



*Equipe de recherche*

*Transition de la fécondité et*

*Santé de la reproduction*

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 7

---

**LA RÉGULATION DE LA FÉCONDITÉ  
À YOPOUGON (ABIDJAN)  
Une analyse des biographies contraceptives**

---

Agnès GUILLAUME



**Institut de recherche  
pour le développement**

Paris, mai 1999

Agnès Guillaume, démographe, ingénieur de recherche à l'IRD, membre de l'ETS  
ENSEA / IRD, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire  
Tél. : (225) 44 08 40 - Télécopie : (225) 44 39 88  
E-mail : [Agnes.Guillaume@orstom.ci](mailto:Agnes.Guillaume@orstom.ci)

© ETS/IRD 1999

ISSN 1274-9494

Ce document a été publié grâce à une subvention du programme de l'IRD « Systèmes de santé ».

Éléments de catalogage :

La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan). Une analyse des biographies contraceptives / Agnès Guillaume - Paris : ETS, Ird, 1999, 31 p. ; 30 cm. (Equipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Documents de recherche n° 7, ISSN 1274-9494).

**GUILLAUME Agnès : La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan). Une analyse des biographies contraceptives.**

**RÉSUMÉ :** Cet article analyse les comportements de planification familiale adoptés par les femmes au cours de leur vie féconde, à partir d'une étude des biographies contraceptives. L'étude de la période d'entrée en vie contraceptive ainsi que de la régularité dans l'utilisation des méthodes met en évidence les besoins des femmes en matière de planification familiale. La pratique contraceptive a augmenté chez les femmes de Yopougon depuis les années 1980, révélant de nouvelles aspirations en matière de fécondité. Si l'utilisation de la contraception est relativement constante après chaque naissance, cette pratique contraceptive se traduit par la recherche d'une efficacité supérieure des méthodes puisque l'utilisation de méthodes modernes de contraception augmente pour les naissances de rang élevé. La prévalence contraceptive est plus importante chez les jeunes femmes que chez leurs aînées et intervient chez ces femmes dès le début de la vie féconde.

**MOTS CLÉS :** Côte d'Ivoire – Planification familiale – Biographie contraceptive.

**GUILLAUME Agnès : Fertility regulation in Yopougon (Abidjan). An analysis of contraceptive biographies**

**ABSTRACT :** The behavior of family planning were analysed through the studies of contraceptive biographies during reproductive life. The beginning of contraceptive use and its regularity revealed women needs for family planning. Contraceptive use has, since the 1980s increased considerably among demonstrating new reproduction ideals. If contraceptive use is relatively constant after each birth, it is owed to the search for more effective methods, as the use of modern methods of contraception increases for births higher in the birth order. Contraceptive use is more significant in young women than in older women. Younger use contraception right from the onset of their reproductive life showing, on their part, true planning of their reproduction. Younger women have rates of prevalence almost twice as high after the first and second births in comparison to older women at the end of their reproductive life

**KEY WORDS :** Côte d'Ivoire – Family planning – Contraceptive biographies.



## **INTRODUCTION<sup>1</sup>**

En Afrique subsaharienne les niveaux de fécondité restent élevés comme l'attestent les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) : les indices de fécondité sont situés entre 5 et 7 enfants par femme mais ont cependant connu dans certains pays une évolution à la baisse. Ainsi, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Ghana ont des indices compris entre 5,5 et 5,7 enfants par femmes dans les années 1993-1997. Dans ces trois pays, la fécondité a diminué puisqu'elle se situait à 7,2 enfants par femme en Côte d'Ivoire dans les années 1981-82 (selon les données de l'enquête ivoirienne de fécondité), 6,4 au Sénégal et au Ghana en 1986 et 1988 selon les résultats des EDS. Les autres pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Togo...) ont des niveaux de fécondité plus élevés, entre 6 et 7,4 enfants par femme.

VIMARD et FASSASSI (1998) ont montré qu'en Afrique subsaharienne, « la baisse de la fécondité est concomitante d'une progression de l'utilisation de la contraception ». Ils constatent cependant que la corrélation entre la prévalence contraceptive et le niveau de fécondité est plus faible que dans des pays se situant à une phase plus avancée de leur transition, cette différence pouvant dépendre de l'effet plus important sur la fécondité d'autres facteurs que la seule pratique contraceptive dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Dans ces pays, la prévalence contraceptive est variable et a également connu une évolution sensible. En Côte d'Ivoire, par exemple, cette prévalence a quadruplé en une quinzaine d'années : elle est passée chez les femmes ivoiriennes en union de 3 %, à l'enquête ivoirienne fécondité de 1981-82, à 11 %, à l'enquête démographique et de santé de Côte d'Ivoire (EDSCI) de 1994 pour l'ensemble des méthodes et de 1 à 4 % pour les méthodes modernes. Cette tendance s'observe dans bien d'autres pays (tableau annexe 1). Ainsi au Ghana, en 5 ans la prévalence pour l'ensemble des méthodes est passée de 13 à 20 % et pour les méthodes modernes a doublé (de 5 à 10 %). Au Sénégal, l'évolution a été similaire puisqu'en dix ans, la prévalence a augmenté de 5 à 13 % pour l'ensemble des méthodes et a quadruplé pour les méthodes modernes (de 2 à 8 %). La Côte d'Ivoire se situe dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays d'Afrique de l'Ouest : une pratique contraceptive moderne équivalente à celle du Bénin et du Togo (3 %), du Burkina et du Nigeria (4 %), mais plus faible que celle du Libéria (6 %), du Sénégal (8 %) et du Ghana (10 %) dans les années 1990. Ces pays se différencient également par l'importance variable de l'utilisation de méthodes naturelles et populaires : au Ghana par exemple, malgré la croissance importante dans l'utilisation des méthodes modernes, 10 % des femmes recourent encore à des méthodes peu efficaces, au Bénin 13 % des femmes utilisent ce type de méthodes, et au Libéria par contre la pratique contraceptive repose uniquement sur des méthodes modernes.

