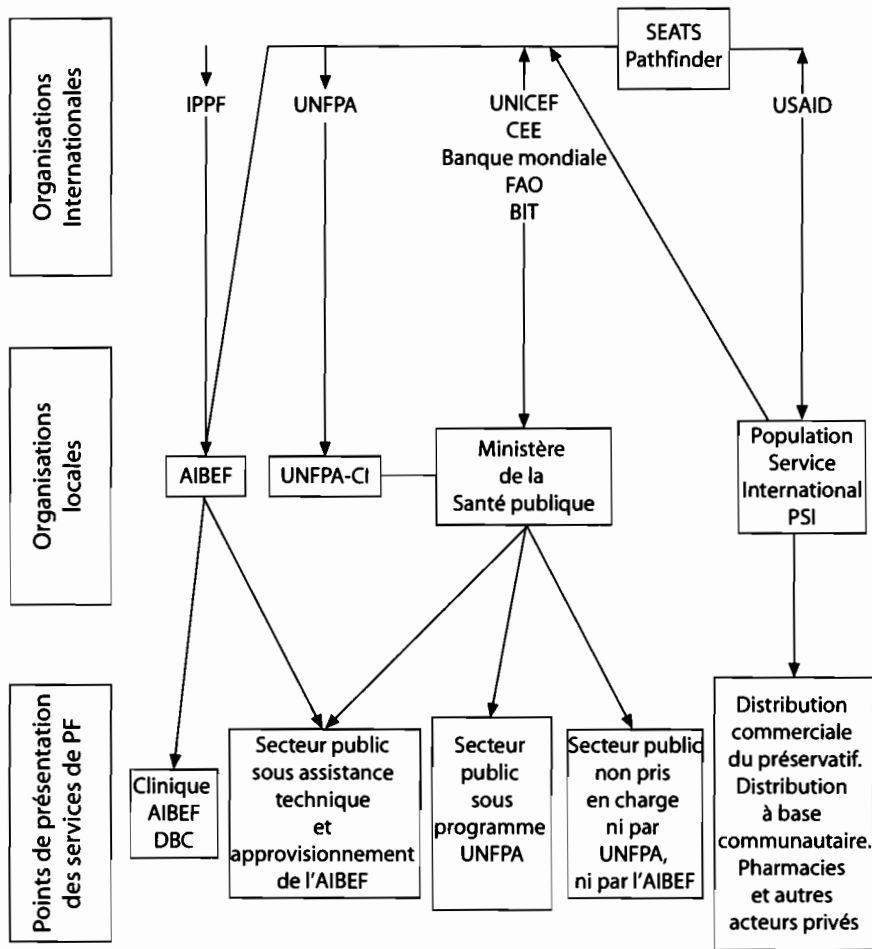
Le développement de la planification familiale dans le district sanitaire d'Aboisso

Le secteur de santé rurale (SSR) d'Aboisso⁸ est choisi depuis 1992 comme l'un des sites pour l'exécution du sous-programme *Santé maternelle et planification familiale* initié par le FNUAP dans le cadre de son assistance à la Côte d'Ivoire. Le projet d'Aboisso (Projet IVC/92/PO1 phase I, période 1992-1993, et phase II, période 1995-1996) a inauguré la mise en œuvre de programmes publics de planification familiale en milieu rural ivoirien.

Le programme démarre effectivement durant le dernier trimestre de l'année 1992 avec l'ouverture de cinq centres dont deux dans les hôpitaux des villes d'Aboisso et Ayamé, et trois dans les centres de santé ruraux de Yaou, Ketesso et Bianouan. À la fin de l'année 1999, 33 centres de santé, sur les 49 centres existants, sont inscrits sur la liste des participants à ce programme

8. La région d'Aboisso se situe à l'extrémité est de la zone forestière. Cet espace régional appartient à l'aire de peuplement de forêt à l'est du Bandama et est compris entre les parallèles 5°6' et 6°15' de latitude Nord et s'étend sur une superficie de 6 234 km², soit 2 % du territoire ivoirien.

Figure 1. Structure de l'offre de service de planification familiale en Côte-d'Ivoire



Source : adapté de Stewart et Kouamé, 1997.

pilote. Cependant, seulement un peu plus d'une vingtaine sont effectivement opérationnels.

En principe, les centres de santé impliqués dans le programme mènent une activité intégrée de planification familiale, c'est-à-dire que les mêmes installations et le même personnel sont utilisés à la fois pour les activités de

planification familiale et les activités de soins de santé primaires. Toutefois, le degré d'intégration varie selon les centres. Les prestataires de services sont bien imprégnés de l'idée de la planification familiale puisque la quasi-totalité utilise elle-même une méthode contraceptive. Le personnel s'avère cependant peu disponible, en même temps qu'il est peu expérimenté et soumis à de nombreuses mutations qui nuisent à l'efficacité des services.

Les mesures visant à stimuler la demande des services de planification familiale se limitent aux activités d'information, d'éducation et de communication (IEC). On ne note ainsi aucune mesure incitative telle que la gratuité de la pilule comme c'est le cas au Maroc ou du stérilet en Égypte. Il n'y a pas non plus de mesure de pression consistant, par exemple, à exiger un quota de recrutements aux prestataires comme ce fut le cas au Yucatan (Mexique)⁹. L'implication des réseaux commerciaux et communautaires, qui ont été les pionniers de la promotion de la planification des naissances à Aboisso, est aujourd'hui restreinte.

Le programme pilote a favorisé une plus large disponibilité des services et la réduction des coûts économiques. Cependant, la diffusion des méthodes modernes s'accompagne de rumeurs mal maîtrisées sur les effets secondaires. Ceci traduit les insuffisances de la stratégie d'information, d'éducation et de communication qui reste centrée sur la communication interpersonnelle et a les structures sanitaires comme seuls canaux. Ces canaux ne parviennent pas à répandre la bonne information sur les avantages, les inconvénients, le mode d'utilisation et le coût des méthodes, en raison de la faible disponibilité des ressources humaines et de la discrétion qui entoure les activités d'IEC en matière de planification familiale. Le suivi des utilisatrices se heurte à ce même problème de ressources humaines et d'information.

Le nombre de femmes se déclarant favorables à la planification familiale a augmenté, ce qui traduit un accroissement du degré d'acceptabilité de l'idée de la planification familiale et de l'usage des méthodes au niveau individuel.

9. Voir Gautier et Quesnel (1993) pour plus de détails.

Toutefois, il existe un déficit de communication remarquable à ce sujet entre les conjoints, qui montre que l'acceptabilité de la planification familiale reste faible au niveau collectif.

L'adoption d'une méthode de contraception et la continuation de l'usage de celle-ci à Aboisso sont tributaires de ces grandes caractéristiques du système de planification familiale.

Évolution de la pratique contraceptive et du choix des méthodes à l'échelle nationale et à Aboisso

Niveau de connaissance contraceptive variable selon les méthodes

Trois catégories de méthode peuvent être distinguées en fonction du degré de leur connaissance par la population¹⁰. La première catégorie rassemble les méthodes qui sont connues de façon quasi universelle par les femmes comme par les hommes en union. Il s'agit du préservatif, de la pilule, des injectables et de la continence périodique. Entre les deux enquêtes démographiques et de santé de 1994 et 1998-99, la connaissance de l'existence du préservatif est passée de 61 à 83 % chez les femmes et de 82 à 93 % chez les hommes. Cela est dû à la stratégie du marketing social mise en œuvre par PSI dans le cadre du programme de lutte contre le sida. La pilule, les injectables et la continence périodique étaient bien connues en 1994 et la connaissance a continué de s'étendre : la proportion de femmes qui ont entendu parler de ces méthodes progresse, respectivement, de 58 à 74 %, de 53 à 67 % et de 40 à 58 % ; chez les hommes, cette proportion augmente respectivement de 56 à 66 %, de 52 à 61 % et de 61 à 62 %.

La deuxième catégorie regroupe des méthodes moyennement connues : la stérilisation féminine et le retrait. Durant la période de 1994 à 1998-99, la

10. Le niveau des connaissances contraceptives est examiné parmi les individus en union sachant, qu'à quelques exceptions près, il est un peu plus élevé dans la population générale que dans celle des mariés.

proportion de ceux qui ont déjà entendu parler de la stérilisation féminine augmente de 37 à 44 % chez les femmes; la proportion d'hommes connaissant le retrait passe de 46 à 53 %.

La troisième catégorie concerne les méthodes qui sont nettement moins connues : le stérilet, les méthodes traditionnelles, et à un degré moindre, les méthodes vaginales, la stérilisation masculine et le norplant (méthode de contraception hormonale en implant). En 1998-99, la proportion des individus qui connaissent ces méthodes varie entre 4 % (norplant) et 34 % (méthodes vaginales) chez les femmes en union et de 6 % (norplant) à 34 % (stérilet) chez leurs homologues de sexe masculin.

La persistance de la méconnaissance de certaines méthodes est en partie due à la stratégie du programme de planification familiale dans le pays. En effet, les lacunes concernent les méthodes comme la stérilisation (qui est soumise à une législation restrictive), le stérilet et le norplant (qui nécessitent une qualification du prescripteur), ou d'autres encore, comme le retrait et les méthodes traditionnelles, qui ne font pas partie de la gamme des méthodes du programme.

Progression inégale de la pratique contraceptive

La pratique contraceptive a progressé depuis le début des années 1980 mais demeure restreinte. D'après les données de la dernière enquête démographique et de santé, en 1998-99, la proportion de femmes en union qui utilise une méthode moderne s'élève à 7,3 %. Cette proportion n'atteignait pas 1 % en 1980-1981 et s'élève à 4,3 % en 1994 (tableau 1). Dans la plupart des pays francophones, cette proportion dépasse rarement 8 %. Seuls, les pays maghrébins (Tunisie, Maroc, Algérie) et l'Île Maurice ont des niveaux de prévalence contraceptive bien au-delà (Curtis et Neitzel, 1996 ; Ross *et al.*, 1999).

L'utilisation des méthodes contraceptives progresse à un rythme variable entre 1980 et 1999. On observe tout d'abord une première phase de hausse rapide du recours à la contraception, entre 1980-81, puis une seconde phase, de 1994 à 1998-99, durant laquelle la progression ralentit sensiblement. Une hausse rapide

de l'utilisation des méthodes durant la période de 1980-1981 à 1994 sera suivie d'un ralentissement au cours de la période récente de 1994 à 1998-1999.

Si l'on considère les méthodes modernes, on constate que le taux d'accroissement annuel moyen passe de 18,1 % entre 1980-1981 et 1994 à 12,8 % entre 1994 et 1998-1999 chez l'ensemble des femmes, et de 17,3 % à 12,5 %, chez celles qui sont en union. La décélération du rythme de progression de la pratique contraceptive fait suite au phénomène de rattrapage qui se produit habituellement au cours des premiers moments du développement des programmes de planification familiale. Dans les premières années du lancement des activités de planification familiale, en effet, la hausse de la prévalence correspond à l'adhésion massive des femmes dont les besoins restaient jusque là sans réponse. Dès les premières années qui suivent son lancement, la planification familiale a une forte incidence sur le recours à la contraception par de nouvelles utilisatrices et génère ainsi une augmentation rapide de la prévalence avant qu'elle ne se stabilise. La diminution de la progression de la prévalence contraceptive traduit également un effet de la discontinuité¹¹ dans l'usage des méthodes.

Le ralentissement de la pratique contraceptive se vérifie également pour l'ensemble des méthodes. Chez l'ensemble des femmes, par exemple, le taux d'accroissement des méthodes modernes s'élevait à 18 % durant la période de 1980-81 à 1994 contre 13 % au cours de la période de 1994 à 1998-99 ; celui de l'ensemble des méthodes est passé de 19,4 à 5,2 %, respectivement. Ceci signifie qu'il y aurait une réorientation des utilisatrices vers les méthodes modernes.

Les observations effectuées à Aboisso, siège d'un programme pilote de planification familiale, montrent que la pratique contraceptive y est plus largement répandue que dans l'ensemble du pays ; la progression de la pratique contraceptive se fait à un rythme un peu plus rapide à Aboisso, surtout chez les femmes en union qui utilisent une méthode moderne. À Aboisso, la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne a été multipliée par 3,2 contre 1,5 pour

11. La discontinuité peut s'expliquer par certains facteurs liés à l'offre de planification familiale, plus précisément le coût psychologique (gêne, timidité, rumeurs inexacts) et le coût sanitaire (effets secondaires physiologiques, risques pathologiques) de la régulation des naissances.

l'ensemble des méthodes durant la période de 1993 à 1999 ; dans l'ensemble du pays, ces coefficients multiplicateurs s'élèvent respectivement à 1,7 et 1,3 entre 1994 et 1998-99. Cela signifie que le programme favorise une utilisation accrue des méthodes modernes.

Tableau 1. Progression du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives depuis le début des années 1980 en Côte-d'Ivoire (en %)

Méthodes contraceptives	Ensemble des femmes			Femmes en union		
	Eif* 1980-81	Edsci 1994	Edsci 1998-99	Eif 1980-81	Edsci 1994	Edsci 1998-99
Côte-d'Ivoire						
Méthodes modernes	0,6	5,7	9,8	0,5	4,3	7,3
Accroissement annuel moyen pour la période précédente	-	18,1	12,8	-	17,3	12,5
Ensemble des méthodes	1,5	16,5	20,7	2,9	11,4	15,0
Accroissement annuel moyen pour la période précédente	-	19,4	5,2	-	10,6	6,3
Aboisso						
Méthodes modernes	-	6,8	14,7	-	4,1	13,1
Accroissement annuel moyen 1993-1999	-	-	13,7	-	-	21,4
Ensemble des méthodes	-	19,1	27,5	-	14,0	21,5
Accroissement annuel moyen 1993-1999	-	-	6,3	-	-	7,4

Sources : ministère de l'Économie et des Finances, direction de la Statistique, 1984 p. 285 ; N'Cho *et al.*, 1995, p. 56 ; ministère de la Planification et de la Programmation du développement et DHS, 1999, p. 9 ; National Research Council, 1993, p. 31 ; Koffi *et al.*, 2000 ; Anoh, 2001.

Notes : Les taux d'accroissement annuel ont été calculés sur une durée exacte de 13,5 ans pour la période de 1980-1981 à 1994 et 4,5 ans pour la période de 1994 à 1998-1999, soit 18 ans pour l'ensemble des périodes considérées

*Différences d'évolution de la pratique contraceptive
selon les caractéristiques sociodémographiques*

Quelques caractéristiques sociodémographiques choisies parmi celles qui sont habituellement reconnues comme les plus corrélées à la pratique contraceptive permettront d'illustrer les différences d'évolution de la pratique contraceptive. L'analyse est limitée à la période de 1994 à 1998-99 compte tenu des données disponibles (figure 2 et tableau 2).

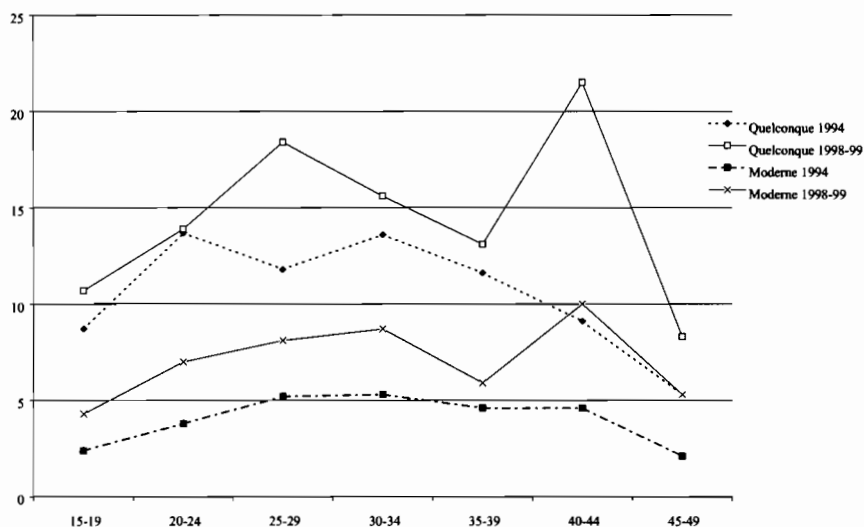
En 1994 comme en 1998-99, le taux d'utilisation de la contraception augmente avec l'âge jusqu'à un certain seuil, avant de diminuer. Au-delà de cette tendance d'ensemble, on constate que l'augmentation de l'utilisation des méthodes concerne toutes les générations, notamment celles qui sont âgées de 25-29 ans et celles de 40-44 ans au moment de l'enquête. L'accroissement exceptionnel du taux d'utilisation de la contraception chez les femmes de 40-44 ans serait dû à l'importance de la prévalence des méthodes injectables et du stérilet, ces méthodes ayant un risque de discontinuation plus faible par rapport à la plupart des autres méthodes réversibles¹². Elle rend compte également de la recherche d'une contraception d'arrêt croissante chez les femmes ayant atteint le nombre d'enfants souhaité.

L'accroissement du recours à la contraception entre 1994 et 1998-99 concerne plus particulièrement les multipares qui ont le plus d'enfants et sont souvent plus âgées (tableau 2). Mais cela n'est strictement vrai que pour les méthodes modernes. En effet, le taux d'utilisation recule chez les femmes ayant 1 enfant et chez celles avec 3 enfants, du fait d'une moindre utilisation des méthodes naturelles et traditionnelles en 1998-99 par rapport à 1994.

En 1994 comme en 1998-99, l'utilisation de la contraception est plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural. Son accroissement entre les deux enquêtes y est également plus prononcé. Abidjan, la capitale économique du

12. En 1998-99, la contribution de ces méthodes dans l'ensemble des méthodes modernes s'élève à 51 % dans ce groupe d'âge, alors que ces méthodes étaient peu diffusées en 1994.

Figure 2. L'évolution de la pratique contraceptive chez les femmes en union selon le groupe d'âge de 1994 à 1998-99



Sources : N'Cho *et al.*, 1995 ; ministère de la Planification et de la Programmation du développement et DHS, 1999.

pays, a un taux d'utilisation plus élevé que celui de l'ensemble du milieu urbain (23 % contre 19 % en 1994 et 27 % contre 24 % en 1998-99). Toutefois, le taux d'accroissement y est moins prononcé, notamment pour les méthodes modernes, ce qui suggère une évolution plus rapide de la pratique contraceptive dans le reste des villes. En milieu rural, la pratique contraceptive est nettement plus fréquente en zone forestière qu'en zone de savane : 2,5 % contre 1,6 % pour les méthodes modernes et 8,1 % contre 4,4 % pour la pratique générale. En 1998-99, l'ensemble du milieu rural se situe au stade de pré-émergence de la planification familiale, c'est-à-dire que la prévalence des méthodes modernes n'atteint pas 8 %.

Tableau 2. Proportion de femmes en union utilisant une méthode contraceptive selon les caractéristiques sociodémographiques en 1994 et 1998-99 (en %)

Caractéristiques sociodémographiques	EDS 1994			EDS 1998-99			Progression (valeur absolue)		
	Méthode			Méthode			Méthode		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Nombre d'enfants vivants									
Aucun	9,9	2,7	7,1	12,0	4,5	7,5	+2,1	+1,8	+0,4
1	11,9	3,7	8,3	11,7	5,1	6,5	-0,2	+1,4	-1,8
2	12,1	4,0	8,1	18,6	9,6	9,1	+6,5	+5,6	+1,0
3	13,2	5,8	7,5	13,0	6,0	7,1	-0,2	+0,2	-0,4
4 ou plus	10,7	4,6	6,1	16,7	8,6	8,1	+6,0	+4,0	+2,0
Région de résidence									
Abidjan	23,4	9,6	13,7	27,1	11,6	15,4	+3,7	+2,0	+1,7
Forêt urbaine	14,2	5,0	9,1	-	-	-	-	-	-
Savane urbaine	16,4	7,9	8,5	-	-	-	-	-	-
Ensemble urbain	19,3	8,0	11,3	24,2	12,4	11,8	+4,9	+4,4	+0,5
Forêt rurale	8,1	2,5	5,6	-	-	-	-	-	-
Savane rurale	4,4	1,6	2,8	-	-	-	-	-	-
Ensemble rural	6,9	2,2	4,6	10,2	4,6	5,6	+3,3	+2,4	+1,0
Religion									
Catholique	22,6	8,2	14,4	-	-	-	-	-	-
Protestante	15,1	4,7	10,4	-	-	-	-	-	-
Musulmane	6,8	3,1	3,7	-	-	-	-	-	-
Sans religion	8,2	3,2	4,9	-	-	-	-	-	-
Traditionnelle	6,0	2,3	3,8	-	-	-	-	-	-
Instruction									
Analphabète	5,2	2,2	3,1	7,7	4,4	3,3	+2,5	+2,2	+0,2
Primaire	20,0	7,6	12,4	25,2	10,4	14,7	+5,2	+2,8	+2,3
Secondaire et +	38,7	13,2	25,5	40,3	19,6	20,7	+1,6	+6,4	-4,8
Ensemble	11,4	4,3	6,0	15,0	7,3	7,8	+3,6	+3,0	+1,8

Sources : N'Cho *et al.*, 1995 ; ministère de la Planification et de la Programmation du développement et DHS, 1999.

Note : (-) Données non disponibles

A : quelconque

B : moderne

C : naturelle - traditionnelle

En 1994, la pratique contraceptive est plus fréquente chez les femmes chrétiennes (catholiques en particulier) que chez les femmes sans religion et les adeptes des religions traditionnelles ou de l'Islam. En ce qui concerne la pratique contraceptive générale, les femmes des religions traditionnelles ne se distinguent pas des femmes musulmanes (6 % contre 6,8 %) et sont également proches des femmes sans religion (8,2 %).

Le niveau d'utilisation de la contraception est nettement plus élevé chez les femmes de niveau d'instruction secondaire que chez celles de niveau primaire et, surtout, les analphabètes. Cela se vérifie en 1994 comme en 1998-99. La pratique contraceptive augmente plus rapidement chez les femmes de niveau d'instruction primaire que chez les autres : de 20 à 25 % (+5 %) contre 5 à 8 % (+3 %) chez les femmes analphabètes et de 39 à 40 % (+1 %) chez les femmes de niveau secondaire et plus. Ces écarts proviennent du net recul du moindre usage des méthodes naturelles et traditionnelles chez les femmes de niveau secondaire ou plus.

En définitive, si les diverses couches de la population ivoirienne ne se situent pas au même niveau de pratique contraceptive, elles se caractérisent toutes par une augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives, notamment les méthodes modernes.

Accroissement de la part des méthodes modernes

En 1980-81, 3 % des femmes en union utilisent une méthode quelconque de contraception dont 2,4 % une méthode naturelle ou traditionnelle, 0,4 % la pilule et 0,2% le stérilet. En 1998-99 en revanche, le niveau de la pratique contraceptive générale chez les femmes en union atteint 15 % et concerne un plus grand nombre de méthodes : 8 % utilisent une méthode naturelle ou traditionnelle, 3,5 % la pilule, 1,8 % le préservatif, 1,4 % l'injectable, le reste (moins de 1 %) se répartit entre le stérilet, la stérilisation féminine et les méthodes vaginales (tableau 3). Cette diversification des méthodes avait été déjà révélée par l'enquête démographique et de santé de 1994. Elle touche l'ensemble

des femmes et a pour origine l'amélioration de l'accessibilité des méthodes contraceptives, comme les injectables et le stérilet, du fait de leur disponibilité dans les services publics à des coûts nettement plus abordables en comparaison de ceux des réseaux privés de planification familiale. Pour d'autres méthodes, comme les préservatifs, l'amélioration de l'accessibilité résulte de l'intégration de sa distribution dans les circuits commerciaux et de marketing social dans le cadre de la lutte contre le sida.

Chez les femmes en union, l'accroissement de la part des méthodes modernes dans l'ensemble des méthodes utilisées est continu depuis les années 1980 ; chez l'ensemble des femmes, en revanche, on note une réduction au cours de la période de 1980-81 à 1994 avant l'accroissement au cours de la période récente. Cette oscillation, déjà signalée par Fassassi et Vimard (2002), montre que l'accroissement du niveau de la pratique contraceptive générale a reposé dans un premier temps sur les méthodes naturelles et traditionnelles, mais l'utilisation s'oriente désormais vers les méthodes modernes.

Les méthodes modernes les plus utilisées sont la pilule et le préservatif, suivies de très loin par les injectables. Ces méthodes connaissent des taux de discontinuation élevés et ne favorisent pas l'augmentation rapide de la prévalence contraceptive en comparaison des méthodes comme le stérilet et la stérilisation pour lesquelles il suffit d'un faible nombre de nouveaux cas annuels pour atteindre des proportions cumulées importantes¹³. Le préservatif est utilisé pour se préserver soit des infections sexuelles transmissibles, soit des grossesses.

13. Il faut rappeler que le niveau de la prévalence contraceptive résulte à la fois de l'histoire de l'adoption des méthodes et de celle de leur continuation qui est fonction de la nature des méthodes utilisées (Ross, 1999).

Tableau 3. Évolution de la pratique contraceptive selon les méthodes utilisées de 1980-81 À 1998-99 (en %)

Méthodes contraceptives	Ensemble des femmes			Femmes en union		
	Eif* 1980-81	Edsci 1994	Edsci 1998-99	Eif 1980-81	Edsci 1994	Edsci 1998-99
Ensemble des méthodes	1,5	16,5	20,7	2,9	11,4	15,0
Ensemble des méthodes modernes	0,6	5,7	9,8	0,5	4,3	7,3
Pilule	0,5	2,5	3,7	0,4	2,2	3,5
Stérilet	0,1	~	0,3	0,1	0,3	0,4
Injection	0,0	0,7	1,1	0,0	0,8	1,4
Norplant	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Méthodes vaginales	0,0	~	0,0	0,0	0,1	~
Préservatif	0,0	1,9	4,4	0,0	0,7	1,8
Stérilisation féminine	0,0	~	0,1	0,0	0,2	0,1
Méthode traditionnelle et naturelle	0,9	10,8	10,9	2,4	7,1	7,8
Méthode naturelle	0,8	9,7	9,7	1,9	6,1	6,6
Contenance périodique	0,5	9,6	9,4	1,8	6,0	6,2
Retrait	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4
Douche	0,2	-	-	-	-	-
Méthode traditionnelle	0,1	1,0	1,2	0,5	1,0	1,2
Effectif	3481	8099	3040	-	5271	1863

Sources : ministère de l'Économie et des Finances, Direction de la Statistique, 1984 p. 285 ; N'Cho *et al.*, 1995, p. 56 ; ministère de la Planification et de la programmation du Développement et DHS, 1999, p. 9 ; National Research Council, 1993, p. 31.

Note : (*) Femmes exposées ; (-) Données non disponibles ; (~) proportion insignifiante ; pour les méthodes modernes, l'ensemble de ces proportions insignifiantes s'élève à 0,6 % en 1994 (toutes les femmes confondues).

Accroissement de la part du secteur public dans l'approvisionnement des méthodes contraceptives

Vers la fin des années 1990, la contribution des divers secteurs dans la fourniture des méthodes contraceptives se modifie dans le sens d'un accroissement de la part du secteur public. En 1994, 25% des utilisatrices (toutes méthodes modernes confondues) s'approvisionnent auprès du secteur public, contre 53% pour le secteur médical privé, et 18% pour le secteur privé non médical. En 1998-99, la contribution de ces différents acteurs est moins contrastée, puisque ces proportions s'établissent respectivement à 30 %, 36 % et 34 %¹⁴

Le secteur public est la première source d'approvisionnement des méthodes médicales (injection, stérilet, Norplan et stérilisation féminine) et tient une place importante dans la distribution de la pilule. Il convient de souligner que les intervenants du privé, comme les commerçants, jouent un rôle de plus en plus significatif dans la distribution de la pilule (3 % et 12 % des femmes en 1994 et 1998-99, respectivement). Une bonne part de l'achat de la pilule échappe ainsi à la prescription médicale. Ce constat soulève la question de la compatibilité entre l'état sanitaire de la femme et la méthode qu'elle utilise, comme celle du suivi des éventuels effets secondaires

Conclusion

L'adoption d'une politique de population en Côte d'Ivoire est récente. Elle a eu lieu en mars 1997 soit près de six ans après le revirement de position du gouvernement ; elle s'inscrit dans le cadre d'une évolution qui touche bon nombre de pays en Afrique francophone et a pour origine la crise économique et les programmes d'ajustement structurel.

Comme dans bon nombre de pays, le lancement des activités de planification familiale en Côte-d'Ivoire a précédé le changement d'attitude du gouvernement

14. Selon les enquêtes démographie et santé, 4 % et 1 % des utilisatrices n'avaient pas déclaré la source de leur méthode en 1994 et en 1998-99, respectivement.

en 1991 et l'adoption de la politique de population. La contraception est rendue accessible dans la deuxième moitié des années 1980 grâce à l'assouplissement de la loi répressive du 31 juillet 1920 et l'ouverture de cliniques par l'AIBEF en milieu urbain à partir de 1986. Mais, compte tenu du populationnisme ambiant, la diffusion de la contraception sera alors restreinte. Après le changement d'attitude, on assiste à une multiplication des activités de planification familiale appuyées par les organismes de coopération bilatérale et multilatérale. Le premier programme de la santé de la reproduction et de la planification familiale, couvrant la période de 1999-2003, a été adopté avant le premier programme national d'actions en matière de population 2002-2006. Cela montre que la politique de population en Côte d'Ivoire pourrait privilégier, comme c'est souvent le cas, le volet de la planification familiale au détriment des volets centrés sur le contexte économique, social et environnemental, qui nécessitent en réalité davantage d'efforts d'investissement.

La réduction des lacunes dans les connaissances des méthodes contraceptives est à rapprocher de ce développement de l'offre de planification familiale et, plus généralement, de la santé de la reproduction. La pilule, le préservatif et les injectables sont largement connus ; en revanche, des lacunes subsistent dans l'information sur la stérilisation, soumise à une législation restrictive, et sur le stérilet et le norplant, qui nécessitent une qualification du prescripteur.

La pratique contraceptive a progressé mais demeure restreinte. Les diverses couches de la population ivoirienne sont toutes concernées par une augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives au cours de la période 1994 et 1998-99. Mais cette progression est inégale et fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes. Ceci sous-entend que l'évolution de la pratique contraceptive ne résulte pas exclusivement d'un impact des programmes de planification familiale, qui se combine à l'effet des facteurs socioéconomiques pour déterminer la pratique contraceptive.

Les données les plus récentes montrent que la pratique contraceptive repose encore sur les méthodes naturelles et traditionnelles malgré un accroissement rapide de la part des méthodes modernes. La pilule et le préservatif, suivis de très

loin par les injectables, sont les méthodes modernes les plus utilisées. La part importante du préservatif est à relier au développement des programmes de lutte contre les infections sexuelles transmissibles. Finalement, la pilule constitue la principale méthode moderne de contraception, au sens propre du terme. Il s'agit d'une méthode ayant un taux de discontinuation élevé qui, en conséquence, ne favorise pas l'augmentation rapide de la prévalence contraceptive. En outre, les pilules utilisées ne sont pas toutes soumises à une prescription médicale, puisque certaines proviennent des sources privées non médicales. Ceci soulève la question de la compatibilité entre l'état sanitaire de la femme et la méthode qu'elle utilise, comme celle du suivi des éventuels effets secondaires.

L'évolution future de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire reposera à la fois sur les facteurs socioéconomiques et les facteurs liés à l'offre de services de planification familiale, en particulier les coûts sanitaires et psychologiques de la régulation des naissances.

Références bibliographiques

- ANO H. A., 2001, *Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire*, Paris. 439 p. + 36 p. annexes. (thèse de doctorat en démographie, Université de Paris X—Nanterre, octobre 2001).
- ANO H. A., FASSASSI R. et VIMARD P., 2002, *Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire*, Paris, Centre français sur la population et le développement, 45 p. (Les Dossiers du CEPED, n° 68).
- BAMSIÉ R., KOUAMÉ 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, 18-20 novembre 1992.
- BONGAARTS J. et JOHANSSON E., 2000, Future Trends in Contraception in the Developing World : Prevalence and Method Mix, Population Council Working Paper n° 141.
- CILLS, INSTITUT DU SAHEL, CERPOD, 1992, *Actes de la deuxième conférence sur la population au sahel*, Dakar, 17-31 juillet 1992.
- CURTIS S. L., NEITZEL K., 1996, *Contraceptive Knowledge, use and source*, DHS Comparative Studies, n° 19, Calverton, Maryland : Macro International Inc.

- FASSASSI R. et VIMARD P., 2002, *Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire*, in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B. et KOFFI N. (éd.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan, pp. 189-216.
- FRATERNITÉ MATIN, 11 juillet 1993.
- FRATERNITÉ MATIN, 11 septembre 1994.
- FRATERNITÉ MATIN, 13 juillet 1987.
- FRATERNITÉ MATIN, 21 décembre 1982.
- FRATERNITÉ MATIN, 22 août 1974.
- FRATERNITÉ MATIN, 24 août 1988.
- FRATERNITÉ MATIN, 28 juin 1973.
- FRATERNITÉ MATIN, 4 juillet 1973.
- GAUTIER A et QUESNEL A, 1993, *Politiques de population et médiateurs institutionnels au Yucatan* (Mexique), Paris, Éditions de l'ORSTOM.
- JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, numéro spécial, 4 janvier 1982.
- KOFFI N., SIKA L. et ANOH A. 2000, « Une expérience pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso (Côte d'Ivoire) », in VIMARD P. et ZANOU B. (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan (Collection Populations), 297 p., p. 111-130.
- LERIDON H., TOULEMON L., 1997, « La régulation des naissances se généralise », in CHASTELAND J.-C., CHESNAIS J.-C. (éd.), *La population du monde, enjeux et problèmes*, Travaux et Documents n° 139, INED/PUF, Paris, pp. 421-434.
- MAKINWA-ADEBUSOYE P., 1993, « Content of population policies : African countries », in United Nations, *Population Policies and programmes, Proceedings of United Nations Expert Group Meeting on Population Policies and programmes*, Cairo, Egypt, 12-16 April 1992, United Nations, New York, pp. 42-52.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA STATISTIQUE, 1984, *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-81, Rapport Principal, vol. II, tableau Statistiques*, Abidjan, 434 p.
- MINISTÈRE DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION DU DÉVELOPPEMENT ET DHS, 1999, *Enquête démographique et de santé 1998-99*.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1993, *Factors affecting contraceptive use in sub-saharan Africa*, Washington, D.C, National Academy Press, 252 p.
- N'CHO Sombo et al, 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, Institut national de la statistique/Macro International Inc., 294 p.

- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, CABINET DU PREMIER MINISTRE, MINISTÈRE DE LA PLANIFICATION ET DU DÉVELOPPEMENT, 2002, *Programme national d'actions en matière de population 2002-2006*, BUNAP.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, MINISTÈRE DU PLAN, 1980, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980, Volume III*, Abidjan, pp. 455-487.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, COMITÉ DE SUIVI SUR LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES, 1991, *Programme de Valorisation des Ressources Humaines, Politique de Population pour le Développement*, Abidjan, octobre 1991, 17 p + annexes.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DIRECTION EXECUTIVE DU PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE, 1999, *Programme national de la santé de la reproduction /planification familiale Côte-d'Ivoire 1999-2003*, Abidjan, 108 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE CHARGÉ DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT INDUSTRIEL, 1997, *Déclaration de politique nationale de population*, Abidjan, 40 p.
- ROSS J. STOVER J. et WILLARD A., 1999, *Profiles for Family Planning and reproductive Health programs, 116 countries*, The Futures Group International, 87 p. + annexe.
- SALA-DIAKANDA Daniel M., 2000, « Les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité », in VIMARD Patrice et ZANOU Benjamin (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 13-45. – Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- SEMBAJWE I., 2000, « Planification familiale et facteurs de la pratique contraceptive au Kenya et en Ouganda », in VIMARD Patrice et ZANOU Benjamin (éd.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, L'Harmattan, Paris, pp. 73-89.
- STEWART J.F. et KOUAMÉ K., 1997, *Vertical and integrated structures of family planning programs in west Africa*, Côte d'Ivoire, séminat on « family planning program structure, cost and performance, Abidjan, Côte d'Ivoire, july 29-30, 1997.

Liste des acronymes employés

AIBEF	Association ivoirienne pour le bien-être familial
CCC	Communication pour le changement de comportement
CEA	Commission économique des Nations unies pour l'Afrique
CNPD	Conseil national pour la population et le développement
DBC	Distribution à base communautaire
DPDRH	Déclaration de politique de développement des ressources humaines
IEC	Information, d'éducation et de communication
IPPF	Fédération Internationale pour la planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAS	Programme d'ajustement structurel
PASCO	Programme d'ajustement de la compétitivité
PASFI	Programme d'ajustement du secteur financier
PDRH	Programme de développement des ressources humaines
PEV	Programme élargi de vaccination

PNA PNLS/MST	Programme national d'actions en matière de population
Tub	Programme national de lutte contre le SIDA/MST et la tuberculose
PNP	Politique nationale de population
PNSI	Programme national de la santé infantile
PNSR	Politique nationale de la santé de la reproduction
PNSR/PF	Programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale.
PROVIFA	Mouvement pour la promotion de la vie familiale
PSI	Population Service International
RIPS/AJ	Réseau ivoirien pour la promotion de la santé sexuelle des jeunes et des adolescents.
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Pauvreté humaine individuelle :
concept et relation
avec les comportements procréateurs en Côte d'Ivoire

RAÏMI FASSASSI

La théorie de la transition démographique qui retrace l'histoire de la dynamique des populations a permis de marquer les grands points de repères de l'évolution démographique des pays actuellement industrialisés. Cette transformation s'est opérée de façon progressive sur plusieurs décennies avec une amélioration graduelle des conditions de vie des populations, une maîtrise croissante des soins préventifs et curatifs ainsi qu'un accroissement constant de l'efficacité des moyens de contraception. Ce schéma explicatif de l'évolution démographique a, ensuite, tout naturellement été transposé au monde en développement pour essayer de comprendre les mutations que connaissent ces régions en matière de population. Mais, de nombreux dysfonctionnements ont été relevés dans plusieurs pays en développement, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, par rapport aux évolutions attendues. À la chute initiale de la mortalité observée après la Seconde Guerre mondiale, n'a suivi qu'une baisse tardive et timide de la fécondité, malgré des programmes de population parfois anciens. La remontée ces dernières années de la mortalité, liée surtout à la progression du VIH/sida, et les relations encore insuffisamment connues de cette pandémie avec la fécondité ne permettent pas de trancher avec certitude sur l'évolution future de la fécondité des zones les plus touchées par la pandémie. Les problèmes démographiques de l'Afrique subsaharienne, notamment

la dynamique de la fécondité, peuvent également s'apprécier en relation avec les performances économiques du continent et le statut économique des populations qui y résident.

Les résultats des nombreuses études menées de par le monde sur les relations entre pauvreté et fécondité ont donné des résultats jusque-là ambigus. Différentes méthodologies ont été appliquées, mais la complexité de l'analyse des phénomènes de pauvreté, les différents indicateurs utilisés, tant pour estimer le niveau des conditions de vie, que pour mesurer la fécondité ont conduit à plusieurs résultats parfois contradictoires (Schoumaker et Tabutin, 1998). Ces résultats ont, en définitive, contribué à épaissir quelque peu le mystère qui entourait déjà la question de la fécondité des plus pauvres. Certains de ces résultats méritent cependant qu'on s'y attarde, comme la plus forte fécondité des pauvres.

Le contraste entre les possibilités économiques et les décisions procréatrices des individus, auquel renvoie l'analyse de la fécondité des pays les plus pauvres, amène à s'interroger sur la rationalité des personnes les plus démunies. La fécondité est, en effet, parfois perçue comme relevant d'une certaine irrationalité (Lewis, 1963). Ce constat justifie une étude plus approfondie de la question, d'autant plus qu'en Afrique subsaharienne le contexte conjugue presque toujours une fécondité très forte à une pauvreté également élevée. La carte de la pauvreté y recouvre souvent celle de la forte fécondité¹.

