

*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.

Vimard Patrice, Adjamagbo Agnès, Msellati Philippe.

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

In : Adjamagbo Agnès (dir.), Msellati Philippe (dir.), Vimard Patrice (dir.). Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements. Louvain-la-Neuve (BEL), Marseille : Academia Bruylant, LPED, 2007, p. 11-35.

ISBN 978-2-87209-832-3