Outre la prévalence contraceptive, les écarts entre les niveaux de fécondité peuvent s'expliquer notamment par des pratiques différentielles des modes de régulation traditionnelle de la fécondité (allaitement et abstinence post-partum), mais aussi peut-être par le recours à l'avortement. Les conditions d'accès à la contraception en terme de coût comme d'accessibilité géographique ainsi

---

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier Annabel Desgrées du Lou pour ses conseils en analyse des données et les différents relecteurs pour leurs commentaires critiques de ce texte. Cette étude a bénéficié du soutien de l'AUPELF-UREF dans le cadre d'une action de recherche partagée.

## *La régulation de la fécondité à Yopougon*

que l'ancienneté des programmes de planification familiale sont des éléments qui influencent le niveau actuel de pratique contraceptive et l'antériorité de l'utilisation : autant de facteurs influant sur le niveau de la fécondité.

En Côte d'Ivoire par exemple, la planification familiale est restée peu pratiquée durant de nombreuses années, car seule l'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial (AIBEF) assurait la diffusion de prestations, essentiellement dans quelques centres urbains. Bien que la prévalence contraceptive reste faible, certaines données présagent d'une augmentation de l'utilisation de la contraception dans l'avenir. Ainsi, parmi les femmes en union qui n'utilisent pas la contraception, 19 % mentionnent leur intention de l'utiliser dans les prochains mois, 15 % plus tard et 2 % dans un avenir non défini. Cette intention porte essentiellement sur des méthodes efficaces (83 % sont favorables à l'utilisation de méthodes modernes). Mais l'on peut s'interroger sur les évolutions réelles de cette pratique, car il n'y a pas toujours convergence des opinions sur la planification familiale au sein des couples. En effet, si dans 38 % des couples l'homme et la femme approuvent la planification familiale, dans 23 % ils la désapprouvent et dans 37 % des cas ils ont des opinions opposées.

Des changements récents dans la politique en matière de population laissent augurer d'un meilleur accès aux services de planification familiale et devraient aussi contribuer à une plus grande prévalence contraceptive. En effet, le gouvernement ivoirien, en mars 1997, a adopté la « déclaration de politique nationale de population » dont « le but principal visé est [...] l'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement durable » (MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE, CHARGÉ DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT INDUSTRIEL, 1997). Parmi les objectifs spécifiques de cette politique de population celui consacré à la maîtrise de la croissance naturelle de la population se fixe de :

- infléchir le niveau de fécondité en faisant passer le nombre moyen d'enfants par femme de 5,7 à 4,5 en 2015 ;
- réduire de moitié la morbidité et la mortalité maternelle et infantile d'ici 2015 ;
- réduire de moitié la morbidité et la mortalité générale d'ici 2015 ;
- réduire l'expansion des MST et de l'épidémie à VIH/SIDA.

Certaines actions prioritaires ont été définies pour atteindre ces objectifs qui, dans le domaine de la maîtrise de la fécondité et de la planification familiale visent notamment à revoir et à élaborer des textes législatifs et réglementaires relatifs à la planification familiale. Il s'agit également de généraliser les programmes de planification familiale en vue d'accroître la prévalence contraceptive de 5,7 % en 1997 à 30 % d'ici 2015, d'impliquer les hommes dans les actions de planification familiale pour une parenté responsable et de renforcer les structures de suivi des activités de planification familiale.

Dans ce contexte d'évolution de la politique de population et de mise en place de programmes de planification familiale, où apparaît également un besoin croissant de régulations des naissances de la part des populations, il nous a semblé intéressant d'analyser les tendances des comportements de reproduction et leurs évolutions.

## L'ANALYSE DES BIOGRAPHIES CONTRACEPTIVES

L'objectif de cet article est de mettre en évidence les changements dans les comportements reproductifs des femmes en les analysant de manière longitudinale, au fur et à mesure de la constitution de leur descendance. Cette étude a été menée à partir des biographies contraceptives des femmes : en retraçant leur histoire des maternités, nous avons décrit la pratique contraceptive après chaque naissance en considérant les différentes méthodes utilisées. Ce parallèle entre la constitution de la descendance et la pratique contraceptive permet d'appréhender avec précision la manière dont les femmes gèrent leur reproduction. Ainsi plusieurs comportements peuvent être mis en évidence :

- soit les femmes s'inscrivent dans une régulation naturelle de leur fécondité, c'est-à-dire qu'elles ne recourent à aucune contraception durant toute leur vie féconde ;
- soit elles optent pour une pratique d'espacement des naissances avec une utilisation plus ou moins régulière de la contraception au cours de la vie féconde ;
- soit elles utilisent la contraception uniquement pour limiter leur descendance : dans ce cas cette utilisation intervient seulement lorsqu'une certaine parité est atteinte.