Pourtant, cette observation apparaît quelque peu contre-intuitive dans la mesure où des techniques modernes de contraception efficaces existent, que certains produits de limitation des naissances sont subventionnés dans les pays d'Afrique et que des méthodes traditionnelles, moins opérantes certes, mais plus proches culturellement du mode de vie des personnes les plus pauvres, sont connues et accessibles à tous. Pourquoi les populations les plus démunies auraient-elles une fécondité élevée ? Faut-il remettre en cause l'hypothèse fondamentale de la rationalité micro économique ou, au contraire, mieux

1. Voir la série des rapports des Enquêtes démographiques et de santé EDS réalisées dans les pays en développement depuis ces deux dernières décennies.

affûter nos outils d'analyse ? Il convient, dans tous les cas, de porter un regard nouveau sur le phénomène de la pauvreté et de la fécondité.

Depuis le XIX^e siècle, l'approche monétaire des conditions de vie a été consacrée (Razafindrakoto et Roubaud, 2000). Elle s'est trouvée légitimée, ces dernières années, par les options des institutions financières et les théories de la croissance économique, même s'il est maintenant admis que cette vision est lacunaire et que la pauvreté doit être appréhendée selon plusieurs autres dimensions (Ravallion, 1996 ; Larivière, 1997 ; Sen, 1999).

Le présent chapitre aborde les relations conjointes de la pauvreté et de la fécondité sous l'angle micro économique. Il se veut être une contribution à la réflexion déjà importante sur le sujet (Becker et Lewis, 1973 ; Easterlin *et al.*, 1990). Il ambitionne d'apporter tout d'abord des éléments de méthodologie susceptibles de mieux faire ressortir les interactions entre les deux phénomènes avant d'examiner plus minutieusement la fécondité des pauvres. Le champ géographique de cette étude est la Côte d'Ivoire dans son ensemble mais plus spécifiquement le sud-ouest du pays, le département de Sassandra où l'IRD a déjà entrepris plusieurs investigations sociodémographiques (Guillaume et Vimard, 1993 ; Léonard, 1996 ; Vimard *et al.*, 1997 ; Adjamagbo, 1998 ; Adjamagbo, 1999).

Le texte s'organise autour de trois grands points. Le premier a trait au concept de pauvreté. Son caractère multidimensionnel est souligné avant de proposer, dans un second temps, un indicateur pour en améliorer l'évaluation. Enfin, dans une dernière partie, l'indicateur de pauvreté humaine individuelle, une fois testé par des techniques statistiques appropriées, sera utilisé pour différencier la fécondité entre les diverses couches de la population sur la base des conditions de vie individuelles.

La pauvreté, un concept difficile à appréhender...

Qu'est-ce que la pauvreté ? Cette question fondamentale n'a pas encore trouvé une réponse unanime et définitive ; elle est pourtant au cœur de l'analyse

des conditions de vie des individus et des ménages. La pauvreté est en effet un concept très complexe à définir et quasiment impossible à appréhender dans toute sa globalité. Ses manifestations, nombreuses et variées, couvrent plusieurs champs et embrassent de nombreuses disciplines. Dans son acception la plus courante, on définit la pauvreté comme un manque, une insuffisance de ressources nécessaires pour mener une vie considérée comme acceptable et digne. C'est donc « un état de privation à long terme de bien-être jugé inadéquat pour vivre décentement » (Aho *et al.*, 1997). Pour M. Ravallion (1996), l'état de pauvreté existe chez un individu, lorsque son bien-être n'atteint pas un niveau considéré comme raisonnable par sa propre société. Ainsi, l'aspect subjectif occupe une place importante de même que le contexte. A. Sen situe la pauvreté dans le domaine de la liberté et du droit, celui de bien vivre. Sans être véritablement polysémique, le concept de pauvreté ne recouvre ainsi pas les mêmes réalités sociologiques selon les auteurs et les différentes approches de l'évaluation du bien-être sur lequel se fonde la notion de pauvreté. L'unanimité se fait pourtant sur un point : la pauvreté implique des privations qui s'inscrivent suffisamment dans la durée pour ne pas être considérées comme des difficultés passagères.

... ayant une multitude de facettes

Le caractère multidimensionnel du concept de pauvreté justifie l'existence de nombreuses approches pour l'appréhender. Ces paradigmes sont en fait ceux qui tentent d'appréhender le bien-être. Certaines des théories traitant du bien-être de la personne humaine s'enracinent dans l'histoire des théories économiques et remontent aux écrits des premiers auteurs classiques. La théorie utilitariste tient en effet une place de choix dans l'explication et l'étude de la pauvreté. D'autres modèles coexistent avec ce paradigme libéral. Il s'agit en particulier de l'approche de la pauvreté par les besoins sociaux que l'on retrouve dans la littérature de J. Stuart Mill (1861), et plus récemment, de A. Sen (1974 ; 1979)

et de R. Barro (1974) qui insistent sur l'importance des rapports sociaux, ainsi que dans la théorie de la justice et la philosophie économique (Rawls, 1971 ; Harsanyi 1977) qui s'appuient sur l'éthique et la justice.

La pauvreté a des répercussions sur le comportement des personnes dans leur recherche individuelle ou collective de stratégie pour améliorer leur bien-être. Les contraintes de ressources pesant sur les populations démunies vont ainsi avoir des conséquences importantes et induire une intensification des interactions sociales (Jarret et Mahieu, 1998), puisque les revenus individuels comportent une composante sociale (Becker, 1974) et que les personnes en difficulté peuvent faire jouer toutes leurs ressources disponibles, y compris leurs capitaux humains et sociaux. Les perceptions individuelles de l'état de pauvreté deviennent ainsi une composante essentielle, de l'action ou de la stratégie d'amélioration de ses conditions de vie. La nécessité d'une prise en compte de la dimension subjective apparaît finalement essentielle tout particulièrement dans la mise en regard des comportements et du niveau de vie. Cette prise en compte complexifie d'autant l'étude de la pauvreté. C'est l'une des raisons pour lesquelles, seules les dimensions objectives sont généralement prises en compte dans la mesure de la pauvreté. Nous ne retiendrons par la suite que la pauvreté humaine, celle qui intègre aussi bien les aspects économiques, sociaux et subjectifs et qui synthétise les principales dimensions de la pauvreté.

L'étude de la pauvreté par l'approche monétaire s'est imposée, mais elle apparaît finalement comme une analyse parcellaire des véritables besoins des individus. Ce n'est finalement qu'une étude limitée à la composante marchande, ne traitant qu'un des aspects de l'ensemble des pénuries. C'est ainsi que des dimensions nouvelles ont été progressivement intégrées à l'analyse de la pauvreté. Un de ces apports est celui de la prise en compte des conditions d'existence des individus pris dans leur milieu de vie. On tente alors de mieux cerner les dimensions de la pauvreté en élargissant l'éventail des nécessités au cadre de vie et aux conditions matérielles d'existence. Dans cette perspective, on inclut des aspects de la vie non directement quantifiables, tels que la satisfaction retirée de l'accès à l'électricité, à l'eau potable, l'apport de l'instruction dans le bien-être

etc. Des variables ordinales permettent de hiérarchiser les conditions de vie à travers la construction de scores. Ces scores, assez arbitraires très souvent, n'ont en réalité de valeur qu'à travers le classement qu'elles donnent de la position sociale des individus ou des ménages. Des techniques basées sur l'analyse factorielle ont été développées pour contourner l'arbitraire de la méthode des scores (Sahn et Stiefel, 1989 ; Vodounou, 2003). Ces méthodes utilisent la première coordonnée de l'analyse en composante principale ou de l'analyse factorielle des correspondances multiples pour proposer des pondérations plus objectives. Plusieurs difficultés sont liées à ces méthodes. On peut relever le fait qu'elles ne tiennent pas compte de la totalité des informations fournies par les données (l'inertie totale des nuages de points) et qu'elles négligent, de ce fait, des considérations, certes marginales numériquement, mais qui peuvent être très importantes du point de vue sociologique.

La pauvreté est d'abord humaine...

La réserve la plus célèbre par rapport à la vision traditionnelle de la pauvreté est celle de l'économiste indien A. Sen. Rompant radicalement avec l'ordre établi, A. Sen rejette les différentes approches de la pauvreté en particulier la vision monétaire. Le bien-être, selon lui, signifie simplement « vivre bien », ce qui suppose des droits que le revenu, la consommation ou l'accès aux conditions matérielles minimales de vie ne garantissent pas. Il estime que si le revenu est un pouvoir permettant à chacun d'exprimer ses préférences, la domination statutaire est parfois telle, que même dotés de ce pouvoir, des individus ne pourront pas réellement exercer leur droit d'accès au bien-être. La situation paradoxale de la famine en période d'abondance illustre de manière probante ce cas de figure (Sen, 1981, 1983, 1999). Il propose donc d'élargir l'espace de pauvreté et d'y inclure plus explicitement les moyens d'exercer réellement les droits d'accès tout comme l'accès effectif aux ressources disponibles. L'approche de la pauvreté par les capacités à faire valoir ses droits est centrale dans l'analyse de Sen (1979, 1983). La notion de pauvreté intègre non seulement l'accès effectif

aux ressources, mais prend également en compte l'offre de services sociaux tout en intégrant la vulnérabilité, la dignité humaine et l'autonomie dans l'environnement de l'individu. Ainsi, la pauvreté sort de son cadre traditionnel d'analyse de la pénurie, en terme de privation matérielle pour entrer dans un domaine plus abstrait où le droit côtoie les institutions et la justice sociale. La pertinence de l'approche en fait, depuis une dizaine d'années, une base conceptuelle du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 1990) dans l'élaboration annuelle de l'indicateur de pauvreté humaine (IPH).

Le PNUD, se démarquant de la position traditionnelle de la Banque mondiale² et du fonds monétaire international pour lequel la pauvreté ne peut être que monétaire, s'est référé à un éventail plus large de situations qui peuvent rendre une vie pénible et malheureuse. Sous l'influence des contributions de A. Sen, cette institution recense un certain nombre de critères qui peuvent constituer un handicap pour l'individu : l'infirmité, la monoparentalité, l'impossibilité de scolariser ses enfants, le manque de relations humaines, l'insécurité alimentaire, etc. Depuis 1990, le PNUD calcule pour tous les pays du monde en développement, un indicateur synthétique qui prend en compte différentes dimensions de la pauvreté. Mais l'indice de pauvreté humaine (IPH-I)³ n'inclut que trois besoins essentiels de l'homme. Le droit à la vie est approché par le pourcentage de personnes risquant de mourir avant l'âge de 40 ans, le droit à l'éducation et à l'ouverture sur le monde extérieur est estimé par le pourcentage d'adultes ne sachant ni lire ni écrire et le droit de bénéficier des commodités de l'économie, approché par le pourcentage de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable ni aux services de santé et la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition.

Si l'on désigne par P_1 la dimension de l'IPH-I décrivant le droit à la vie, par P_2 celle relative au droit à l'éducation et par P_3 la dimension de la pauvreté

2. Cette institution reconnaît désormais le caractère multidimensionnel de la pauvreté (Banque mondiale, 2000)

3. Un indicateur de pauvreté humaine plus adapté aux pays industrialisés, l'IPH-II sera introduit plus tard par le PNUD.

humaine donnant le droit d'accès aux commodités essentielles de la vie⁴, l'IPH-I est donné par la formule :

$$IPH - I = \sqrt[3]{\frac{1}{3}(P_1^3 + P_2^3 + P_3^3)}$$

Si l'introduction de l'IPH-I est une véritable révolution, l'ambition qui consiste à prendre en compte les capacités des individus à exprimer leurs choix se révèle être nettement en deçà des espérances qu'un tel projet a suscitées au départ. Certes, les variables considérées sont importantes, mais ces facteurs n'en demeurent pas moins très restrictifs dans une perspective d'élaboration d'un indicateur du niveau de vie des individus. Le souci de comparaisons internationales aura ainsi prévalu à la nécessité de disposer d'un indicateur fondé sur une base beaucoup plus large de variables.

... et individuelle

Pour mieux décrire les véritables conditions d'existence des hommes et des femmes, il est nécessaire de dépasser ces considérations d'uniformisation et d'aller beaucoup plus loin dans la prise en compte des dimensions de la pauvreté. Il importe aussi de faire plus attention aux spécificités de chaque groupe de populations abordées, tout comme il est important de l'individualiser avant de le relier au comportement.

La pauvreté humaine peut être considérée comme la somme de tous les types de dénuement que l'individu peut connaître. Elle essaye de prendre en compte toutes les dimensions du bien-être individuel que les approches habituelles ne peuvent intégrer aisément dans leur approche empirique. Il s'agit d'une synthèse de tous les types de dénuement de l'être humain. Y figurent la pauvreté d'existence, la pauvreté en terme de capital humain, le manque de capacité que confère une insuffisance de capital social (Becker, 1974 ;

4. P_3 est la moyenne arithmétique simple du pourcentage de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition et la part du total de la population des personnes n'ayant pas accès aux soins de santé.

Collier, 1998) dimension essentielle dans un pays où les interactions sociales sont particulièrement importantes. La pauvreté humaine tient aussi compte de la pauvreté monétaire et de la non satisfaction des besoins jugés vitaux ainsi que les différents droits de l'individu en particulier ceux qui définissent l'accès aux ressources disponibles.

Il est évident que toutes ces formes de pauvreté ne se valent pas. Ainsi, un défi majeur de cette construction sera l'introduction d'un système de pondération aussi neutre que possible. Comme la pauvreté est un phénomène relatif intimement lié au contexte, le poids donné à chacune de ses dimensions tiendra compte de l'importance « sociale » que la population étudiée semble accorder à la composante spécifiée.

D'une manière générale, de nombreuses variables décrivant les conditions de vie sont très corrélées et décrivent souvent les mêmes types de dénuement. Ces variables seront regroupées dans une même dimension. Ainsi, chacune des composantes de la pauvreté comporte des variables qui retracent à peu près le même type de besoin. Une variable donnée est retenue lorsqu'elle peut retracer une certaine hiérarchie dans le partage d'une ressource donnée, quelle qu'elle soit. Une condition nécessaire est ainsi le caractère ordinal de la variable.

Construction de l'indice de pauvreté relative à l'individu (IPHI)

Idéalement, les études sur la pauvreté devraient tenir compte le plus possible des aspirations des populations concernées. Cette optique, non aisée déjà dans la théorie économique, est difficilement réalisable empiriquement. La méthode que nous proposons d'utiliser se fonde sur celle des scores et repose aussi sur la perception sociale de la pauvreté. L'approche s'efforce d'intégrer un large éventail de variables couvrant différentes dimensions de la pauvreté qui incluent les droits autant que les accès effectifs aux ressources disponibles dans la société considérée. L'idée de base est que pour une population donnée, ayant des moyens bien précis, et située à un certain niveau de développement, les choix sociaux les plus valorisés peuvent être approchés par les réalisations les plus

courantes dans la population considérée. En effet, les populations humaines, dans le cadre de l'utilisation rationnelle des ressources disponibles, assurent tout d'abord leur survie et consomment ensuite les biens économiques et sociaux selon leur valorisation sociale mais aussi selon leur « poids » respectif dans les préférences individuelles et leurs contraintes économiques. On suppose donc que les biens les plus valorisés dans la population sont ceux qui sont consommés prioritairement. En tout état de cause, un bien de consommation courante qui ne manquerait qu'à une fraction relativement faible de la population serait le signe d'une pauvreté matérielle, intellectuelle, sociale ou morale empêchant celle-ci d'accéder à ce bien.

Bien que l'anthropologie ait reconnu l'hétérogénéité des communautés quelles qu'elles soient, des tendances générales particularisent chaque groupe social. La culture, les traditions ancestrales, l'histoire commune des individus mais aussi l'environnement économique et social, conditionnent les préférences individuelles à travers les institutions (Hodgson, 1998). Les effets d'imitation, dus aux interactions sociales et à l'influence de groupes leaders impulsant le changement social (Mendras et Forse, 1990), vont finalement créer une certaine convergence de « goûts » dans la diversité des préférences individuelles. Dans l'impossibilité pratique d'une prise en compte individuelle des préférences, on suppose qu'une ressource indisponible pour un individu dans la société crée un « manque » au niveau de celui-ci. Ce « manque » sera d'autant plus ressenti que les autres membres de la société posséderont ce bien. Comme Corneille l'a souligné, « la liberté n'est rien dans une société où tout le monde est libre ». Ainsi, une personne sans instruction sentira probablement ce besoin spécifique d'autant plus fortement qu'il est dans une société d'érudits où l'instruction est généralisée. De même, une personne sans instruction a des chances de ne pas se soucier de son état d'analphabète dans une société où personne ne sait ni lire ni écrire. Elle ne commencera à ressentir le poids de l'analphabétisme que lorsque l'instruction, ressource indispensable, commencera à se généraliser dans la société alors qu'elle-même n'en bénéficie pas.

Pour une variable donnée la médiane va jouer un rôle important. Elle correspond par définition à la situation de la personne qui, de par son rang dans la distribution de la ressource, ne se trouve ni avantagée ni désavantagée socialement. On peut considérer que cette personne est socialement neutre dans la distribution de la ressource. De même, on comptera comme désavantagée socialement, une personne dont la dotation se trouve en dessous de celle de l'individu médian. En effet, il est plus probable qu'une telle personne ressente plus un sentiment de manque, comparé à l'individu médian. Il semble également naturel de considérer que l'importance de ce manque soit proportionnelle au rang de la personne concernée. Dans l'évaluation de l'indicateur, son score sera égal au classement de l'individu dans la répartition du bien concerné.

Le score attribué à un individu, pour matérialiser son état de pauvreté par rapport à une variable quelconque, sera donc fonction de sa position relative dans l'accès à cette ressource particulière. Ce score sera d'autant plus élevé que l'individu se situera en queue de distribution dans un classement décroissant des ressources individuelles détenues.

Comme on l'a dit, la personne médiane est « neutre » dans la société par rapport à la ressource considérée, ni avantagée, ni désavantagée par la distribution. Les personnes dont les dotations se situent en dessous de celle de l'individu médian, sont relativement démunies. Leur degré de manque sera égal au pourcentage de personnes mieux loties pour la variable considérée. La moyenne des rangs occupés par une personne dans l'ensemble des variables constituant une dimension de la pauvreté, est le niveau de la pauvreté pour cet individu et pour cette dimension particulière. C'est la première étape du calcul du niveau de la pauvreté humaine au niveau des individus.

La deuxième étape consiste à agréger les différentes dimensions en un score global pour l'individu. Chaque dimension de la pauvreté n'ayant pas les mêmes importances sociales ni d'ailleurs des poids identiques dans la dynamique de la pauvreté, la moyenne arithmétique des scores obtenus au niveau de chaque dimension n'est plus appropriée. En effet, les dimensions de la pauvreté sont si différentes qu'il ne semble pas opportun de postuler une substituabilité

parfaite entre elles. Des écarts importants de dotation entre individus d'une même communauté signifient un retard considérable pour certains dans l'acquisition des ressources. C'est pourquoi, il convient de donner plus de poids aux dimensions les plus éclatées, celles pour lesquelles les inégalités sociales sont les plus prononcées. Ces dernières contribueront ainsi plus fortement à la pauvreté globale de la personne et feront mieux ressortir la détérioration de la situation des plus pauvres dans la dynamique de la pauvreté. Le poids de chaque dimension dans la détermination de l'indice de pauvreté sera alors sa dispersion caractérisée par son écart-type.

Ainsi, une dimension de la pauvreté pour laquelle l'écart-type est proche de zéro, c'est-à-dire pour laquelle personne ne détient aucune « rente de situation » du fait de sa distribution quasi uniforme, ne constituera pas une véritable dimension de pauvreté pour la société considérée. Elle ne comptera donc que pour peu dans le score final. Par contre, la dimension de la pauvreté sera d'autant plus importante que les écarts entre individus le seront. Ainsi, le score final reflète la position de l'individu dans l'échelle d'accès aux ressources ; il donne aussi une idée de la position relative du pauvre par rapport aux autres pauvres mais aussi relativement à l'ensemble de la population. Une modélisation de cette approche est la suivante :

Modélisation

Soit une population de n individus indicés par i .

On suppose que m dimensions de la pauvreté ont été répertoriées dans la population étudiée.

Soit $P_k(i)$, la k -ième dimension de la pauvreté relative à l'individu i .

On suppose que la dimension k de la pauvreté est décrite par m_k variables retraçant le niveau de vie.

Soit V_{kj} , la j -ième variable (j variant de 1 à m_k) décrivant la dimension k de la pauvreté.

La médiane $Me(V_{kj})$ de la variable V_{kj} est le seuil de pauvreté pour V_{kj} .

Soit $F_{kj}(i)$ le classement de l'individu i dans une répartition de la population selon des niveaux de dotation décroissants⁵ de la variable V_{kj} .

On a :

$$P_k(i) = \frac{1}{m_k} \sum_{j=1}^{m_k} \varepsilon_{kj} F_{kj}(i)$$

Avec $\varepsilon_{kj} = 1_{[50,100]}(F_{kj})$

Le score final de i sera :

$$P_\alpha(i) = \left[\frac{1}{\sigma} \sum_{k=1}^m \sigma_k P_k^\alpha(i) \right]^{\frac{1}{\alpha}}$$

Où $\sigma = \sum_{k=1}^m \sigma_k$ et $\alpha > 0$.

Le coefficient α donne le degré de substituabilité des différentes dimensions de la pauvreté. Si $\alpha = 1$, $P_\alpha(i)$ serait une moyenne arithmétique pondérée des différentes dimensions de la pauvreté ; les différentes dimensions de la pauvreté seraient alors parfaitement substituables. Elles le seront d'autant moins que la valeur de α sera élevée.

Cet indice ne peut pas s'interpréter comme un taux, mais il donne assez clairement la position relative de l'individu par rapport à l'ensemble de la population, eu égard à l'accès aux ressources disponibles.

Ce score, qui est un indice individuel de pauvreté humaine, a quasiment les mêmes propriétés que l'indice onusien de pauvreté humaine. L'IPH1 a une meilleure robustesse que l'IPH puisqu'il est basé sur des rangs et donc moins sensible aux erreurs de mesure.

5. Dans la pratique $F_{kj}(i)$ sera la fréquence cumulée pour des modalités agrégées de variables qualitatives ordinales et des déciles pour les variables quantitatives.

Pauvreté humaine et comportement de reproduction en Côte d'Ivoire

Outre les variables classiques sur la fécondité et les attitudes et comportements à l'égard de la planification familiale, les données collectées dans l'Enquête démographique et de santé (EDS, 98-99) offrent un panel d'informations sur les conditions de vie des personnes.

Les dimensions de la pauvreté humaine individuelle retenues

Au total, huit types de pauvreté ont été définis et retenus. Il s'agit de la pauvreté liée aux aspects suivants :

- conditions de vie et d'existence, construite autour des conditions de vie et de logement de la personne ;
- conditions nutritionnelles et sanitaires de la mère et de l'enfant ;
- accumulation du capital humain ;
- accumulation du capital informationnel ;
- possessions matérielles ;
- cohésion familiale et sociale ;
- capacités de maîtrise de la procréation ;
- capacités monétaires.

La pauvreté humaine individuelle a été mise en regard de la pratique contraceptive et de la fécondité des femmes d'âge fécond.

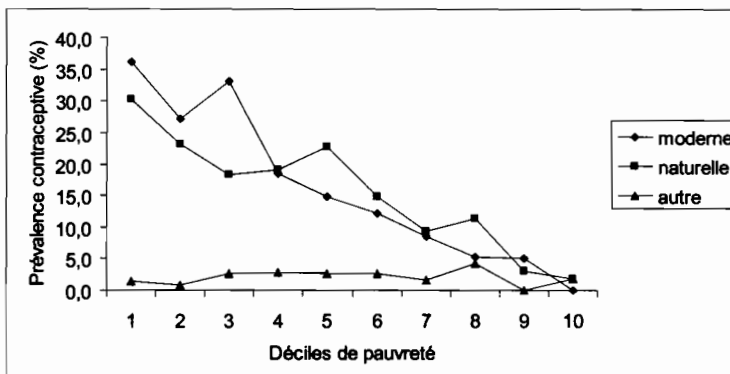
Pauvreté humaine et pratique contraceptive

La pratique contraceptive moderne est le moteur essentiel de la baisse de la fécondité, du moins lorsqu'elle est pratiquée dans les conditions requises. Pour l'heure, la contraception moderne est assez limitée en Côte d'Ivoire dans la population féminine d'âge fécond : 9,8 %. Dans cette période transitionnelle, le passage de la forme naturelle à la configuration moderne confère au contrôle des naissances une structure encore équilibrée entre la contraception moderne

Tableau 1. Catégories extrêmes de pauvreté et pratique de la contraception moderne chez les femmes potentiellement fécondes

Dimension de la pauvreté	Prévalence contraceptive moderne (%)	
	< 1 ^{er} quintile	> 5 ^e quintile
Conditions de vie et d'existence	28,4	4,0
Conditions nutritionnelles et sanitaires de la mère et de l'enfant	23,2	6,9
Accumulation du capital humain	20,3	14,1
Accumulation du capital informationnel	28,7	6,3
Possessions matérielles	29,1	17,0
Cohésion familiale et sociale	23,4	5,1
Capacités de maîtrise de la procréation	36,6	0,0
IPHI	32,1	2,4

Figure 1. Déciles de pauvreté et pratique contraceptive des femmes potentiellement fécondes



et la contraception naturelle (9,7 %) (INS et ORC Macro, 2001), une forme relativement moins efficace qui comprend la continence périodique et le retrait.

Dans notre analyse des pratiques contraceptives, seules les femmes potentiellement fécondes ont été prises en compte. Est considérée comme *potentiellement féconde* une femme en âge de procréer ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 28 jours qui ont précédé l'EDS et qui n'était ni enceinte ni en ménopause au moment de l'enquête. Seules ces femmes peuvent contracter une grossesse non désirée au moment de l'enquête et ont une raison de se protéger contre ce risque. Cette sélection permet d'ailleurs de mieux comprendre les relations réelles entre le niveau de la pratique contraceptive des femmes et celui de la fécondité (Fassassi et Vimard, 2002).

Pour rendre compte de l'utilisation différentielle des produits de la contraception selon le niveau de pauvreté, une comparaison des femmes dont les scores correspondent aux quintiles extrêmes a été faite. D'une manière générale, les 20 % des femmes les plus démunies ont une pratique contraceptive extrêmement faible (2,4 %) au contraire de celles qui sont dans la tranche des 20 % les plus nanties de la société (32,1 %) (tableau 1). Quel que soit le type de pauvreté concerné, la pratique de la contraception est plus fréquente chez ces dernières. Cette différence s'observe en particulier pour les dimensions relatives à la cohésion familiale et sociale, type de pauvreté qui s'opère essentiellement lorsque l'individu vit replié sur lui-même. Cela s'explique par le fait que dans la population étudiée, les personnes les plus nanties (ou les moins démunies) ont essentiellement pour fonction sociale le soutien des plus pauvres, tout particulièrement en pourvoyant une assistance de proximité.

Les écarts de niveaux de prévalence contraceptive, quoique partout importants, atteignent des paliers particulièrement élevés pour certaines dimensions de la pauvreté (tableau 1 et figure 1). Il s'agit surtout de la pauvreté en terme de capacité à maîtriser sa procréation. Ce constat n'est pas surprenant en lui-même, mais il révèle certaines réalités, encore vécues dans les pays de l'Afrique subsaharienne, susceptibles d'entraver durablement l'adhésion effective des femmes à la contraception. En effet, certaines femmes se sentent encore obligées d'avoir

l'avis favorable de leur conjoint avant de recourir à la planification familiale même si les lois ivoiriennes stipulent clairement l'autonomie de la femme en la matière (Anoh, 2001). Lorsque l'environnement familial n'est pas du tout propice à la planification des naissances, la femme y renonce presque de façon systématique, soulignant de ce fait l'importance des coûts qu'elle devrait supporter si elle devait passer outre l'hostilité du milieu de vie.

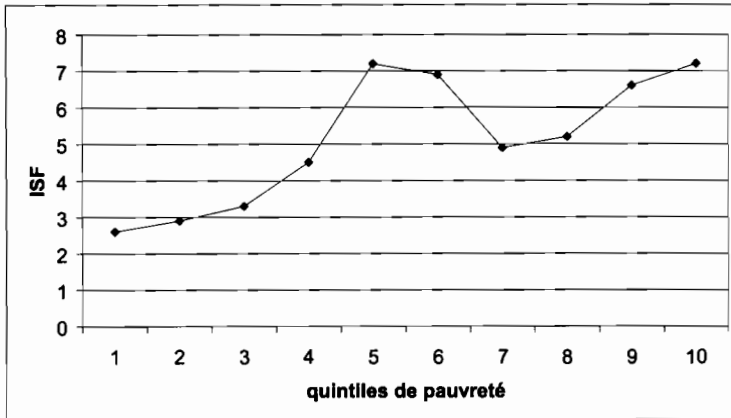
Lorsque l'analyse est recentrée sur les femmes potentiellement fécondes, les prévalences sont nettement plus importantes, confirmant de ce fait la volonté, même encore timide, de mieux gérer sa vie reproductive. Cette intention est plus clairement affichée, lorsque l'on considère les différents niveaux de pauvreté humaine. Cet examen s'est fait à travers la prévalence contraceptive des femmes selon les niveaux de dotation de potentialités correspondant aux différents déciles de la pauvreté humaine individuelle.

Les femmes ayant la meilleure qualité de vie, celles que l'indice de pauvreté individuelle classe parmi les 10 % les mieux loties dans la population, sont également les personnes dont les pratiques contraceptives sont les plus répandues. On y observe que 66,4 % de celles-ci pratiquent la contraception moderne ou naturelle, tandis que dans la population ayant les conditions de vie les plus précaires, seulement 1,8 % y ont recours. Une différence de pratique aussi importante indique des objectifs de procréation nettement opposés, qui doivent être reliés avec les niveaux variables d'insertion dans la vie sociale. En effet, la contraception naturelle étant « gratuite », les différences de capacités d'accès aux moyens de contraception, réelles entre les deux catégories de femmes, ne peuvent être invoquées.

Les femmes d'indice inférieur au 3^e décile de pauvreté affichent une réelle volonté de contrôle des naissances, puisqu'elles choisissent de préférence les méthodes modernes de contraception, même si leur utilisation des techniques naturelles est également appréciable. Au contraire, les personnes dont l'indice de pauvreté est supérieur au 8^e décile de pauvreté utilisent très peu les moyens de contraception susceptibles de leur permettre une meilleure gestion de leur vie féconde. On peut s'étonner du fait que ces personnes pauvres recourent

si peu aux moyens de contraception. Elles sont certainement plus contraintes que les autres par des problèmes d'accessibilité financière et géographique à la

Figure 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon les déciles de l'IPH1



planification moderne, mais leur couple aurait pu faire le choix d'une contraception naturelle ou même traditionnelle. On peut en déduire que, pour ces couples, la satisfaction anticipée de l'utilisation d'une méthode quelconque de planification familiale n'est pas suffisamment incitative pour franchir le pas. Autrement dit, pour les couples les plus pauvres, la deuxième condition de Coale, la conceptualisation de la contraception, n'est pas encore effective.

Pauvreté humaine et fécondité

À l'examen des résultats, il convient de retenir que le niveau de l'indice synthétique de fécondité (ISF) suit une évolution ascendante selon les déciles de l'IPH1, et donc, que le degré de pauvreté des femmes entretient une relation globalement croissante avec leur fécondité. Une observation plus attentive des données révèle cependant un phénomène important (figure 2). Il s'agit d'une rupture nette dans la tendance à partir du cinquième décile. En effet, si les

femmes, dont l'IPHI est inférieur au premier décile, ont une fécondité très basse pour le contexte subsaharien, la croissance de l'ISF selon les déciles de l'IPHI est exponentielle jusqu'au 5^e décile. À ce niveau, on observe un revirement de l'évolution de départ. Cette nouvelle tendance est d'abord marquée par une baisse de l'ISF, puis une croissance beaucoup plus faible. Le maximum est atteint pour le dixième décile, degré de pauvreté pour lequel la fécondité du moment se retrouve au même niveau que pour les femmes dont l'IPHI se situe entre le 4^e et le 5^e décile.

On note tout d'abord que le contexte social ivoirien est resté largement pronataliste, malgré la mise en œuvre d'un programme de population et l'adhésion progressive des femmes à une contraception efficace. Les discours préconisent une fécondité responsable mais, dans les faits, l'ancien idéal de la grande famille nucléaire demeure prégnant dans la mesure où la sécurité sociale offre toujours des allocations aux parents pour les six premiers enfants. Dans le même temps, quasiment tous les documents officiels qui réservent de l'espace pour la liste des enfants d'un ménage, semblent inviter à davantage de fécondité⁶. Ainsi, la diffusion de la contraception moderne reste relativement limitée malgré toutes les actions menées pour en promouvoir l'utilisation. Elle est effective seulement dans les classes les plus nanties, entraînant de ce fait un niveau peu élevé de la procréation au niveau des premiers déciles. Les classes les plus démunies ont, face à la procréation, une attitude assez nuancée : les plus riches des pauvres baissent leur fécondité, tandis que les plus pauvres des pauvres ont une fécondité assez élevée. Si les premiers se retrouvent essentiellement dans le secteur informel urbain, les seconds sont surtout des agriculteurs ruraux pour lesquels la procréation entre plutôt dans le cadre d'une stratégie de survie, tant pour le court terme (objectif de production) que pour le long terme (assurance pour les vieux jours).

6. Le carnet de la mutuelle générale des fonctionnaires en compte 12, celui de mariage en compte 10. À l'occasion de la célébration des unions, l'officiant fait souvent en sorte d'inviter le couple à faire en sorte d'en remplir toutes les lignes.

Nous allons maintenant nous intéresser à un contexte local. Il s'agit de la région de Sassandra dans le sud-ouest de la Côte d'Ivoire.

Pauvreté humaine et comportements reproductifs à Sassandra

La démarche adoptée pour la Côte d'Ivoire a été reprise pour une population plus restreinte mais également plus homogène du point de vue de la vie sociale et économique : la population résidant dans le département de Sassandra dans le sud-ouest de la Côte d'Ivoire.

Avec l'épuisement de la première zone de culture du cacao et du café de l'Est de la Côte d'Ivoire, le sud-ouest est devenu la nouvelle région pionnière de ces deux cultures d'exportation, mais la colonisation des terres connaît depuis peu un ralentissement important consécutif à un épuisement des forêts disponibles. Les différentes études, menées à Sassandra, montrent, au plan démographique, une très forte dynamique de la population de la région⁷. Entre 1955 et 1988, l'effectif des personnes résidentes a été multiplié par 7 (Vimard *et al.*, 1997). Ce dynamisme démographique, qui semble s'atténuer quelque peu depuis la grande crise du début des années 1980, est alimenté par une immigration importante. Celle-ci se double aussi d'une grande diversité des activités professionnelles dominées toutefois par une agriculture d'exportation qui touche aussi bien les produits traditionnels (café et cacao) que le bois, les agrumes et le palmier à l'huile. La population y est très hétérogène du point de vue de l'origine ethnique. La rareté croissante de la forêt rend plus difficile la cohabitation généralement pacifique entre autochtones (Bakwé, Godié, Néyo et Kodja), allochtones ivoiriens (surtout Baoulé) et étrangers numériquement dominés par les Burkinabé.

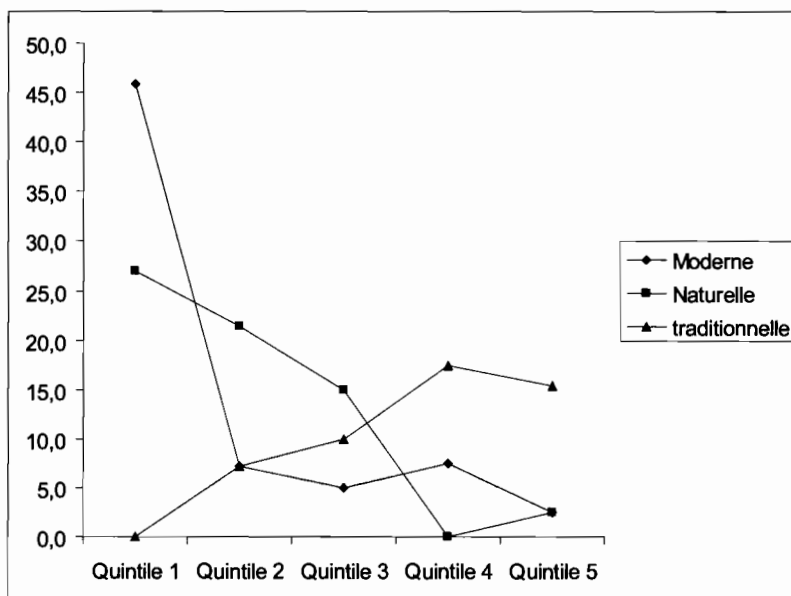
La flexibilité de l'approche méthodologique décrite ci-dessus a permis de l'adapter aisément aux données d'une enquête économique et démographique menée à Sassandra en 1999, afin d'y étudier les conditions de vie de la popu-

7. Sassandra est l'un des trois observatoires de population coordonnés conjointement par l'IRD et l'ENSEA d'Abidjan.

Tableau 2. Contraception (en %) et quintile de pauvreté

	Moderne	Naturelle	Traditionnelle	Aucune	Effectif
Premier quintile de pauvreté	45,9	27,0	0,0	40,5	37
Deuxième quintile de pauvreté	7,1	21,4	7,1	66,7	42
Troisième quintile de pauvreté	5,0	15,0	10,0	70,0	40
Quatrième quintile de pauvreté	7,5	0,0	17,5	75,0	40
Cinquième quintile de pauvreté	2,6	2,6	15,4	79,5	39
Ensemble	13,1	10,1	10,1	66,7	198

Figure 3. Prévalence contraceptive selon le type de méthode et le quintile de pauvreté



lation. Cette enquête concerne 200 ménages sélectionnés de façon aléatoire dans quatre localités du département (la commune de Sassandra, les villages de Sago et de Sahoua et l'unité de production agro-industrielle de Bolo). Elle a permis de recueillir des données sur 1188 personnes dont 198 épouses de chefs de ménage. Des données économiques et démographiques plus précises ont été recueillies sur les chefs de ménages et leurs épouses sur lesquelles ont porté les analyses. Malgré la richesse de ces données, tous les modules de l'EDS ne figurent pas dans le questionnaire. Cependant, d'autres variables, telles le revenu, (assez bien mesuré de par la nature des activités qui les génèrent dans la région) y figurent (voir annexe).

Plusieurs phénomènes intéressants se dégagent de la mise en perspective de la pratique contraceptive et du niveau de l'indice synthétique de fécondité dans les différentes sous-populations définies par les quintiles de la pauvreté humaine. On note tout d'abord un niveau relativement élevé de la pratique contraceptive moderne⁸ dans le groupe le moins défavorisé. Cette prévalence, de 46 %, est nettement supérieure à celle du groupe le plus démuné pour lequel le recours à la contraception moderne est très peu élevé (2,6 %). D'ailleurs, la pratique de la contraception moderne est peu pratiquée par tous les groupes (tableau 2, figure 3). Néanmoins, le phénomène inverse se dégage pour ce qui concerne l'utilisation des méthodes dites traditionnelles. Ces méthodes, théoriquement peu efficaces pour réduire de façon substantielle la probabilité de procréer, sont totalement absentes de la stratégie contraceptive des populations les plus nanties. En revanche, elles sont, en matière de contraception, l'élément essentiel du processus de contrôle de la fécondité⁹ des plus pauvres selon le critère de la pauvreté humaine. En effet, 15 % des femmes que l'indice de pauvreté classe parmi les plus pauvres utilisent la contraception traditionnelle alors qu'en général elles n'ont pas recours à cette pratique (les prévalences

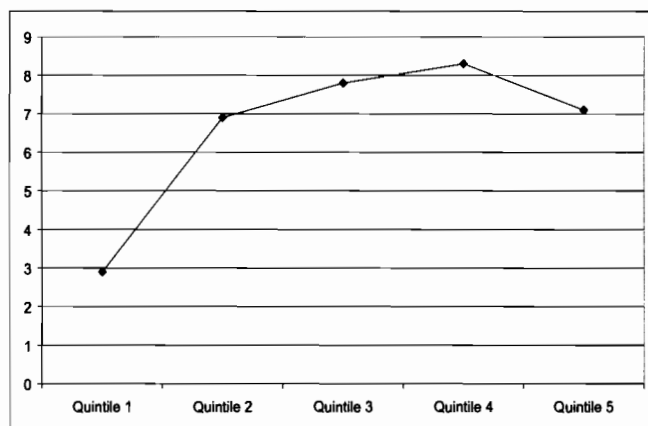
8. La contraception moderne comprend la pilule, le DIU, le préservatif, la stérilisation, les gelées, la mousse, les injections etc. ; la contraception naturelle comprend la méthode des cycles et le retrait, ainsi que les méthodes traditionnelles, l'indigénat, les gris-gris, etc.

9. Bien entendu, la stratégie de contrôle de la fécondité des populations rurales qui constituent l'essentiel des populations les plus démunies repose sur l'infécondabilité post-partum (voir Fassassi et Vimard, 2002 pour plus de précision).

des méthodes modernes et naturelles sont de 2,6 % chacune). En définitive, la qualité de la contraception dépend du niveau de l'indice de pauvreté (tableau 2, figure 3). Le niveau et la forme de la courbe de l'indice synthétique de fécondité appellent également des observations.

La combinaison de la contraception moderne et naturelle confère aux femmes

Figure 4. Niveau de l'indice synthétique de fécondité selon les quintiles de la pauvreté humaine



du 1^{er} quintile une fécondité très basse dans le contexte ivoirien : 2,9 enfants par femme. La maîtrise de la vie féconde au travers de la contraception semble être totale. Le niveau de fécondité des femmes dont l'indicateur de pauvreté se situe entre le 1^{er} et le 2^e quintile est nettement plus élevé (6,9 enfants par femme), de même que celui des femmes des autres quintiles de pauvreté. Tout comme au niveau national, on note d'abord un important écart entre la fécondité des femmes du premier et celles du deuxième quintile. La pente de la courbe retraçant le niveau de l'ISF dans les différentes catégories de femmes s'adoucit. La tendance s'inverse d'ailleurs entre les deux derniers quintiles. En effet, les femmes les plus pauvres affichent un niveau de fécondité inférieur aux deux dernières catégories de femmes : 7,1 enfants par femme contre respectivement 8,3 et 7,8 (figure 4).

Les données révèlent que les techniques de gestion de la fécondité dans le groupe le plus pauvre ont un effet de limitation de l'ISF plus prononcé que dans les classes immédiatement au-dessus, du point de vue de l'indicateur de pauvreté. L'objectif dans le groupe des femmes les plus démunies réside surtout dans la réduction des charges familiales liées à une trop forte fécondité, comme cela se dégage des entretiens qualitatifs avec les populations de la région. Ainsi, trois stratégies se dessinent suivant la situation des femmes : les femmes les plus démunies tentent de réduire leur fécondité avec les « moyens du bord » et y réussissent tant bien que mal, les femmes d'un niveau de vie intermédiaire semblent utiliser la contraception pour plutôt espacer les naissances, tandis que les plus nanties, avec une fécondité plus faible, ont une réelle maîtrise de leur fécondité du fait d'une forte pratique contraceptive moderne.

Conclusion

Le présent chapitre propose un indice de pauvreté humaine individuelle qui peut être un instrument de mesure de la pauvreté, complémentaire des autres indicateurs d'évaluation des conditions de vie. De par sa construction, son objectif n'est pas de comparer deux populations différentes, mais plutôt de synthétiser, au niveau individuel, toutes les dimensions jugées pertinentes des conditions de vie, tout en insistant sur l'accès différentiel aux ressources. Il essaie de réconcilier les différentes approches de la pauvreté, notamment la pauvreté subjective et la pauvreté objective. Il insiste également sur les inégalités sociales et réduit l'arbitraire de la méthode des scores. Cet indicateur peut être appliqué sur des données d'origine diverse et s'adapte à tous les types de variables pour peu que les personnes puissent être classées selon ces variables. En privilégiant les rangs par rapport aux valeurs absolues des variables, l'indice de pauvreté humaine individuel réduit les erreurs de mesure souvent importantes dans les enquêtes de type budget — consommation qui servent à déterminer les niveaux de vie et les seuils de pauvreté. L'indicateur de pauvreté humaine individuelle, en décalant les scores au niveau de la médiane, essaie de prendre en

compte la pauvreté subjective qui est l'élément essentiel de prise de conscience et donc de la recherche de stratégie de sortie de la pauvreté. En ce qui concerne la fécondité, le contexte spécifique de la Côte d'Ivoire est assez particulier : il a longtemps soutenu une politique nataliste et récemment pris en compte des questions de population dans le développement économique. En considérant cet indicateur, la contraception moderne est pratiquée par les personnes les plus nanties. La prévalence contraceptive efficace baisse avec la détérioration des conditions de vie alors que l'utilisation des méthodes traditionnelles augmente. À Sassandra, on obtient une courbe de la fécondité en J inversé. Les femmes les plus nanties ont une fécondité très faible pour le contexte. Celle des femmes les plus démunies est relativement élevée, mais comparable ou plus faible que la fécondité des femmes intermédiaires. En définitive, les femmes les plus nanties réussissent, dans leur tentative de limitation des naissances, grâce à des moyens efficaces, tandis que les plus démunies, avec des moyens traditionnels, n'arrivent pas à atteindre complètement leurs idéaux de fécondité. Quant à celles dont l'indicateur de pauvreté humaine se situe à un niveau intermédiaire, on peut penser qu'elles ont une stratégie volontaire de forte fécondité.

Références bibliographiques

- ADJAMAGBO A., 1999, Crise en économie de plantation ivoirienne et transformation des rapports sociaux : le dilemme féminin à Sassandra (Côte d'Ivoire), *Les dossiers du Ceped* n° 51, Paris, 1999 35 p.
- ADJAMAGBO A., 1998, *Changements socio-économiques et logiques de fécondité en milieu rural ouest africain : le cas de la région de Sassandra en Côte d'Ivoire*. thèse de doctorat en démographie, université de Paris X Nanterre, département de sociologie et de démographie sociale, 1998, 272 p. + annexes
- AHO G., LARIVIÈRE S., MARTIN F. (éd.), 1997, *Manuel d'Analyse de la pauvreté : Applications au Bénin*, PNUD, université nationale du Bénin, université Laval.
- ANO H. A., 2001, *L'émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire*, thèse de doctorat, université de Paris X-Nanterre.
- BANQUE MONDIALE 2000, *Rapport sur le développement dans le monde*, Unicef, 1989, L'ajustement à visage humain, New York.

- BARRO R. J., 1974, Are government bonds net wealth? *Journal of Political Economy*, vol. 82, n° 6, nov-déc, p.1095-1117.
- BECKER G., 1974, A theory of social interactions, *Journal of Political Economy*, vol. 82, n° 6, nov-déc, pp. 1063-1093.
- BECKER G. et LEWIS G., 1973, On the interaction between the quantity and quality of children. *Journal of political Economy*, vol. 81, pp. S279-S288.
- COLLIER, P., 1998, *Social capital and poverty*, Centre for Study of african economics, University of Oxford, multigr.
- EASTERLIN R., MACDONALD C., MACUNOVICH J., 1990, How have American baby boomers fared? Earnings and economic well-being of young adults 1964-1987. *Journal of Population Economics* n° 3, vol. 4, pp. 277-290.
- FASSASSI R, et VIMARD, P., 2002, « Pratique contraceptive et gestion de la fécondité en Côte d'Ivoire », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B., KOFFI N. (éd.) *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan 2002, p. 189-216.
- GUILLAUME A. ET VIMARD P., 1993, Fécondité, crise économique et différenciation sociales à Sassandra (sud-ouest de la Côte-d'Ivoire) in Deux approches démo-économiques de la région de Sassandra , ENSEA-Orstom, novembre 1993, p. 1-23.
- HARSANYI J-C., 1977, Rational Behaviour and bargaining Equilibrium in Goods and social situations, Cambridge University Press.
- HODGSON, G., 1998, « The approach of institutional economics », *Journal of Economic literature*, vol. XXXVI (march 1998), pp. 166-191.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET ORC MACRO, 2001, Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999. Calverton, Maryland USA : Institut national de la statistique et ORC Macro.
- JARRET ET MAHIEU, 1998, Économie publique, théorie économique de l'interaction sociale, Paris. Ellipses.
- LARIVIÈRE S., 1997, « Approche des conditions de vie et de la pauvreté : une vision d'ensemble », in AHO G., LARIVIÈRE S., MARTIN F. (éd.), *Manuel d'analyse de la pauvreté : Applications au Bénin*, PNUD, université nationale du Bénin, université Laval.
- LÉONARD, E., 1996, « Transformation et reproduction d'un système agraire pionnier en Côte d'Ivoire : après la forêt, quelle agriculture? » Dynamique des systèmes agraires. Cadrage, démarche, terrain, quoi de neuf ? (C. Blanc-Pamard éd.) Paris, Orstom, coll. Colloques et séminaires.
- LEWIS O., 1963, Les enfants de Sanchez : autobiographie d'une famille mexicaine, Paris, Gallimard, 638 p.

- MENDRAS H. ET FORSE M., 1990, *Le changement social*. Armand Colin (éd.), collection U, 284p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, 1999, *Indicateur du secteur Éducation/Formation, Côte d'Ivoire 1997-1998*.
- PNUD, 1990, *Rapport sur le développement dans le monde*, Économica.
- RAVALLION M., 1996, « Comparaison de la pauvreté : concepts et méthodes », Document LSMS, document de travail n°122, Banque mondiale, Washington DC, 162 p.
- RAWLS, J., 1971, *A theory of justice*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- RAZAFINDRAKOTO et ROUBAUD F., 2000, *Les multiples facettes de la pauvreté dans un pays en développement : le cas de la capitale malgache, communication présentée lors du séminaire sur « Distribution des revenus, pauvreté, bien-être »*, Les journées d'économie du développement, IRD, Paris.
- SAHN D. and STIEFEL D., 1989, « Exploring alternative measures of welfare in absence of expenditure data », *Cornel Food and nutrition policy program, Working paper n° 97* Ithaca, NY.
- SEN A., 1974, *Informational bases of Alternative Welfare Approaches. Aggregation and Income Distribution*. *Journal of Public Economy*, vol. 3 pp. 387-403.
- SEN A., 1979, *Personal utilities and public judgements or what's wrong with welfare Economics*, *The Economic Journal*, vol. 89, pp. 537-558.
- SEN A., 1981, *Poverty and famines : An essay on entitlement and deprivation*, Oxford : Oxford University Press, 1981.
- SEN A., 1983, « Poor, Relatively Speaking » *Oxford Economic Papers*, vol. 35, 1983.
- SEN A., 1999, « Éthique et économie », *Les droits et la question de l'argent*, PUF, pp. 117-158.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1998, *Relation entre pauvreté et fécondité dans les pays du sud, état des connaissances, méthodologie et illustrations. Séminaire Pauvreté, fécondité et planification familiale, 2-4 juin 1998, Mexico, Cicred*.
- STUART M., 1861, *De la liberté*, Agora-classiques, édition française, 1990.
- VIMARD P., GUILLAUME A., KOFFI N. 1997, *Croissance démographique et structure de la population dans la région de Sassandra*, in *Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra*, ORSTOM, ENSEA, GIDIS-CI, 1997, pp. 115-135.
- VODOUNOU C., 2003, *Pauvreté et santé en milieu urbain : cas de la ville de Cotonou au Bénin*, Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 26 p., multigr.

Annexes

Dimensions et variables de pauvreté retenues

Dimension de la pauvreté	EDS	Sassandra	
Conditions de vie et d'existence	Source eau potable	Source eau potable	
	Temps mis pour chercher de l'eau	Temps mis pour chercher de l'eau	
	Type de toilette	Type de toilette	
	Électricité	Électricité	
	Matériau du sol	Matériau du sol	
	Nombre de chambres par personne		Nombre de personnes par chambre
			Méthode pour rendre l'eau potable
			Lieu de conservation de l'eau
			Combustible utilisé pour la cuisine
			Mode d'évacuation des eaux usées
Mode d'évacuation des ordures			
		Type de construction du logement	
		Statut d'occupation du logement	
Conditions nutritionnelles et sanitaires de la mère et de l'enfant	Nombre d'enfants décédés	Nombre d'enfants décédés	
	Visite sanitaire récente	Nombre d'avortements faits	
	Taille/âge de la femme	Nombre de fausses couches	
	Poids sur taille de la femme	Souscription à une assurance maladie	
	Indice de masse	Lavez-vous fruits, légumes consommés?	
	Vaccin antitétanique prénatal	Où coupez-vous ces fruits et légumes?	
	Type visite médicale	Où conservez-vous vos aliments cuisinés?	
	Nombre de visites prénatales	Où les enfants déposent la nourriture pour manger ?	
	Lieu d'accouchement	Proportion des naissances assistées par une sage-femme, un infirmier ou un docteur	
	Substance donnée à l'enfant		
	Carnet de vaccination?		
	Vaccins?		
	Taille/âge(dernier enfant)		

Capital éducatif et professionnel	Niveau d'études Années d'études Travaille actuellement? Occupation A travaillé durant les 12 der- niers mois Travail saisonnier?	Niveau d'étude Formation complémentaire Domaine de compétence Durée de la formation Occupation principale Statut professionnel
Capital informationnel	Lit journaux (1f/sem) Regarde la télé (ttes sem) Écoute radio (ts les jours) Entendu réhydratation Reconnait diarrhée Reconnait toux A entendu parlé de sida (nombre) A entendu parlé d'autres MST (nombre) Musique radio Journal parlé Musique à la télé Journal à la télé	Lisez-vous le journal ? Lisez-vous autre chose que le journal ? Regardez-vous la télévision ? Écoutez-vous la radio ? Pourquoi ne vous informez-vous pas ?
Possession matérielle	A une radio A une télé A un réfrigérateur A une bicyclette A une moto A une auto A un téléphone A un réchaud, gaz etc.	A une radio A une télé A un réfrigérateur A une bicyclette ou une moto A une auto A un téléphone A un ventilateur A un lit A une table et des chaises Avez-vous une maison qui vous appartient Avez-vous d'autres biens immobiliers ?

Cohésion
familiale
et
sociale

Taille ménage
Statut dans le ménage
Mari résident?
Nombre coépouses
Travaille pour famille?
Fille a subi excision.
Attitude face à l'excision
Nombre visiteurs dans le ménage
Type de ménage
Nombre composant périphérique familial
Nombre composant périph. non familial
Enfant (15 ans et-) hors du ménage
Enfant (5ans et-) hors du ménage

Taille ménage
Statut dans le ménage
Nombre coépouses
Travaille pour qui?
Type de ménage
Nombre composant périphérique familial
Nombre composant périph. non familial
Transfert reçu de qui ?
Transfert versé à qui ?

Capacités
de maîtrise de
la procréation

Connait son cycle
Nombre de méthodes connues
Discussion PF avec conjoint?
Discussion PF avec autre personne?(nombre)
Source info sur PF
Mère approuve PF?
Père approuve PF?
Conjoint approuve PF

Connait son cycle
Nombre de méthodes connues
Souhait d'avoir des informations sur la contraception
Nombre idéal d'enfants souhaité
Préférence pour le sexe de l'enfant ?
Attitude en cas de sexe non souhaité ?
Jusqu'à combien d'enfants iriez-vous avant de vous arrêter ?

Capacités
monétaires

Revenu par tête du ménage

Le contexte de la première naissance en milieu rural sénégalais

AGNÈS ADJAMAGBO, VALÉRIE DELAUNAY ET PHILIPPE ANTOINE

La baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne est soulignée par de nombreuses études à partir de données d'enquêtes rétrospectives (Blanc et Rutestein, 1994 ; Locoh et Hertrich, 1994 ; Bongaarts et Watkins, 1996 ; Foote *et al.*, 1996 ; Caldwell, 1997 ; Tabutin, 1997 ; Kirk et Pillet, 1998 ; Fall et Ngom, 2001 ; Vimard et Zanou, 2000). Ces études montrent une baisse de la fécondité dans la plupart des pays, au moins dans les milieux urbains, et mettent en évidence le rôle important du recul du mariage dans le début de la transition.

C'est donc aux âges les plus jeunes que la fécondité commence à diminuer et que la baisse d'intensité la plus forte est attendue dans les années à venir. Cependant, les modifications observées par ailleurs sur les comportements sexuels des adolescents, montrent que le premier rapport sexuel se produit de plus en plus souvent avant le mariage (Caraël, 1995 ; Blanc et Way, 1998 ; Delaunay *et al.* 2001 ; Delaunay et Guillaume, à paraître ; Gage-Brandon et Meekers, 1994 ; Mahy et Gupta, 2002 ; Meekers et Calvès, 1997). Ces deux phénomènes, élévation de l'âge au premier mariage et sexualité pré-nuptiale, rendent les naissances pré-maritales de plus en plus fréquentes (Bledsoe et Cohen, 1993 ; Meekers, 1994 ; Delaunay, 1994 ; Calvès, 1998, 2000 ; Brown *et al.*, 2001 ; Bozon et Hertrich, 2004).

Les changements sociodémographiques observés dans les classes d'âges jeunes alertent, dès le début des années 1990, la communauté internationale et donnent lieu à des aménagements spécifiques des politiques de population, notamment, à travers le concept de santé de la reproduction. La conférence du Caire, en 1994, fait émerger les adolescents comme un groupe cible des politiques de population. Depuis, les programmes d'information et de sensibilisation des jeunes aux questions de sexualité et la mise en place de services spécifiques de planification familiale se développent. Mais dix ans après, la question des grossesses non désirées et des risques d'infections sexuellement transmissibles demeure toujours à l'ordre du jour dans la plupart des pays africains (FNUAP, 2003). Si la dissociation entre *sexualité* et *mariage* est une réalité désormais reconnue en Afrique subsaharienne, le nouvel espace prémarital qui en découle, n'a été pris en compte que tardivement par les politiques, et parvient difficilement à s'affranchir des interdits sociaux liés à l'exercice d'une sexualité illégitime.

Le sujet de ce chapitre porte sur l'évolution des années 1960 à nos jours des comportements de fécondité prénuptiale dans la société rurale sénégalaise. Il s'agit de voir comment, dans une société qui ne pratique pas la contraception et où le recul de l'âge au mariage s'est affirmé, la fécondité prémaritale a évolué au cours des générations. Ce chapitre propose ainsi de décrire l'évolution des circonstances entourant la première naissance à partir de l'étude approfondie des indicateurs de fécondité aux jeunes âges. Notre approche repose sur l'analyse des données d'un suivi démographique à long terme qui permet de mesurer précisément le début de la baisse de la fécondité. Elle s'appuie également sur des données biographiques qui mettent en évidence les changements au cours des générations. Enfin, un important corpus de données publiées, de nature sociologique et anthropologique, est utilisé.

La situation au Sénégal

La transition de la fécondité au Sénégal est aujourd'hui confirmée. Le début de la baisse est estimé à 1971 dans les villes et 1986 dans les campagnes

(Garenne et Joseph, 2002). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 5,7 en 1997 (Ndiaye *et al.*, 1997), mais on observe une nette différence entre milieu urbain, où cet indicateur est de 4,3 enfants par femme, et le milieu rural, où il est de 6,7. Le mariage constitue une règle quasi universelle. Il reste socialement considéré comme la sphère privilégiée d'exercice de la procréation et apparaît, dans ces conditions, comme le principal mécanisme de transition de la fécondité (Pison *et al.*, 1997). Le recul de l'âge au premier mariage des femmes est en effet observé sur l'ensemble de la population, de manière plus prononcée en ville (cf. tableau 1 en annexe).

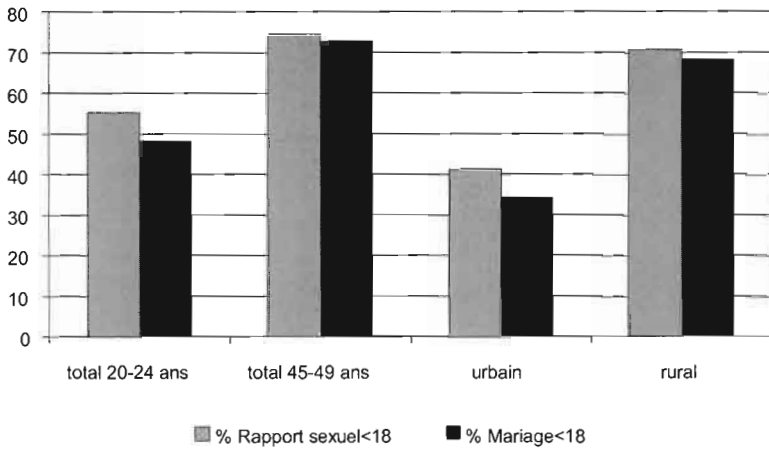
En dépit de la persistance des normes interdisant les rapports sexuels des femmes avant le mariage, de nombreux éléments montrent qu'aujourd'hui la sexualité des jeunes tend à débiter dans le célibat (Diop, 1994). En effet, la proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels pré-nuptiaux est de 10 % en 1992-93, et augmente au fil des générations (16 % parmi les 20-24 ans). Elle est, par ailleurs, plus importante en milieu urbain où elle atteint 16 %, contre 5 % en milieu rural (Ayad et Ndiaye, 1998). De même, il apparaît que dans les générations les plus jeunes et en milieu urbain, la proportion de femmes ayant débuté leur vie sexuelle avant 18 ans est plus importante que celle ayant débuté leur vie maritale avant ce même âge (figure 1).

L'augmentation de cette période de sexualité pré-maritale, favorisée pour les femmes par le recul du premier mariage, est encore plus nette chez les hommes pour lesquels on observe une nette tendance à la précocité des premiers rapports sexuels, plus prononcée en milieu urbain, mais également clairement visible en milieu rural (cf. tableau 1 en annexe, Delaunay *et al.*, 2001).

Une société agro-pastorale confrontée à de nombreuses tensions

Les villages étudiés sont situés dans le *Siin*, région densément peuplée du bassin arachidier sénégalais. Le système agraire traditionnel est fondé sur l'association de la culture de céréales de subsistance (mil et sorgho) à celle de l'arachide, source de revenus monétaires et l'élevage. Depuis la fin des années

Figure 1. Proportion de femmes sénégalaises ayant eu leur 1^{er} rapport sexuel et leur 1^{er} mariage avant 18 ans (EDS 1992/93)



1970, le système agricole subit de fortes tensions dont les facteurs sont multiples. La baisse des cours de l'arachide, la réduction des subventions de l'État, la limitation des crédits permettant l'achat d'intrants et de matériel agricole sont en effet autant d'obstacles au développement économique des campagnes arachidières du Sénégal (Diop, 1992 ; Lombard, 1988). Parallèlement, la forte croissance démographique¹ entraîne une surexploitation des sols et leur appauvrissement. Ces phénomènes, accentués par la baisse de la pluviométrie, contribuent plus généralement à la détérioration de l'environnement.

La dégradation progressive des conditions de production agricole conduit la population de la région de Niakhar à développer des stratégies, aujourd'hui

1. Première zone agricole du Sénégal, le bassin arachidier apparaît, dès la première moitié du XX^e siècle, comme très densément peuplé. Le développement de la culture de l'arachide dans la région alimente un formidable dynamisme démographique (Becker *et al.*, 1994. En 1966, la densité de population de l'arrondissement de Niakhar est de 85 habitants au km² et la population croît de 25 % au cours des années 1960. L'excédent de population entraîne un phénomène spontané d'émigration. Soucieuses de décongestionner le terroir sereer, les autorités sénégalaises vont lancer, dès 1972, un vaste projet de déplacement des populations vers l'Est du Saloum et du Sénégal : le projet des *Terres neuves* (Garenne et Lombard, 1988). Aujourd'hui, la zone d'étude de Niakhar compte 160 habitants au km².

bien ancrées, de lutte pour l'amélioration des conditions de vie. Ces stratégies ont finalement entraîné de profonds changements du système de production. En particulier, les familles de paysans de Niakhar ont rapidement opté pour des solutions migratoires qui fonctionnent encore à l'heure actuelle. D'importants mouvements de migration temporaire se produisent en période de saison sèche et concernent plus particulièrement les jeunes célibataires (Delaunay, 1994). Environ la moitié des filles de 15 à 19 ans et 80 % des 20-24 ans sont concernées par ces mouvements².

L'intensification croissante des relations entre ville et campagne a largement contribué à ouvrir aux jeunes de nouvelles sphères de sociabilité et à les sensibiliser à de nouveaux modèles de référence à même de faire émerger des comportements novateurs, notamment en matière de sexualité et de fécondité (Adjamagbo et Delaunay, 1998). Le relâchement du contrôle sur la sexualité des jeunes est l'une des conséquences majeures habituellement attribuées aux migrations saisonnières (Guigou, 1992 ; Guigou et Lericollais, 1992). Cette plus grande liberté sexuelle à laquelle les jeunes générations accèdent désormais est aussi à l'origine d'une augmentation sensible des grossesses pré-nuptiales (Delaunay, 1994 ; Delaunay 2001).

Les déséquilibres du système de production, dont les migrations saisonnières sont l'une des conséquences, contribuent fortement aux changements sociologiques dans la zone d'étude.

Données et méthodes

Les données utilisées dans cette étude proviennent du système de suivi démographique (SSD) de Niakhar qui a débuté, en 1962, dans 8 villages rassemblés en une zone appelée *Ngayokhem*, et s'est étendu à 30 villages, en 1983, qui forment la *zone de Niakhar* (Garenne et Cantrelle, 1991 ; Delaunay *et al.*, 2003). Ce sont les données issues du suivi à long terme que nous traitons ici. Après

2. Pour plus de détails, se reporter au tableau de bord des indicateurs démographiques de Niakhar, disponible sur le site : http://www.ird.sn/activites/niakhar/popsante/pdf/Travail_saisonnier.pdf

un recensement initial, les événements démographiques sont enregistrés de manière régulière : tous les ans de 1962 à 1987, toutes les semaines de 1987 à 1997³ et tous les trimestres depuis 1997. Les événements vitaux (naissances, décès, migrations) sont enregistrés sur l'ensemble de la période, de 1962 à aujourd'hui (cf. tableau 2 en annexe).

Il semble important de rappeler certains points relatifs à la qualité des données enregistrées au cours de cette période de 40 ans à Niakhar. La qualité d'un système de suivi démographique repose sur la complétude de l'enregistrement des naissances, décès et migrations. Ce système diffère des enquêtes rétrospectives du fait que les enquêteurs se réfèrent, à chaque passage, aux informations enregistrées au passage précédent. De plus, les grossesses enregistrées le plus rapidement possible (généralement dès le 4^e mois) permettent de cibler leur issue, et ainsi, de minimiser les omissions de déclaration de naissances, notamment en cas de décès prématurés. Très peu d'événements peuvent être omis avec un rythme de passage hebdomadaire (entre 1987 et 1997), voire trimestriel (à partir de 1997). Le risque est en revanche supérieur lorsque les visites sont annuelles (entre 1963 et 1987). On ne peut donc pas exclure une sous-estimation du nombre de naissances avant 1987, où la périodicité des visites était annuelle ou bi-annuelle.

Les données du suivi démographique permettent de mesurer l'intensité de la fécondité par le biais du calcul des taux de fécondité par groupe d'âge qui sont le rapport du nombre de naissances du groupe d'âge et de la période à l'effectif soumis au risque. L'indicateur synthétique de fécondité est obtenu par la somme des taux de fécondité par âge. La population soumise au risque est mesurée précisément par le nombre de personnes — années vécues (chaque individu compte pour le temps exact où il a résidé au cours de la période de référence). Ce calcul dépend donc des règles de résidence qui ont évolué au cours des 40 années d'observation. Dans la première décennie, quatre années d'absence consécutives étaient nécessaires pour considérer un résident comme

3. En raison des besoins d'un essai vaccinal nécessitant l'enregistrement quasi continu des naissances, les passages des enquêteurs sont devenus hebdomadaires.

émigré (sauf déclaration de départ définitif). La règle est ensuite devenue plus stricte, puisque la durée a été ramenée à six mois depuis 1984. Le biais introduit par cette modification conduit à une surestimation de la population à risque en début de période, et donc à une sous-estimation des taux de fécondité.

Outre les données du SSD, notre étude s'appuie également sur une enquête rétrospective *Idéaux et comportements de fécondité* (ICOFEC) conduite dans neuf villages de la zone de Niakhar en 1999 (Delaunay et Adjamagbo, 2001). Dans chaque village, 35 concessions ont été sélectionnées au hasard. Toutes les femmes de 15 à 54 ans et tous les hommes de 20 à 69 ans qui étaient résidents au moment de l'enquête ont été pris en compte. Au total, l'enquête a permis de retracer les histoires résidentielles, génésiques et matrimoniales de 804 hommes et 1 039 femmes. Ces deux sources de données permettent à la fois de mesurer l'évolution du phénomène sur une longue période et de mesurer les changements au fil des générations.

Les populations des zones de Ngayokhem et de Niakhar sont présentées au tableau 3 en annexe. Le profil sociodémographique des deux populations présente des caractéristiques similaires. En effet, nous sommes en présence de populations de structure jeune, en très grande majorité d'ethnie sereer (plus de 95 %), aux trois quarts de religion musulmane, et de niveau d'instruction particulièrement bas : 35 % de scolarisés chez les hommes et seulement 25 % chez les femmes dont une majorité au niveau primaire uniquement.

En ce qui concerne les données biographiques, la collecte des itinéraires matrimonial et génésique a bénéficié de la base de données, puisque les événements déjà enregistrés par le suivi démographique ont été imprimés sous forme de fiche biographique (de type AGEVEN⁴). Les enquêteurs devaient alors compléter ces fiches en s'appuyant sur des repères temporels fiables, assurant ainsi une qualité supérieure aux biographies établies avec l'intéressé.

Quand on s'intéresse aux interrelations entre naissance et mariage on distingue deux situations : soit la naissance précède le mariage, soit la naissance a

4. Antoine *et al.*, 1987.

lieu après le mariage. Quand on modélise ce phénomène, dès qu'une personne a connu un des événements, l'autre n'est plus pris en considération. Les deux événements sont exclusifs l'un de l'autre : on ne retient que le moment où se produit le premier de ces événements : naissance ou mariage. Une méthode d'analyse est bien adaptée à l'étude de ce type de risques concurrents, c'est l'estimateur de Aalen (Trussel *et al*, 1992 ; Courgeau et Lelièvre, 1989). Cet indicateur est entièrement non-paramétrique, c'est-à-dire qu'il est estimé sans référence à une loi statistique, ce qui constitue un atout majeur. Ces courbes sont particulièrement adaptées pour la description des risques compétitifs, c'est-à-dire des risques dont l'occurrence d'une modalité rend impossible l'occurrence d'une autre modalité. L'interprétation graphique de cet estimateur se fait par la comparaison des pentes des courbes de quotients cumulés instantanés⁵, ce qui permet d'avoir à chaque instant du temps une idée de l'intensité de chacun des risques en question.

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'enquête ICOFEC sont présentées en tableau 4 en annexe. Ces caractéristiques sont conformes à celles mises en évidence à partir des données du suivi démographique des zones de Ngahokhem et de Niakhar (structure jeune, ethnie sereer dominante et proportions similaires de musulmans). Les niveaux de scolarisation sont cependant légèrement meilleurs, du fait du plan de sondage qui a conduit à sélectionner, parmi les 9 villages d'enquête, les 3 villages dont les infrastructures sont les plus développées et qui présentent les meilleurs taux de scolarisation.

Résultats

Les évolutions observables au fil des générations en matière d'entrée en union et de première naissance s'inscrivent dans des dynamiques plus ou moins anciennes qui touchent à l'organisation sociale sereer dans son ensemble. Tout au long du XX^e siècle, la société sereer du Siin connaît en effet des boule-

5. Les courbes de Aalen peuvent donc avoir des valeurs supérieures à 1.

versements économiques, démographiques, sociaux et politiques qui affectent son système familial et matrimonial (Guigou, 1992). Notre propos n'a pas l'ambition d'analyser de manière exhaustive les processus qui se sont opérés. Cependant, leur rappel permet de replacer les événements en cours dans leur contexte historique.

Fécondité : le début d'une transition

Dans cette société, la constitution d'une union et de la descendance est étroitement liée à la fonction productive du ménage. Les ménages (ou groupes domestiques) constituent des unités de production et de consommation autonomes regroupées au sein d'une concession. Le chef de ménage dispose d'un pouvoir de décision en ce qui concerne le déroulement des activités productives, tant pour la culture de mil, destinée à l'alimentation du ménage, que pour la culture de l'arachide dont les profits lui reviennent en grande partie. L'homme gère donc son exploitation en disposant à son gré de la main-d'œuvre de sa (ou ses) femme(s) et de ses enfants. Ce mode d'organisation sociale tend à favoriser la persistance des modèles traditionnels d'union et de descendance nombreuse. Ainsi la polygamie est perçue comme un atout supplémentaire pour la bonne marche des travaux agricoles et domestiques. L'homme qui a plusieurs épouses et de nombreux enfants accroît les capacités productives de son ménage. En d'autres termes, la valorisation de la fonction productive de la famille contribue à maintenir les modèles familiaux traditionnels (en particulier la polygamie) et favorise l'exercice d'une forte fécondité (Adjmagbo et Delaunay, 1999).

Nous avons vu qu'en dépit d'une plus grande implication des individus dans la constitution de leur union, l'exercice d'un contrôle social sur le mariage persiste. Une fois mariée, la jeune femme qui rejoint la concession de son mari est investie d'un certain nombre d'obligations à l'égard de son mari et de sa belle-famille qu'elle côtoie au quotidien. Elle doit « produire » des enfants, selon l'expression communément employée, fournir des prestations de travail

et, aussi, se montrer obéissante⁶. L'ingérence familiale observée dans la constitution des unions s'étend ainsi aux affaires conjugales. La faible autonomie du couple vis-à-vis de la famille étendue rend difficile l'élaboration de projets de fécondité communs. En outre, en matière de fécondité, la décision du nombre d'enfants revient aux hommes et peu de femmes se reconnaissent le droit de s'opposer à l'avis du mari.

En dépit d'un contexte culturel qui reste très favorable à une forte fécondité, on peut penser que certains facteurs vont conduire à des modifications. Les tensions économiques, auxquelles les familles doivent faire quotidiennement face, les amènent à recourir à des activités extra-agricoles, parmi lesquelles la migration de travail des jeunes en ville est la principale. L'intensification de ces activités associée aux difficultés à rassembler le montant nécessaire à la compensation matrimoniale conduisent au recul de l'âge au premier mariage (Delaunay, 1994 ; Mondain *et al.*, à paraître(b)). On peut donc s'attendre à une baisse des taux de fécondité aux jeunes âges.

On sait par ailleurs que le recours à la contraception reste très limité. En effet, les méthodes contraceptives, qu'elles soient modernes ou traditionnelles, sont, dans l'ensemble, très mal connues et très peu utilisées. En 1999, l'enquête ICOFEC enregistrait à peine 2 % d'utilisation d'une méthode quelconque de contraception pour l'ensemble des femmes (1,5 % pour les seules méthodes modernes). Les proportions ne sont guère plus élevées chez les femmes mariées : respectivement 1,6 % et 1,4 % (Ndiaye *et al.*, 2003). L'information sur la contraception semble cependant être favorisée par la scolarisation et le contact avec la ville. Les femmes les mieux informées et les plus favorables à contrôler leur fécondité, ont un objectif d'espacement des naissances et de contraception d'arrêt alors que les hommes ont comme objectif d'éviter les grossesses hors mariage (Delaunay et Becker, 2000 ; Ndiaye *et al.*, 2003).

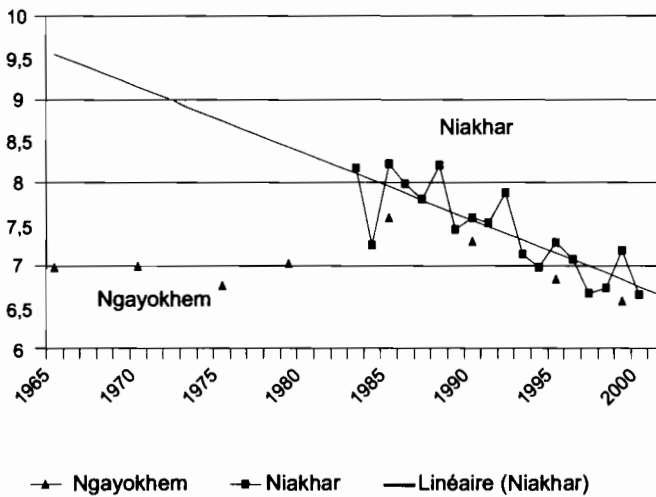
L'analyse des données du suivi démographique montre que le nombre moyen d'enfants par femme pour l'ensemble des 30 villages de la zone de Niakhar

6. Le manquement de la femme à l'un de ces devoirs constitue souvent une cause de divorce (Guigou, 1992).

varie de plus de 8 enfants dans les années 1980 à moins de 7 en 2000. Pour appréhender la tendance de la fécondité sur une plus longue période, nous avons calculé ce même indicateur pour les 8 villages (zone de Ngayokhem) qui ont fait l'objet d'un suivi depuis les années 1960. L'indicateur calculé pour les années 1960-70 oscille autour de 7 enfants par femme, puis augmente pour la période 1984-88, pour ensuite présenter une baisse régulière (figure 2).

L'augmentation de la fécondité sur cette courte période renvoie en partie à l'évolution de la méthodologie de collecte dans cet intervalle. En effet, à partir

Figure 2. Nombre moyen d'enfants par femme dans la zone de Niakhar et dans la zone de Ngayokhem



Source : suivi démographique de Ngayokhem (1963-2001) et de Niakhar (1984-2001)

de 1987, les enquêtes deviennent hebdomadaires et l'enregistrement des naissances, surtout lorsqu'elles sont suivies de décès prématurés, s'améliore. Le biais relatif aux modifications de collecte se traduit donc par une sous-estimation du nombre des naissances en début de période (avant 1987). S'ajoute à cela le biais relatif au changement de définition de résidence mentionné plus haut qui

conduit à surestimer la population à risque en début de période. Ces deux biais conduisent de manière concomitante à sous-estimer les taux de fécondité en début de période, ce qui peut expliquer, au moins en partie, la hausse observée des indicateurs observée. Néanmoins, on ne peut exclure qu'une légère hausse de la fécondité se soit produite dans la zone, comme cela a pu être démontré pour d'autres pays africains comme au Kenya (Vimard et Zanou, 2000).

Le suivi du nombre moyen d'enfants par femme des années 1960 à 1990 montre que le début de la transition de la fécondité dans cette région se situe à la fin des années 1980. Il faut néanmoins souligner que le niveau de fécondité reste élevé. Le même indicateur calculé à partir des données biographiques donne un niveau de 7 enfants par femme sur les 5 années précédant l'enquête (1995-99) et 7,2 sur la période de 5-9 ans avant l'enquête (1990-94).

Baisse des taux de fécondité aux jeunes âges depuis les années 1960

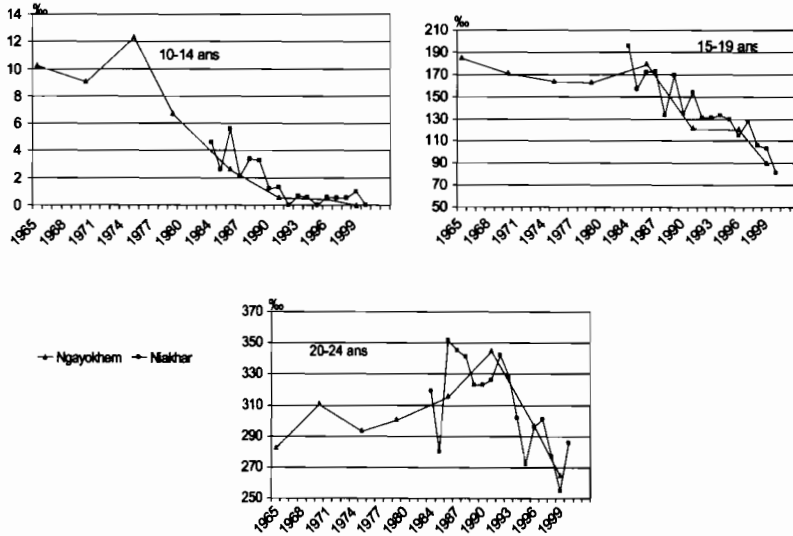
Cependant, si l'on observe l'évolution des taux de fécondité aux jeunes âges (figure 3)⁷, on constate que la fécondité des 10-14 ans baisse depuis les années 1960 et est aujourd'hui nulle. La fécondité des 15-19 ans baisse aussi depuis les années 1960 et diminue même de moitié. Les taux de fécondité entre 20 et 24 ans marquent une hausse jusqu'au début des années 1990, qui peut correspondre à un phénomène de rattrapage résultant d'un recul de l'âge au premier mariage. À partir du début des années 1990, cependant, leur évolution révèle une nette tendance à la baisse.