La chronologie de ces deux séries d'événements, utilisation de la contraception et constitution de la descendance, permet d'étudier les évolutions dans le temps de la pratique contraceptive et des besoins ressentis par les femmes en matière de planification familiale : ainsi une étude de la période de la première utilisation de la contraception et de la régularité de son utilisation nous fournit des éléments pour apprécier les stratégies reproductives des femmes.

Habituellement, dans les enquêtes sur la planification familiale, l'étude des pratiques contraceptives repose sur l'utilisation des méthodes soit au moment de l'enquête, soit dans le passé. Ces données, utiles notamment pour définir les niveaux de prévalence contraceptive, ne permettent cependant pas d'analyser l'évolution des pratiques contraceptives des femmes qui varient selon les étapes de leur vie féconde.

Les stratégies d'utilisation de la contraception dépendent en effet de leurs conditions de vie sur le plan économique et social et familial, qui varient au cours du temps en fonction de différents éléments. L'indépendance économique, la situation matrimoniale, l'autonomie de décision de la femme, le poids de la famille sont autant d'éléments qui peuvent influencer sur les comportements et choix reproductifs. Mais entrent également en jeu dans ce processus de décision : la parité atteinte, les besoins ressentis en matière de planification familiale ainsi que les possibilités d'information sur les programmes et d'accession aux structures qui les mettent en œuvre. Une analyse de la pratique de planification familiale, à travers les biographies contraceptives, peut ainsi permettre d'appréhender les changements de comportements des femmes tout au long de leur vie reproductive.

Cette utilité des biographies contraceptives a été soulignée dans une étude menée au Mexique par S. LERNER et *al.* (1994). À partir d'entretiens menés auprès de femmes, les auteurs ont défini les trajectoires reproductives en analysant les pratiques contraceptives féminines au cours de la vie féconde à partir d'éléments tels le nombre d'enfant au moment du premier recours à la contraception, la continuité dans la pratique contraceptive et le type de méthode utilisée. Ils ont ainsi identifié quatre groupes de femmes selon leurs trajectoires :

## *La régulation de la fécondité à Yopougon*

- des femmes dont ils qualifient les trajectoires reproductives de « traditionnelles », c'est-à-dire qui n'ont jamais utilisé de méthodes modernes de contraception ;
- des femmes qui ont utilisé des « méthodes modernes de façon continue » ;
- celles qui y ont eu recours de « façon irrégulière » ;
- et enfin celles qui adoptent « tardivement une méthode moderne de contraception » quand elles ont au moins quatre enfants.

Les auteurs expliquent ces trajectoires variables par les différentes négociations entre les institutions de santé, la communauté et le couple ainsi qu'à travers la trajectoire sociale de ces femmes : l'influence des personnels de santé est déterminante dans l'adhésion à la pratique contraceptive mais aussi dans le choix des méthodes retenues. La perception des méthodes est aussi un élément essentiel dans ces choix : la crainte des effets secondaires et celle d'être malade sont des facteurs d'opposition à ce type de recours.

Nous tenterons à travers nos analyses de mettre en évidence si les stratégies des femmes ivoiriennes peuvent s'apparenter à celles mises en évidence au Mexique. Une limitation apparaît cependant dans nos données : nous ne disposons pas de la pratique contraceptive des femmes avant leur première naissance.

## **LA SOURCE DES DONNÉES**

Les données présentées ici sont issues d'une enquête qui s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche appliquée dont l'objectif principal est d'analyser la demande et l'offre de planification familiale, et d'émettre ensuite des recommandations pour la définition ou la réorientation des programmes d'intervention dans ce domaine<sup>2</sup>. Cette enquête a été menée à Yopougon, une commune de la ville d'Abidjan, auprès d'un échantillon 1 200 ménages dans lesquels 985 femmes, âgées de 15 à 49 ans, et 949 hommes, âgés de 20 à 59 ans, en union ou non, ont été interrogés sur leurs attitudes et comportements en matière de fécondité : descendance actuelle, connaissance et pratique relative à la planification familiale, idéaux en matière de fécondité, stérilité et avortement, connaissance et utilisation des préservatifs, connaissance du sida. Pour les femmes, un module spécifique a retracé leur histoire des maternités et en parallèle leur histoire contraceptive. Le choix s'est porté sur cette commune d'Abidjan qui est numériquement la deuxième après celle d'Abobo (elle comptait plus de 375 000 habitants au recensement de 1988) et qui présente une grande diversité de populations ivoirienne comme étrangère.

L'indice synthétique de fécondité est, dans cette commune, de 4,8 enfants par femme, soit un niveau légèrement supérieur à celui de la ville d'Abidjan 4,1 en 1994 (selon les données de l'EDSCI). La contraception moderne est connue par 90 % des femmes. La pratique contraceptive comparée à l'ensemble de la ville d'Abidjan est importante : au moment de l'enquête, 38 % des

---

<sup>2</sup> Ce programme de recherche est mené conjointement par l'ENSEA et l'IRD et couvre à la fois le milieu urbain (à Abidjan) et rural (à Sassandra et Aboisso).



femmes déclaraient utiliser une méthode de contraception et il s'agissait pratiquement autant de méthodes modernes (17 %) que naturelles (19 %), l'utilisation des méthodes populaires étant seulement de 1 % (TOURÉ et *al.*, 1997).