La courbe des taux de fécondité par groupes d'âge confirme l'idée selon laquelle une grande part de la baisse de fécondité provient de la baisse des taux aux jeunes âges (figure 4).

Si l'expérience migratoire retient l'attention des chercheurs impliqués dans cette zone d'observation depuis quelques années, l'enregistrement des mouvements saisonniers n'a été introduit dans le suivi de routine que très récemment.

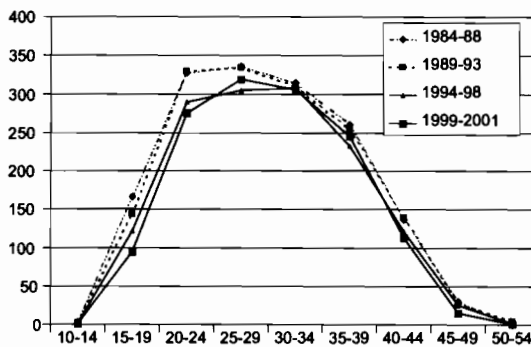
7. Les échelles utilisées sont très différentes mais permettent de mettre en évidence des tendances qui ne seraient pas visibles si nous utilisions la même échelle pour chaque graphique.

Figure 3. Évolution des taux de fécondité par groupe d'âge des moins de 25 ans dans la zone de Niakhar et de Ngayokhem



Source : suivi démographique de Ngayokhem (1963-2001) et de Niakhar (1984-2001)

Figure 4. Évolution des taux de fécondité par groupes d'âge selon la période d'observation



Source : suivi démographique de Niakhar (1984-2001)

Il est donc difficile d'analyser la fécondité selon l'expérience migratoire des femmes. Cependant, nous pouvons le faire par niveau d'instruction et par religion, du moins à partir de 1991, date depuis laquelle ces caractéristiques sont enregistrées de manière systématique. La religion n'apparaît pas être ici un facteur discriminant des niveaux de fécondité, tandis que la scolarisation semble déterminante. En effet, les femmes scolarisées présentent un indice de fécondité plus faible que les femmes non scolarisées (figure 5).

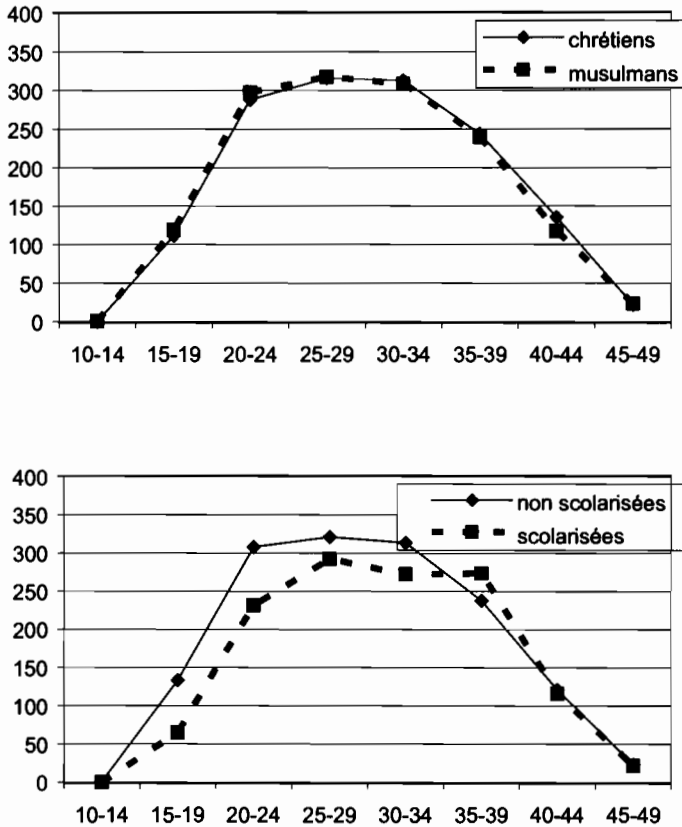
Les données de l'enquête biographique permettent de confirmer la baisse des indicateurs de fécondité avant 20 ans (figure 6). La distinction entre la fécondité des femmes chrétiennes et musulmanes est faible, avec toutefois des taux de fécondité un peu plus faibles, pour les dernières, à partir de 25 ans. La scolarisation apparaît là aussi être un facteur fortement discriminant du niveau de fécondité, avec une importante différence des taux, quel que soit l'âge, de même que l'expérience urbaine que nous pouvons ici prendre en compte (figure 7)⁸.

Le mariage en milieu sereer : persistance des normes et changement des pratiques

Scellé à l'issue de longues démarches, le mariage en milieu sereer est une institution traditionnellement complexe. Entraînant de nombreux rituels, cérémonies, prestations et contre prestations, il marque avant tout l'alliance entre deux groupes lignagers. Éléments centraux du dispositif de l'échange matrimonial, les femmes y puisent le seul statut socialement reconnu qui s'offre à elles. Mais, l'émiettement des groupes lignagers, la perte de pouvoir des chefs de lignage, et l'émergence du groupe domestique comme entité socioéconomique opérante et comme sphère d'exercice des solidarités quotidiennes sont autant de phénomènes observables dans la société sereer (Guigou, 1992). Ces bouleversements traduisent une remise en question des relations sociales fondées sur

8. Par expérience urbaine, nous entendons le fait d'avoir résidé en ville ou d'avoir effectué au moins une migration saisonnière en ville.

Figure 5. Taux de fécondité dans la zone de Niakhar selon la religion et la scolarisation

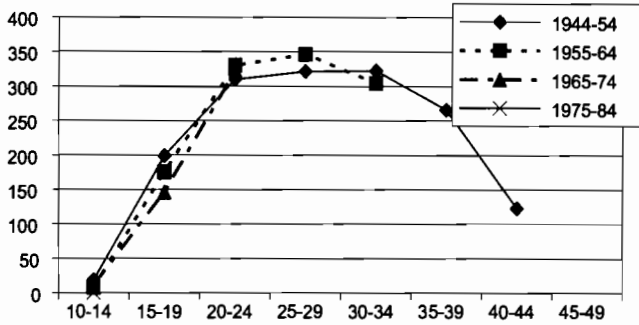


Source : suivi démographique de Niakhar (1991-2001)

les principes anciens. La société sereer apparaît aujourd'hui comme une société en transition, où les logiques traditionnelles persistent tout en s'adaptant aux contraintes contemporaines. La constitution des unions est très dépendante de la production agricole, elle-même fortement liée aux aléas climatiques⁹. Les mauvaises récoltes induisent une baisse du pouvoir d'achat des paysans

9. Depuis les années 1960, la baisse de la pluviométrie soumet les performances agricoles à de fortes irrégularités.

Figure 6. Évolution des taux de fécondité par groupes d'âge selon le groupe de génération

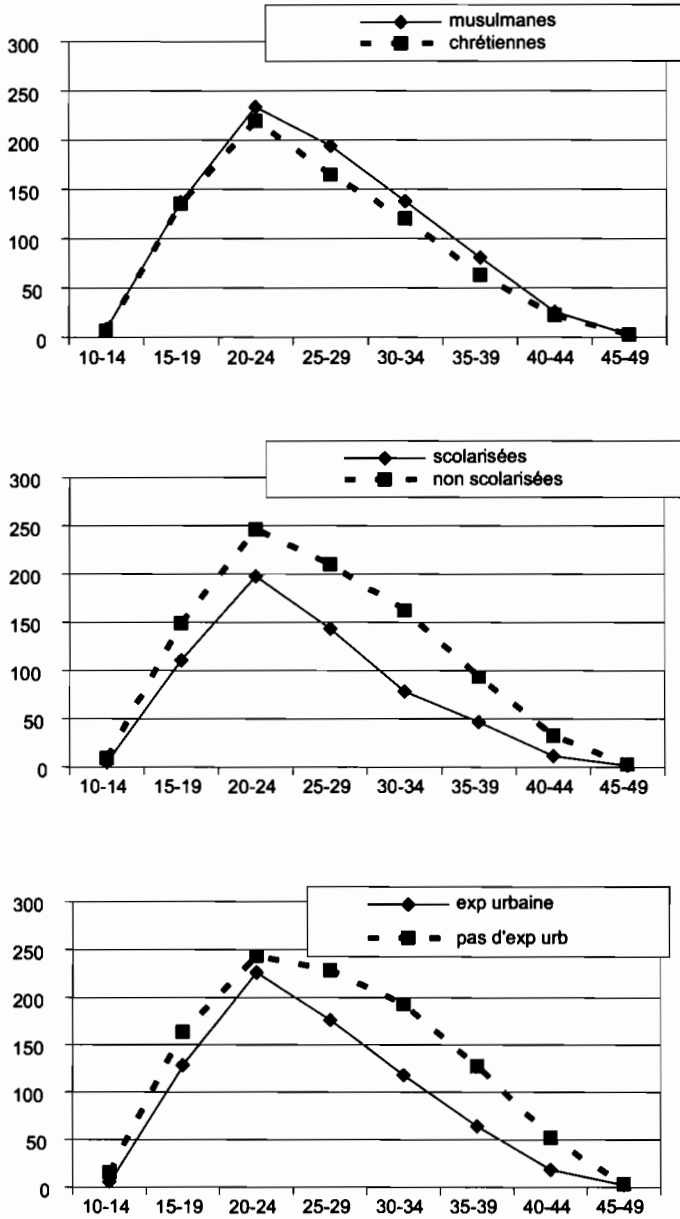


Source : enquête ICOFEC 1999

qui se solde par une incapacité à rassembler le montant de la compensation matrimoniale nécessaire à la formalisation des unions (Hertrich et Delaunay, 1998). Aujourd'hui, la tendance s'oriente vers une simplification des procédures et un allègement des prestations lorsque les aléas économiques se font trop oppressants pour la famille du prétendant (Mondain *et al.* (b), à paraître). En outre, si les aînés gardent un certain nombre de prérogatives dans les échanges matrimoniaux, les individus candidats au mariage disposent désormais d'une certaine marge de manœuvre.

Dans le système de suivi démographique, les données sur le mariage n'ont pas fait l'objet d'une attention de nature constante au cours de la période d'observation, et nous ne disposons pas d'un indicateur de suivi mesurant l'intensité de la primonuptialité. En effet, les histoires matrimoniales ne sont pas systématiquement enregistrées, et il n'est pas toujours possible d'identifier les premiers mariages. Cependant, il est possible de comparer les proportions de célibataires par groupes d'âge, calculées pour l'année 1963 dans la zone de Ngayokhem (Waltisperger, 1974), à celles que les données de la base permettent d'obtenir depuis 1983 pour ces mêmes villages (figure 8). Le déplacement progressif des courbes vers la droite témoigne du recul de l'âge au mariage,

Figure 7. Évolution des taux de fécondité par groupes d'âge selon la religion et la scolarisation



Source : enquête ICOFEC 1999

visible en 1985. On ne peut malheureusement pas dater plus précisément le début de ce recul de l'âge au mariage qui se produit vraisemblablement entre la fin des années 1960 et le milieu des années 1980. Néanmoins, ce phénomène se poursuit depuis cette période et ne semble pas s'essouffler.

Les données biographiques permettent de calculer l'âge médian au premier mariage selon les générations. Celui-ci augmente au fil des générations et témoigne ainsi du phénomène de recul de l'entrée en union (figure 9). En effet, les femmes de la génération la plus ancienne se sont mariées 4 ans et demi plus tôt que les femmes de la génération la plus jeune (15,6 ans contre 21 ans).

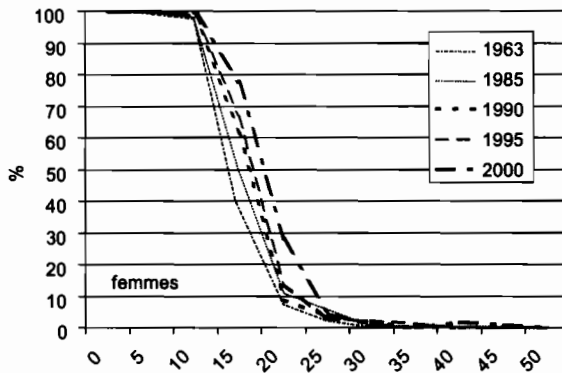
Avant le mariage : un nouvel espace pour la sexualité et la fécondité

Le mariage change donc, à la fois par l'assouplissement des procédures et par un recul de l'âge d'entrée en union plus tardif. Le mariage persiste néanmoins à valoriser le statut social de la femme, de même que les principes qui lui sont attachés définissant les devoirs de fidélité, d'obéissance et de respect de l'épouse à l'égard de son mari. De la même manière, si les relations sexuelles avant le mariage sont de plus en plus fréquentes, les valeurs et les normes interdisant la sexualité entre célibataires sont solidement ancrées. Aujourd'hui, une grossesse hors mariage demeure une source de conflit et de honte pour les parents de la jeune fille.

Le rejet social de la sexualité des célibataires révèle l'antagonisme qui peut s'installer entre les discours idéologiques, témoins des représentations, et les pratiques en partie guidées par des contraintes externes. Dans ses travaux anthropologiques sur le système matrimonial sereer, B. Guigou souligne que « le mariage est considéré comme le moyen de réguler et socialiser une sexualité féminine considérée comme naturellement débridée » (1992, p. 491). L'auteur précise que jusqu'au milieu du XX^e siècle, le contrôle de la sexualité passait par les mariages précoces¹⁰. Aujourd'hui, l'augmentation de la période de célibat

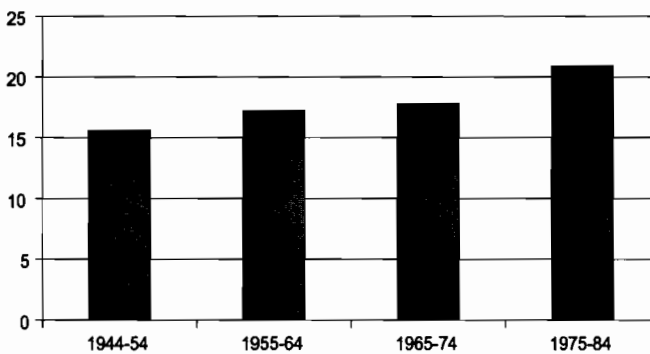
10. Sous cette appellation, l'auteur place les mariages ayant lieu vers l'âge de 12 ou 13 ans.

Figure 8. Proportions de célibataires par âge selon les années d'observation dans la zone de Ngayokhem



Source : suivi démographique de Ngayokhem (1963-2000)

Figure 9. Âge médian au premier mariage des femmes -ICOFEC



Source : enquête ICOFEC 1999

des jeunes empêche le fonctionnement du contrôle de la sexualité des femmes. Les pratiques sexuelles prénuptiales de plus en plus fréquentes bravent ainsi l'idéologie dominante.

Les données quantitatives nous permettent de confirmer ces tendances. Le système de suivi démographique enregistre l'ensemble des naissances et

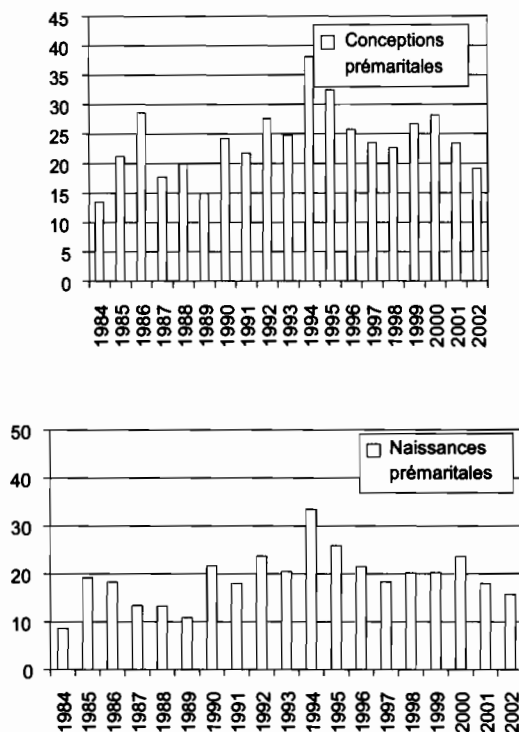
des mariages. Il est donc aisé de rapporter à chaque première naissance le statut matrimonial de la mère, au moment de la naissance ou au moment de la conception¹¹. On obtient ainsi une répartition des premières conceptions et/ou naissances dans le célibat (figure 10). Sur la période, on dénombre 19 % des premières naissances qui surviennent dans le célibat et 24 % d'entre elles qui sont conçues avant le premier mariage. Il s'agit donc de près du quart des premières naissances enregistrées, témoignant ainsi de l'ampleur de la sexualité féminine avant le mariage. Ces indicateurs fluctuent au cours de la période, fortement sensibles à l'évolution erratique du mariage dont la conclusion, comme nous l'avons décrit plus haut, reste fortement liée aux capacités économiques.

Les proportions de conceptions et de naissances prémaritales sont significativement différentes selon la religion de la mère. Chez les femmes chrétiennes, on compte respectivement 29,5 % et 25 % de conceptions et naissances prémaritales parmi les naissances de rang 1 contre 22 % et 17 % chez les femmes musulmanes. De même, on relève des différences importantes selon le niveau d'instruction : la fécondité prémaritale apparaît plus importante quand la mère est scolarisée (36 % et 32 % parmi les naissances de mères scolarisées en primaire et 60 % et 53 % parmi les mères scolarisées au secondaire et plus). Ces différences se confirment par une analyse de régression logistique qui montre que le rapport de risque pour que le premier enfant ait été conçu avant le mariage le rapport de risque pour une première naissance d'être conçue avant le mariage est 2,2 fois supérieur pour une mère scolarisée en primaire et 5,2 fois supérieur pour une mère scolarisée en secondaire. De même, ce rapport est 1,4 fois supérieur pour une mère de religion chrétienne. Les rapports de risque liés au fait qu'une naissance puisse survenir avant l'officialisation de l'union sont de niveaux similaires : 2,5 pour les femmes de niveau primaire ; 5,2 pour celles de niveau secondaire et 1,5 pour les chrétiennes (tableau 1).

L'analyse des données biographiques confirme ces tendances. À l'instar du premier mariage, la première naissance est, elle aussi, retardée, mais dans une

11. Nous avons choisi de dater la conception à 8 mois avant la naissance.

Figure 10. Conceptions prémaritales et naissances prémaritales parmi les naissances de rang 1 selon l'année d'observation (en %)



Source : Suivi démographique Niakhar (1984-2002)

moindre mesure. L'écart entre les âges médians aux deux événements, de 3 ans pour la génération la plus ancienne, s'en trouve réduit chez les plus jeunes (1,9) (tableau 5 en annexe). Le tableau 2 présente la proportion de femmes ayant commencé leur vie familiale par un mariage ou par une naissance selon les générations.

Les modes de sortie de l'adolescence restent encore très conformes à la norme socialement reconnue à Niakhar : le mariage précède la grossesse, et donc, la naissance intervient dans le cadre formel du mariage. L'autre modèle démarrant par une grossesse ou une naissance (ou les deux) avant le mariage

Tableau 1. Régression logistique du risque de conception ou de naissance pré-nuptiale selon diverses caractéristiques sociodémographiques

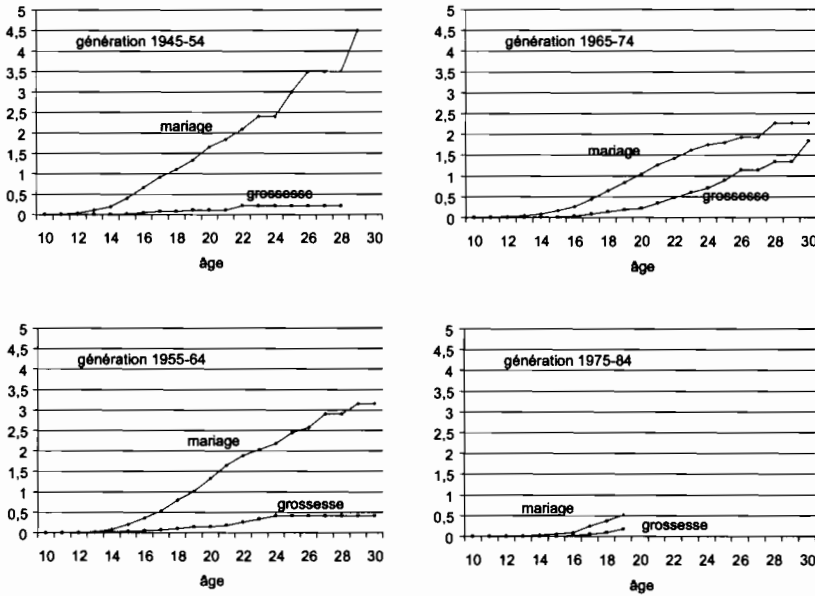
	Conception prémaritale		Naissance prémaritale	
	Odds Ratio	P	Odds Ratio	P
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	Ref	–	Ref	–
Primaire	2,2	0,000	2,5	0,000
Secondaire +	5,2	0,000	5,2	0,000
Autre*	1,4	0,197	1,7	0,021
Religion				
Musulmane	Ref	–	Ref	–
Chrétienne	1,4	0,001	1,5	0,000
Traditionnelle	0,6	0,235	0,5	0,133
Effectif	2563		2563	

*Alphabétisation français ou sereer, école arabe, école coranique

reste encore relativement peu fréquent (15 %). Néanmoins, les grossesses pré-nuptiales sont un phénomène bien réel à Niakhar et même relativement ancien, puisqu'elles concernent près de 10 % des femmes de la génération 1945-54. Elles connaissent par ailleurs une nette augmentation au cours des générations : leur proportion est de 22 % dans la génération 1965-74. Dans la génération la plus jeune qui, au moment de l'enquête, est la plus soumise au risque de connaître l'un des événements, (femmes âgées de 15 à 24 ans), un tiers des femmes qui ont eu une grossesse l'ont entamée avant le mariage. Le recul reste insuffisant pour conclure à une intensification du phénomène, mais l'hypothèse semble vraisemblable. Ces résultats soulignent donc l'importance des changements en cours dans le calendrier de la fécondité des jeunes générations.

Les courbes d'Aalen calculant le risque relatif de commencer la constitution de sa famille par une naissance ou par un mariage sont une autre illustration de ces changements (figure 11). Les courbes des deux groupes de générations les plus anciennes correspondent au schéma attendu d'une société qui prône

Figure 11. Évolution des risques concurrents de connaître un mariage avant une grossesse ou une grossesse avant le premier mariage dans quatre générations de femmes à Niakhar (Courbes d'Aalen)



le mariage et prohibe les naissances illégitimes. Dans l'ensemble, on note pour chacune d'elles, une entrée rapide en union à partir de 15 ans et un risque très faible de débiter sa vie de jeune femme par une naissance hors mariage. Chez ces femmes, avant 18 ans, le risque de naissance avant le mariage est quasi inexistant, puis faible, passé 20 ans. En effet, au-delà de 20 ans, le risque ne croît plus : la plupart des femmes étant déjà mariées. Si les changements entre les deux plus anciennes générations sont mineurs, la génération 1965-74 montre en revanche un ralentissement du risque d'entrée d'abord en union et parallèlement une accélération du risque d'avoir une naissance avant le mariage. Le profil des deux courbes est bien distinct : une pente relativement marquée pour le risque de grossesse, par rapport aux générations antérieures, entre 18 et 24 ans. Au-delà de cet âge, la pente s'infléchit nettement ; le risque semble même plus grand de connaître l'événement *premier enfant* avant le premier mariage.

Tableau 2. Répartition des femmes selon qu'elles se marient avant la première grossesse, entament, ou ont leur première grossesse avant le mariage, ou n'ont pas eu de grossesse menée à terme, ni de mariage

Génération	Âge à l'enquête	Mariage d'abord	Grossesse d'abord	Pas de grossesse ni mariage	Effectifs
1945-1954	45-54 ans	83,0	9,5	7,6	158
1955-1964	35-44 ans	85,5	10,7	3,7	242
1965-1974	25-34 ans	72,7	21,5	5,9	289
1975-1984	15-24 ans	25,4	14,0	60,6	350
Total		63,1	14,6	24,1	1039

* par grossesse menée à terme on entend celles qui ont abouti à une naissance vivante ou un mort-né.

Enfin, il convient de souligner un très faible risque de naissances avant le mariage en dessous de 18 ans. De même, d'une génération à l'autre, l'écart entre les deux courbes se réduit, ce qui suggère que progressivement les femmes tendraient à avoir le même risque de construire leur famille en commençant par un enfant ou par un mariage.

Discussion

À Niakhar, comme probablement dans l'ensemble du Sénégal rural, la transition de la fécondité débute dans les années 1980. Ce résultat confirme les conclusions d'une étude qui estime le début de la baisse de la fécondité au Sénégal à la fin des années 1970 dans les villes et au milieu des années 1980 dans les campagnes (Garenne et Joseph, 2002). Mais les données du suivi démographique de la zone d'étude permettent aussi de montrer que la baisse de la fécondité aux jeunes âges débute dès les années 1960. Cette évolution est concomitante à une baisse, voire une disparition, des mariages très précoces. Les systèmes familiaux et matrimoniaux sereer n'échappent pas aux bouleversements que bon nombre de sociétés lignagères africaines connaissent déjà (Quesnel et Vimard, 1988 ; Dozon, 1985 ; Hertrich et Pilon, 1998). L'âge d'entrée en union recule,

entraînant un report de la première naissance. Cependant, les deux événements ne sont pas totalement liés et on observe le développement d'une sexualité et d'une fécondité qu'il n'est plus juste de qualifier de précoces, mais bien de *pré-maritales*. En effet, si les modes de constitution des familles restent encore très conformes à la norme dominante mariage — grossesse — naissance, d'autres modèles démarrant par une grossesse ou une naissance (ou les deux) avant le mariage apparaissent. Une tendance nette se dégage : ces cas de figure, déviant de la norme, tendent à augmenter d'une génération à l'autre. Nous sommes donc ici en présence de comportements encore relativement marginaux quoiqu'en progression régulière.

Les changements de comportements en matière de fécondité sont fortement liés aux modèles familiaux qui évoluent sous l'effet de plusieurs facteurs. L'un des facteurs-clés de modification de ces modèles réside dans les intenses mouvements migratoires vers Dakar. Malgré la volonté familiale d'encadrer les jeunes migrants, l'éloignement conduit à un affaiblissement du contrôle social, et les jeunes parviennent à s'approprier un plus grand espace de liberté. L'attitude des jeunes à l'égard de la sexualité et du mariage témoigne de leur plus grande implication dans leur vie amoureuse et suggère un changement dans le partenariat conjugal. Un second facteur est lié aux contraintes économiques actuelles qui rendent difficile la conclusion d'une union et provoquent un allongement de la période durant laquelle les époux résident séparément. La résidence séparée des conjoints modifie le processus matrimonial en minimisant l'ingérence de la famille du mari dans la relation du couple. Enfin, les progrès réalisés en matière de scolarisation conduisent à faire naître de nouvelles aspirations professionnelles. Ces différents facteurs contribuent largement à ouvrir aux jeunes de nouvelles sphères de sociabilité et à les sensibiliser à de nouveaux modèles de référence à même de faire émerger des comportements novateurs.

La transition matrimoniale qui s'est produite dans la zone s'est donc accompagnée d'une diminution des grossesses (et des naissances) précoces, mais a contribué à projeter sur le devant de la scène la question des grossesses pré-nuptiales. En définitive, pour les jeunes Sereer d'aujourd'hui, le risque

n'est plus tant d'avoir un enfant trop tôt, mais de l'avoir avant le mariage. Les enjeux se posent ici, autant en termes sanitaires que sociaux. Dans une zone où les valeurs sociales accordées aux fonctions reproductives du mariage sont encore solidement ancrées, être mère célibataire reste un terrible défi que peu de jeunes filles ni de familles sont prêtes à affronter. Socialement déconsidéré, cet état peut entraîner au mieux un mariage rapide (Guigou, 1992), pour éviter l'affront, au pire, le rejet, la marginalisation sociale de la mère, mais aussi de l'enfant.

D'une façon générale, la sexualité des jeunes célibataires, qu'ils soient ruraux ou urbains, revêt des enjeux majeurs pour l'avenir des populations africaines. Dans les pays d'Europe, dès que la vie sexuelle prend de l'autonomie à l'égard de la procréation, l'institution matrimoniale se trouve affaiblie (Bozon, 2003). En Afrique, on peut observer un processus différent où s'opère une dynamique circulaire entre les événements. Tout d'abord, la fin des mariages précoces a modifié les rapports sociaux et eu des répercussions sur la vie sexuelle des jeunes adultes. Ensuite, on peut dire que la sexualité pré-nuptiale, conjuguée à un faible recours à la contraception moderne, a affecté l'institution matrimoniale notamment par le biais des légitimations de grossesses non planifiées. En effet, lorsque l'avortement n'est pas choisi comme issue, l'importance sociale accordée à l'institution matrimoniale conduit les couples (souvent sous la pression de leurs familles) à conclure une union au moment où la grossesse est constatée. Ces pratiques « de rattrapage » de ce qui reste perçu comme une méconduite sociale contribuent probablement à limiter la tendance au recul de l'âge au premier mariage.

Les problèmes liés à l'accès aux méthodes de contraception modernes, auxquels s'ajoute la stigmatisation de la sexualité hors mariage, empêchent les adolescents et les jeunes adultes d'assumer pleinement leur vie sexuelle. Ils limitent également le phénomène de décrochage entre mariage et procréation. On saisit alors tous les enjeux d'une diffusion plus large des moyens de prévention des grossesses non désirées, au sein des populations jeunes en Afrique.

Enfin, la question de l'apport des échanges villes — campagnes dans les comportements de fécondité des jeunes ruraux célibataires reste entière. Comment expliquer le fait que les grossesses prémaritales soient en augmentation dans une zone rassemblant une majorité de jeunes filles qui ont fait l'expérience de résider (parfois plusieurs années de suite) à Dakar où les méthodes de contraception sont bien plus accessibles ? La réponse est certainement complexe. Elle implique qu'une réflexion soit menée sur le sens même de la maternité et des rapports sociaux en général dans cette société. Parmi les pistes qui nous semblent pertinentes, il convient de citer celle de la précarité des conditions de vie en milieu urbain. En effet, les rapports sociaux et professionnels que tissent les jeunes filles s'installant dans la capitale se traduisent trop souvent par une précarisation sociale qui les expose à toutes formes d'abus.

Des études supplémentaires sont nécessaires, en milieu rural mais aussi sur les lieux de migration, pour mettre à jour ces phénomènes et mieux comprendre les réalités que recouvre la sexualité des jeunes ruraux célibataires (Mondain *et al.* (a), à paraître). Les problèmes auxquels les responsables politiques se sont efforcés de faire face depuis le début des années 1990 sont loin d'être tous réglés. Sans abandonner les villes, lieux d'accueil de nombreux jeunes ruraux, les stratégies politiques consistant à concentrer les nouvelles interventions dans le domaine de la contraception en zones rurales, jusque là négligées, devront être renforcées.

Références bibliographiques

ADJAMAGBO A., DELAUNAY V. 1998, « La crise en milieu rural ouest-africain : implications sociales et conséquences sur la fécondité. Niakhar (Sénégal), Sas-sandra (Côte-d'Ivoire), deux exemples contrastés », in GENDREAU F (éd.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Paris, ESTEM, pp. 339-355.

ADJAMAGBO A., DELAUNAY V., 1999, *Une approche qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise*, ETS, Paris, 24 p.

[Document de recherche n° 6].

- ANTOINE P., BRY X., DIOUF P.D., 1987, « La fiche « AGEVEN » : un outil pour la collecte des données retrospectives », *Techniques d'enquête*, vol. 13, n° 2, pp. 173-181.
- AYAD M. ET NDIAYE S. (éd.), 1998, *Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal*, Calverton, Maryland, USA, direction de la prévision et de la statistique et Macro International Inc, 167 p.
- BECKER C., DIOUF M., MBODJ M., 1994, « L'évolution démographique régionale du Sénégal et du bassin arachidier (Sine-Saloum) au vingtième siècle, 1904-1976 », in CORDELL D.D. et GREGORY J.W. (éd.) *African Population and Capitalism, Historical Perspectives*, Madison, Wisconsin, the University of Wisconsin Press (deuxième édition), pp. 76-94.
- BLANC A. K. et WAY A. A., 1998, « Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries ». *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 2, pp. 106-116.
- BLANC A. K.; RUTSTEIN S. O., 1994, « The demographic transition in Southern Africa: yet another look at the evidence from Botswana and Zimbabwe ». *Demography*, vol. 31, n° 2, pp. 209-15.
- BLEDSON C. and COHEN B. (éd.), 1993. *Social dynamics of adolescent fertility in sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.
- BONGAARTS J., WATKINS S. C., 1996, « Social interactions and contemporary fertility transitions », *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4, pp. 639-682.
- BOZON M., 2003, À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes, in *Population et Sociétés*, Ined, n° 391, Paris, juin 2003, 4 p.
- BOZON M., HERTRICH V., 2004, « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique Latine », in *Santé de la reproduction au temps du Sida*, Khalt, Guillaume (éd.), Éditions du Ceped, Paris, chap. 2, 16 p.
- BROWN A.D., JEJEEBHOY S.J., SHAH I., TOUNT K.M., 2001, *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies*, Occasional Paper, 4, WHO, Geneva, 50 p + annexes.
- CALDWELL J.C., 1997, « The global fertility transition: the need for a unifying theory », *Population and Development Review*, vol. 23, n° 4, pp. 803-812.
- CALVÈS A., 1998, *Adolescent sexuality and fertility in Cameroon: relevance of the social disorganization and rational adaptation models*, Ceped Series n° 3, Paris Ceped, 19 p.
- CALVÈS A.-E. 2000, « Premarital childbearing in urban Cameroon: Paternal recog-

niton, child care and financial support », *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 30, n° 1, pp. 443-452.

- Cantrelle P., 1969, Étude démographique dans la région du Sine-Saloum (Sénégal) – État civil et observation démographique, Dakar, ORSTOM: 121. (Travaux et Documents de l'ORSTOM n° 1).
- CANTRELLE P., LÉRIDON H., 1971, « Breast feeding mortality in childhood and fertility in a rural zone of Senegal », *Population Studies*, vol. 25, n° 3, pp. 505-533.
- CARAËL M., 1995, « Sexual Behavior », in CLELAND J. et FERRY B (éd.), *Sexual Behavior and AIDS in Developing Countries*, Genève, WHO/Taylor & Francis, pp. 75-123.
- COURGEAU D., LELIÈVRE É., 1989, *Analyse démographique des biographies*. Ined, Paris, 268 p.
- DELAUNAY V., 1994, *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, Les Études du Ceped, n° 7, Ceped, Paris, 326 p.
- DELAUNAY V., 2001, « Sexualité et Fécondité des adolescents : évolutions récentes en milieu rural sénégalais », in GENDREAU F. et POUPARD M. (éd.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, ESTEM, Paris, pp. 225-239.
- DELAUNAY V., ADJAMAGBO A., 2001, *Enquête « Idéaux et comportements de fécondité dans une zone rurale du Sénégal - Volet Comportements »*, Rapport d'analyse, IRD, Dakar, 40 p.
- DELAUNAY V., BECKER C., 2000, « Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais », in PILON M. et GUILLAUME A., (éd.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, IRD : pp. 127-146.
- DELAUNAY V., ENEL C., LAGARDE E., et al., 2001, *Sexualité des adolescent : tendances récentes en milieu rural sénégalais*. Les Dossiers du Ceped, n° 65, 34 p.
- DELAUNAY V., GUILLAUME A., « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in VIMARD P., ADJAMAGBO A., et MSELATTI P. (éd.), *Transition reproductive dans les pays du Sud*, [à paraître].
- DELAUNAY V., MARRA A., LÉVI P., ETARD J.-F., 2003, « SSD de Niakhar », in INDEPTH Network, *Population et santé dans les pays en développement. Volume 1 : Population, santé et survie dans les sites du réseau Indepth*, pp. 313-321.
- DIOP A.B., 1992, « Les paysans du bassin arachidier (Sénégal) — Conditions de vie et comportements de survie », *Politique africaine*, n° 45, p. 39-61.
- DIOP N. J., 1994, *La fécondité des adolescentes au Sénégal*, Montréal, université de Montréal, 227 p + annexe. (Collection de thèses et mémoires sur le Sahel, n° 34).

- DOZON J.P., 1985, « Économie marchande et structures sociales : le cas des Bété de Côte-d'Ivoire », *Cahiers d'Études africaines*, 68, XVII-4, pp. 463-483.
- FALL S., NGOM P., 2001, *Baisse de la fécondité en Afrique francophone : tendances récentes et futures*, UN workshop on Prospects for fertility decline in high fertility countries, NY, July 9-12, 17 p.
- FNUAP, 2003. *État de la population mondiale 2003. Un milliard à ne pas oublier : Investir dans la santé et les droits des adolescents*, New York, NY, UNFPA, 84p.
- FOOTE K., HILL K.H., et MARTIN L. G. (éd.), 1996, *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. Paris, Ined, PUF, National Academy of Sciences, 371 p.
- GAGE-BRANDON A., MEEKERS D., 1994, « Sexual activity before marriage in sub-Saharan Africa », *Social Biology*, vol. 41, n° 1-2, pp. 44-60.
- GARENNE M., 1981, *The age pattern of infant and child mortality in Ngayokheme (Rural West Africa)*. African Demography Working Paper n° 9, Pennsylvania, Population Studies Center, University of Pennsylvania, 36 p.
- GARENNE M., CANTRELLE P., 1991, *Tree Decades of Research on Population and Health : the ORSTOM Experience in Rural Senegal : 1962-1991*, Saly Portudal, IUESP, 43 p. [Communication au séminaire sur les études longitudinales, 7-11 octobre].
- GARENNE M., JOSEPH V., 2002, « The timing of the fertility transition in sub-Saharan Africa », *World Development*, vol. 30, n° 10, pp. 1835-1843.
- GARENNE M., LOMBARD J., 1988, « La migration dirigée des Sereer vers les Terres Neuves (Sénégal) », in : QUESNEL A. et VIMARD P. (éd.), *Migration, changements sociaux et développement*, Paris, ORSTOM, p. 317-332, [Troisièmes journées démographiques].
- GARENNE M., VAN GINNEKEN J., 1994, « Enquêtes rétrospectives et suivi longitudinal : comparaison sur les Serer », in CHARBIT Y. et NDIAYE S. (éd.), *La population du Sénégal*, Paris, DPS-CERPAA, pp. 385-407.
- GUIGOU B., 1992, *Les changements du système familial et matrimonial : Les Sérères Sine (Sénégal)*, thèse de doctorat, EHESS, Paris, 548 p.
- GUIGOU B., LERICOLLAIS A., 1992, « Crise de l'agriculture et marginalisation économique des femmes sereer Siin (Sénégal) », *Sociétés, Espaces, Temps*, vol. 1, n° 1, pp. 45-64.
- HERTRICH V., DELAUNAY V., 1988, « Les adaptations matrimoniales face à la crise agricole : le rôle de la pluviométrie dans deux populations du Sahel », in GENDREAU F. (éd.), *Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, Paris, ESTEM, pp. 249-265.
- HERTRICH V., PILON M., 1998, *Changing patterns of marriage in Africa*, Ceped News, n° 4, pp. 1-2.