La pratique contraceptive des femmes a été observée à plusieurs niveaux, d'une part en retraçant les pratiques actuelles et, d'autre part, en enregistrant les pratiques passées à chaque étape de la constitution de la descendance. Ainsi en retraçant l'histoire génésique des femmes, des questions leur ont été posées sur leur utilisation de méthodes contraceptives après chaque naissance et le type de méthode alors utilisé<sup>3</sup>. Ces données ne couvrent pas la pratique contraceptive durant toute la vie féconde puisque l'utilisation d'une méthode avant la première naissance, pour les femmes ayant eu au moins un enfant, n'est pas connue.

Trois types de méthodes seront considérées dans cette étude :

- les méthodes « modernes » : pilule, stérilet, injection, spermicides, préservatifs<sup>4</sup> ;
- les méthodes « naturelles », c'est-à-dire la méthode des cycles et le retrait, et l'abstinence prolongée (durant la période post-partum ou non) ;
- les méthodes « populaires », c'est-à-dire l'indigénat et les gris-gris.

L'analyse sera centrée sur l'utilisation de méthodes modernes et naturelles qui sont les deux types de méthodes les plus utilisés. L'analyse de l'utilisation des méthodes naturelles nous semble importante dans la mesure où :

- bien qu'elles ne soient pas totalement efficaces, elles sont d'utilisation courante car elles sont culturellement plus acceptables, gratuites, faciles d'accès et sans effets secondaires. Ces méthodes sont souvent préférées à cause des doutes qui planent sur la fiabilité des méthodes modernes (LINDSTROM, 1998) ;
- leur utilisation révèle une demande de planification familiale : ainsi comme le souligne T. LOCOH (1993), à propos de la méthode Ogino, « le fait que les couples l'adoptent est le signe évident qu'ils désirent des moyens nouveaux pour mieux décider de la taille de leur famille ».

Nous analyserons tout d'abord les différentes pratiques de maîtrise de la fécondité en considérant l'utilisation de la contraception à un moment quelconque selon le type de méthode. Nous nous intéresserons également aux pratiques abortives afin de voir si elles sont susceptibles d'intervenir comme mode de régulation de la fécondité.

Nous analyserons ensuite les biographies contraceptives afin de mettre en évidence les stratégies de planification de leur descendance que les femmes sont susceptibles d'adopter. Nous porterons une attention particulière à la période de début d'utilisation de la contraception et à la régularité

---

<sup>3</sup> Les femmes qui ont eu des naissances gémellaires (5 % des femmes interrogées) ont été exclues de l'étude : l'analyse des biographies contraceptives reposant sur une étude des pratiques entre les naissances de rangs successifs, elle n'était pas réalisable pour les naissances gémellaires, pour lesquelles les rangs de naissances sont différents.

<sup>4</sup> En Côte d'Ivoire, les implants ne sont quasiment pas prescrits et la stérilisation est peu pratiquée.

dans cette pratique en fonction de l'histoire des maternités. Enfin nous étudierons l'impact de la pratique contraceptive sur les intervalles intergénéraliques.

## **L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION AU COURS DE LA VIE FÉCONDE**

Les réponses relatives à l'utilisation de la contraception « à un moment quelconque » de la vie féconde tendent à surestimer la pratique contraceptive : d'une part, il suffit que la femme ait utilisé une fois une méthode quelconque pour que ces réponses soient positives ; d'autre part, ces réponses sont très dépendantes de la durée de la vie féconde et donc de l'exposition au risque de procréer. En outre, ces réponses ne permettent pas de connaître la fréquence et la durée d'utilisation des méthodes, même si elles peuvent nous fournir des indications sur le degré d'adhésion à la planification familiale et la nature des méthodes employées.

À Yopougon, l'étude de la pratique contraceptive à un moment quelconque de la vie féconde révèle, chez les jeunes générations, une augmentation de l'avortement et de la pratique contraceptive, celle-ci plus marquée pour les méthodes modernes que pour les méthodes naturelles (figure 1 et tableau annexe 2).

Si seulement 30 % des femmes nées avant 1952 déclarent avoir utilisé des méthodes contraceptives modernes, entre 40 et 58 % des femmes nées après cette date affirment y avoir eu recours, soit une augmentation entre 10 et 28 points. Pour les méthodes naturelles, l'augmentation est moindre puisque la proportion d'utilisatrices passe chez les femmes des générations plus âgées de 30 % à un tiers ou près de la moitié d'utilisatrices pour les femmes des générations suivantes. L'écart entre les proportions d'utilisatrices de méthodes modernes et naturelles se creuse au fil des générations dans le sens d'une plus grande adhésion aux méthodes modernes. En effet, si pour les femmes les plus âgées la prévalence contraceptive est d'un niveau équivalent entre les deux types de méthodes (30 %), cet écart s'accroît passant de 2 à 10 points pour les plus jeunes. Il semble donc que l'on assiste à une utilisation croissante des méthodes modernes jugées plus efficaces : cette tendance se confirme avec l'évolution des pratiques populaires d'espacement des naissances (indigénat, gris-gris) qui reste faible (n'excédant pas 10 %) et est en diminution.

L'avortement semble intervenir comme moyen de régulation de la fécondité. Bien que certainement sous-estimé dans les déclarations des femmes, puisque cet acte est illégal, le recours à l'avortement est fréquent : entre 16 et 33 % des femmes l'ont pratiqué au moins une fois au cours de leur vie féconde et cette pratique tend à augmenter.

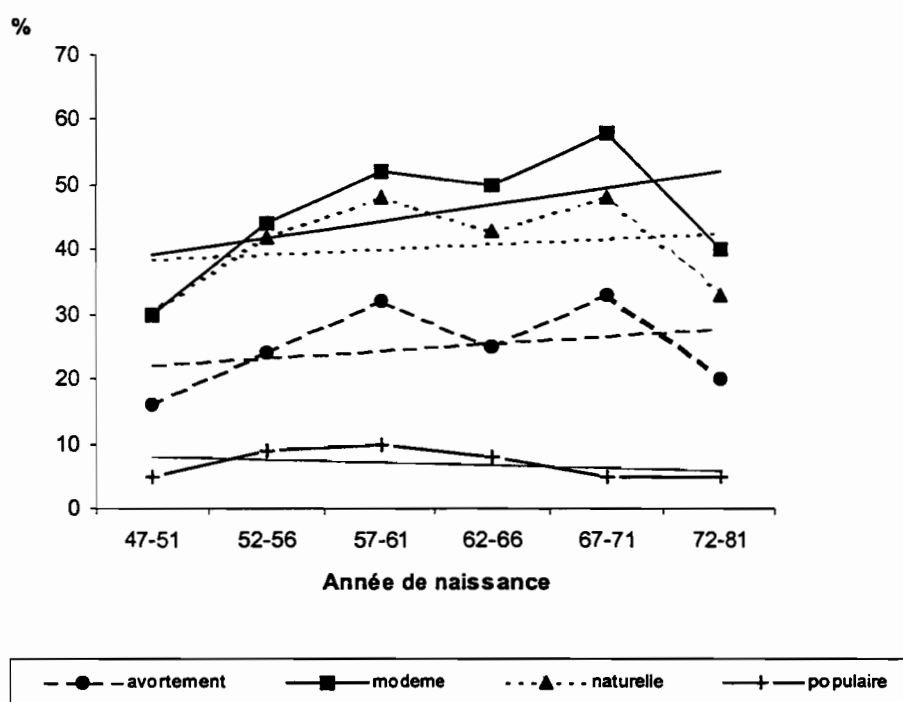
Cette tendance n'est pas spécifique à notre population étudiée. Une enquête à Abidjan et Bouaké auprès d'une population des « Corps habillés »<sup>5</sup> (militaires, gendarmes et policiers) spécifie que 32 % des femmes déclarent avoir eu au moins un avortement au cours de leur vie féconde et la « proportion des femmes concernées par les avortements multiples croît considérablement avec l'âge passant de 16.4 % dans le groupe d'âge 15-19 ans à 80 % dans la dernière classe d'âge

---

<sup>5</sup> Les femmes interrogées dans cette enquête étaient en âge de procréer (15 à 49 ans) et se trouvaient être les épouses ou les filles des personnels militaires et paramilitaires, ou d'autres femmes vivant dans leurs ménages.

45-49 ans » (KOFFI et FASSASSI, 1997). Ces auteurs concluent que cette pratique semble être utilisée comme « mode de contraception ». Dans cette population, 44 % des femmes utilisant la contraception au moment de l'enquête ont eu au moins un avortement et 31 % de celles qui ont eu recours à une méthode contraceptive dans le passé en ont fait également au moins un. D'autre part, lors d'une enquête auprès de femmes en consultations prénatales, toujours à Abidjan, cette importance de l'avortement a été également soulignée puisque 30,5 % des femmes ont déclaré avoir pratiqué au moins un avortement (DESGRÉES DU LOÛ et *al.*, 1998). Cette pratique est notamment très répandue chez les jeunes, puisque 37 % des femmes de moins de 25 ans ont eu au moins un avortement. L'analyse du recours à l'avortement révèle une certaine constance jusqu'au rang 6 : entre 15 et 18 % des grossesses se sont terminées par un avortement et seulement 8 % pour celles de rang 7. Cette étude confirme que de plus en plus de femmes ont recours à l'avortement dès le début de leur vie féconde : « 31 % d'avortements dès la grossesse de rang 1 chez les jeunes femmes nées après 1978, alors que les femmes nées avant 1968 déclarent peu d'avortements avant la 4<sup>ème</sup> grossesse et atteignent un taux d'avortement d'environ 15 % pour les grossesses de rang 4 à 6 ». Ces trois études révèlent qu'à Abidjan la pratique de l'avortement comme mode de régulation de la fécondité est répandue.

FIGURE 1 : PRATIQUE DE L'AVORTEMENT ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE PAR TYPE DE MÉTHODE ET SELON LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE DE LA FEMME (DONNÉES BRUTES ET COURBE DE TENDANCE PAR AJUSTEMENT LINÉAIRE)



À Yopougon, la pratique contraceptive, comme celle de l'avortement, est maximale chez les femmes actuellement âgées de 25 à 35 ans : ces femmes, qui ont déjà bien entamé la constitution de leur descendance, s'inscrivent ainsi dans un processus de maîtrise de leur fécondité en

recourant de façon importante à ces différentes méthodes de régulation de la fécondité. Cette plus grande adhésion est certainement liée également à une amélioration dans les conditions d'accès à ces méthodes au fil du temps.