- KIRK D., PILLET B., 1998, « Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s », *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 1, pp. 1-22.
- LOCOH T. et HERTRICH V., 1994, The onset of fertility transition in sub-Saharan Africa, IUSSP, Liège, 308 p.
- LOMBARD J., 1988, *Problèmes alimentaires et stratégies de survie dans le Sahel sénégalais : les paysans Sereer*, thèse de doctorat, centre d'études géographiques sur l'Afrique Noire, UFR géographie, Paris X Nanterre, 404 p.
- MAHY M., GUPTA N., 2002. « Trends and differentials in adolescent reproductive behavior in sub-Saharan Africa » *DHS Analytical Studies*, n° 3, Calverton, Maryland, ORC Macro, 40 p.
- MEEKERS D., CALVÈS A.E., 1997, « Main'girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behaviour in sub-Saharan Africa », *Health Transition Review*, vol. 7, pp. 361-375.
- MEEKERS D. 1994, « Sexual initiation and premarital chilbearing in sub-Saharan Africa », *Population Studies*, vol. 48, n° 1, pp. 47-64.
- MONDAIN N., DELAUNAY V., LE GRAND T., « Life before marriage : changes in couple formation and premarital pregnancies among sereer Siin in Senegal », soumis à *Studies in Family Planning*, [à paraître, a].
- MONDAIN N., LEGRAND. T., SABOURIN P., « When and whom to marry ? First marriage among Sereer men in rural Senegal », Soumis à *Journal of Comparative Studies*, [à paraître, b].
- NDIAYE C.T., DELAUNAY V., ADJAMAGBO A., 2003, « Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal », *Cahiers Santé AUF*, vol. 13, n° 1, pp. 31-37.
- NDIAYE S., DIOUF P. D. et AYAD M., 1997, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-III) 1997*, ministère de l'Économie et des Finances, direction de la prévision et de la statistique, division des statistiques démographiques, Dakar, 284 p.
- PISON G., HILL K. COHEN B., FOOTE K. 1997, *Les changements démographiques au Sénégal*. Ined, collection Travaux et Documents n° 138, Paris, 240 p.
- QUESNEL A. et VIMARD P., 1988, *Dynamique de population en économie de plantation : le plateau de Dayes au sud-ouest du Togo*, Paris, ORSTOM, collection Études et Thèses, 460 p.
- TABUTIN D., 1997, « Les transitions démographiques en Afrique subsaharienne. Spécificités, changements et incertitudes », in *International Population Conference/Congrès international de la population : Beijing, 1997*, vol. 1. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP], Committee on Economic Demography, pp. 219-47.

- TRUSSELL J., HANKINSON R. et TILTON J., 1992, *Demographic applications of event history analysis*, Oxford, Clarendon Press, 276 p.
- VIMARD P, ZANOU B (éd.), 2000, *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 302 p.
- WALTISPERGER D., 1974, *Le fichier de population de N'Gayokhème — Analyse des données 1963-1970*, Dakar, ORSTOM, 109 p. + annexes.

Annexe

Tableau 1. Âge médian au premier mariage et au premier rapport sexuel des hommes et des femmes selon le groupe de générations au Sénégal. EDS-III 1997

Âge à l'enquête	Femmes		Hommes	
	45-49 ans	25-29 ans	55-59 ans	35-39 ans
Âge médian au premier mariage				
Total	16,7	18,7	27,3	30,0
Urbain	17,2	23,3	27,6	31,3
Rural	16,3	17,6	27,2	27,1
Âge médian au premier rapport sexuel				
Total	16,7	18,3	25,4	21,3
Urbain	17,2	20,9	25,4	20,5
Rural	16,4	16,9	25,5	22,4

Tableau 2. Zone d'étude et population suivie selon la période d'observation de 1963 à 2001

Période	Zone suivie	Taille de la population	Nb. de villages	Références
1963-65	Arrondissement de Niakhar (1)	33000	65	Cantrelle et Leridon, 1971 Cantrelle, 1969
1963-82	Zone de Ngayokhem (2) incluse dans (1) et (3)	4300	8	Waltisperger, 1974 Garenne, 1981 Garenne et van Ginneken, 1994 Pison <i>et al.</i> , 1997
1984-2001	Zone de Niakhar (3)	30000	30	Delaunay <i>et al.</i> , 2003

Tableau 3. Présentation de l'échantillon du Système de suivi démographique selon la zone d'observation et certaines caractéristiques.

Femmes de 15 à 54 ans et hommes de 20 à 69 ans au 1^{er} janvier 2001

	Zone de Ngahokhem (8 villages)		Zone de Niakhar (30 villages)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Groupe d'âge				
15-19	-	21,1	-	20,2
20-24	25,8	19,9	23,3	18,8
25-29	13,7	12,86	14,6	13,6
30-34	9,5	10,56	10,8	10,9
35-39	10,1	9,0	10,2	9,84
40-44	12,1	11,5	11,0	12,1
45-49	8,3	7,7	8,5	7,7
50-54	4,7	7,3	6,7	6,7
55-59	4,8	-	5,3	-
60-64	6,5	-	5,7	-
65-69	4,6	-	4,1	-
Ethnie				
Sereer	98,7	98,4	96,4	96,4
Wolof	0,2	0,1	1,5	1,4
Toucouleur	1,0	1,1	1,2	1,1
Autres	0,2	0,5	1,0	1,1
Religion				
Musulmane	76,1	81,2	73,5	76,8
Chrétienne	21,9	16,4	23,8	21,1
Traditionnelle	1,4	1,5	2,3	1,7
Non renseignée	0,6	0,8	0,3	0,5
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	63,0	76,7	65,7	80,5
Primaire	18,4	17,44	17,5	13,8
Secondaire et +	9,0	1,9	7,4	2,0
Autre	7,8	3,7	7,7	3,2
Non renseigné	1,8	0,3	1,7	0,5
Total	1 318	1 563	5 847	6 777

Tableau 4. Présentation de l'échantillon selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Enquête ICOFEC

	Hommes	Effectifs	Femmes	Effectifs
Groupe d'âge				
15-19	–	–	16,2	168
20-24	17,9	144	17,5	182
25-29	13,4	108	14,8	154
30-34	10,3	83	13	134
35-39	11,4	92	12,1	126
40-44	11,8	95	11,2	116
45-49	10,5	84	7,6	79
50-54	6,8	55	7,6	79
55-59	6,1	49	–	–
60-64	6,0	48	–	–
65-69	5,7	46	–	–
Ethnie				
Sereer	95,3	766	97,0	1008
Wolof	2,4	19	1,9	20
Toucouleur	1,2	10	0,9	9
Autres	1,1	9	0,2	2
Religion				
Musulmane	73,6	592	77,9	809
Chrétienne	24,8	199	20,8	216
Traditionnelle	1,6	13	1,4	14
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	53,5	428	66,9	695
Primaire	26,4	212	19,9	207
Secondaire et +	10,7	86	3,2	33
Autre	9,5	76	9,8	102
Non renseigné	0,0	0	0,2	2
Situation matrimoniale				
Célibataire	24,4	196	17,0	177
Marié monogames	53,0	426	46,0	478
Marié polygame	21,0	169	33,7	350
Veuf	1,4	2	1,20	12
Divorcé	0,3	11	2,10	22
Activité de saison sèche				
Sans activité	31,0	249	66,2	688
Commerce	6,3	51	17,2	179
Commerce d'animaux	23,8	191	1,0	10
Artisanat	10,2	82	1,8	19
Transport	3,6	29	1,6	0
Salariat (temporaire)	20,4	164	11,4	135
Formation	1,9	15	0,2	2
Autre	2,9	23	0,6	6
Total	100,0	804	100,0	1 039

Tableau 5. Âges médians au premier mariage et à la première naissance selon les générations de femmes

Génération	Âge à l'enquête	Premier mariage	Première naissance	Écart en années	Effectifs
1945-1954	45-54	15,6	18,6	3,0	158
1955-1964	35-44	17,2	19,3	2,1	242
1965-1974	25-34	17,8	19,9	1,9	289
1975-1984	15-24	20,9	-- ^a	--	350
Total					1 039

^a dans ce groupe de générations, 60 % n'ont pas eu de naissance.

Fécondité oasienne
et
stratégie familiale en Tunisie

BÉNÉDICTE GASTINEAU

La Tunisie constitue un cas particulièrement intéressant pour la compréhension des mécanismes de baisse de la fécondité dans les pays en développement. Pays précurseur au Maghreb, la Tunisie a très tôt développé une politique de population fortement intégrée à la politique de développement et mis en place une législation de promotion du statut des femmes. Les choix politiques en matière de population sont le résultat d'un projet plus large : faire entrer la société tunisienne dans un processus de *modernisation*. La transition de la fécondité est aujourd'hui presque achevée, l'indice synthétique est de 2 enfants par femme en 2002 (INS, 2003)¹.

Depuis 1966, les changements dans les comportements reproductifs ont été importants et rapides. En milieu rural, la scolarisation des enfants, la multiplication des activités non agricoles, l'affaiblissement du contrôle familial et social sur la fécondité des couples ont profondément modifié le calendrier et l'intensité de la nuptialité, puis ceux de la fécondité, au point de faire chuter l'indice synthétique de fécondité de 7 enfants par femme en 1978, à moins de 3 enfants à la fin des années 1990 (ONFP, 1996). Cependant, les indicateurs nationaux cachent des disparités régionales au sein du monde rural tunisien et

1. Pour une analyse complète de la transition de la fécondité en Tunisie, on peut se reporter à Sandron, Gastineau, 2002a.

certaines zones rurales ont résisté au mouvement national de baisse rapide de la fécondité. Dans ce chapitre, nous proposons de montrer, à travers l'exemple d'une société oasienne tunisienne, quelles sont les conditions sociales et économiques qui expliquent que jusqu'à récemment, on ait observé des régions à fécondité élevée en Tunisie.

La transition de la fécondité en Tunisie : une transition de la modernité

Au début des années 1960, la Tunisie connaît un régime de fécondité naturelle : le mariage précoce et l'absence de limitation des naissances expliquent un indice synthétique de fécondité supérieur à 7 enfants par femme. Après l'Indépendance du pays (1956), le Président Habib Bourguiba et son gouvernement prennent un ensemble de mesures visant à moderniser la Tunisie, mesures qui vont avoir un impact fort sur l'évolution démographique. La diffusion de la scolarisation, l'imposition d'un âge minimum au mariage, l'abolition de la polygamie et de la répudiation, l'instauration du divorce, et enfin, un code du travail plus favorable aux femmes sont autant de décisions politiques qui créent un contexte propice à des changements dans les comportements de reproduction. Ce sont d'abord les changements dans le calendrier nuptial des femmes qui vont avoir un effet sur la fécondité. Sous l'impact de la loi imposant un âge minimum au mariage², de celle sur la scolarisation et sur le travail des femmes, l'âge moyen d'entrée en union³ augmente rapidement : de 19,5 ans en 1956 à 20,9 ans en 1966 (INS, 1973). Aujourd'hui, il est supérieur à 27 ans (INS, 1995). Dans un contexte où il n'y a pas de procréation hors mariage, plus les femmes entrent tardivement en vie maritale, plus leur descendance se restreint. Les évolutions sont en tout point semblables dans les milieux rural et urbain. Les femmes rurales se marient aujourd'hui aussi tardivement que

2. L'âge minimum est fixé pour les femmes à 15 ans en 1956, puis élevé à 17 ans révolus en 1964.

3. En Tunisie, il n'y a pas d'union sans mariage. Nous utiliserons dans ce texte les termes mariage et union sans distinction de sens.

les urbaines. Cependant, en ville comme à la campagne, le mariage reste très valorisé et le célibat définitif est *quasi* inexistant.

Au milieu des années 1980, alors que le processus de transition de la fécondité est déjà enclenché, la pratique de la contraception se diffuse. Le lancement du Programme de planning familial⁴ date de 1966 : c'est une étape importante qui permet certes de distribuer des méthodes de contraception, mais aussi, de rendre légitime la limitation des naissances. Jusqu'au début des années 1980, la pratique contraceptive concerne principalement les femmes urbaines et scolarisées ; en 1983, le taux de prévalence est de 30 % (ONFP, 1996). Puis, au cours de la décennie 1980, les femmes urbaines les moins éduquées, suivies des femmes rurales, vont adopter des comportements de restriction des naissances. Dès 1988, une Tunisienne sur deux déclare utiliser une contraception, les méthodes modernes sont très largement majoritaires. En 2002, la proportion d'utilisatrices atteint 65 % (ministère de la Santé, 2003)⁵.

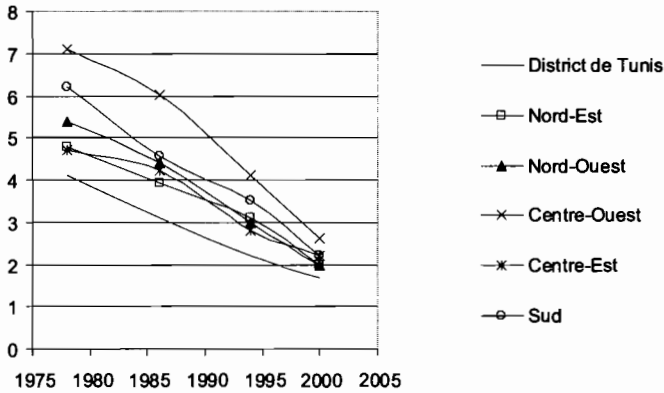
La transition de la fécondité tunisienne, presque achevée aujourd'hui s'est déroulée dans un contexte de *modernisation* au sens le plus large (urbanisation, diffusion de la scolarisation, salarisation du travail des femmes) que traduisent les indicateurs macro-économiques, avec de surcroît, une volonté politique volontariste de limiter la croissance démographique dès 1956.

Néanmoins, ce résultat nécessite d'être précisé. En effet, bien que toutes les régions tunisiennes convergent vers une fécondité faible, le processus de transition s'est déroulé à des rythmes fort variables d'une région à l'autre (figure 1). Si l'on confronte des indicateurs économiques et des indicateurs démographiques au niveau régional, deux régions s'écartent du modèle national de transition de la fécondité, modèle qui fait apparaître un lien étroit entre développement économique et baisse de la fécondité. Il s'agit des gou-

4. Pour plus d'informations sur la politique de population et le planning familial en Tunisie, on peut se reporter à Gastineau, Sandron, 2000.

5. Le taux de prévalence contraceptive est en baisse constante depuis 1999, après avoir atteint un maximum de 71 % cette même année (INS, 2003).

Figure 1. Indice synthétique de fécondité en 1978, 1986, 1994 et 2000 par grande région



Sources : ONFP, 1982; ONFP, 1989; INS, 1995; INS, 2000

vernorsats⁶ du Nord-Ouest qui allient retard de développement économique et faible fécondité, et ceux du Sud tunisien qui présentent des niveaux de fécondité relativement élevés au regard de leur situation économique et du nombre de leurs infrastructures scolaires et sanitaires (ONFP, 1997).

Plusieurs mécanismes ont été mis à jour pour expliquer cette relation ; parmi ceux-ci, on note le travail agricole féminin et la baisse de la préférence pour les enfants de sexe masculin. Que ce soit parce qu'elle participe au travail agricole, parce qu'elle soutient ses parents âgés ou parce qu'elle participe aux revenus familiaux en migrant, la fille a un statut nouveau dans la sphère de la production. Elle n'est plus limitée à la sphère domestique et acquiert une valeur économique de plus en plus proche de celle des garçons. L'ensemble de ces changements explique une partie de la faiblesse de la fécondité dans la région.

À l'inverse, dans les gouvernorats du Sud, la transition de la fécondité a été tardive (ONFP, 1997). Au regard des bons indicateurs économiques, la

6. Un *gouvernorat* est une région administrative.

fécondité est restée longtemps très élevée et la prévalence contraceptive faible, ceci se vérifiant tout particulièrement en milieu rural. Afin d'identifier quelques-unes des raisons de ce retard, nous allons étudier le cas d'El Faouar, délégation comprenant plusieurs oasis, dans le gouvernorat de Kebili.

La forte fécondité des régions du Sud - L'exemple de la délégation d'El Faouar

L'histoire de la délégation d'El Faouar est celle de la sédentarisation des tribus nomades, les Ghrib et les Sabria. Pendant la colonisation et après l'indépendance, les pouvoirs publics mettent en œuvre une politique de création de périmètres irrigués pour sédentariser l'ensemble des nomades ou semi-nomades. Les oasis d'El Faouar sont nées de ce projet. Le premier forage est réalisé en 1949, suivi par l'ouverture d'un poste frontière et d'une école. La plantation commence en 1953 sur une surface totale de 41 hectares divisée en lots distribués aux familles. Dans un premier temps, les nomades auxquels sont destinées ces terres, se révèlent peu intéressés et ce n'est qu'à partir des années 1960 que le phénomène de sédentarisation prend une grande ampleur. Un deuxième forage est réalisé en 1977 et une nouvelle palmeraie de 120 hectares est mise en culture entre 1981 et 1984.

La délégation d'El Faouar rassemble deux tribus les Ghrib et les Sabria. Les Ghrib, jusqu'à l'Indépendance, étaient considérés comme la tribu la plus nomade, la plus « rustique » et la plus « pure » des tribus tunisiennes (Clarke, 1959). À la différence des autres tribus, elle fut longtemps sans avoir de village comme point de station. Les Sabria qui sont eux des semi-nomades ont un mode de vie très proche de ceux des Ghrib, mais ils se sont fixés relativement plus tôt autour de leur point d'attache traditionnel, l'oasis Sabria.

Au recensement de 1994, la délégation compte 12 366 habitants. Il n'y a pas de zone urbaine, cependant, puisqu'il s'agit d'oasis : la population est regroupée autour des palmeraies. Au-delà, c'est le Sahara. C'est une zone où les conditions de vie sont bien meilleures que dans de nombreuses autres zones rurales tunisiennes : l'accès aux services de santé et aux établissements scolaires y est

relativement facile. À El Faouar⁷, on trouve plusieurs centres de santé de base, un hôpital, huit écoles primaires et un établissement secondaire. La distance moyenne entre ces services et les logements est faible : en moyenne, un ménage n'a que 1,6 kilomètre à parcourir pour aller au centre de santé, et 600 mètres pour atteindre l'école primaire. Il faut néanmoins préciser que les structures scolaires sont relativement récentes. Six des huit écoles ont été ouvertes après 1980 et le lycée date de la fin des années 1980. de même que les habitations, les services administratifs et les commerces sont concentrés près des palmeraies. Les logements sont bien équipés : 97,8 % ont l'électricité, 82,8 % un point d'eau dans le logement. L'activité oasienne reste le secteur économique principal : culture et commercialisation de la datte (la *Deglet Nour*). Plus de la moitié (51,4 %) de la population active occupée dépend du secteur primaire. Il faut aussi noter l'importance des emplois administratifs et des services (25 % de la population active occupée).

Compte tenu des caractéristiques économiques, des structures sanitaires et scolaires dont dispose la région, la fécondité à El Faouar reste élevée⁸. En analysant de façon fine les comportements reproductifs et leur contexte, nous tenterons de :

- montrer comment des stratégies familiales, plutôt que féminines, peuvent être mises en place pour résister (au moins temporairement) à un mouvement général de baisse de la fécondité dans le pays ;
- montrer comment des particularités locales (isolement oasien, structure tribale, mode de production oasien, proximité avec la Libye....) peuvent rendre moins efficaces une politique et un programme de population qui, à priori, s'appliquent de façon équivalente sur tout le territoire tunisien.

7. Toutes les données chiffrées citées pour El Faouar sont issues, sauf indication contraire, de l'enquête « Mobilité, fécondité et activités des femmes en milieu rural (MFAFMR, 1998) », menée par le programme DYPEN en 1998 sur les oasis d'El Faouar et de Sabria. Pour plus d'information sur le programme de recherche et l'enquête, on peut se reporter à Picouet, Sghaïer, 2001.

8. Le gouvernorat de Kebili, auquel appartient la délégation d'El Faouar est le gouvernorat qui, au moment du dernier recensement de 1994, avait l'ISF le plus élevé du pays, soit 4,3 (INS, 1995).

La situation démographique d'El Faouar est singulière en Tunisie : les indicateurs longitudinaux montrent une augmentation constante de la descendance (tableau 1). À leur 40^e anniversaire, les femmes nées avant 1940 avaient 5 enfants, celles nées entre 1940-1949 en avaient entre 5 et 7, et celles nées entre 1950-1959 en auront plus de six⁹. En meilleure santé, les femmes mènent plus de grossesses à terme et les intervalles intergénésiques diminuent. En l'absence de limitation des naissances, la descendance finale augmente. Le niveau de fécondité continue d'augmenter dans les générations les plus jeunes (1960-1969). Néanmoins ces jeunes femmes sont de plus en plus nombreuses à adopter des pratiques contraceptives pour limiter leur descendance finale. À El Faouar, les changements dans les comportements de reproduction sont très récents,

Tableau 1. Descendance atteinte aux anniversaires par groupe de générations

Groupes de générations	Descendance (enfants par femme) à l'âge atteint							Effectifs
	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans	40 ans	45 ans	50 ans	
1930-1939	0,3	1,0	2,4	3,8	5,0	5,8	6,1	45
1940-1949	0,2	1,3	2,7	4,1	5,7	6,8		65
1950-1959	0,3	1,6	3,5	5,2	6,5*			119
1960-1969	0,4	1,9						117

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

Note : Il s'agit d'une estimation. Au moment de l'enquête, les femmes nées entre 1950 et 1959 n'avaient pas toutes atteint leur 40^e anniversaire.

beaucoup plus qu'ailleurs, trop récents pour être visibles sur les indicateurs longitudinaux dont nous disposons. Toutefois, l'analyse conjoncturelle révèle une baisse récente de la fécondité : l'indice de fécondité de 4,2 enfants par femme en 1997, ne traduit plus un régime de fécondité naturelle.

9. Au moment de l'enquête, les femmes nées en 1950-1959 n'ont pas toutes atteint leur 40^e anniversaire, mais elles ont déjà 6,3 enfants en moyenne.

Au moment de l'enquête, la prévalence contraceptive à El Faouar est de 48 %, elle est inférieure à la moyenne du monde rural tunisien, mais relativement élevée, si on la compare à d'autres pays arabo-musulmans ou africains. Il s'agit très majoritairement d'une contraception d'arrêt. Presque nulle pour les femmes sans enfant ou avec un seul enfant, la prévalence contraceptive augmente ensuite régulièrement pour atteindre 70 % chez les mères de 6 enfants et plus.

Le stérilet est la méthode choisie par 60 % des utilisatrices (tableau 2). Notons la quasi-absence des méthodes naturelles. Les méthodes modernes ont complètement remplacé les méthodes naturelles ou populaires connues des femmes. Les méthodes modernes sont utilisées aux mêmes fins que les méthodes traditionnelles : limiter la fécondité de rang très élevé en fin de vie féconde. Les femmes en fin de vie féconde qui, traditionnellement, limitaient leur fécondité à l'aide de méthodes naturelles, ont pu faire appel aux services de planification familiale des centres de santé, sans que leur décision soit condamnée socialement.

Persiste à El Faouar, une norme selon laquelle une femme ne doit pas donner naissance à un enfant alors qu'elle est déjà grand-mère. La naissance de son premier petit-enfant doit être le terme de sa vie féconde. Nous n'avons pas pu vérifier jusqu'où cette norme orientait les choix contraceptifs des femmes. Quant à celle des femmes sans enfant, elle est fortement condamnée. De fait, l'accès à la contraception des adolescentes et des femmes nullipares reste encore très difficile, pour ne pas dire impossible.

C'est en effet autour de 4 enfants que se situe la descendance que les femmes jugent idéale en fonction de leurs conditions de vie actuelles¹⁰. Ce nombre a tendance à diminuer, mais on peut voir que cet idéal est largement dépassé, même chez les femmes qui sont encore en vie féconde (tableau 3). Seules les plus jeunes (nées entre 1970 et 1979) pourront arrêter leur descendance au nombre d'enfants souhaité.

10. La question posée était : « Dans vos conditions de vie actuelle, quel serait le nombre idéal d'enfants ? ».

Tableau 2. Répartition des femmes à El Faouar qui utilisent une contraception au moment de l'enquête selon la méthode pratiquée

Méthodes contraceptives	% de femmes utilisatrices
Stérilet	60
Pilule	14
Stérilisation féminine	9
Autre méthode moderne	5
Retrait	9
Autre méthode naturelle ou populaire	3

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

Tableau 3. Descendance moyenne atteinte et souhaitée par les femmes et par groupes de génération

Groupes de génération	Descendance atteinte	Descendance souhaitée
1930-1939	7,1	4,3
1940-1949	7,3	4,8
1950-1959	7,0	4,1
1960-1969	5,2	4,1
1970-1979	2,5	3,8

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

Note : la descendance moyenne a été calculée pour les femmes qui ont donné une réponse numérique, soit 302 femmes sur un total de 372.

Il y a donc une différence importante entre le souhait exprimé par la femme en termes de fécondité et son comportement tel qu'il est observé. Mais la femme n'est pas la seule à décider de sa vie génésique et la question pertinente est peut-être de savoir qui décide du nombre d'enfants. L'épouse et l'époux ont, dans une très large majorité, donné une réponse similaire quand on les interroge sur le nombre d'enfants souhaités¹¹ (tableau 4), que la réponse soit numérique (52 %) ou « ce que Dieu veut » (13 %).

11. Les hommes et les femmes ont été interrogés séparément.

La descendance moyenne souhaitée par les hommes mariés est identique à celle des épouses (4,2 enfants)¹². La préférence pour les garçons est de même intensité, le taux de masculinité des enfants désirés est de 0,77 pour les femmes

Tableau 4. Répartition des couples (%) selon qu'ils s'accordent ou non sur le nombre d'enfants désirés

Les deux souhaitent le même nombre d'enfants	64,7
Les deux ont répondu Mektoub*	12,9
Les deux ont donné la même réponse numérique	51,8
La femme en souhaite plus	7,3
L'homme en souhaite plus	12,5
La femme a répondu Mektoub*	4,6
L'homme a répondu Mektoub*	9,2
Non-réponse	1,7

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

Note : *Mektoub « Ce que Dieu veut » ; effectif : 292 couples.

et 0,83 pour les hommes. En revanche, les maris sont un peu plus nombreux que leur femme à s'en remettre à Dieu (*Mektoub*).

Les hommes comme les femmes ont une descendance atteinte qui est largement supérieure à celle qu'ils déclarent souhaiter. Ils ont beaucoup de difficultés à réaliser leur souhait individuel, parce que leur fécondité doit avant tout remplir une fonction familiale et sociale. Pour les décisions concernant leur vie génésique, les femmes et les couples sont encore sous l'influence de leur environnement social et familial proche.

12. La proportion des femmes soumises au risque de concevoir, ne souhaitant plus d'enfant, qui n'utilisent pas de contraception est exactement la même que la proportion des hommes ne souhaitant plus d'enfant ayant une femme soumise au risque de concevoir qui n'utilisent pas de contraception dans leur couple (37 %).

Le rôle prépondérant de la famille dans les choix matrimoniaux et de fécondité

Le fait que la famille ait conservé un poids important dans les décisions de fécondité est à la fois un indicateur de l'absence de modernité dans les comportements reproducteurs et une explication de la forte fécondité.

Des mariages précoces et préservant la filiation patrilinéaire

La nuptialité à El Faouar est particulièrement précoce, comme si l'oasis avait échappé au phénomène national du recul de l'âge au mariage. Les unions avant l'âge légal au mariage (17 ans révolus) sont devenues très rares, mais les femmes se marient dès que la loi les y autorise. Par conséquent, des générations féminines de 1930 à 1939 à celles nées entre 1960 et 1969, l'âge médian au mariage n'a pas changé : il est respectivement de 18 ans 10 mois et de 18 ans 2 mois. Aucune femme ne peut se soustraire au mariage : il n'y a plus de célibataire à El Faouar au-delà de l'âge de 40 ans (tableau 5).

La précocité du mariage féminin est une caractéristique des sociétés bédouines ou récemment sédentarisées comme à El Faouar (Fargues, 1986).

Tableau 5. Table de nuptialité féminine abrégée.
Proportion (%) de célibataires à différents anniversaires

Âge	1930-1939	1940-1949	1950-1959	1960-1969	1970-1979
10 ans	100,0	100,0	98,0	99,1	99,4
15 ans	81,5	81,8	89,1	90,7	97,7
20 ans	40,7	40,0	30,7	29,6	
25 ans	18,5	9,1	6,9	13,9	
30 ans	7,4	3,6	3,0		
35 ans	7,4	1,8	3,0		
40 ans	0,0	0,0			
45 ans	0,0	0,0			

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

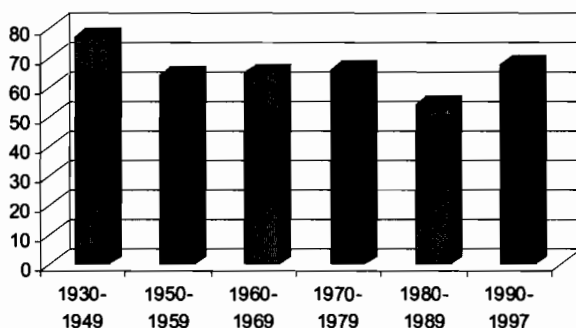
L'extrême précocité du mariage des filles vient notamment des règles endogames qui garantissent la cohésion du groupe. Puisque dès sa naissance les parents savent à qui leur fille va être mariée, peu importe l'âge auquel on la marie (Fargues, 1986).

La précocité et l'universalité de la nuptialité des jeunes filles participent au contrôle familial de la fécondité des couples. Au-delà du fait qu'il existe une relation mécanique entre l'âge d'entrée en union et la taille de la descendance en l'absence de contraception, le modèle matrimonial en vigueur à El Faouar est un signe fort, d'une part, que la maternité et le mariage restent la seule valorisation sociale et individuelle possible pour une femme, d'autre part, que les choix matrimoniaux, puis génésiques, des jeunes gens répondent à une logique familiale.

Le modèle idéal du mariage arabo-musulman préconise l'union entre cousins parallèles, et fut largement pratiqué en Tunisie. Entre 1965 et 1989, environ 30 % des mariages célébrés en Tunisie ont uni des cousins germains et, en totalité, plus de 40 % des conjoints sont membres d'une même famille (cousins germains ou autre lien de parenté) (ONFP, 1996). Cependant, au milieu des années 1980, le choix du conjoint devient plus libre, tout d'abord en milieu urbain et dans les populations scolarisées. En 1995, près de 70 % des jeunes mariés de moins de 30 ans déclarent avoir eux-mêmes choisi leur conjoint (UNFT, 1995). Certains ont choisi un membre de la famille plus ou moins proche mais d'autres se sont unis avec un collègue de travail, un voisin, un ami d'école ou de l'université... mais tous ont obtenu l'aval des deux familles avant de célébrer le mariage.

Alors que les mariages entre cousins germains sont de moins en moins nombreux en Tunisie, à El Faouar, les comportements restent figés et l'union respecte encore les principes fondamentaux de la tradition. L'endogamie y est particulièrement présente, même dans les plus jeunes générations. Presque 7 femmes sur 10 (68 %) mariées entre 1990 et 1997 ont épousé un cousin germain (figure 2). Mieux que tout autre, ce système matrimonial intensifie les relations familiales et consolide le fondement économique de l'union en garantissant la conservation du patrimoine.

Figure 2. Proportion (%) de femmes ayant épousé un cousin germain lors de leur premier mariage à El Faouar selon l'année du mariage



Source: Enquête MFAFMR, 1998

Tableau 6. Répartition (%) des couples selon l'écart d'âge entre l'homme et la femme

Homme plus âgé de :

1-4 ans	17,7
5-9 ans	35,7
10-14 ans	20,0
15-19 ans	11,0
20-24	3,7
25-29	2,7
30 ans et plus	2,7

Femme plus âgée

Homme et femme du même âge 2,7

Total 100,0

Effectif 300

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

L'écart d'âge entre époux est également très élevé, puisque pour plus la moitié des couples, l'homme a entre 5 et 14 ans de plus que son épouse (tableau 6). « L'autorité absolue de l'homme dans la famille arabe est un corollaire de la différence d'âge entre époux » (Fargues, 1986) : l'homme doit dominer la femme par son âge.

Une fécondité précoce, forte et légitime

Une fois marié, le jeune couple, ou, plus exactement, la jeune épouse doit faire rapidement preuve de sa fertilité, sans quoi, celle-ci risque de devoir divorcer et de rentrer chez ses parents (la répudiation est abolie en Tunisie depuis 1956). Elle devra alors se remarier mais, supposée stérile, elle trouvera difficilement un nouvel époux et le plus souvent elle épousera un homme âgé, veuf et ayant déjà de grands enfants. La procréation reste le but essentiel du mariage et rares sont les femmes qui restent sans enfant (seules 4 % des femmes de 50-54 ans en 1997 n'en ont pas) et il ne s'agit jamais d'un choix individuel. Il ne suffit pas d'avoir des enfants ; encore faut-il en avoir beaucoup et avoir de préférence des garçons. Les familles nombreuses sont fortement valorisées. Dans les sociétés oasiennes tunisiennes, longtemps, la force politique et économique d'un groupe s'est mesurée au nombre d'hommes disponibles. À El Faouar, les lots de la première palmeraie (1953) ont été distribués aux groupes tribaux au prorata de leur population.

L'union maritale doit rester le cadre exclusif de la procréation. Une grossesse chez une femme célibataire serait immédiatement légitimée par un mariage, souvent avec un homme veuf et âgé. Cette pratique traditionnelle qui permet à la mère d'éviter d'être désavouée, à l'enfant d'avoir un père pour subvenir à ses besoins, et aux hommes veufs de se remarier, est devenue rare en Tunisie grâce à la diffusion des méthodes contraceptives et au recours à l'avortement (Gastineau, 2002). Il est difficile de dire dans quelle mesure cette pratique existe encore à El Faouar, une conception avant le mariage ne serait jamais déclarée dans une enquête¹³ le tabou étant trop fort. Néanmoins, sachant que les relations sexuelles pré-nuptiales ne sont pas complètement absentes, que les jeunes filles ont difficilement accès à la contraception et encore moins à l'avortement, il est probable que des femmes célibataires soient enceintes et mariées à des hommes beaucoup plus âgés. Ceci expliquerait que, même lors

13. Des entretiens auraient été plus adaptés pour recueillir ce type d'informations.

d'une première union, 10 % des femmes épousent des hommes de 20 ou 30 ans leur aîné. Cependant, ces situations ne peuvent être que marginales du fait de la précocité du mariage¹⁴.

L'immobilisme des comportements d'entrée en union témoigne bien du poids de la famille élargie dans la vie des couples. Le mariage est avant tout un événement social dont les jeunes filles et les jeunes hommes ne peuvent s'affranchir. Il garde toute sa signification symbolique, son importance économique et sociale. C'est un événement trop visible pour que les jeunes gens puissent revendiquer de le changer. Les changements, les évolutions vont se faire, dans un premier temps, dans des sphères plus intimes du couple comme nous avons pu le voir avec l'idéal d'une descendance restreinte.

Un accès limité aux services de santé et de planification familiale

Le rôle du personnel médical, et surtout celui des agents des programmes de planification familiale, est indéniable dans l'évolution des normes de fécondité, dans les choix reproductifs des couples et plus précisément dans la pratique contraceptive, soit en la favorisant, soit au contraire en l'entravant¹⁵.

À El Faouar, l'offre sanitaire est importante en termes de quantité. Les femmes ont à leur disposition plusieurs centres de santé de base et même un hôpital. Seul un logement sur deux est éloigné de plus de 1 kilomètre d'un centre de santé de base, tandis que pour l'ensemble du milieu rural tunisien en 1994, près de la moitié des ménages doit parcourir quatre kilomètres ou plus pour trouver un centre de santé de base.

Malgré cette facilité d'accès, les femmes utilisent peu les ressources médicales en matière de santé de la reproduction. Par exemple, entre 1993 et 1997,

14. En effet, pour l'ensemble de la Tunisie, l'âge moyen des femmes en 1997 est de 25,1 ans, celui des hommes de 30 ans (INS, 1997).

15. Au Mexique, Brugeilles (2000) montre bien comment les médecins imposent certaines normes de fécondité (âge correct pour procréer entre 20 et 35 ans, utilisation d'une contraception d'arrêt après 3 enfants...) ne répondant pas toujours aux besoins de leurs patientes.

58 % des accouchements¹⁶ se sont déroulés hors de toute structure médicale : 41 % des femmes ont accouché en présence d'une parente ou amie, 16 % d'une matrone, seules 43 % ont accouché en étant assistées d'un personnel médical (dont 40 % d'une sage-femme)¹⁷.

Dans les régions rurales tunisiennes, les agents du planning familial ont joué un rôle important dans la diffusion des idées favorables à la limitation des naissances puis dans la diffusion des méthodes de contraception. En Kroumirie, par exemple, les centres de santé de base et les centres de protection maternelle et infantile ont eu un rôle éducatif quant à la médicalisation de la santé de la reproduction, au choix de la méthode contraceptive et aux idéaux de fécondité (Sandron, Gastineau, 2002(b)).

Pour que les agents du planning familial jouent leur rôle, encore faut-il qu'ils puissent rencontrer les femmes. Car c'est souvent à l'occasion d'un accouchement, le premier ou le second, que les femmes reçoivent des informations à propos de la contraception. Les femmes qui n'ont pas d'enfant sont complètement exclues de ce système¹⁸, les mères (et surtout les mères de famille déjà nombreuses) restent les uniques interlocutrices du planning familial. Une seconde catégorie de femmes ne bénéficie pas des conseils des agents du planning familial : celles qui accouchent chez elles, et elles sont nombreuses. De façon plus générale, à El Faouar, tout ce qui touche à la maternité et, plus généralement, au corps des femmes, est encore une affaire de famille. Les pratiques médicales traditionnelles sont encore vivaces. La maternité fait l'objet de beaucoup de rites et de croyances qui entravent le travail des médecins. Ainsi, « mis à part les plus proches parents, la femme (enceinte) ne révélera son secret qu'à ses meilleurs amis. Les étrangers ne remarqueront la chose qu'à la modification de son aspect » (Clauss, 1997). Il est difficile, dans ces conditions, de promouvoir

16. Calcul sur les dernières grossesses des femmes dont l'enfant est né entre 1/01/1993 et le 31/12/97.

17. Au niveau national, en milieu rural, en 1995, 65 % des accouchements sont médicalisés (ONFP, 1996).

18. L'ONFP commence à promouvoir l'utilisation du préservatif dans les populations jeunes sous couvert d'une campagne contre le Sida, mais à El Faouar, il n'est pas question de contraception pour les femmes non mariées.

un suivi médical précoce des grossesses. Les matrones traditionnelles sont encore nombreuses à El Faouar et véhiculent beaucoup de « rites magiques » pour éviter le mauvais œil du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement. La maternité, comme, plus largement, la santé féminine, reste encore une affaire de médecine traditionnelle. La famille désigne une praticienne qui est chargée de s'occuper de la santé des femmes.

À El Faouar, comme dans l'ensemble des régions du Sud tunisien, la belle-mère tient toujours un rôle important dans l'entourage des femmes. Ceci, malgré une nucléarisation croissante des ménages. Certes, seuls 20 % des ménages sont complexes, c'est-à-dire intègrent plusieurs noyaux familiaux, mais « l'éclatement apparent de la famille élargie n'est qu'un desserrement spatial de l'organisation intérieure » (Brochier, 2001). Du fait de la spécificité de l'habitat oasien, les épouses sont sans cesse exposées au regard de leurs beaux-parents, l'installation des jeunes adultes qui quittent la maison patriarcale se fait dans un espace de plus en plus grand, mais toujours sous l'emprise familiale ; on observe ainsi de véritables « quartiers familles » (Brochier, 2001).

La belle-mère perpétue les traditions et limite l'autonomie de ses belles-filles. Celles-ci sont souvent confinées dans l'espace domestique, circulent très peu dans la ville, sont par exemple quasiment invisibles sur le marché d'El Faouar, et la règle est qu'il est préférable pour une femme d'être accompagnée par un proche dès qu'elle quitte la sphère privée. Dans ces conditions, il leur est difficile de se rendre à l'hôpital ou même au centre de santé sans l'aval de leur famille. De plus, l'accueil n'est pas toujours comme elles le souhaiteraient. Il n'est pas facile pour elle de discuter de leur vie sexuelle et génésique avec un homme — la majorité du personnel médical est masculin — ou même avec une femme qui ne serait pas de leur tribu, de leur région¹⁹.

19. L'importance du choix du personnel médical a été maintes fois relevé : à propos de villages sénégalais, Petit (2000) écrit : « Les femmes disent également qu'il n'est pas toujours facile d'exposer ses besoins ou son désir de contrôler sa fécondité à un agent de santé (infirmier ou médecin) lorsque c'est un homme en raison des codes de pudeur ou si elles sentent ou savent que cette personne est opposée à la planification familiale. De plus, elles redoutent de se laisser examiner par un homme. »

La forte fécondité à El Faouar pourrait s'expliquer par le fait que la famille étendue continue de contrôler les décisions de fécondité des couples à travers le mariage précoce, la cohabitation du couple avec la famille du mari, le contrôle de l'accès des femmes aux services sanitaires et de planification familiale... Mais comment expliquer ce poids de la famille étendue à El Faouar ?