Les femmes de moins de 25 ans (nées après 1972) ont une pratique moindre de la contraception comparée à celles nées entre 1952 et 1961, mais déjà plus importante que les femmes âgées de plus de 45 ans. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces différences : ces jeunes femmes sont en début de vie féconde et ont été par conséquent moins longtemps exposées au risque d'une grossesse ; en effet, cet indicateur de l'utilisation à un moment quelconque tend à surestimer la pratique pour les femmes les plus exposées au risque de grossesse. Par ailleurs, ces jeunes femmes débutent la constitution de leur descendance et ont donc un moindre besoin de régulation de leur fécondité. Elles ont peut-être également plus de difficultés d'accès à la planification familiale si elles sont célibataires ou dépendantes économiquement comme les jeunes femmes encore scolarisées. Cette analyse mérite d'être affinée en fonction de la constitution de la descendance pour mettre en évidence les changements de comportements entre les différentes générations de femmes et éliminer les différences qui seraient uniquement liées à la durée d'exposition à la pratique contraceptive.

## **LA CONSTITUTION DE LA DESCENDANCE ET LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE**

Nous étudierons ici les variations de la pratique contraceptive des femmes selon leur descendance atteinte. Pour cela nous analyserons successivement la prévalence contraceptive après une naissance d'un rang donné, la période de début de l'utilisation de contraception et sa régularité au cours du processus de constitution de la descendance.

### **L'utilisation de la contraception après chaque naissance**

L'utilisation des méthodes contraceptives (toutes méthodes confondues, c'est-à-dire les méthodes modernes, naturelles ou populaires) est d'une intensité relativement constante : environ 30 % des femmes l'utilisent jusqu'au rang 5 et cette proportion augmente ensuite pour atteindre 45 % après les naissances de rang 8 et plus (figure 2 et tableau annexe 3).

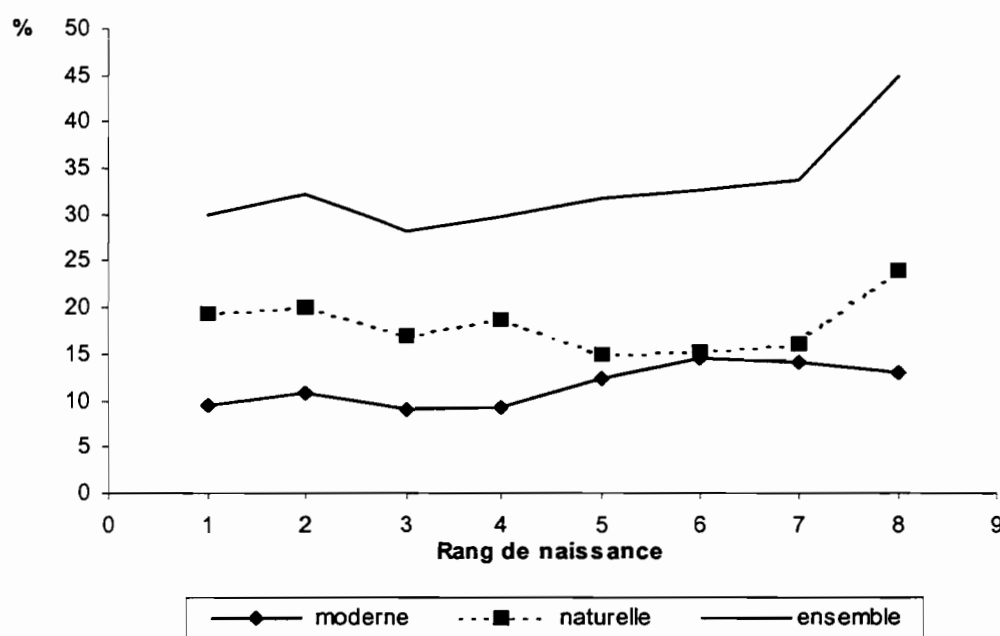
Pour les méthodes modernes, le niveau d'utilisation se situe entre 9 et 15 %. L'évolution dans l'utilisation de ces méthodes selon le rang de naissance présente une tendance identique à l'ensemble des méthodes, avec une augmentation après les naissances de rang 5 pour atteindre une prévalence plus élevée entre 12 et 15 %.

La prévalence d'utilisation des méthodes naturelles est beaucoup plus élevée puisque située entre 15 et 24 % avec une utilisation d'intensité comparable après chaque naissance. Compte tenu de la tendance à l'augmentation de la prévalence des méthodes modernes, l'écart entre la prévalence des méthodes modernes et naturelles diminue lorsque le rang de naissance augmente (sauf pour les naissances de rang 8 ou plus).

Les niveaux de prévalence contraceptive après chaque naissance diffèrent comparativement à ceux obtenus lorsque l'on considère l'utilisation à une période quelconque (cf. infra) : les

prévalences contraceptives étaient de 48 % pour les méthodes modernes et de 42 % pour les méthodes naturelles. Ces différences sont bien évidemment liées à une durée variable d'exposition à la contraception mais aussi à des besoins différents des femmes au fur et à mesure de la constitution de leur descendance.

FIGURE 2 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N SELON LE TYPE DE MÉTHODE



Cette pratique de la contraception après chaque rang de naissance mérite d'être affinée pour mieux comprendre les comportements sous-jacents à cette utilisation des méthodes de régulation de la fécondité. L'analyse du début de la pratique contraceptive va nous permettre d'approfondir les stratégies des femmes.