En 1985, Karoui notait à propos de la Tunisie que « ce sont les parents qui décident d'unir leurs enfants selon la tradition, donc un mariage qui doit se faire de préférence avec le cousin pour renforcer la cohésion du groupe social et permettre à la femme de perpétuer la race mâle sans apport extérieur en évitant à la propriété de s'effriter » (Karoui, 1985, p. 68). Ce constat ne pourrait plus s'appliquer à l'ensemble de la Tunisie du début du XXI^e siècle, néanmoins le lien entre l'organisation économique de la famille et les choix de fécondité persiste dans le Sud tunisien²⁰ et, tout particulièrement, à El Faouar.

Travail et scolarisation des enfants

En Tunisie, l'organisation traditionnelle de la famille et du travail familial en milieu rural accorde aux enfants une place centrale à plusieurs titres : l'enfant est une force de travail, une source de revenus importante et une bonne assurance vieillesse. Elle définit la participation de chaque membre à l'économie du ménage selon des règles et des normes particulières. Des tâches précises sont attribuées à chacun. Les jeunes garçons doivent s'occuper du bétail, tandis que les jeunes filles aident leur mère dans les tâches domestiques. Adultes, les fils participent à l'exploitation des terres patriarcales ou collectives et assurent la prise en charge de leurs parents âgés. L'avenir des parents et des enfants est ainsi assuré. Depuis l'Indépendance, des changements ont bouleversé ce schéma traditionnel, la généralisation de la scolarisation²¹ est l'un des plus importants.

20. Bedoucha (1994) fait ce même constat dans une étude des stratégies matrimoniales d'une autre oasis du sud tunisien, El Mansura.

21. Le taux de scolarisation des 6-14 ans est de 75,1% en 1994 (INS, 1995).

Celle-ci a eu sur la fécondité tunisienne plusieurs effets. Tout d'abord, l'école a permis aux jeunes filles de s'introduire dans un monde extérieur au domaine familial et de susciter chez elles des aspirations professionnelles qui concurrencent le modèle traditionnel de la femme au foyer (Fargues, 1988). Ensuite, la scolarisation de plus en plus systématique des filles et garçons a augmenté le coût des enfants qui ne participent plus au travail domestique ni au revenu familial. Le coût de la scolarisation devient trop important pour une progéniture nombreuse en Tunisie (Sandron, Gastineau, 2002a). Enfin, la scolarisation a pu retarder l'entrée en union de certaines jeunes filles qui ont poursuivi leur scolarité au-delà du secondaire.

Lorsque les écoles sont réellement accessibles à tous, deux possibilités s'offrent aux familles : ne pas scolariser les enfants et continuer à les faire travailler sur l'exploitation agricole familiale pour en tirer un bénéfice immédiat ou les scolariser dans l'espoir qu'ils obtiennent un travail bien rémunéré, stable, le bénéfice étant alors reporté sur le long terme.

Les enfants d'El Faouar disposent d'établissements scolaires primaires et secondaires. Il y a aussi un lycée dans l'oasis et, en moyenne, chaque ménage n'est pas éloigné de plus de 600 mètres de l'école primaire. Les coûts de scolarisation sont relativement faibles, il est donc facile d'envoyer les enfants à l'école. D'ailleurs, les enfants y bénéficient d'une bonne scolarisation : parmi les 6-14 ans, plus de 90 % des garçons et filles vont à l'école. Dans l'enseignement

Tableau 7. Pourcentage des filles et des garçons de 10-14 et de 15-19 ans qui ont une activité agricole

	10-14 ans	15-19 ans	Effectifs 10-14 ans	Effectifs 15-19 ans
Garçons*	1	7	311	208
Filles**	11	29	144	163

Sources : * Enquête principale DYPEN, 1996 ; ** Enquête MFAFMR, 1998.

secondaire, alors que la scolarisation n'est plus obligatoire²², apparaissent des différences importantes entre les sexes : 67 % des garçons de 15-19 ans sont scolarisés contre 41 % des filles. Ces chiffres restent largement au-dessus des moyennes nationales pour le milieu rural : seuls 33 % des jeunes ruraux (15-19 ans) étaient scolarisés en 1994, 24 % des filles et 41 % des garçons.

Ces proportions élevées d'enfants scolarisés s'expliquent par le fait que la scolarisation n'entre pas en concurrence avec le travail. Les enfants ont une activité agricole relativement faible : ils travaillent peu dans l'oasis (tableau 7). L'abandon de certaines pratiques culturelles comme le maraîchage et l'arboriculture, les a rendus de moins en moins utiles sur l'exploitation, et de plus, en raison des difficultés à étendre les surfaces cultivées et des spécificités du travail agricole oasien, les ménages ne peuvent plus employer la totalité de la main-d'œuvre familiale.

Le contexte économique favorable et la proximité du lycée favorisent la diffusion de la scolarisation. Une proportion importante des garçons poursuit ses études au moins jusqu'au baccalauréat. Quant aux filles, elles sont certes moins nombreuses à accéder à l'enseignement secondaire que les garçons, mais leur parcours scolaire est néanmoins plus long que dans beaucoup d'autres zones rurales tunisiennes. Pourquoi alors, les couples conservent-ils une forte fécondité dans un contexte où les enfants sont plus un coût qu'un bénéfice ?

Pénurie des terres, stratégie de survie et fécondité

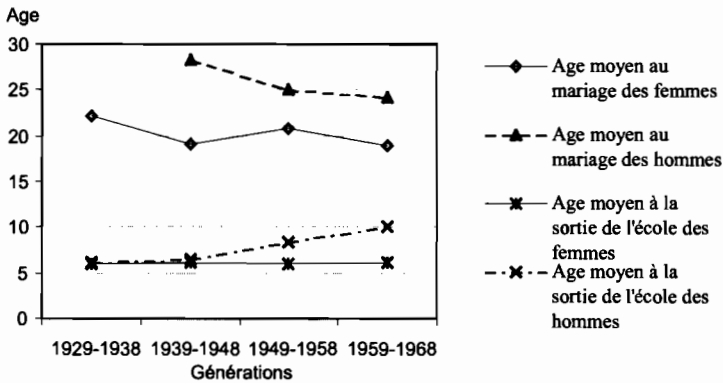
La superficie agricole et les quantités d'eau sont insuffisantes pour assurer un revenu convenable à toute la population d'El Faouar. Actuellement, les palmeraies connaissent déjà de gros problèmes d'approvisionnement en eau, en termes de quantité et de qualité (Kassah, 1996). À moyen terme, en l'absence de grandes innovations technologiques, toute activité agricole oasienne est compromise. Les exploitants agricoles souffrent aussi de l'exiguïté de leur

22. L'école est obligatoire jusqu'à 16 ans.

propriété. Déjà petites au moment de leur attribution, les surfaces des parcelles se sont restreintes au fur et à mesure des héritages.

Devant l'impossibilité d'augmenter le volume de leur production, 68 % des ménages sont progressivement arrivés à adopter de nouvelles stratégies de survie basée sur la pluriactivité, en allant chercher des revenus salariés non agricoles²³. De plus, quand l'exploitation agricole permet de subvenir aux besoins essentiels des individus (alimentation, logement, habillement,...), elle ne permet presque jamais une amélioration des conditions de vie. L'achat de biens d'équipement

Figure 3. Âge moyen des hommes et des femmes au mariage et au moment de la déscolarisation par sexe et groupe de générations (1929-1968)



comme la télévision ou les améliorations du logement sont le plus souvent réalisés avec des revenus complémentaires. Les emplois proposés appartiennent principalement à 3 secteurs d'activités : les travaux publics²⁴, l'administration et le commerce. Ces emplois sont massivement destinés aux hommes en âge d'activité (15-59 ans) sachant au minimum lire et écrire. Les jeunes adultes

23. Kassab (1996) estime qu'il faut entre un hectare et demi et deux hectares de terres dans une palmeraie pour faire vivre correctement la famille de l'agriculteur ; 70 % des agriculteurs à El Faouar exploitent deux hectares ou moins.

24. Les hommes sont ouvriers ou manœuvres sur des chantiers de construction ou sur des chantiers dits « de lutte contre le sous-développement » organisés par l'État pour des travaux d'intérêt collectif (reboisement, entretien des pistes).

Tableau 8. Indicateurs de l'activité des jeunes filles âgées de 10-14 et 15-19 ans à El Fouar

	Groupe d'âge	
	10-14 ans	15-19 ans
Type d'activité		
Artisanat	4,3	35,0
Travail domestique	51,4	85,3
Nb. moyen d'heures hebdomadaires consacrées à l'activité Effectifs		
	11,5	16,4
	144	163

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

— les fils — qui sont les individus les plus jeunes dans le ménage, et souvent, les seuls à avoir été scolarisés sont les mieux placés sur ce marché du travail. Dès lors, la valeur accordée aux garçons est liée à leur force de travail en dehors du cadre de l'exploitation agricole. À leur sortie de l'école, ils participent alors activement aux revenus du ménage de leurs parents, de la fin de leur scolarité jusqu'à leur mariage, c'est-à-dire en moyenne durant presque 15 ans (figure 3). Jusqu'à maintenant, les femmes sont tenues à l'écart de ces nouvelles activités, elles restent néanmoins une réserve de main-d'œuvre importante pour les corvées, pour les tâches domestiques et, aussi, pour certains travaux agricoles d'appoint (tableau 8).

Les familles peuvent donc scolariser leurs enfants, d'une part car le besoin d'une main-d'œuvre familiale a beaucoup diminué, d'autre part, car leur revenu agricole reste suffisant pour en assumer le coût. Elles scolarisent leurs enfants en espérant qu'ils pourront réussir à avoir un emploi localement ou dans la grande ville proche, dans un contexte d'intensification du tourisme dans le Sud tunisien. Cependant, la volonté d'une forte fécondité demeure même si elle se réfère à des stratégies économiques différentes de celles de la société agricole traditionnelle.

Mathieu et Tabutin (1996) résument ainsi cette relation entre pénurie de terre et fécondité : l'absence d'opportunité agricole « impose aux ménages

pris dans une logique de survie, de se disperser dans une multitude d'activités génératrices de petits revenus ou simplement satisfaire les besoins de base (...). La multiplicité et la dispersion de ces tâches (...) augmentent les besoins en bras. ». Cette nécessité d'élargir les sources de revenus, conserve à l'enfant sa valeur économique, même quand la pénurie de terre ne permet plus de l'employer sur l'exploitation familiale. C'est une partie de l'explication de la persistance des familles nombreuses à El Faouar.

Tableau 9. Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation par groupes de génération

	Aucune scolarisation	École primaire	École secondaire 1 ^{er} cycle	École secondaire 2 ^e cycle	Effectifs
1930-1939	97,7	0,0	0,0	2,3	44
1940-1949	100,0	0,0	0,0	0,0	56
1950-1959	90,3	8,8	0,9	0,0	113
1960-1969	84,5	14,5	0,0	0,9	100
1970-1979	29,2	48,9	9,0	12,9	178
1980-1989	3,9	71,4	20,3	4,4	360

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

Division sexuelle du travail et pouvoir économique des hommes et des femmes

Les femmes et les couples sont donc sous l'influence de leur environnement social et familial proche mais échappent-ils vraiment à d'autres influences plus propices au changement telles que la scolarisation et le travail des femmes ?

La scolarisation et le travail salarié — tout particulièrement ceux des filles — sont souvent cités comme les facteurs de la transition de la fécondité en Tunisie (Locoh, Vallin, 2001). Envoyer les filles à l'école marque une rupture par rapport

aux modèles traditionnels qui les destinaient dès leur plus jeune âge aux travaux domestiques. La femme éduquée aspire à une autre vie, à une descendance restreinte et à une vie professionnelle hors de la sphère familiale. À El Faouar, comme dans le milieu rural en général, le taux d'analphabétisme des femmes non célibataires est très élevé dans les générations les plus anciennes, mais de plus en plus de jeunes filles vont à l'école (tableau 9).

Jusqu'à aujourd'hui, la scolarisation ne permet pas aux jeunes filles d'accéder à un emploi (activité extra-domestique et mobilité inexistantes), ni même d'échapper au contrôle de la famille. Les femmes les plus scolarisées ont des comportements de reproduction semblables aux autres, elles sont tout aussi nombreuses que les autres à épouser leur cousin germain, et elles épousent toujours un homme avec un niveau d'études supérieur au leur. Les filles scolarisées se marient un peu plus tardivement que les autres (20,7 ans contre 19,8 pour les autres²⁵), mais une fois en union, cependant, leurs comportements reproductifs ne diffèrent plus. Il faut cependant rester prudent, car nous manquons de recul : les femmes ayant été scolarisées, et aujourd'hui en âge d'avoir des enfants,

Tableau 10. Proportion de femmes qui déclarent pratiquer une activité artisanale selon le groupe d'âge à El Faouar (%)

Groupe d'âges	El Faouar
10-19 ans	22,3
20-29 ans	78,2
30-39 ans	87,6
40-49 ans	88,3
50-59 ans	82,4
60 et plus	53,5
Total	56,6

Source : Enquête MFAFMR, 1998.

25. Femmes non célibataires en 1998, nées entre 1960 et 1979.

sont encore très peu nombreuses. L'effet de la scolarisation va certainement s'accroître au fur et à mesure que la proportion de femmes scolarisées parmi les femmes mariées va croître.

Au moment de l'enquête, l'emploi du temps des femmes est occupé principalement par les travaux domestiques, auxquels s'ajoutent ponctuellement des activités agricoles et des activités artisanales destinées à la vente ou à l'auto-consommation. Dans les travaux agricoles, les femmes interviennent principalement au moment des récoltes et ne se déplacent pas systématiquement dans les palmeraies : on peut leur apporter les dattes et elles procèdent au tri des fruits dans la cour de leur maison. Une femme sur deux exerce en plus de son travail domestique, une activité artisanale à son domicile dont le produit peut être en partie vendu ou troqué (artisanat, petit élevage...) (tableau 10). Les artisanes consacrent en moyenne 22 heures hebdomadaires à leur activité. Les filles et les femmes produisent à la maison des tapis, des couvertures ou des burnous²⁶. Cette activité constitue une source de revenus à hauteur d'environ 15 % de l'ensemble des ménages.

Les artisanes n'ont qu'un accès limité pour ne pas dire aucun accès à l'espace économique des marchés : les hommes restent très majoritaires dans la commercialisation des produits du travail des jeunes filles et des femmes. Les revenus générés par l'activité féminine sont généralement dépensés par les hommes pour la satisfaction des besoins de la famille. Lorsque les productions artisanales ne sont pas vendues, elles peuvent être troquées. L'écoulement de la production se fait à travers les réseaux familiaux ou de voisinage.

Ces activités majoritairement informelles sont un prolongement du rôle traditionnel des femmes. À propos du travail informel féminin en Tunisie, Jomni (2002) écrit qu'« il s'agit d'activités qui sont l'expression de réminiscences d'une organisation à dominante patriarcale. Celle-ci maintient les femmes dans des activités qui relèvent du savoir-faire, dit féminin, exercées à partir du domicile familial [...]. Elles sont destinées à créer un revenu d'appoint pour

26. Le *burnous* est une cape que les hommes portent l'hiver.

leur ménage d'appartenance, ou, pour les célibataires, à financer un trousseau en vue d'un mariage ultérieur ». Ce constat général s'applique tout à fait à la situation d'El Faouar.

L'activité salariée des femmes est presque nulle : seules 5,3 % ont une activité économique formelle au moment de l'enquête et moins de 10 % déclarent chercher un emploi ; 85 % se disent inactives. Il est habituel d'expliquer la quasi-absence de travail économique hors du domicile chez les femmes dans les régions du Sud tunisien par « des résistances du contexte sociétal (qui) ne les encouragent guère à franchir l'espace privé pour travailler dans l'espace public » (Triki, 1999). Sans sous-estimer le poids du culturel, il faut souligner l'importance d'autres facteurs. Tout d'abord, le contexte macro-économique ne favorise pas l'insertion des femmes sur le marché du travail formel. Les emplois non agricoles sont réservés aux hommes, d'autant plus qu'il n'y a pas de plein emploi. Il y a peu d'emplois accessibles aux femmes. Ensuite, les stratégies familiales ne nécessitent pas la participation des femmes aux revenus des ménages, les enfants mâles et les hommes adultes sont souvent assez nombreux pour faire vivre la famille en entier, le travail salarié reste, de fait, acquis au domaine masculin, que ce travail se déroule à El Faouar ou en migration.

La migration internationale est souvent citée comme un facteur très important de changements démographiques en Tunisie. Créant un déséquilibre sur le marché matrimonial, celle-ci a favorisé le recul de l'âge au mariage et les hommes migrants ont été exposés en Europe à des idées et des réalités nouvelles, plus favorables à la restriction des naissances. L'émigré tunisien en Europe a ainsi pu contribuer à l'accélération de la transition de la fécondité dans sa région d'origine. Le choix de la majorité des Tunisiens de migrer vers l'Europe plutôt que vers le Golfe Persique par exemple, a été fondamental (Courbage, 2002). Or, El Faouar se distingue de par sa proximité avec la Libye et d'autres pays arabes. La majorité des migrations s'est effectuée vers la Libye et, dans une moindre mesure, vers l'Arabie Saoudite dans des conditions bien différentes de celles des migrations vers l'Europe. Les migrants originaires d'El Faouar ont certainement été peu exposés à de nouvelles valeurs culturelles. Ils ont été

accueillis dans un contexte assez proche du leur. De plus, les émigrés laissent toujours leur femme sous le contrôle de leur propre famille. L'émigration d'un homme se fait d'ailleurs plus facilement quand il peut confier son épouse et ses enfants à son propre père (Brochier, 2001).

Le retard de la transition de la fécondité dans la délégation d'El Faouar est donc le résultat de facteurs d'ordre culturel, social mais aussi économiques. Nous rejoignons donc, au moins en partie, les conclusions de l'Office national de la famille et de la population : « [dans les zones rurales] du Sud, surtout, ce sont des facteurs d'ordre culturel liés à la structure familiale, tels que la famille étendue, le mariage précoce, la cohabitation du couple avec la famille du mari, etc., qui déterminent le projet de fécondité et orientent l'attitude face à la contraception » (ONFP, 1997). Des changements ont lieu mais dans les comportements, dans les sphères qui sont les moins visibles par la famille élargie ou la société. La nuptialité reste du domaine public, régie par des règles traditionnelles. En revanche, les idéaux en termes de fécondité évoluent aussi bien chez les hommes que chez les femmes et il est maintenant légitime et acceptable pour eux en tant qu'individus de limiter leur fécondité. Cependant, il est encore peu avantageux, du point de vue économique, d'avoir une petite famille : la nécessité de plus en plus grande d'une pluriactivité justifie une forte fécondité, dans une société où l'activité économique formelle est réservée aux hommes.

Conclusion

Sur le plan de la transition de la fécondité, la Tunisie se distingue clairement de sa zone géographique et culturelle : la transition fût précoce, rapide et, aujourd'hui, elle est achevée. Elle a débuté par un recul de l'âge au mariage puis s'est confirmée par une diffusion de la pratique contraceptive. Se déroulant parallèlement au développement socio-économique, la transition de la fécondité tunisienne est assez fidèle au schéma classique fondé sur l'expérience européenne.

Cependant, au-delà de la vision générale d'une transition de la fécondité de modernisation, qui s'est imposée dans la littérature, ce chapitre et les travaux de Sandron et Gastineau (2002a et 200b) montrent que le schéma de la transition nationale en Tunisie est un amalgame de schémas régionaux qui peuvent être très différents. Cette étude confirme que la relation *niveau de fécondité* — *niveau de développement socio-économique* est loin d'être simple. En Kroumirie, région isolée, pauvre, la pauvreté et la marginalisation des populations ont eu pour conséquence tout un ensemble de changements démographiques : recul de l'âge au mariage, migration des jeunes et limitation des naissances. Tandis que dans la délégation d'El Faouar, comme dans tout le Sud tunisien, on observe des résistances au changement dans des régions rurales parmi les plus riches, les mieux dotées en infrastructures sanitaires et scolaires. Le maintien d'une fécondité élevée s'intègre dans un ensemble de décisions des familles qui tiennent compte des contextes économiques (nécessité d'activités non agricoles, activité salariée des femmes inexistante), sociaux (permanence des rôles masculins et féminins très inégalitaires) et culturels (contrôle de la famille élargie sur les décisions de fécondité).

Les études sur la région de la Kroumirie et celle de la délégation d'El Faouar sont deux exemples qui illustrent la diversité des facteurs et les causes des changements de la fécondité en Tunisie et, plus généralement, en Afrique. Ce sont aussi des illustrations de la richesse de pouvoir combiner des données nationales, régionales, familiales et individuelles de différentes natures, donnant une preuve supplémentaire que c'est bien à l'intersection du démographique, de l'économique, du social et du culturel que se situe la compréhension des facteurs explicatifs de la fécondité.

Références bibliographiques

- BEDOUCHA G., 1994, « Le cercle des proches : la consanguinité et ses détours (Tunisie, Yémen) », in Bonte P (sous la direction), *Épouser au plus proche. Inceste, Prohibition et stratégies matrimoniales autour de la Méditerranée*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, pp. 189-220.

- BROCHIER J., 2001, Urbanité et usage de l'eau, un « patrimoine socio-environnemental » oasien au Nefzaoua, Sahara tunisien, thèse de Doctorat en Géographie, Université de Montpellier III, 263 p.
- BRUGEILLES C., 2000, *La politique de population au Mexique. 1974-2000*, Paris, CEPED, Les dossiers du CEPED, n° 71, 57 p.
- CLARKE J. I., 1959, « Studies of semi-nomadism in North Africa », *Economic Geography*, vol. 35, n° 2, pp. 95-108.
- CLAUSS G.J.M., 1997, « Grossesse, naissance et enfance. Us et coutumes chez les bédouins Ghrib du Sahara Tunisien », in *Conception, naissance et petite enfance au Maghreb*, IREMAM, Tours, p. 181-207.
- COURBAGE Y., 2002, « Sur les pas de l'Europe du Sud : la fécondité au Maghreb », *Working Paper, Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition*, Population Division United Nations, New York 11-14, March 2002.
- FARGUES P., 1986, « La citadelle arabe », in BURGUIÈRE A., KLAPISCH-ZUBER C., SEGALEN M., ZONABEND F. (Dir.), *Histoire de la famille*, Paris, Armand Colin, vol. 3, pp. 443-484.
- FARGUES P., 1988, « La baisse de la fécondité arabe », *Population*, n° 6, pp. 975-1004.
- GASTINEAU B., Sandron F, 2000, *La politique de planification familiale en Tunisie (1964-2000)*, Paris, CEPED, Les dossiers du CEPED, n° 61, 44 p.
- GASTINEAU B., 2002, « Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », in GUILLAUME A., DESGRÉES DU LOÛ A., ZANOU B., N'GUESSAN K., *Santé de la reproduction en Afrique*, FNUAP, IRD, p. 243-266.
- INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE, 1973, Recensement général de la population et des logements 1966, vol. 1, INS, Tunis, 271 p.
- INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE, 1995, Recensement général de la population et de l'habitat 1994, Caractéristiques démographiques, INS, Tunis, 65 p.
- INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE, 1997, *Annuaire statistique de la Tunisie*, n° 40, INS, Tunis, 70 p.
- INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE, 2000, *Annuaire statistique de la Tunisie*, n° 43, INS, Tunis, 70 p.
- JOMNI S., 2002, *Le travail informel des femmes en Tunisie*, thèse de doctorat en Sciences économiques, Université Saint-Quentin en Yvelines, 519 p.
- KAROUI N., « Le couple en Tunisie : du discours à la réalité », *Revue Tunisienne des Sciences Sociales*, n° 98-99, p. 59-79.
- LOCOH T., VALLIN J. (dir.), 2001, *Population et développement en Tunisie : la métamorphose*, Cérès Éditions, Tunis, 598 p.
- MINISTÈRE de la SANTÉ, 2003, *Données démographiques*, www.ins.nat.tn

- MATHIEU P., TABUTIN D., 1996, « Démographie, crise et environnement dans le monde rural africain », in COUSSY J., VALLIN J. (Dir.), *Crise et Population en Afrique*, Les Études du CEPED n° 13, CEPED, Paris, p. 123-160
- OFFICE NATIONAL de la FAMILLE et de la POPULATION, 1982, *Enquête tunisienne sur la fécondité 1978- Rapport principal*, ONFP, Tunis, 123 p.
- OFFICE NATIONAL de la FAMILLE et de la POPULATION, 1989, *Enquête démographique et de santé en Tunisie 1988*, ONFP IRD/Macro systems, Inc., Columbia, Maryland.
- OFFICE NATIONAL de la FAMILLE et de la POPULATION, 1996, *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant*, Rapport Principal, ONFP, Tunis, 337 p.
- OFFICE NATIONAL de la FAMILLE et de la POPULATION, 1997, *Comportement reproductif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, ONFP, ministère de la Santé publique, Tunis, 209 p.
- OFFICE NATIONAL de la FAMILLE et de la POPULATION, ONFP, 2003, *Taux de prévalence contraceptive*, www.ins.nat.tn
- PICOUET M., SGHAIER M., 2001, « Présentation, problématique et apports de l'enquête Mobilité, fécondité et activité des femmes en milieu rural tunisien », in SANDRON F., GASTINEAU B. (Coord.), *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques. Études de cas dans les pays du Sud*, Collection Populations, L'Harmattan, pp. 117-126.
- TRIKI S., 1999, *Travail invisible des femmes rurales en Tunisie*, CREDIF, Tunis, 118 p.
- UNION NATIONALE DE LA FEMME TUNISIENNE, 1995, *L'image de la femme dans la société tunisienne*, UNFT, Tunis, 131 p.
- SANDRON F., GASTINEAU B., 2002(a), *La transition de la fécondité en Tunisie*, Collection Populations, L'Harmattan, 252 p.
- SANDRON F., GASTINEAU B., 2002(b), *Fécondité et pauvreté en Kroumirie (Tunisie)*, L'Harmattan, Paris, 175 p.

*Stratégies de reproduction,
sex-ratios et fécondité
en Inde*

STÉPHANIE VELLA

L'Inde est le second pays le plus peuplé du monde et le premier à avoir mis en place une politique de planification familiale en 1952. La baisse de la fécondité a commencé à partir de 1960 avec un durcissement de la politique de contrôle de la croissance démographique et des stérilisations forcées dans les années 1970. Après cette période de programmes coercitifs, la politique s'assouplit de nouveau. De 1994 à 2001, le taux de fécondité est estimé à 3,2 enfants par femme selon le recensement et 2,8 enfants par femme pour 1996-1998, selon l'enquête du *National Family and Health Survey (NFHS II)*¹ (Guilmoto et Rajan, 2002). La zone pionnière de diminution de la fécondité se situe dans le sud du pays, dans les États² du Kerala et du Tamil Nadu (voir en annexe la carte des États indiens). Il existe en effet une division nette entre le nord et le sud de l'Inde pour les niveaux de fécondité (Martine *et al.*, 1998), division que nous retrouverons de façon fort schématique pour la discrimination sexuelle : d'un extrême, le Kerala aux caractéristiques démographiques proches d'un pays moyennement développé, à l'autre extrême des États du nord classés comme

-
1. NFHS II est une enquête, réalisée auprès de 90 000 femmes mariées de 15 à 49 ans, qui fournit des données sur les sex-ratios à la naissance, les avortements spontanés et induits, les différentiels dans la mortalité infantile, l'utilisation de technologies pour les examens anténatals et sur de nombreux indicateurs de préférence sexuée pour les enfants (Arnold *et al.*, 2002).
 2. L'Inde est une fédération d'États et de territoires de l'Union.

les pays les moins développés avec de forts taux de mortalité et de fécondité. L'Inde est par ailleurs remarquable par son hétérogénéité démographique entre groupes sociaux et régions au sein même d'un État.

Le pays se distingue également par la rapidité de ses changements démographiques : les taux de mortalité ont diminué ces dernières décennies en même temps que la fécondité, particulièrement dans les États du Sud (Murthi *et al.*, 1996). Il y a eu également, et c'est ce qui nous intéresse ici, des changements significatifs dans les chances de survie relative des hommes et des femmes. Ainsi l'Inde est une des seules nations, à l'instar de la Chine, dont la population se caractérise par un nombre de filles inférieur à celui des garçons, cette tendance allant en s'accroissant. Dans ce contexte de régulation croissante et de baisse de la fécondité, la majorité des Indiens souhaite avoir au moins un fils et au maximum une fille, car celle-ci représente pour ses parents des dépenses tout au long de son existence, lors de sa puberté, de ses grossesses et de ses accouchements. Mais la dépense la plus importante est celle de la dot pour son mariage, qui est de plus en plus coûteuse. Cette dot fait d'elle un véritable fardeau socio-économique. La naissance d'une fille est perçue ainsi dans la plupart des communautés indiennes, et est rarement accueillie avec joie. Au Rajasthan, sa naissance est l'occasion dans certains villages de rituels de deuil et de condoléances. Au Maharastra, on emploie le mot *vangal* qui veut dire « mauvais » pour désigner la fille, et au Tamil Nadu, elle est nommée *chelavu* qui signifie « dépense ».

La dot est une pratique ancienne qui n'avait lieu autrefois que dans les plus hautes castes, mais depuis les années 1960 et suite à des mutations socio-économiques, comme la Révolution verte³, la dot est adoptée par un nombre croissant de groupes qui ont abandonné la pratique du « prix de la mariée »⁴. Ainsi, l'accroissement des richesses dans certaines classes a accentué les désé-

3. La Révolution verte, agricole, a permis l'introduction de semences hybrides, machines, engrais et pesticides pour obtenir la suffisance alimentaire.

4. Le prix de la mariée correspond à des présents et de l'argent offerts par la famille du futur époux à celle de la fiancée, au contraire de la dot.

quilibres de genre⁵ et le désir d'ascension sociale des populations. De plus, la femme voit son travail agricole dévalorisé du fait de l'introduction de nouvelles technologies et sa valeur économique diminue. Aujourd'hui, les déterminants réels du mariage sont le statut économique des familles plutôt que la parenté ou le lignage religieux (Kishwar, 1993), et la dot est maintenant l'expression du statut social en terme de somme reçue et donnée (Ramachandran, 1992). Celle-ci est considérée comme un héritage donné par anticipation à la fille lors de son mariage (Bénéï, 1996). « Il est clair que la dot est répandue sur tout le sous-continent, aucune région n'est complètement indemne de cette pratique » (Miller, 1997 : 145).

Hormis ces aspects économiques, la discrimination du genre féminin est une donnée culturelle très ancienne en Inde, reposant sur une idéologie patriarcale très prégnante (réclusion des femmes dans le Nord, mariages précoces, arrangés, nonaccès à l'héritage, statut très faible des veuves...). Ce système sexuel de pouvoir se traduit par une hiérarchie d'âge et de genre, ces deux facteurs conjugués entraînant l'infériorité et la subordination de la femme. Selon les principes du *Manavadharma Sastra*, ou lois de Manu⁶, la femme est sous l'autorité de son père, puis sous celle de son mari et, si elle perd son mari, sous celle de son fils. L'absence de fils vaut d'ailleurs aux femmes d'être blâmées par leur belle-famille et le voisinage, le fils étant en effet d'une importance socioéconomique primordiale. Le fils a une utilité économique pour les soins futurs des parents et pour l'héritage de la propriété. Par ailleurs, il a une valeur socioculturelle pour la transmission de la lignée et une valeur religieuse dans l'accomplissement des rites funéraires des parents. Il peut donc s'attendre à une enfance privilégiée et à une place centrale au sein de la famille. En Inde, le terme d'enfant signifie souvent garçon, la fille n'étant pas toujours incluse parmi les membres de la famille, car elle est considérée comme une invitée et est dès la naissance destinée au mariage et à l'exil. Le genre, en Inde, semble en effet défini extrêmement tôt en comparaison de l'Occident et prend actuellement toute sa

5. Le genre est défini ici comme le sexe social.

6. Homme de loi ayant vécu autour de 200 avant J.-C.

signification avant la naissance. Le sexe de l'enfant à naître, dont la socialisation est préétablie, est alors un enjeu crucial pour le devenir de la famille.

Nous comprenons dès lors l'intérêt d'établir un lien entre discrimination de genre et fécondité. Dans ce contexte, il s'agit de montrer comment ces préférences de genre influencent de manière significative le comportement démographique (nombre et sexe des enfants désirés, contraception...) des populations indiennes, mais aussi, comment le niveau de fécondité, et ce qui le conditionne, ont des répercussions sur les pratiques discriminatoires envers les filles. L'objectif de ce chapitre est donc d'apporter des précisions sur les déterminants du sex-ratio (défini après) et notamment d'envisager le lien entre sex-ratio — principalement sex-ratio à la naissance et sex-ratio infanto-juvénile — et fécondité. Dans un premier temps, nous nous attachons à décrire la variable « sex-ratio » et son évolution. Nous nous penchons ensuite de façon plus précise sur certains de ses déterminants, puis nous envisageons le lien spécifique entre fécondité et sex-ratio. Notre analyse repose sur un ensemble de recherches, ainsi que sur plusieurs terrains effectués au Tamil Nadu auprès de structures médicales (hôpitaux, cliniques), d'ONG et de villageoises.

Les indicateurs de la discrimination sexuelle

Les pratiques de discrimination sexuelle peuvent s'appréhender par le biais des négligences envers les filles, notamment en termes de soins et d'alimentation. Ces comportements traduisent un investissement parental sexo-sélectif, en fonction de la valeur spécifique attachée au genre de l'enfant, qui est très bien documenté pour le nord de l'Inde notamment (Das Gupta et Bhat, 1997 ; Miller, 1997). « Le désavantage féminin à la naissance est clair et s'est répandu en Inde durant la décennie 1981-1991. Bien que les niveaux de mortalité infantile et juvénile aient diminué à la fois pour les garçons et pour les filles, les différences de genre ont persisté et pénétré le Sud pourtant connu pour sa plus grande égalité » (Sudha et Rajan, 2003 : 4361). La durée de l'allaitement serait plus longue pour les garçons, plusieurs études le montrent (Jonhson

et Jaya, 1999 ; Agnihotri, 2001) et l'intervalle entre deux naissances est plus court après une fille qu'après un garçon (Miller, 1997). Concernant les études sur la différence de nutrition, les avis sont très partagés et dépendent des régions concernées. Des études ont pu faire état de discrimination dans le Nord, mais parfois, dans le Sud les filles sont mieux nourries, particulièrement à la puberté. Les taux de malnutrition sont tout de même globalement plus élevés pour les filles (Visweswara, 2000). De même pour les admissions à l'hôpital, les statistiques divergent, même si elles tendent à montrer que les garçons sont plus soignés, indépendamment du fait qu'ils sont plus souvent malades. Par exemple, une enquête au Pendjab montre que les garçons reçoivent deux fois plus de nourriture non végétarienne et de soins alimentaires que les filles et qu'un plus grand pourcentage de filles souffre de malnutrition protéinique (Gupta, 1985).

Des sex-ratios en déclin

Parmi les données employées pour quantifier la discrimination sexuelle, les statistiques démographiques, dont le sex-ratio (SR)⁷, sont un bon reflet du statut de la femme dans une société, parmi d'autres indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité infantile, le taux de scolarisation, le taux d'abandon de la scolarité et le taux de mortalité maternelle. Ainsi, le bureau du recensement indien propose cinq critères pour évaluer ce statut : le taux d'alphabétisation, le taux de femmes employées dans les secteurs secondaire et tertiaire, le sex-ratio, le taux d'urbanisation féminine et l'âge moyen des femmes au mariage.

De nombreux auteurs se servent ainsi du sex-ratio comme indicateur de la position inférieure de la femme dans la société indienne (Srinivasan, 1994 ;

7. Dans ce chapitre, le sex-ratio est calculé sur la base du nombre de femmes pour 1000 hommes. Ce choix facilite beaucoup plus l'analyse des déficits de femmes observés en Inde que le calcul habituel du sex-ratio (ratio du nombre d'hommes pour 1000 femmes). Nous devrions plus exactement parler de rapport de féminité, alors qu'habituellement c'est le rapport de masculinité qui est employé, mais nous utiliserons ici le terme de sex-ratio pour faciliter la lecture.

Mayer, 1999). C'est en effet une variable cruciale pour déterminer une inégalité entre hommes et femmes selon les groupes considérés (population par âge, urbaine, alphabétisée, etc.). Toutefois, il est le produit complexe de différents facteurs : sex-ratio à la naissance (SRN), mortalité différentielle par sexe et migrations sexo-sélectives. Ce dernier élément, à caractère avant tout économique, est responsable d'une part importante des variations de sex-ratio observées. Le sex-ratio serait également influencé, selon le gouvernement et certains chercheurs, par une sous-énumération des femmes, notamment dans certains États peu développés, du fait que, parfois, le recensement des femmes n'aurait pas suffisamment d'importance au regard des hommes, ou bien qu'ils auraient des raisons pour ne pas les mentionner, comme l'exemple des filles pubères pas encore mariées, non mentionnées, ou mentionnées avec un âge inférieur ou la non-déclaration possible des nouveau-nées lorsque l'accouchement se fait à domicile⁸ (Visaria, 1999 ; Guillot, 2002). Cette sous-énumération, même si elle existe, est cependant considérée comme un facteur mineur par la plupart des chercheurs (Miller, 1997 ; Basu, 1999). Ainsi, selon A. M. Basu : « de 1981 à 1991, le sex-ratio s'est détérioré pour les femmes et la différence entre les deux recensements représente deux millions de femmes, qui pourrait s'expliquer par leur plus grande sous-énumération ou par un affaiblissement de leurs chances de survie. Cependant, à des niveaux plus désagrégés, des facteurs plus bénins comme la sous-énumération apparaissent comme une explication excessivement généreuse, car il est peu probable que cette sous-énumération se soit aggravée dans le temps. De même que des sur-migrations d'hommes ne peuvent pas expliquer à elles seules de tels déséquilibres, mis à part dans des régions très spécifiques » (Basu, 1999). De plus, comme nous le verrons, il existe une réelle détérioration des sex-ratios infanto-juvéniles⁹ (SRIJ, 0-6 ans), alors que ceux-ci ne sont pas concernés par les différentiels de migration. Il est probable que ce soit effectivement ce phénomène de sous-enregistrement des

8. Mais les familles préfèrent en général déclarer leurs enfants car ils en ont besoin pour les cartes de rationnement par exemple ou pour les inscrire à l'école.

9. Les derniers recensements ont fourni les chiffres du sex-ratio infanto-juvénile pour la période 0-6 ans et non pas 0-5 ans comme il est d'ordinaire l'usage.

filles qui explique le déséquilibre du sex-ratio dans les premiers recensements au nord et nord-ouest du pays (Premi, 1991). Ces cas de sous-déclaration peuvent par contre produire des résultats différents entre des enquêtes comme le *National Family Health Survey* (NFHS) et le recensement (International Institute for Population Sciences, 2000 ; Guillot, 2002). Il faut se rappeler qu'en Inde, l'interprétation des chiffres du recensement doit toujours être faite avec précaution (Das Gupta et Bhat, 1997).

Évolution des sex-ratios à la naissance

Le sex-ratio à la naissance¹⁰ (SRN), calculé par des méthodes statistiques indirectes (Sudha et Rajan, 1999), reflète les comportements ayant lieu tout au long de la grossesse. Les chercheurs utilisent donc cet indicateur pour essayer d'estimer l'ampleur des pratiques sélectives (Kishwar, 1995). Biologiquement, une légère prédominance des naissances masculines semble observée : le SRN est en général de 950 naissances féminines pour 1000 naissances masculines, variant globalement entre 930 et 1000 selon les populations. Ainsi, sur la base de nombreuses études, il paraît clair que les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à la naissance, même s'il existe des exceptions. Toutefois, les recherches ont du mal à établir des modèles pour la variable sex-ratio : « cependant, nous sommes très loin d'avoir une image détaillée et rigoureuse des sex-ratios secondaires dans le monde et les explications sur les variations qui existent, sont seulement des hypothèses » (Miller, 1997). Mais on constate tout de même que le SRN est une variable assez stable dans les pays où l'enregistrement des femmes se fait correctement.

En Inde, il semble que le sex-ratio à la naissance a diminué mais peu de données fiables existent sur ce point¹¹. Ainsi, des données sérieuses sur les SRN périodiques ne sont pas disponibles alors que ce ratio est un bon indicateur de

10. Celui-ci est toujours une estimation et décrit comme assez peu fiable par les démographes qui l'utilisent.

11. La sous-estimation des filles à la naissance serait négligeable (Arnold et Roy, 2002 : 765).

sélection du sexe (Sudha et Rajan, 2003), dont nous parlerons en seconde partie. Cependant, ce sont ici les variations de ces ratios qui suggèrent qu'il y a choix du sexe, même si ceux-ci ne sont pas loin de la « norme biologique ». En Inde, le sex-ratio à la naissance se situait en 1981 à 966 naissances féminines pour 1000 naissances masculines et à 934 en 1991, le ratio n'ayant pas encore été calculé pour 2001. Le SRN estimé pour toute l'Inde a donc diminué, le rendant plus masculin surtout dans le Nord et le Nord-Ouest alors que dans le Sud le SRN reste proche de 950. De plus, la proportion de districts avec des SRN masculins a triplé entre 1981 et 1991 (Véron et Nair, 2002). D'autres enquêtes menées entre 1988 et 1996 soulignent également cette chute anormale des naissances de filles (Dubey, 2001). Antérieurement, de 1983 à 1988, au Pendjab, État du Nord, une étude réalisée dans des hôpitaux montre que le SRN est passé de 952 naissances de filles pour 1000 garçons à 840. Le SRN estimé au Pendjab en 1999 est d'ailleurs de 833 naissances féminines pour 1000 masculines, ce qui correspond à un des plus faibles SRN du monde (International Institute for Population Sciences, 2000).

Cette diminution très importante peut difficilement être attribuée à des facteurs d'origine biologique. Il semble donc que cette diminution du ratio serait en partie due à des pratiques sociales, correspondant à l'emploi de technologies permettant de choisir le sexe, et nous pouvons penser qu'une part significative de la baisse de la proportion des naissances féminines est due à des avortements sélectifs selon le sexe (Sudha et Rajan, 1999). Des recherches à micro-échelle, des rapports d'ONG dans tout le pays et nos recherches au Tamil Nadu confirment cela. Par ailleurs, durant la première enquête du NFHS, le SRN était seulement faible en milieu urbain mais après la seconde enquête, nous notons que le SRN rural a rejoint l'urbain. Il semble donc que la sélection du sexe se propage actuellement en dehors des villes (Retheford et Roy, 2003) comme nous le verrons pour le Sud (figure 1).

Une mortalité infantile différenciée au détriment des filles

En général, après la naissance, on constate une plus forte mortalité des garçons en bas âge et le rapport entre sexes s'équilibre petit à petit. On observe donc un excès de mortalité infantile des garçons, ce désavantage disparaissant après 4 ans et le différentiel de mortalité devient alors négligeable (Agnihotri, 2002). Cependant, des comportements issus des préjugés de genre peuvent conduire à un excès de mortalité infantile féminine, dans le groupe d'âge 1-4 ans comme c'est le cas en Asie du sud contemporaine. En Inde, la mortalité féminine est ainsi supérieure à celle des garçons. Les filles auraient entre 10 et 30 % de plus de probabilités que les garçons de mourir dans l'enfance. La mortalité des filles serait même, dans certains États, de 43 à 60 % supérieure à celle des garçons jusqu'à 5 ans (Kapur, 1993 ; Arnold *et al.*, 1998). Ce chiffre semble exceptionnel parmi les pays pauvres.

Pour la plupart des chercheurs, la surmortalité des femmes en Inde est évidente : « l'ampleur d'un tel désavantage des femmes dans les chances de survie semble assez importante pour expliquer une partie majeure et parfois totale de l'excès des hommes dans la population des aires Nord-Ouest du sous-continent indien » (Miller, 1997). En 1993, on avait un excès de mortalité infantile féminine dans 14 États sur 26 (Kirpal, 1992). Puis en 1998, le taux de mortalité néonatale¹² était pour les filles de 61,1 pour 1000 et pour les garçons de 71,1 pour 1000, alors que le taux de mortalité entre un mois et 5 ans était de 77,2 pour 1000, pour les filles, et 59,9 pour 1000, pour les garçons, avec de grandes différences selon les États (Jensen, 2002). L'excès de mortalité féminine est donc visible après le premier mois de vie et peut refléter les négligences dont les filles sont victimes. Si le niveau de mortalité des filles 0-4 ans n'a pas vraiment augmenté, à part dans certaines régions, c'est le différentiel de genre qui s'est accru (Miller, 1997).

12. Le taux de mortalité néonatale est le rapport du nombre de décès au cours des 28 premiers jours sur le nombre de naissances.

Sex-ratio infanto-juvénile

Le sex-ratio infanto-juvénile (SRIJ) représente un indicateur précieux de la situation des filles, plus fiable que la variable *sex-ratio total*, car non sensible aux mécanismes migratoires, très modestes dans ces classes d'âges. Il est, comme le SRN, fondamental de par son influence sur le sex-ratio total, lequel a été, du fait de ses distorsions, largement analysé en Inde, en particulier dans le Nord (Visaria, 1999). Le sex-ratio du groupe d'âge 0-6 ans diminue presque régulièrement depuis 1901, ainsi que le sex-ratio de la population indienne, notamment dans certaines régions. Cette modification du sex-ratio en faveur des hommes pourrait s'expliquer par une baisse de la mortalité, qui aurait plus profité aux hommes qu'aux femmes, particulièrement dans les années 1960 (Guillot, 2002).

Les résultats du dernier recensement de 2001 montrent une diminution quasi générale des ratios dans les principaux États, sauf au Kerala¹³ (tableau 1). En outre, le Pendjab et l'Haryana, au Nord-Ouest, sont les deux États présentant les sex-ratios les plus bas et le déclin le plus prononcé. L'évolution des ratios est d'ailleurs rapide : en 1991, deux États seulement avaient un sex-ratio infanto-juvénile inférieur à 880 filles pour 1000 garçons mais en 2001, cinq États et territoires de l'Union sont désormais concernés. Nous constatons ainsi un décalage général vers des SRIJ de plus en plus faibles, ce qui signifie une discrimination accrue envers les filles. Globalement, le désavantage des femmes est plus prononcé dans les États du Nord et du Nord-Ouest, comme le Bihar, le Madhya Pradesh, le Pendjab, le Rajasthan et l'Uttar Pradesh, mais au Sud aussi, le ratio diminue. Le paradoxe surprenant sur lequel nous reviendrons par la suite réside dans le fait que le Pendjab, l'Haryana et le Madhya Pradesh sont parmi les plus riches États de l'Inde.

13. Le Kerala est depuis longtemps l'État qui bénéficie du meilleur développement social et du plus faible taux de fécondité. Il s'agit d'un État riche et moderne où l'éducation des femmes est importante, et la domination masculine moins prégnante que dans d'autres états.

Tableau 1. Rapport de féminité de la population 0-6 ans en 1991 et 2001 en Inde et dans quelques États indiens et territoires de l'Union

Inde / États	Sex-ratio 0-6 ans 1991	Sex-ratio 0-6 ans 2001	Évolution (en %)
Inde	945	927	-1,9
Delhi	915	865	-5,5
Punjab	875	793	-9,4
Haryana	879	820	-6,7
Rajasthan	916	909	-0,8
Uttar Pradesh	927	916	-1,2
Gujarat	928	878	-5,4
Madhya Pradesh	941	929	-1,3
Maharashtra	946	917	-3,1
Tamil Nadu	948	939	-0,9
Himachal Pradesh	951	897	-5,4
Kerala	958	963	+0,5
Karnataka	960	949	-1,1
Andhra Pradesh	975	964	-1,1

Source : Government of India, Census of India 2001, Series 1, Paper 1, India, 2001.

À propos du déclin considérable de 1991 à 2001, le responsable du recensement observe pour la première fois qu'il pourrait être attribué à l'usage récent des tests de détermination sexuelle, l'infanticide étant, depuis le début, peu évoqué par le gouvernement, car ce phénomène nuit à l'image d'une Inde en plein développement¹⁴. D'autre part, il semble que l'avortement soit plus fréquent que l'infanticide, comme le montrent les estimations (cette pratique n'étant presque pas chiffrée en Inde). Cela semble cohérent, car c'est plutôt dans les zones urbaines que les filles sont les moins nombreuses, phénomène que l'on peut relier tout autant aux attitudes propres aux villes (notamment quant à la dot¹⁵) qu'à l'infrastructure médicale existante. Il semble évident que l'origine du déclin du sex-ratio infanto-juvénile dans les villes est dû à l'accessibilité aux

14. En effet, l'infanticide est une pratique plus « taboue » que l'avortement sexo-sélectif, jugé plus moderne, médicalisé, même si illégal, d'autant plus que l'avortement « normal » est autorisé en Inde depuis 1971 et souvent utilisé comme moyen de contraception (voir *infra*).

15. La dot est plus répandue en ville que dans les campagnes, les villes facilitant très nettement la diffusion des innovations.

technologies modernes (voir *infra*). Leur utilisation est sans doute exacerbée par le fait que les conditions économiques sont un peu meilleures en ville et du fait du désir des couples urbains de réduire la taille de leur famille (Government of India, 2003). Ce phénomène peut sembler paradoxal, mais une estimation à Mumbai montre que les clients des cliniques privées sont pour 10 % issus de basse classe, 70 % de la classe moyenne et 20 % de la classe supérieure (Miller, 1997). Il apparaît clair que les classes éduquées, salariées et urbaines choisissent plus le sexe. Ce n'est pas parce que les familles ont de l'argent pour payer la dot qu'elles désirent une fille. En effet, ces tests sont perçus comme une facilité pour affranchir les femmes de grossesses qui ne seraient pas destinées à avoir un fils, fait important dans des classes aisées où les femmes ont une carrière à mener et dans lesquelles le fils est toujours primordial, ne serait-ce que pour reprendre l'affaire familiale.

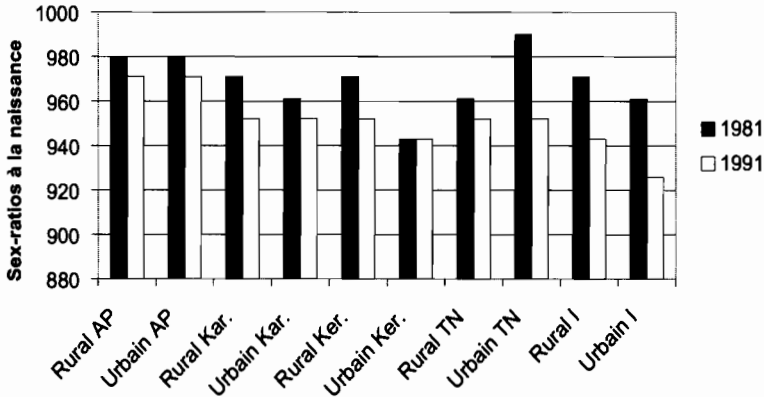
Mais cela ne serait pas vrai partout, par exemple au Tamil Nadu, État du Sud où la discrimination envers les filles est très importante dans certains districts ruraux¹⁶ et plus qu'en ville, historiquement du fait de la pratique de l'infanticide des filles. L'Inde du Sud définie par quatre États (Tamil Nadu, Kerala, Karnataka et Andhra Pradesh) est moins étudiée pour la discrimination par sexe, alors que celle-ci n'est pas absente¹⁷. Nous constatons un déclin très net des sex-ratios infanto-juvéniles que nous tenterons de relier à la baisse de la fécondité dans ces États. Dans le Sud également, les sex-ratios à la naissance ont diminué de 1981 à 1991, même s'ils restent relativement normaux (figure 1).

Nous observons une nette diminution des sex-ratios infanto-juvéniles au cours des quatre dernières décennies, sauf au Kerala pour la dernière décennie (figure 2). Cet État se détache largement de la tendance de l'Inde du Sud, notamment par une fécondité plus faible – inférieure actuellement au taux de remplacement de sa population – une population fortement alphabétisée,

16. Le district est une division administrative des États indiens.

17. Les cultures dravidiennes du Sud sont certes patriarcales et patrilinéaires, mais elles se sont révélées moins discriminatoires que celles du Nord : la femme se marie plus tardivement, est d'avantage scolarisée et plus active d'un point de vue socio-économique. Pourtant la discrimination existe et peut être extrême dans certaines zones.

Figure 1. Sex-Ratios à la naissance estimés (nombre de filles pour 1000 garçons), milieu rural et urbain, 1981 et 1991, Inde du Sud et Inde

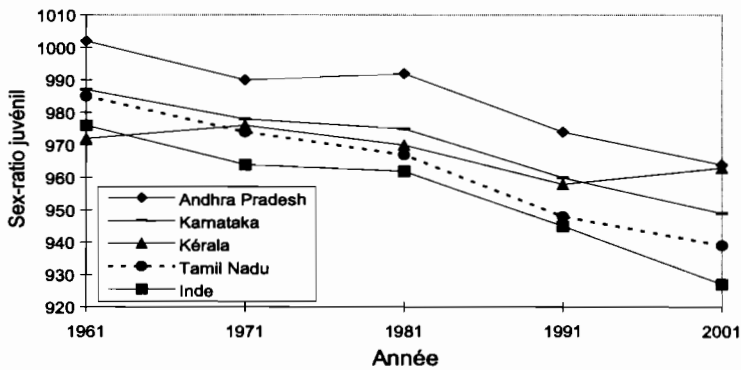


Source : Sudha and Rajan, 1999.

Note : Chaque État présente en premier lieu le sex-ratio à la naissance rural puis l'urbain.

AP : Andhra Pradesh.

Figure 2. Sex-Ratio infanto-juvénile (nombre de filles pour 1000 garçons de 0-6 ans), dans le sud de l'Inde et en Inde 1961-2001



Source : Vella, S., Recensement indien, différentes années (Government of India).

un secteur tertiaire bien développé, une grande partie de sa population qui est urbaine et le sex-ratio total le plus élevé de l'Inde. Pourtant, si son taux de mortalité infantile reste le plus bas de l'Inde, il est tout de même défavorable aux filles et son SRN diminue de 1981 à 1991¹⁸. Il faut attendre les données de 2001 pour confirmer les tendances. Ainsi le Kerala a longtemps été considéré comme un État où basse fécondité et basse préférence de sexe étaient liées. Les données suggèrent pourtant que le déclin de la fécondité s'est accompagné d'un léger accroissement du désavantage des filles dans la mortalité infantile, même si un changement se dessine en 2001, avec une augmentation du SRIJ. Par opposition au Kerala, les trois autres États sont beaucoup moins développés et plus agricoles. Paradoxalement, l'Andhra Pradesh se distingue par un faible niveau de développement et un niveau de fécondité plus élevé, mais une répartition plus équilibrées des filles et des garçons.

Au Tamil Nadu en revanche, les sex-ratios infanto-juvéniles, surtout en zone rurale, sont particulièrement faibles et en forte diminution. Une donnée qui pourrait expliquer cette baisse est, qu'en 1991, l'incidence des avortements, est de 11,3 % au Tamil Nadu, contre 5,8 % en Inde et 8 % au Kerala. Le Tamil Nadu a une faible fécondité, dont la baisse a été rapide. Son taux de fécondité était de 2,1 en 1999, soit le deuxième le plus faible de l'Inde après le Kerala, ces deux États ayant présenté les déclinés de fécondité les plus marqués (Sudha et Rajan, 1999). Parmi les grands États, il est reconnu comme étant assez avancé dans le respect d'un certain nombre d'indicateurs sociaux (l'alphabétisation des filles, le sex-ratio total, la participation des femmes au travail et le taux de mortalité infantile), quoiqu'en retard sur le Kerala. De plus, le Tamil Nadu est l'État le plus urbanisé du pays (44 %). Dans la région historique du Kongu Nadu, sur laquelle nous travaillons, située au Tamil Nadu, les sex-ratios infanto-juvéniles sont très contrastés et vont d'un extrême à l'autre : c'est dans cette région que nous trouvons parmi les plus bas SRIJ de l'Inde (763 filles pour 1000 garçons dans le district de Salem en 2001). Dans

18. Sur cette question de la remise en cause de l'égalité homme-femme au Kerala, consulter Rajan, Sudha et Mohanchandran (2000).

cette région, les taux de natalité peuvent aussi être très bas et la baisse de la fécondité a été extrêmement rapide. Ainsi, la zone de Salem est concernée par cette évolution, mais la carte de la fécondité en zones rurales du Tamil Nadu en 1991 montre que le creux absolu de la fécondité est toutefois situé plus au Sud de ce district.

Les déterminants des sex-ratios à la naissance et infanto-juvéniles

La technologie au service de la sélection

L'évolution des deux variables, SRIJ et SRN, suggère depuis de nombreuses années des pratiques socio-culturelles discriminatoires spécifiques, ancrées dans le contexte du patriarcat indien. Ces comportements sont faiblement mis en évidence lors des premiers recensements. Deux de ces pratiques sont l'infanticide des filles et plus récemment le « fœticide » ou avortement sélectif des embryons féminins. À l'infanticide, pratique ancienne identifiée dans le Nord, qui perdure, et révélée plus récemment dans le Sud, s'est ajouté depuis plus de trente ans l'avortement sélectif des embryons féminins grâce à l'adoption de techniques médicales (Sharma et Joseph, 1994 ; Lingam, 1998 ; Gupta, 2000). Même si le fœticide existait auparavant, sous forme d'avortements provoqués, il ne pouvait être sélectif qu'au regard de croyances superstitieuses ou astrologiques durant la grossesse.

Les données sur les technologies utilisées aujourd'hui pour le repérage du sexe du fœtus, sont assez rares et toujours très locales, ce qui rend la quantification peu aisée. Ce déficit de chiffres est lié aux conditions de diffusion de ces techniques sélectives dans le pays. En effet, leur propagation s'est faite de façon totalement anarchique, principalement dans des infrastructures privées, souvent non enregistrées auprès de l'État, pour lequel il est très délicat aujourd'hui de mettre en place des mesures de régulation. Bien que l'on reconnaisse de manière unanime que les Indiens ont adopté ces nouvelles stratégies de reproduction avant ou après la conception, il reste donc difficile d'en mesurer l'ampleur.

«La question de l'expansion de ces techniques en Inde est délicate et il s'avère impossible d'y répondre très concrètement » (Miller, 1997).

Nos investigations menées au Tamil Nadu, complétées par des données d'enquêtes et l'étude de la littérature scientifique, permettent de dessiner une tendance. Pour rappel, les techniques médicales utilisées sont l'amniocentèse, qui révèle le sexe du fœtus à 16 semaines de grossesse, la biopsie des villosités chorales¹⁹, plus précoce, le sexage des embryons²⁰ et l'échographie. Ce dernier moyen, qui reste le plus abordable pour l'ensemble de la population²¹ est en constante amélioration : auparavant, le sexe n'était détectable qu'entre 16 et 20 semaines de grossesse, mais il est actuellement possible de le diagnostiquer entre 14 et 16 semaines grâce à une échographie abdominale et de 13 à 14 semaines pour une échographie trans-vaginale. Dans la plupart des cas, une échographie révélant une fille s'ensuit d'un avortement mais, comme nous le verrons, toutes les grossesses ne donnent pas lieu à une échographie de détermination du sexe.

Depuis 1989, le diagnostic génétique préimplantatoire²² (DPI), donnant accès au choix du sexe de l'enfant, est une nouvelle méthode utilisée en Inde pour ne pas mettre au monde de fille. En Occident, cette technologie est utilisée

19. Cette technique correspond à un prélèvement des villosités chorales entourant le fœtus par voie transcervicale ou transabdominale et permet un diagnostic plus précoce que l'amniocentèse. Elle est effectuée entre 10 et 13 semaines de grossesse (optimale à 11), et permet ainsi un avortement au premier trimestre. Elle a été développée en Chine spécifiquement pour la sélection sexuelle. L'amniocentèse et la biopsie des villosités sont deux méthodes au départ peu onéreuses mais dont le coût est devenu prohibitif suite aux régulations gouvernementales (l'amniocentèse coûterait le double de l'échographie).

20. Selon la méthode d'Ericsson, par séparation des spermatozoïdes x et y et insémination artificielle, ce diagnostic préimplantatoire est très coûteux. Ce choix des embryons du sexe voulu augmente les chances d'avoir un fils de 75 % et est un procédé de reproduction assistée très cher pour la majorité des familles, 100 euros en moyenne.

21. Une échographie coûtait environ 500 roupies ou 10 euros, mais les prix, du fait de la loi de 1994, dont nous reparlerons, vont aujourd'hui de 800 à 4 000 roupies (100 euros).

22. Une fécondation *in vitro* est effectuée, puis le troisième jour on retire aux embryons, consistant alors en quelques cellules divisées, un blastomère dont on analyse, en un jour, le matériel génétique grâce à la technique d'analyse chromosomique FISH (*fluorescent in situ hybridisation*) qui est spécifique à un chromosome donné, ici X ou Y. Pendant l'analyse de la cellule, les embryons sont gardés en culture et peuvent continuer à se diviser normalement. Seuls, les embryons du sexe désiré sont alors replacés dans l'utérus.

dans le cadre de fécondations *in vitro* pour détecter d'éventuelles maladies génétiques ou des malformations du fœtus avant d'implanter un embryon dans l'utérus. En Inde, bien que cela soit illégal, la vocation initiale du DPI est détournée au profit de la simple détermination du sexe. À l'heure actuelle, dans le monde, le DPI n'est disponible que dans peu de centres et est pratiqué sous la supervision d'une institution de surveillance éthique, ce qui n'est pas le cas en Inde. Cette technologie de fécondation *in vitro*, très coûteuse, semble cependant peu répandue, les chiffres n'étant pas accessibles.

Il convient de souligner que l'accès des femmes aux techniques médicales de sélection du sexe de fœtus reste limité aux classes moyennes et « supérieures » qui représentent toutefois une frange non négligeable de la population. Il reste qu'une grande partie des femmes n'ont pas accès à la surveillance médicale, ni au pronostic prénatal du sexe. Selon la NFHS II, seulement 18 % des naissances ont fait l'objet d'une échographie en tant que soin anténatal (Arnold et Roy, 2002). Trois quarts des femmes en Inde accouchent chez elles (Ramasubhan et Jejeeboy, 2000) dans des conditions non hygiéniques et deux tiers sont accouchées par des personnels non qualifiés. Au Tamil Nadu par contre, 71 % des accouchements se feraient en présence d'un personnel médical qualifié, une infirmière le plus fréquemment. Néanmoins, il semble que ces pratiques de diagnostic de sexe tendent aujourd'hui à s'étendre aux autres classes plus défavorisées de la société indienne.

L'avortement en question

Le gouvernement central indien a légalisé l'avortement en 1971 sous des conditions très strictes par *The Medical Termination of Pregnancy Act*, qui remplaça un article du *Indian Penal Code* de 1862. Cette loi prévoit que l'avortement est légal pour sauver la vie de la mère ; pour préserver sa santé mentale et physique, et en cas de grossesse due à un viol ou un inceste ; pour une femme trop âgée ou en cas d'échec de contraception, mais seulement pour les femmes mariées. Il n'est pas permis pour de simples raisons socio-économiques,

sauf si les conditions de vie de la mère peuvent mettre en danger la santé du nouveau-né. Au delà de 12 semaines, l'autorisation conjointe de deux médecins est nécessaire, mais la loi n'étant guère appliquée, l'avortement devient souvent une technique de contraception tolérée, donc facilitée, même au-delà des délais légaux.

À l'origine, la loi de 1971 avait pour objectif de réduire le nombre d'avortements illégaux qui contribuaient à une mortalité maternelle élevée en Inde. Officiellement, l'avortement serait la cause de 14 % des décès maternels en Inde. Il est effectué par dilatation et curetage, récemment aussi par le RU 486, ou encore par injections de prostaglandines au second trimestre (Ganatra, 2000). Les avortements ne peuvent être effectués que dans des institutions agréées par le gouvernement et par des praticiens autorisés. Mais dans les années 1980, moins de 15 000 médecins étaient habilités, ce qui a pu favoriser la croissance du nombre de médecins travaillant illégalement et ainsi permettre l'expansion des méthodes permettant de sélectionner le sexe. Il est difficile d'avoir des statistiques sur les avortements légaux et plus encore quand ils sont sélectifs. Car même si l'avortement est légal en Inde, c'est un acte sensible, privé, emprunt de connotations émotives et morales négatives (Ganatra, 2000). Ainsi, pour des raisons culturelles et sociales, les femmes ne dévoilent pas facilement leurs avortements provoqués et les déclarent souvent comme des avortements spontanés (Nair et Véron, 2002). L'avortement sélectif peut entraîner encore plus de sentiments de culpabilité car ce n'est pas la grossesse qui est non voulue, mais la fille (Ganatra, 2000).

Quantifier les pratiques sélectives

Dans le cadre d'un sujet ayant trait à des faits illégaux, la principale difficulté méthodologique consiste à élaborer des outils pour quantifier des pratiques que les statistiques officielles sous-estiment ou ignorent. La connaissance des chiffres, même approximatifs, sur les infanticides et les avortements sélectifs, de même que ceux sur l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction,

s'avère quasiment impossible sur le terrain, c'est ce qu'ont révélé nos enquêtes auprès de nombreuses structures médicales. Quand des chiffres bruts existent, notamment certaines statistiques policières sur l'infanticide, ils sont très en dessous de la réalité. En effet, les infirmières de village peuvent certes répertorier les infanticides comme « morts pour raisons sociales », mais leur supérieur hiérarchique préfère souvent les reporter comme « mort naturelle ». De plus, les avortements ne sont pas enregistrés, sauf dans les structures publiques, mais l'accès à ces chiffres est délicat. De plus, ils ne rendent pas compte des avortements clandestins (dans les cliniques privées, par des avorteuses traditionnelles, à l'aide de plantes médicinales). Des estimations révèlent tout de même que 5 à 6 millions d'avortements par an auraient lieu dans le privé et 2 à 6 millions d'avortements par an seraient clandestins²³ (Kanitkar et Radkar, 2000), alors que le secteur public déclare 6 millions d'avortements provoqués légaux (Bharathiar University, 1998), mais ces chiffres semblent en dessous de la réalité. En 1996-1997, le nombre de centres reconnus était de 8 891 pour un nombre d'avortements légaux estimé à 538 000. Le pourcentage d'avortements serait de 2,1 pour 100 naissances, chiffre relativement faible et constant depuis quelques années, qui fait suite à une augmentation jusqu'en 1994. D'autres études ont donné des ratios de 3,4 à 14 avortements pour 100 naissances (Miller, 1997). Ainsi, des enquêtes montrent que 40 à 50 % des avortements provoqués ne sont pas reportés (India Today, 2003), ces chiffres montant parfois jusqu'à un avortement provoqué déclaré pour huit illégaux.

De plus, les rares chiffres sur l'avortement sexo-sélectif sont basés sur des sources exclusivement hospitalières et antérieures à la loi qui a déclaré ces pratiques illégales (Arnold *et al.*, 1998). Ainsi, seules quelques enquêtes partielles révèlent quelques statistiques : dans trois hôpitaux de la ville de Pune, entre juin 1976 et juin 1977, 700 femmes ont demandé une détection du sexe et sur les 450 qui ont été informées qu'elles auraient une fille, 430 ont avorté. De 1978 à 1982, une estimation en Inde a montré 78 000 cas d'avortements de filles après

23. Le manque de personnel qualifié et de matériel dans le secteur public expliquerait les avortements illégaux.

amniocentèse (Kapur, 1993). Un autre exemple célèbre concerne une clinique à Mumbai qui, de 1984 à 1985, aurait mené environ 16 000 avortements presque tous du fait de la révélation d'un fœtus femelle (Kishwar, 1995). D'autres chiffres révèlent 40 000 embryons féminins avortés à Mumbai en 1985. D'autre part dans la même ville, des enquêtes auprès de gynécologues obstétriciens ont révélé que 84 % des amniocentèses en 1986 étaient pratiquées pour connaître le sexe de l'embryon (Ramachandran, 1992). Une autre étude sur des avortements consécutifs à des amniocentèses a révélé que sur 8 000 avortements, 7 999 sont des fœtus femelles (et un seul masculin !) (Freed, 1989). De plus, le nombre de cliniques de détermination du sexe au Maharashtra est passé de 10 à 600 de 1982 à 1986 (Miller, 1997). Ces enquêtes journalistiques, menées à Mumbai, la ville où la technologie s'est le plus vite développée, ne sont pas scientifiques mais donnent une idée de l'ampleur du phénomène. Cependant, la plupart des preuves des avortements sexo-sélectifs restent anecdotiques, car il n'existe aucune statistique sérieuse sur ces pratiques, à l'échelle des États ou à celle de l'Union (Rethford et Roy, 2003). En 2003, les données existantes montrent que la population des filles a diminué dans 23 villes indiennes. On compte par ailleurs 21 000 cliniques d'échographie enregistrées aujourd'hui en Inde, ce qui est probablement très sous-estimé du fait d'un nombre conséquent de cliniques non répertoriées. (India Today, 2003). D'autres études montrent que les femmes choisissent le sexe dans 28 % des grossesses, et qu'en 2000, un avortement sur six fait suite à une détection du sexe (Miller, 1997). Il apparaît également que la part du matériel d'échographie correspondait à 20 % du marché total des technologies médicales en 1993 (Miller, 1997). Ce marché croissait de 20 % par an malgré son coût élevé (pas moins de 7500 euros). Une telle croissance des ventes d'un matériel aussi onéreux implique que la demande était suffisamment élevée pour amortir la dépense. Il est important de souligner que les statistiques étaient beaucoup plus faciles à obtenir avant la loi de 1994 (voir ci-dessous). Pour finir, il est à noter qu'entre les deux enquêtes du NFHS, le nombre d'avortements provoqués a augmenté dans 25 des 26 États indiens (Arnold et Roy, 2002).

La mise en place d'une législation

Face à ces phénomènes, la première restriction nationale apparaît en 1978, date à laquelle le Conseil indien de la recherche médicale interdit les amniocentes destinées à connaître le sexe du fœtus sans justificatif médical et restreint alors l'utilisation de cette technique à des cas de maladies génétiques suspectées, mais seulement dans les hôpitaux publics. De 1979 à 1985, cette interdiction favorise la multiplication rapide des cliniques privées dans les villes du Nord et de l'Ouest, la commercialisation illégale de la technologie (George et Dahiya, 1998) et même leur diffusion dans le pays. En 1983, le gouvernement proscribit également les échographies destinées à connaître le sexe dans les structures gouvernementales et établit un projet de loi visant à prohiber toutes les détections de sexe, sauf dans le cas d'une détection de maladie génétique. En parallèle, la surveillance de la grossesse était de plus en plus médicalisée et aujourd'hui, au cours de la grossesse, au minimum une échographie est proposée dans les structures publiques et privées (Vella, 2003), mais peu de femmes, comme nous l'avons vu, s'y rendent.

Ainsi, la médicalisation est couplée avec le désir des parents de connaître le sexe du fœtus, ce qui motive leurs visites dans les établissements médicaux (hôpitaux, maternités, cliniques d'échographie). Dès le début, la médicalisation croissante et l'introduction de ces technologies sont détournées au profit de la sélection du sexe. La médicalisation accrue des grossesses par l'usage des nouvelles technologies dépossède les femmes de la maîtrise de leur corps et de leur pouvoir de décision, en particulier dans les classes moyennes ou aisées. Ce phénomène de dépossession s'opère dans le contexte d'une société patriarcale où le médecin met son expertise au service du cercle familial pour décider de l'avenir de la grossesse. Avec ces biotechnologies, les femmes sont de moins en moins actrices, elles ont de moins en moins de choix, subissant les fortes contraintes de leur belle-famille en faveur d'un fils (Vella, 2003). Elles sont instrumentalisées et on assiste à un changement de la perception de la grossesse, mais une transaction économique entre médecins et familles.

Un effet pervers de la médicalisation de la grossesse est apparu : si celle-ci a certes permis de diminuer les mortalités infantile et maternelle, elle a dans le même temps favorisé le passage de pratiques d'infanticides minoritaires à des pratiques d'avortement sélectif en plus grand nombre. Le choix du sexe s'opère souvent en dehors de toute surveillance médicale puisqu'il s'agit, avant de prendre soin de la mère et du fœtus, de décider d'opter pour un avortement ou non.

En 1994, le gouvernement central a enfin pris des mesures sur le modèle du Maharashtra et des quelques États qui l'avaient suivi, en votant *The Prenatal Diagnostic Techniques Regulation and Prevention of Misuse Act* destiné à répertorier et réguler tous les centres susceptibles de mener des tests. Malgré cette législation, qui n'a pris effet qu'en 1996, la pratique de sélection du sexe se poursuit toujours et le gouvernement ne montre pas de réelle volonté politique visant à faire appliquer la législation. Pourtant d'après la loi, tout centre de conseil génétique, laboratoire ou clinique établissant des diagnostics prénataux et des avortements doit être enregistré. De plus, les tests génétiques ne sont possibles que dans de très strictes conditions ; des sanctions importantes sont prévues, telles la radiation de l'ordre des médecins pour deux ans la première fois, et définitive en cas de récidive, jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et des amendes. Les conditions en vigueur autorisent un centre à se livrer à un acte de diagnostic prénatal si l'âge de la mère à plus de 35 ans, ou si celle-ci a subi deux ou plus avortements spontanés ou fausses couches. Il est également autorisé de procéder à un diagnostic prénatal lorsqu'une femme a été exposée à des substances ou radiations toxiques pour le fœtus pendant sa grossesse, ou encore, lorsque des cas de retard mental ou d'anomalies physiques graves ont été repérés dans la famille. La législation indique aussi que seuls, les cliniques ou laboratoires enregistrés auprès du gouvernement peuvent mener des diagnostics prénataux. De plus, aucun diagnostic ne peut être établi si on n'a aucune raison de penser que le fœtus pourrait souffrir d'un désordre quelconque. Lors d'un test, strictement personne ne doit révéler le sexe du bébé.

Mais le personnel de santé s'adapte aux contraintes légales, et conduit les tests en secret, sans trace écrite, en indiquant par un signe ou un autre code le sexe du bébé. En outre, la loi est difficile à appliquer car la cause réelle de l'avortement est rarement enregistrée, donc non repérable. L'avortement sélectif, pratiqué suite à une détermination du sexe, est souvent dissimulé dans les registres de santé derrière un avortement provoqué suite à un échec contraceptif. Cependant, depuis les résultats du recensement de 2001, mettant en lumière une diminution accrue du sex-ratio infanto-juvénile, de nombreuses réactions émergent chez les responsables de la mise en place des programmes gouvernementaux, les médias²⁴, les activistes de la santé, les leaders religieux, le *Center for Enquiry into Health and Allied Themes* et les groupes de femmes. En effet, en juin 2001 la Cour suprême indienne, à la demande d'ONG, a intimé l'ordre aux gouvernements centraux et étatiques d'assurer strictement l'application des règlements concernant les techniques de diagnostic prénatal selon la loi de 1994 et a exigé des rapports des États (Vella, 2003). De plus, le Conseil médical a décidé d'envoyer une réponse au gouvernement central pour ajouter un amendement à son code de l'éthique afin de déclarer les diagnostics de détermination du sexe et les avortements sélectifs comme des pratiques non éthiques²⁵. Ainsi, suite à cet amendement, les médecins peuvent aujourd'hui être poursuivis. En février 2003, les techniques de présélection sont prises en compte par la loi de 1994, et il est aujourd'hui interdit de choisir le sexe de son enfant ainsi que de promouvoir l'ensemble de ces techniques.

24. Les médias ont relativement peu couvert le « fœticide » féminin, quoique ce sujet ait trouvé un écho sensationnel, si l'on en croit les ouvrages édités : « Gender Holocaust », « No Graves for Them », « Scanning for Death », « From the Cradle to the Grave », jusqu'aux ouvrages comme le célèbre « The Endangered Sex ». Et même si les médias ont pu révéler des cas d'infanticide et l'existence croissante du choix du sexe, on ne peut parler de véritable débat, car aucune analyse de fond n'est menée sur le devenir des filles indiennes. Il s'agit plutôt de mises en exergue médiatiques et ponctuelles. De plus, les médias n'ont pas du tout souligné le rôle que jouent ces techniques visant aussi à améliorer la santé de la mère et de l'enfant à naître.

25. Aucune disposition de ce type ne figurait dans le code auparavant.

Lien entre fécondité et sex-ratio

Facteurs influençant la fécondité

En Inde, l'éducation des femmes est un facteur clé de la baisse de la fécondité²⁶. « Le statut social des femmes éduquées repose moins sur la présence d'un fils et elles dépendent moins de lui au moment de la vieillesse ; cela pourrait conduire à une réduction de la taille de la famille » (Murthi *et al.*, 1996). L'éducation des femmes, ajouté au fait qu'elles travaillent, entraîne par ailleurs une diminution de la mortalité infantile (Sudha et Rajan, 2003), puis de la fécondité. La diminution de la fécondité et l'augmentation des chances de survie des filles sont en effet liées à l'entrée massive des femmes sur le marché du travail formel. Cependant, le développement en Inde, dont l'amélioration de l'alphabétisation est l'une des composantes, ne s'est pas accompagné d'une réduction des inégalités de genre. L'alphabétisation en 2001 était de 75,9 % pour les hommes et 54,2 % pour les femmes. La théorie de la transition de la fécondité met également en avant la modernisation des rapports sociaux et en particulier l'amélioration du statut légal et social des femmes comme facteur déterminant (Dawn, 1992). Le développement social d'une région semblerait ainsi plus important pour provoquer le déclin de la fécondité, plutôt que son développement économique (Martine *et al.*, 1998).

Le lien entre fécondité et sex-ratio semble très complexe, en particulier dans le Sud de l'Inde. Le rapport entre sex-ratio et baisse de la fécondité a souvent été étudié (Das Gupta et Bhat, 1997 ; Basu, 1999 ; Rajan Sudha et Mohanachandran, 2000), mais les conclusions de ces analyses sont loin d'être uniformes et varient selon les régions considérées. Il est néanmoins admis que la diminution des sex-ratios infanto-juvéniles peut avoir des effets sur la fécondité et vice-versa. Ainsi, certains chercheurs prévoient que le déséquilibre

26. Selon quelques études, la pauvreté rurale, le rôle économique des enfants et le souci lié au vieillissement, ainsi que les modèles d'héritage de la propriété étaient les principales causes des taux de fécondité élevés.

sexuel affectera le niveau de fécondité du fait du manque de femmes en âge de se reproduire. De plus, « une baisse de la fécondité conséquente a des répercussions sur les comportements discriminatoires des populations. Quand la taille de la famille diminue, la composition sexuée de la progéniture devient plus importante pour les parents. La « qualité » de la descendance compte alors plus que la « quantité » (Robinson, 1997)²⁷. Le sexe des enfants devient alors un facteur déterminant pour les comportements de fécondité. En Chine, par exemple, la diminution de la fécondité, du fait de la politique de l'enfant unique, a contribué à fragiliser les chances de survie des filles. Et du fait de ces deux facteurs conjugués, le pays manque cruellement d'épouses (Das Gupta et Shuzhuo, 1997).

À l'échelle des districts indiens, si nous comparons les taux de fécondité de 2001 aux sex-ratios infanto-juvéniles, nous constatons que le Pendjab et l'Haryana, qui sont les deux États présentant les sex-ratios infanto-juvéniles les plus bas (respectivement 793 et 820 filles pour 1000 garçons) et le déclin le plus prononcé, ont des taux de fécondité faibles, particulièrement au Pendjab où ce déclin a été très rapide du fait d'une politique de planification familiale très marquée dans cet État. De même au Gujarat, où la discrimination est importante, le taux de fécondité est très faible. Ces exemples illustrent parfaitement le fait que les parents réduisant leur fécondité sélectionneraient plus le sexe de leurs enfants. Mais des contre-exemples existent notamment au Kerala où la fécondité est très basse mais où les discriminations sont non visibles à cette échelle, et dans des poches du Tamil Nadu dont nous avons parlé, où la fécondité est faible mais les discriminations peu présentes, ou tout au moins très localisées. Ainsi ces zones où la fécondité est la plus basse en Inde, sont des zones où le sex-ratio est équilibré. De manière globale, le Sud qui présente une

27. Selon cette théorie économique beckerienne, les enfants ont un coût élevé et prennent du temps, les parents en mettent donc moins au monde (Becker, 1991). Chaque famille tente par ses stratégies de reproduction de maximiser son bien-être en fonction de sa consommation, de son nombre d'enfants et de la « qualité » de ces enfants. En cas d'augmentation des ressources du ménage, l'investissement se fera plus en termes de « valeur » de la progéniture, alors que le nombre total d'enfants tendra à fléchir (Guilmoto, 1996).

fécondité plus basse que le Nord²⁸ et des taux de mortalité également inférieurs, enregistre des sex-ratios globalement plus équilibrés, même si des changements ont eu lieu, notamment au Tamil Nadu (figure 1). Il est donc délicat d'établir un véritable lien entre sex-ratio et fécondité ; tout au plus pouvons-nous le faire à l'échelle des grandes zones Nord Sud.