### Le début d'utilisation de la contraception

Le début d'utilisation de la contraception est défini par le rang de la naissance précédant la première utilisation d'une méthode contraceptive (tableau 1 et figure 3).

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous ne disposons pas des données relatives à la pratique contraceptive avant la première naissance pour les femmes ayant entamé le processus de constitution de leur descendance. Par contre ces données existent pour celles actuellement sans enfants : elles sont nombreuses à recourir à la contraception puisque leur prévalence contraceptive est de 27 %, 10 % pour les méthodes modernes et 13 % pour les méthodes

*La régulation de la fécondité à Yopougon*

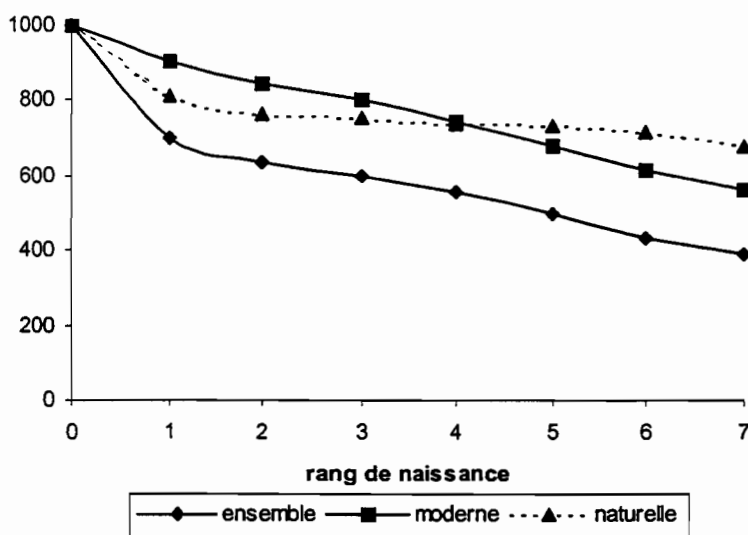
naturelles. Il s'agit donc d'une génération de femmes qui planifie leur début d'entrée en vie féconde et qui s'inscrivent donc dans un réel processus de maîtrise de leur fécondité, en utilisant des méthodes efficaces.

TABLEAU 1 : DÉBUT D'UTILISATION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N (POUR LES FEMMES AYANT AU MOINS UNE NAISSANCE DE RANG N)

Après la naissance de rang	Début d'utilisation			Effectif de femmes
	Ensemble des méthodes*	Méthodes modernes	Méthodes naturelles	
1	30	10	19	825
2	9	7	6	664
3	6	5	1	508
4	8	7	2	370
5	11	9	1	261
6	12	10	2	178
7	11	8	5	113

Étant donné la faiblesse des effectifs, les naissances de rang 8 et + ont été exclues de l'analyse.  
 \* Comprend les méthodes modernes, naturelles et populaires ; plusieurs méthodes ont pu être utilisées en même temps.

FIGURE 3 : DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LES MÉTHODES APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N (SELON LA MÉTHODE DES COURBE DE SURVIE)



La période de la première utilisation de la contraception est variable selon les femmes révélant ainsi des différences dans les stratégies de constitution de la descendance. Ainsi 30 % des femmes ont utilisé une contraception dès la première naissance et 9 % ont débuté seulement après leur deuxième enfant. Ensuite, les femmes sont moins nombreuses à s'engager dans un processus de

maîtrise de leur fécondité puisque seulement 6 % et 8 % des femmes débutent cette utilisation après les naissances de troisième et quatrième rang. Dès que les femmes atteignent des parités supérieures, 11 à 12 % d'entre elles commencent à s'engager dans un processus de planification familiale.

Si l'on compare le type de régulation de leur fécondité choisi par les femmes au fur et à mesure de la constitution de leur descendance, la tendance est à un recours plus marqué aux méthodes efficaces aux dépens des méthodes naturelles, sauf après la première naissance. Si l'on regarde la courbe d'utilisation, pour les méthodes naturelles cette courbe est pratiquement linéaire entre les naissances de rang 2 et 6 alors que beaucoup plus de femmes recourent aux méthodes modernes.

Deux types de comportements se dessinent par conséquent :

- d'une part, certaines femmes s'inscrivent très tôt dans une planification de leur descendance, puisque 30 % y recourent lors de la première naissance révélant un désir réel de maîtrise de leur fécondité, bien qu'elles soient plus nombreuses dans ce cas à utiliser des méthodes naturelles que modernes ;
- d'autre part, une autre catégorie de femmes se situe plutôt dans un processus d'espacement ou d'arrêt dans la constitution de la descendance puisqu'elle commence plus tardivement l'utilisation de la contraception et en recherchant une planification efficace : ainsi l'incidence des méthodes modernes est-elle supérieure à 8 % après les naissances de rang 5 alors qu'elle se situe entre 1 et 5 % pour les méthodes naturelles.