Politiques et préférence pour le fils

La planification familiale a également un impact sur la discrimination sexuelle. Le développement des techniques de détermination du sexe a été, dans ses débuts, largement soutenu par des gynécologues obstétriciens haut placés. Ces derniers ont déclaré que la priorité étant le contrôle de la population par tous les moyens, l'amniocentèse devrait être utilisée comme méthode de planification familiale et disponible pour tout le monde, gratuite ou à coût minime (Vella, 2003). Le choix du sexe a donc pu être perçu comme un moyen visant à ralentir le niveau de fécondité et, aujourd'hui encore, de nombreux médecins pensent que leurs patients, encouragés à réduire la taille de leur famille, ont le droit d'être plus exigeants sur la « qualité » de leur descendance.

Une étude montre qu'en 1991, 31 % des personnes interrogées veulent un seul fils et 55 % deux fils (respectivement 45 % et 46 % en ville, et 27 % et 56 % à la campagne) (Operations Research Group, 1995). Il semble bien que le rang de naissances et la préférence pour les garçons jouent également un rôle dans le lien entre sex-ratio et fécondité (Retherford et Roy, 2003). L'enquête du NFHS II montre que l'avortement de filles se fait à la seconde ou la troisième naissance, pour les femmes ayant déjà une fille mais pas de fils, alors que cette tendance n'a pas été observée lors de la première enquête. Par ailleurs, selon une étude à New Delhi, la majorité des parents choisissent le sexe seulement après une ou deux filles, 40 % après une seule fille (Agnihotri, 2002).

28. Nous ne développons pas plus la dichotomie Nord-Sud qui a de multiples fondements : religieux, culturels, linguistiques...

Avant les années 1970, la préférence pour les fils dans les pays asiatiques était considérée comme un obstacle à la politique familiale et donc à la réduction de la fécondité. En effet, le désir de fils décourageait certains couples d'arrêter de procréer, tant que le garçon tant attendu n'était pas né. Il n'en fut plus de même, lorsqu'apparurent les techniques de détermination du sexe. Les campagnes de planification familiale, relayées par les médias, ont ainsi promu ces techniques comme étant le moyen d'encourager la préférence pour les garçons. Cependant, il est difficile de quantifier l'effet de la préférence des fils sur la fécondité et sur la planification familiale. Toutes les études montrent une forte préférence pour les garçons en Inde (International Institute for Population Sciences, 2000). Cette préférence, variable selon les régions, affecte les comportements de fécondité ainsi que les niveaux de mortalité infantile selon le sexe (augmentation de la mortalité des filles de un à quatre ans). « Dreze et Murthi montrent qu'en 2001 le déclin de la fécondité est retardé par la préférence du fils, et que le préjugé de genre dans la mortalité infantile est relié à une haute plutôt qu'à une basse fécondité » (Sudha et Rajan, 2003). Nous pouvons néanmoins dire qu'aujourd'hui, les techniques de détermination sexuelle et l'avortement sexosélectif sont intégrés dans les stratégies de reproduction de certaines familles pour s'assurer l'équilibre voulu dans la répartition de filles et de garçons.

Conclusion

L'évolution des sex-ratios infanto-juvéniles relève de la diffusion de certaines pratiques sociales : il est utile de comprendre comment une pratique sociale comme celle de l'infanticide ou de l'avortement sexosélectif a émergé, à une période donnée dans un champ sociospatial précis, pour se propager ensuite. La notion de diffusion est ainsi utile pour envisager comment cette organisation s'est mise en place d'un point de vue dynamique. La définition de la diffusion est le phénomène de propagation, dans le temps et l'espace, d'une chose spécifique, telle une idée, une pratique sociologique, culturelle, auprès des individus ou des groupes par exemple (Rogers, 1995). Le schéma s'appliquerait parfaitement à

l'infanticide, dont l'existence était vraisemblablement très réduite et localisée voilà plus de 50 ans en Inde du Sud et qui s'est propagé de la même manière que dans le Nord mais à une autre échelle spatio-temporelle. La diffusion des techniques de détermination sexuelle, comme celle de l'échographie, rattachée à celle de l'avortement sexo-sélectif, est également au cœur de cette problématique.

L'évolution spatio-temporelle du phénomène reste étroitement liée à l'évolution médicale, pénale et politique. En effet, l'avortement sexo-sélectif est aujourd'hui disponible partout, grâce à la multiplication des cliniques privées et des matériels d'échographie. Les pratiques reproductives de certaines femmes ont subi le fort impact du transfert technologique et ces dernières s'y sont trouvées confrontées en se rendant dans les hôpitaux, les dispensaires et les cliniques pour la planification familiale, le suivi des grossesses ou l'accouchement. Ainsi, les programmes de planification familiale insistant sur la norme de la petite famille, avec une préférence marquée pour les garçons, fonctionnent comme autant de pressions sur les familles en faveur du choix du sexe comme moyen d'arriver à la composition familiale idéale. Un programme de limitation des naissances « réduit aussi les coûts « psychiques » en légitimant une pratique innovante que la société traditionnelle pouvait auparavant réprouver » (Guilmoto, 1996 : 6). C'est le même phénomène que nous pouvons observer pour la discrimination sexuelle, puisque les technologies, bien que discriminantes, sont plus acceptées que l'infanticide et aussi plus discrètes à pratiquer. Ainsi, l'effet de substitution a été étudié : l'infanticide et les négligences envers les petites filles sont-ils remplacés par les affets corollaires du choix du sexe ? Si c'était vraiment le cas, comment expliquer la diminution du sex-ratio infanto-juvénile ? Dans le cas de l'Inde, il semble plutôt qu'on ait un effet d'addition des deux phénomènes (Agnihotri, 2002).

Nous avons vu dans ce chapitre qu'il n'est pas aisé de dresser un bilan des pratiques reproductives discriminatoires de la population indienne. Deux difficultés apparaissent : Il est tout d'abord difficile d'établir une théorie générale sur le lien entre fécondité et sex-ratio au vu des nombreuses différences

régionales et des contradictions mises à jour dans les enquêtes. Le statut de la femme n'est pas forcément amélioré avec la diminution de la fécondité, la preuve en est l'existence de l'infanticide et du foeticide. Ensuite la rareté des enquêtes et des statistiques sur des pratiques illégales ou taboues, comme l'avortement, rend toute analyse difficile. Au vu du travail de terrain effectué, des « affaires » mises à jour par les médias et des enquêtes locales, il est tout de même possible d'identifier des tendances : certes l'accès aux nouvelles technologies de reproduction est encore limité, mais il progresse rapidement et les discriminations subies par les filles sont en augmentation dans l'ensemble du pays.

Références bibliographiques

- AGNIHOTRI S. B., 2000, *Sex Ratios Patterns in the Indian Population*, Sage, Delhi, 379 p.
- AGNIHOTRI S. B., 2001, « Declining Infant and Child Mortality in India. How do Girl Children Fare ? », *Economical and Political Weekly*, vol 36, n° 3, pp. 228-233.
- ARNOLD F., KIM CHOE M. et ROY T.K., 1998, « Son Preference, the Family-Building Process and Child Mortality in India », *Population Studies*, vol. 52, n 3, pp. 301-315.
- ATHREYA V. et CHUNKATH S.R., 1997, « Female Infanticide in Tamil Nadu, Some Evidence », *Economical and Political Weekly*, vol. 32, n° 17, pp. 21-28.
- ARNOLD F., KISHOR S. et ROY T. K., 2002, « Sex-selective Abortions in India », *Population and Development Review*, vol. 28, n° 4, pp. 759-785.
- BASU A.M., 1999, « Fertility Decline and Increasing Gender Imbalance in India, Including a Possible South Indian Turnaround », *Development and Change*, vol. 30, n° 2, pp. 237-263.
- BHARATHIAR UNIVERSITY, 1998, *WORKSHOP ON REPRODUCTIVE HEALTH*, 19 p.
- BECKER G. S., 1991, *A Treatise on the Family*, Harvard University Press, Cambridge.
- BENEI V., 1996, *La dot en Inde. Un fléau social ?* Socio-anthropologie du mariage au Maharashtra, Karthala, Pondicherry, 291 p.
- DAS GUPTA M. et MARI BHAT P.N., 1997, « Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India », *Population Studies*, vol. 51, n° 2, pp. 307-315.
- DAS GUPTA M. ET SHUZHUO L., 1997, « Gender Bias and the Marriage Squeeze » in China, South Korea and India, 1920-1990, the Effects of War, Famine and Fertility Decline », *Harvard Working Paper Series*, vol. 97, n° 5, 30 p.

- DAWN, 1992, *Femmes du Sud, Côté-femmes, femmes et changements*, 157 p.
- DUBEY S. N., 2001, *Population of India*, 2001, Authors Press, Delhi, 314 p.
- DYSON T. et MOORE M., 1983, « On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behaviour in India », *Population and Development Review*, vol. 9, n° 1.
- FREED R. S. & FREED S. A., 1989, « Beliefs and Practices Resulting in Female Deaths and Fewer Females than Males in India », *Population and Environment*, vol. 10, n° 3, pp. 144-161.
- GANATRA B. R., 2000, Abortion Research in India, Workshop on Reproductive Health In India, pp. 186-235.
- GEORGE S. M. et RANBIR S. D., 1998, « Female Fœticide in Rural Haryana », *Economical and Political Weekly*, vol. 33, n° 32, pp. 2191-2198.
- GOVERNMENT OF INDIA, 1999, Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators, 1971-1997, Based on the SRS, Registrar General of India, Delhi, 415 p.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2001, Census of India 2001, Series 1, Paper 1, Delhi.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2003, « Feature : Child Sex Ratio in the Age Group 0-6 years », *Ecensus India*, n° 15, 3 p.
- GUILLAUME A., 2001, « L'avortement en milieu urbain ouest-africain. Présentation d'un projet de recherche », Atelier de l'unité de recherche santé de la reproduction, fécondité et développement, Paris, IRD.
- GUILLOT M., 2002, « The Dynamics of the Population Sex Ratio in India, 1971-96 », *Population Studies*, vol. 56, n° 1, pp. 56-63.
- GUILMOTO C. Z., 1996, Micro-économie de la fécondité, quelques réflexions à partir du cas indien. Document de recherche, n° 2, IRD, Paris, 22 p.
- GUILMOTO C. Z. et RAJAN S. I., 2002, « District Level Estimates of Fertility from India's 2001 Census », *Economical and Political Weekly*, vol. 37, n° 7.
- GUPTA S.C., 1985, « Sex-Preference and Protein Calorie Malnutrition », *Sociological Bulletin*, vol. 34, n° 1-2, pp. 88-94.
- GUPTA J. A., 2000, New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy. Freedom or Dependency ? *Indo-Dutch Studies on Development Alternatives*, 25, Sage, Delhi, 706 p.
- KANITKAR T. et RADKAR A., 2000, « Unwanted Pregnancies and the Role of Induced Abortions in India », Millennium Conference on Population, Development and Environment Nexus, IASP, Population Foundation of India, UNFPA, 38 p.
- KIRPAL V., 1992, *The Girl Child in 20th Century*. Indian Literature, Sterling Publications, Delhi, 278 p.

- INDIA TODAY, 2003, « MISSING GIRL CHILD », pp. 16-22.
- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES, 2000, National Family Health Survey, NFHS 2, 1998-1999, IIPS, Mumbai, 443 p.
- JAYARAJ D., 1999, « Sex Ratio at Birth: An Exploratory Analysis of its Determinants », Working Paper no 157, Madras Institute of Development Studies, Chennai, 26 p.
- JENSEN R., 2002, « Fertility Preferences and Excess Female Mortality : Equal Treatment, Unequal Outcomes ? », Harvard University, draft.
- JOHNSON S. et JAYA K., 1999, « Economic Condition of the Family and Gender Bias in Infant and Child Mortality », *Journal of Social and Economic Development*, vol. 2, n° 2, pp. 318-332.
- KAPUR P., 1993, Girl Child and Family Violence. Har-Anand Pub, Delhi, 216 p.
- KISHWAR M., 1993, « Dowry Calculations. Daughter's Rights in her Parental Family », *Manushi*, n° 78, pp. 8-18.
- KISHWAR M., 1995, « When Daughters are Unwanted. Sex Determination Tests in India », *Manushi*, n° 86, pp. 15-29.
- LINGAM L., 1998, « Sex Detection Tests and Female Fœticide : Discrimination before Birth », in *Understanding Women's Health Issues : a Reader*, Kali, Delhi, pp. 120-209.
- MARTINE G., DAS GUPTA M. et CHEN L. C. (éd.), 1998, Reproductive Change in India and Brazil, Oxford University Press, Delhi, 419 p.
- MAYER P., 1999, « India's Falling Sex Ratios », *Population and Development Review*, vol. 25, n° 2, pp. 323-343.
- MILLER B., 1997, The Endangered Sex : Neglect of Female Children in Rural North India, Oxford University Press, Oxford, 223 p.
- MURTHI M., GUIO A.C. et DREZE J., 1996, « Mortality, Fertility and Gender Bias in India : a District-Level Analysis », in Dreze J. et Amartya S. (éd.) *Indian Development, Selected Regional Perspectives*, Oxford University Press, Delhi, 420 p.
- MUTHARAYAPPA R. et al., 1997, « Son Preference and its Effect on Fertility in India » in National Family Health Survey Subject Reports, n° 3, International Institute for Population Sciences, Mumbai, pp. 1-35.
- NAIR P.S. et VERON J., 2002, L'Inde : un milliard d'indiens en 2001, Les séminaires de valorisation de la recherche, 23 mai, INED, Paris, 13 p.
- OPÉRATIONS RESEARCH GROUP, 1995, Family Planning Practices in India : Third all India Survey, New delhi, vol. 5, n° 2.
- PREMI K. M., 1991, India's Population: Heading Towards a Billion. An Analysis of 1991 Census Provisional Results, B R Pub., Delhi, 159 p.

- RAJAN S. I., SUDHA S. et MOHANCHANDRAN P., 2000, « Fertility Decline and Worsening Gender Bias in India : Is Kerala No Longer an Exception ? » *Development and Change*, vol. 31, pp. 1085-1092.
- RAMACHANDRAN S., 1992, « Sex Ratio and the Status of Women in India », *Canadian Women Studies*, vol. 13, n° 1, pp. 61-67.
- RAMASUBHAN R. et JEJEEBOY S. J. (éd.), 2000, *Women's Reproductive Health in India*, Rawat, Delhi, 460 p.
- RETHERFORD et ROY, 2003, « Factors Affecting Sex Selective Abortion in India », *NFHS bulletin*, n° 17, 5 p.
- ROBINSON W., 1997, « The Economic Theory of Fertility Over Three Decades », *Population Studies*, vol. 51, n° 1, pp. 63-74.
- ROGERS E. M., 1995, *Diffusion of Innovations*, The Free Press, New York, 518 p.
- SAGLIO-YAZIMIRSKY M. C. et MARIUS-GNANOU K., 2002, *Éducation, santé, statut des femmes : des progrès limités, dans population et développement en Inde*, saglio-yazimirsky (éd.), Ellipses, p. 106-131.
- SHAH A. et TANEJA S., 1992, « What do Males and Females of Delhi Think about Female Foeticide », *Indian Journal of Social Science*, vol. 5, n° 1, pp. 81-92.
- SHARMA K. et JOSEPH A., 1994, « Female Foeticide : the Abuse of Technology », in *Whose News ? : the Media and Women's Issues*, Sage, Delhi, pp. 64-69.
- SRINIVASAN K., 1994, « Sex Ratios : What they hide and what they reveal », *Economic and Political Weekly*, vol. 29, n° 51-52, pp. 3233-3234.
- SUDHA S. et RAJAN I. S., 1999, « Female Demographic Disadvantage in India 1981-1991: Sex Selective Abortions and Female Infanticide », *Development and Change*, vol. 30, n° 3, pp. 585-618.
- SUDHA S. et RAJAN I. S., 2003, « Persistent Daughter Disadvantage, What do Estimated Sex ratios at Birth and Sex Ratios of Child Mortality Risk Reveal ? », *Economic and Political Weekly*, pp. 4361-4369.
- VELLA S., 2003, « Éthique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde », *Autrepart*, n° 28, pp. 147-163.
- VÉRON J. et NAIR S., « L'Inde : un milliard d'Indiens », Séminaire de valorisation de la recherche, 23 mai 2002, INED, Paris.
- VISWESWARA R. et al., 2000, « Gender Differentials in Malnutrition. A Case Study of Pre School Children », *Man in India*, vol. 80, n° 3 et 4, pp. 289-294.
- VISARIA L., 1999, « Deficit of Women in India. Magnitude, Trends, Regional Variations and Determinants » in BHARATHI R. et BASU A. (éd.), *From Independence Towards Freedom*, Oxford University Press, Delhi, 248 p.

Carte des États indiens et des territoires de l'Union



CONCLUSION

De nouvelles questions de recherche en fécondité et santé de la reproduction dans les pays du Sud

PHILIPPE MSELLATI, PATRICE VIMARD et AGNÈS ADJAMAGBO

Si la question de la santé de la reproduction est unique, son expression est multiforme à travers les continents et les cultures ; c'est ce que reflète cet ouvrage, fruit du travail de recherche de quatre années de notre équipe travaillant dans ce champ de recherches. Dans cette conclusion, nous présentons tout d'abord, de manière volontairement synthétique, ce qui nous apparaît être comme les principaux enseignements qui se dégagent des différents chapitres, sans prétendre être exhaustifs de la richesse d'informations et de résultats qu'ils contiennent. Puis, nous nous efforcerons de dresser un tableau, forcément incomplet, de nos lacunes, tout en identifiant quelques pistes de recherche pour l'avenir.

Le XX^e siècle fut celui de changements sans précédent des tendances démographiques. La population mondiale y a plus que triplé, le cap des 6,5 milliards d'individus sur la terre étant atteint en cette année 2005 où nous terminons la rédaction de cet ouvrage. Dans le même temps, la transition démographique s'est effectuée dans la majorité des pays à un rythme plus rapide que prévu, et aujourd'hui, plus de la moitié de l'humanité vit dans un pays où la fécondité est inférieure au seuil de remplacement des générations, soit 2,1 enfants par femme. Aussi, le pic de la population mondiale devrait être proche de 9,2 milliards, dans le courant de ce siècle, alors que des prévisions émises il y a une cinquantaine d'années prévoient un maximum de 15 milliards d'habitants

sur la terre. Cette évolution quantitative a été aussi l'occasion d'un changement d'équilibre à l'échelle de la planète entre les pays du Nord, à la population vieillissante, et ceux du Sud, qui représentent aujourd'hui plus de trois quarts de la population totale.

Des changements de fécondité et de santé de la reproduction dans un contexte transformé

Durant la dernière décennie, l'évolution de la santé de la reproduction, et des systèmes de soin qui lui correspondent, dans les pays en développement a été particulièrement affectée, d'une part, par les conséquences de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et, d'autre part, par la diffusion de l'épidémie de VIH/sida. Dix ans après le consensus de la conférence du Caire, les progrès en matière d'information sur la contraception et de mise à disposition de moyens permettant aux femmes d'exercer leurs droits en matière de gestion de leur vie reproductive sont manifestes, même s'ils demeurent très inégaux selon les pays, particulièrement en Afrique subsaharienne où certains pays n'ont pas connu d'amélioration depuis l'adoption du programme d'action de la conférence en 1994. Malgré tout, la réussite de pays pauvres en matière d'information contraceptive, même auprès des populations sans instruction ou rurales, montre qu'il s'agit d'un objectif réaliste pour tout pays en développement, pour peu qu'il s'en donne ou en obtienne les moyens. La progression dans l'utilisation de la contraception est l'un des facteurs de la baisse de la fécondité comme de l'émergence de l'autonomie de la femme dans la vie conjugale, constatée dans beaucoup de populations.

Quant à l'impact démographique de l'épidémie de VIH/sida, il ne peut être véritablement isolé du contexte de sous-développement et de pauvreté dont il participe et qu'il contribue à entretenir par ses effets destructeurs sur les systèmes de reproduction démographique et de production ainsi que sur les équilibres sociaux. Cet effet du sida est d'ores et déjà important sur la mortalité, la fécondité et les structures par âge : ses conséquences sociales et

économiques sont susceptibles d'enrayer très sensiblement le développement des pays les plus touchés, avec un effet qui augmentera dans un futur proche pour les régions les plus touchées par le virus.

Dans ce contexte renouvelé, les expériences différenciées de transition de la fécondité présentées dans cet ouvrage, montrent que les éléments sensiblement comparables que l'on peut rencontrer dans les différents pays étudiés — progrès de l'urbanisation et des activités marchandes, autonomie des couples et des individus, diffusion de normes occidentales de comportements, coût croissant des enfants — se traduisent par une baisse de la fécondité qui s'effectue selon des configurations et des rythmes sensiblement différents, en référence à des situations historiques et culturelles nationales, voire régionales, distinctes. Les transitions que l'on peut appréhender à l'échelle continentale ou nationale sont les résultantes de changements relativement variés dans leur calendrier et leurs déterminants qui peuvent être mieux cernés à l'échelle des régions ou à celle des catégories socio-économiques. On vérifie ainsi, à travers les analyses de l'ouvrage, combien la relation « niveau de développement socio-économique — niveau de fécondité » est loin d'être simple et univoque. Les comportements de procréation s'intègrent en effet dans un ensemble de décisions des familles, qui tiennent compte des contextes économiques (relatifs notamment à la nature de l'activité féminine), sociaux (en relation tout particulièrement avec la permanence des rôles masculins et féminins très inégalitaires), culturels (en rapport avec le contrôle de la famille élargie sur les décisions de fécondité), et institutionnel selon l'adéquation des programmes de planification familiale à ce même contexte culturel.

Cette transition de la fécondité accompagne une transition du modèle familial et du modèle de couple, dont de multiples signes sont décrits dans l'ouvrage. Le lien conjugal prend peu à peu le devant de la scène, avec un investissement des individus dans la vie amoureuse, au détriment des liens lignagers et des relations sociales entre aînés et cadets, et l'on observe une plus grande place des femmes dans les décisions qui concernent la famille, un dialogue plus équitable dans le couple qui peut évoluer vers un partenariat entre l'homme

et la femme, notamment en matière de procréation et d'éducation des enfants. Même en Amérique latine, où les familles fonctionnent encore souvent sur un mode traditionnel, selon lequel la femme est responsable de la vie domestique et l'homme de l'acquisition des ressources économiques, une évolution transparente des enquêtes récentes et de nouvelles mentalités coexistent avec les modèles plus anciens. Les études prolongées, la possibilité de contrôler les naissances, l'accès au travail hors de la maison, les familles plus réduites mènent en effet les femmes à une plus grande autonomie en ce qui concerne la nuptialité, la maternité et la gestion des ressources.

Ainsi, à l'affirmation croissante du couple dans la vie familiale correspond celle de l'individu, homme et femme, de plus en plus autonome dans la gestion de sa vie sexuelle, matrimoniale, procréative et parentale. La disparition des mariages très précoces et le développement d'une sexualité et d'une fécondité prémaritales en sont, parmi d'autres, des manifestations qui attestent également d'une dissociation progressive entre sexualité, procréation et nuptialité. On observe ainsi un affaiblissement du contrôle social et familial sur les jeunes qui parviennent, peu à peu, à s'approprier un plus grand espace de liberté, même si la dépendance subjective, les grossesses adolescentes et le maintien de la division sexuelle du travail domestique retardent encore largement les évolutions pour les femmes.

Une partie importante de l'ouvrage est dédiée aux systèmes de soin et aux conditions d'accès des populations à ces systèmes dans des contextes épidémiologiques et sanitaires forts distincts. Comme le montrent les chapitres consacrés aux systèmes de prise en charge de différentes maladies, à cette variété des contextes de santé devrait correspondre une diversité des stratégies de prévention et de soins qui ne peuvent procéder d'un modèle unique et global, mais qui devraient dépendre des connaissances des populations en matière d'étiologie, des modes familiaux de gestion de la santé, des capacités d'accès au système de soins et de la qualité de celui-ci.

À cet égard, au moment où la lutte contre le paludisme est redéfinie et où celle contre le sida pédiatrique est amorcée, les études présentées ici nous in-

diquent que si les innovations pharmaceutiques et médicales sont essentielles, elles ne peuvent suffire si, dans le même temps, la santé publique ne prend pas en compte et n'intègre pas les ressorts de leur adoption par les populations.

Des objets en manque de recherches

La quasi-totalité des programmes de planification familiale se sont concentrés au cours du XX^e siècle sur les couples mariés et sur les adultes tandis que le manque d'attention prêtée au nombre croissant d'adolescents ayant des relations sexuelles préconjugales était partout flagrant. Malgré les recommandations de la conférence du Caire, la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes adultes reste un sujet peu abordé dans la recherche et surtout peu développé dans les politiques de santé et de planification familiale qui demeurent aujourd'hui en grande partie toujours destinées aux individus adultes et mariés. Pourtant, il s'agit bien de la population la plus nombreuse, et la plus exposée, du fait de son inexpérience et de sa situation sociale, aux divers risques qu'il s'agisse du VIH/sida, et plus largement des MST ou bien encore des grossesses à risque. Mais leur sexualité reste un sujet difficilement acceptable par les sociétés adultes et de ce fait, alors qu'ils sont les plus sensibles aux innovations, ils sont aussi les plus oubliés, comme le montrent bien des analyses de cet ouvrage tout spécialement pour ce qui concerne les jeunes filles et les femmes célibataires à qui, par exemple, on refuse souvent l'accès aux services de contraception.

Plus largement, la condition féminine dans son ensemble est l'un des fils conducteurs majeurs de cet ouvrage, comme il se doit dans un travail sur la santé de la reproduction et la fécondité. Que ce soit au niveau des droits en matière de reproduction, de l'accès des jeunes filles et des femmes à l'éducation, à la contraception et à l'avortement, de l'amélioration de leurs capacités de négociation dans les relations sexuelles, permettant de mieux prévenir la diffusion du VIH/SIDA, il existe bien une constante : la santé de la reproduction sous tous ses aspects, est directement liée au statut des femmes et des jeunes filles

dans les diverses sociétés. Les pratiques de discriminations et les violences en direction des femmes et des filles, la surmortalité des petites filles, pouvant aller jusqu'à l'eugénisme, témoignent toutes d'une politique de genre néfaste à la santé des femmes.

La mortalité maternelle est une autre manifestation qui témoigne de la précarité de la condition féminine. Elle reste à des niveaux inacceptables en Inde et en Afrique subsaharienne, surtout quand on les compare aux résultats obtenus en la matière par d'autres régions, alors que la communauté médicale dispose des connaissances sanitaires et des moyens techniques pour la diminuer. Mais là encore, cette surmortalité dépend aussi et surtout de la place des femmes dans la famille et la société. Au-delà de la recherche et des choix religieux en vigueur, il faudra bien, du point de vue de la santé des femmes et de la famille, revenir sur le caractère illégal, et partant, dangereux et clandestin de l'avortement dans de très nombreux pays, entraînant une mortalité féminine importante. Avortement souvent utilisé, en ultime recours, comme une méthode de régulation des naissances en l'absence d'accès aux méthodes de contraception évoquée plus haut.

Comme plusieurs auteurs l'ont souligné, l'approche de genre, encore trop peu utilisée et souvent à un stade exploratoire, semble pertinente à développer au cours des années à venir pour mieux comprendre les changements dans les pratiques sexuelles et les comportements reproductifs et de santé. Mais le manque d'indicateurs adéquats et observables par des enquêtes fait encore défaut pour analyser en profondeur les systèmes de genre, alors que l'évolution des rapports sociaux de sexe en matière de pratiques matrimoniales, sexuelles et reproductives, de statut et de rôle des femmes dans la famille, a des conséquences importantes en matière de gestion de la fécondité et de la santé, et de lutte contre le sida et les IST en général. En même temps, les hommes sont, finalement, assez absents de cet ouvrage et il apparaît nécessaire de développer des recherches dans leur direction en matière de santé de la reproduction.

L'épidémie de VIH/sida, maintenant identifiée depuis 25 ans et durablement installée dans la vie de l'humanité comme instrument de mort et de désagrè-

gation, demeure sans doute la plus grande inconnue dans les domaines qui nous importent. Le sida, en santé de la reproduction comme dans beaucoup d'autres domaines, est venu en effet bouleverser profondément les schémas établis. Alors qu'une amélioration progressive de la santé de l'enfant et une augmentation continue de l'espérance de vie pouvaient raisonnablement être considérées comme prévisibles à partir des années 1960, l'épidémie est venue détruire ces acquis dans les pays les plus touchés. La mortalité infanto-juvénile a augmenté à nouveau, et l'espérance de vie a régressé à des niveaux équivalents, voire plus bas, à ceux des années 1960. Par ailleurs, toutes les conséquences sociales et économiques de l'épidémie restent encore mal appréhendées et ne sont pas encore toutes ressenties dans les pays les plus concernés. Notamment, nous n'avons pas une compréhension claire de la diffusion différenciée du VIH selon les pays et les populations ; de même, nous ne savons pas bien pourquoi certains pays, tels ceux de l'Afrique australe, sont à des niveaux d'infection jamais atteints précédemment. La nature sociale, économique et politique, de la diffusion de l'épidémie reste à appréhender, et ceci de façon urgente. En effet, celle-ci se diffuse dans d'autres régions du monde déstructurées socialement, telles que les anciens états constitutifs de l'Union soviétique, qui pourraient bénéficier des enseignements acquis ailleurs.

En santé de la reproduction, une constante traverse tous les champs. La connaissance, que ce soit des moyens de contraception ou de prévention du sida, est bien établie et s'améliore constamment, mais elle reflète mal l'usage fait de cette connaissance, et partant, le niveau de prévalence contraceptive ou du VIH dans une population donnée. Si les connaissances progressent relativement rapidement, les comportements changent plus lentement et les pratiques de prévention ont du mal à s'imposer face aux pesanteurs familiales et sociales comme à l'inertie des personnels de santé. De ce point de vue, les études sur la sexualité gagneraient à être abordées en considérant conjointement comment les individus et les couples gèrent les risques de grossesse indésirée et d'infections sexuellement transmissibles.

Enfin, les pays à fécondité faible et population vieillissante ne sont que peu abordés dans cet ouvrage ou dans le champ de recherches de l'équipe. Cependant, en Amérique latine ou en Asie, voire au Maghreb, la question des conséquences du vieillissement dans tous les domaines économiques et sociaux ne manquera pas de se poser dans un avenir proche, ce qui pourrait amener les gouvernements à s'interroger sur l'intérêt ou la nécessité de mettre en œuvre des politiques populationnistes, après quelques décennies de contrôle malthusien de la population.

Ainsi, nous ne pouvons que constater l'existence d'une grande variété des priorités de recherche démographique selon la diversité des situations et des contextes régionaux et nationaux. Plus encore qu'à la fin du siècle précédent, lorsque la plupart des recherches dont il est fait état dans cet ouvrage, ont été entamées, l'état de la démographie et de la santé des pays du Sud est multiforme dans ses structures comme dans ses dynamiques. La diversité des transitions démographiques et épidémiologiques en matière de calendrier, comme la variété de leurs référents culturels, idéologiques et socio-économiques sont attestées depuis un certain temps déjà. Mais, aujourd'hui, au delà de cette diversité des rythmes et des facteurs, ce sont les trajectoires elles-mêmes de ces transitions qui se trouvent questionnées par des phénomènes nouveaux ou récents.

Alors qu'ils étaient engagés depuis quelques années ou quelques décennies dans une baisse de leur fécondité, quelques pays se sont caractérisés durant ces dernières années par une stabilisation de la fécondité et des variables qui lui sont directement liées : prévalence contraceptive et demande d'enfants. À cette interruption de la baisse de la fécondité répond, dans des pays qui sont souvent les mêmes, une stagnation voire une remontée de la mortalité, et tout particulièrement de la mortalité des enfants. Ces remises en cause des diminutions tendanciennes des composantes du mouvement naturel, qui ajoutent à la diversité des évolutions démographiques possibles dans le monde contemporain, devront être mieux prises en compte dans les recherches futures. Et au-delà de ce qu'elles signifient en termes de régimes démographiques, leurs différents facteurs, qui agissent le plus souvent en interaction, devront également faire

l'objet de plus d'attention, même si les premières études permettent déjà de les identifier de manière générale : diffusion du VIH/sida, croissance d'une pauvreté multidimensionnelle, désorganisation de systèmes de santé participant de la désagrégation de certains états, recul des grands programmes de vaccination, et inclusion du principe de recouvrement des coûts dans le financement des prestations de services publics de santé.

Alors que beaucoup de pays continuent et continueront de se diriger vers le terme de leur transition démographique, soit un état caractérisé par une mortalité réduite et une fécondité faible, quelques pays risquent de se distinguer par une inversion, momentanée ou plus durable, de ce processus qui s'articulera avec un retard, voire un recul, des progrès socio-économiques, fournissant la matière à de nouvelles interrogations sur les modèles d'évolution des régimes démographiques et sur leurs articulations avec les évolutions économiques et sociales.

À cet égard, cet ouvrage témoigne bien, à notre sens, de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et, à de multiples niveaux, des phénomènes complexes qui sont ici étudiés, permettant, d'une part, d'obtenir une compréhension plus fine des mécanismes qui les sous-tendent et, d'autre part, de mieux les appréhender dans leur globalité. Il met également en évidence, par les nouvelles questions qu'il suscite inévitablement à la lecture, comme par les creux qu'il contient, de multiples questions de recherche à explorer afin de mieux comprendre les évolutions des régimes de procréation et de l'accès à la santé de la reproduction en ce début du XXI^e siècle.

LES AUTEURS

- ADJAMAGBO Agnès** Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- AGBO Hélène** Assistante de recherche, Ditrane Plus 3 ANRS 1253, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- AKA-DAGO-AKRIBI Louise Hortense** Maîtresse assistante, Département de psychologie, Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- ANOH Amoakon** Enseignant-chercheur à l'UFR des sciences économiques et de gestion, Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- BROU Herman** Doctorant, Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), allocataire ANRS, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- CHASLES Virginie** Doctorante, LEDRA-UMR IDEES 6063, Université de Rouen, France.
- COSÍO-ZAVALA Maria Eugenia** Professeure, Université de Paris X-Nanterre, et CREDAL, Paris, France.
- DELAUNAY Valérie** Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- DOSSOU Rose** Présidente de Chigata (association de soutien aux enfants infectés et affectés par le VIH), Abidjan, Côte d'Ivoire.

- DESGRÉES DU LOÛ Annabel** Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- ELENGA Narcisse** Pédiatre, Programme enfant Yopougon (ANRS), PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- FASSASSI Raïmi** Enseignant-chercheur à l'ENSEA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- FASSINOU Patricia** Pédiatre, service de Pédiatrie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- FAYE Sylvain** Chercheur, Université de Laval, Québec, Canada
- FERRY Benoît** Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- FRANCKEL Aurélien** Doctorant, Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- GASTINEAU Bénédicte** Chargée de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- GAUTIER Arlette** Maîtresse de conférences à l'Université de Paris X-Nanterre, chargée de recherche en accueil à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- GUILLAUME Agnès** Ingénieur de recherches à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.

- LALOU Richard Chargé de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- LE HESRAN Jean-Yves Chargé de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Unité de recherche Santé de la mère et de l'enfant en milieu tropical : épidémiologie génétique et périnatale (R010), Paris, France.
- MSELLATI Philippe Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), UMR 145 VIH/SIDA et maladies associées, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
- SCORNET Catherine Maîtresse de conférences à l'Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- TALNAN Édouard Enseignant-chercheur à l'ENSEA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- TIJOU-TRAORE Annick Chercheure, SSD/ADES, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, France.
- VELLA Stéphanie Doctorante, département de géographie, Université de Bordeaux III, France.
- VIMARD Patrice Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Marseille, France.
- WÄITZENEGGER Florence Chercheure, Université de Montréal, Canada.

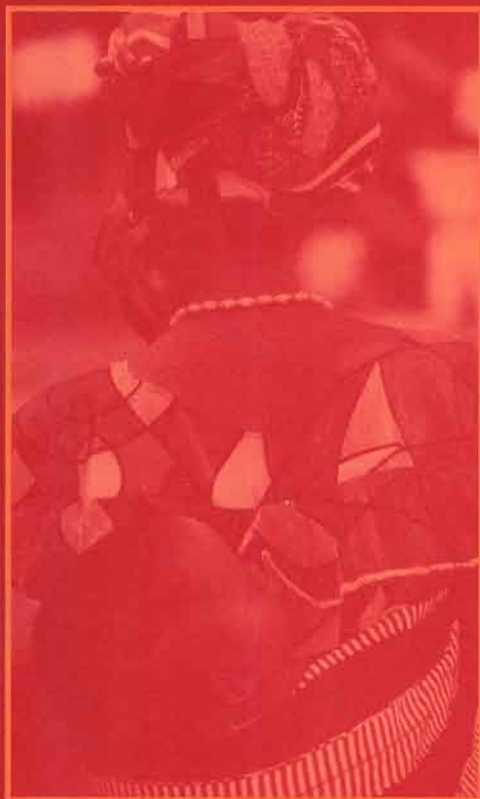
LE LABORATOIRE

POPULATION–ENVIRONNEMENT–DÉVELOPPEMENT

Fondé en 1984, le laboratoire Population–Environnement–Développement est commun à l'Université de Provence (Aix-Marseille I) et l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Contractualisé comme Unité mixte de recherche en 2002, le LPED réunit une quarantaine de chercheurs et enseignants-chercheurs, et une quarantaine de doctorants. Le laboratoire développe des recherches interdisciplinaires sur les relations entre les dynamiques des populations humaines, l'environnement et le développement. Les programmes actuels, menés en partenariat avec des institutions de recherche françaises et étrangères, portent principalement sur les transitions démographiques et les politiques de population, la santé de la reproduction et les progrès sanitaires, les migrations et la recomposition des territoires, la gestion des ressources naturelles et le devenir des sociétés rurales, le développement local et les services urbains. Ces recherches théoriques, méthodologiques et empiriques sont prolongées par des activités de formation, de valorisation et d'expertise scientifique, en liaison avec divers réseaux scientifiques animés par des membres du laboratoire en France et à l'étranger.

lped@up.univ-mrd.fr <http://www.lped.org>

La maîtrise individuelle de la procréation et la santé de la reproduction sont des éléments incontournables du développement humain, tout en demeurant des objectifs difficiles à atteindre pour beaucoup de populations des pays du Sud. Face à ce constat, cet ouvrage vise à apporter au lecteur une meilleure compréhension des conditions et des facteurs de la fécondité et de la santé reproductive et familiale dans le monde en développement.



En tenant compte des changements institutionnels (programme d'action du Caire, Objectifs du Millénaire pour le développement), sanitaires (VIH/sida, maladies réémergentes) et socio-économiques (évolution des relations de genre, inégalités croissantes), son objectif est d'identifier les grandes tendances actuelles, les changements de comportements et les obstacles aux progrès.

Les analyses présentées relèvent autant de comparaisons à l'échelle continentale, qui permettent d'élaborer des lois relativement générales, que d'approches localisées, en relation avec des contextes culturels ou économiques particuliers.

À travers 16 chapitres, portant sur l'Afrique subsaharienne, le Maghreb, l'Amérique latine ou l'Asie, l'ouvrage s'ordonne autour de trois questions essentielles pour comprendre l'évolution actuelle de la reproduction humaine dans les pays en développement :

- les nouveaux comportements favorables à la santé de la reproduction et à la régulation des naissances et leurs processus de diffusion ;
- les conséquences du sida sur les composantes de la santé reproductive et familiale et les réponses apportées par les programmes de santé et les populations à la diffusion de la pandémie ;
- les relations entre les évolutions des régimes de fécondité, les changements socio-économiques et les politiques de population.

ISBN 978-2-87209-832-3