### **Quelle régularité dans l'utilisation de la contraception ?**

La mesure de la régularité dans la pratique contraceptive au cours de la vie féconde entre la première naissance et les naissances suivantes permet d'apprécier le degré d'adhésion aux méthodes et d'appréhender les stratégies de planification familiale adoptées par les femmes aussi bien en termes d'espacement que de limitation des naissances. Nous avons distingué, pour l'ensemble des femmes ayant atteint un niveau de descendance déterminé, trois catégories selon la nature de l'utilisation de la contraception :

- les femmes qui, au cours de leur vie féconde, n'ont jamais utilisé la contraception : pour celles-ci, la descendance est constituée de manière « naturelle » et n'est régulée que par l'aménorrhée et d'abstinence post-partum ;
- les femmes qui ont utilisé la contraception de façon « discontinuée », c'est-à-dire qui n'y ont pas eu recours de façon systématique après chaque naissance ; ces femmes peuvent ainsi, par exemple, avoir utilisé une contraception entre la première et la deuxième naissance mais pas entre la deuxième et la troisième ;
- et enfin les femmes qui ont utilisé une contraception de façon « continue » depuis leur première naissance jusqu'après la dernière naissance ; il s'agit donc de femmes qui planifient la constitution de leur descendance en espaçant leur naissance.

La proportion des femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception varie entre 35 et 49 % selon la descendance atteinte (tableau 2). Les femmes qui ont actuellement trois ou quatre enfants sont les plus nombreuses à n'avoir jamais utilisé la contraception : près de la moitié d'entre elles (49 %).

## La régulation de la fécondité à Yopougon

Les femmes ayant actuellement 3 enfants sont presque aussi nombreuses à avoir eu recours à un moyen contraceptif de façon continue que discontinue (27 et 24 %). Parmi ces femmes, un peu moins d'un tiers (30 %) déclarent ne plus en vouloir d'autres et, dans cette catégorie particulière, elles sont aussi nombreuses (29 %) à avoir utilisé la contraception de façon continue que discontinue et 10 % seulement commencent à utiliser la contraception après cette naissance.

Parmi l'ensemble des femmes qui ont actuellement 4 enfants, seulement 16 % ont utilisé la contraception de façon continue et 36 % par intermittence. 40 % de ces femmes qui ont 4 enfants déclarent actuellement ne plus vouloir d'autres enfants et parmi elles 41 % ont eu recours de temps en temps à la contraception, 18 % de façon continue et 14 % débutent leur utilisation après cette naissance. Ces deux groupes de femmes planifient donc différemment la constitution de leur descendance aussi bien au niveau de l'espacement que de la limitation du nombre de leurs enfants désirés.

TABLEAU 2 : TYPE D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ENTRE LES RANGS DE NAISSANCES SUCCESSIFS (RANG 1 À N) POUR LES FEMMES AYANT ATTEINT UNE DESCENDANCE DE RANG N

Descendance atteinte	Type d'utilisation			Effectif de femmes
	Jamais utilisé	Utilisation discontinue	Utilisation continue	
2	43	21	37	156
3	49	24	27	140
4	49	36	16	109
5	40	46	15	81
6	46	46	8	65
7	35	53	11	51

Étant donné la faiblesse des effectifs, les naissances de rang 8 et + ont été exclues de l'analyse

En début de vie féconde, seulement 43 % des femmes qui ont actuellement deux enfants n'ont jamais eu recours à une méthode contraceptive après leurs deux naissances. Par contre, 37 % des femmes ont utilisé une contraception de manière continue, ce qui révèle une réelle stratégie de planification de leur descendance dès le début de la vie féconde : cette continuité dans l'utilisation peut être en partie due à une période d'exposition moins longue puisqu'elles commencent seulement la constitution de leur descendance.

Ainsi, au fur et à mesure que leur descendance se constitue, les femmes utilisent de plus en plus la contraception mais de façon intermittente. Cette utilisation discontinue peut se justifier de plusieurs manières :

- le souhait d'espacer ou d'arrêter la procréation pour éviter des naissances trop rapprochées ou trop nombreuses, ou pour des raisons économiques ;
- un abandon de la contraception pour des raisons de santé de la femme ou bien d'échec de la méthode.



Par contre, les femmes qui ont utilisé la contraception de façon continue dans le cours de leur vie féconde s'inscrivent dans une réelle stratégie de planification de leur descendance par un espacement des naissances successives puis par une contraception d'arrêt.

## L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE

Pour appréhender l'évolution de la pratique contraceptive, nous l'avons considérée selon la génération de naissance des enfants et selon celle de leurs mères, en fonction du rang de naissance de l'enfant.

### Un recours croissant au contrôle des naissances dans les années récentes

L'analyse de la pratique contraceptive selon l'année de naissance de l'enfant montre une plus forte utilisation de ces méthodes dans les années récentes (tableau 3 ; figure 4) et cette augmentation concerne pratiquement tous les rangs de naissance.

Ainsi, dès le début de la vie féconde, la prévalence contraceptive est en augmentation constante. Cette augmentation est particulièrement sensible pour les naissances de rang 1 : entre les années 1970 et le début des années 1980, elle est passée de 16 à 24 %, pour atteindre des niveaux de 37-38 % entre 1982 et 1991 et se situer à 44 % pour la période 1992-1996. Un très net changement apparaît donc révélant une maîtrise croissante de la fécondité dès le début de la vie féconde.

TABLEAU 3 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N SELON L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (EN %)

Rang	avant 1977	1977-1981	1982-1986	1987-1991	1992-1996	Ensemble
1	16	24	37	38	44	30
2	21	27	28	39	49	32
3	18	27	27	34	36	28
4	15	20	26	34	47	30
5	23	12	28	45	36	32
6	*	25	36	39	29	33

\* effectif <20.  
Pour ces analyses, les naissances de rang 7 et + ont été exclues vue la faiblesse des effectifs.

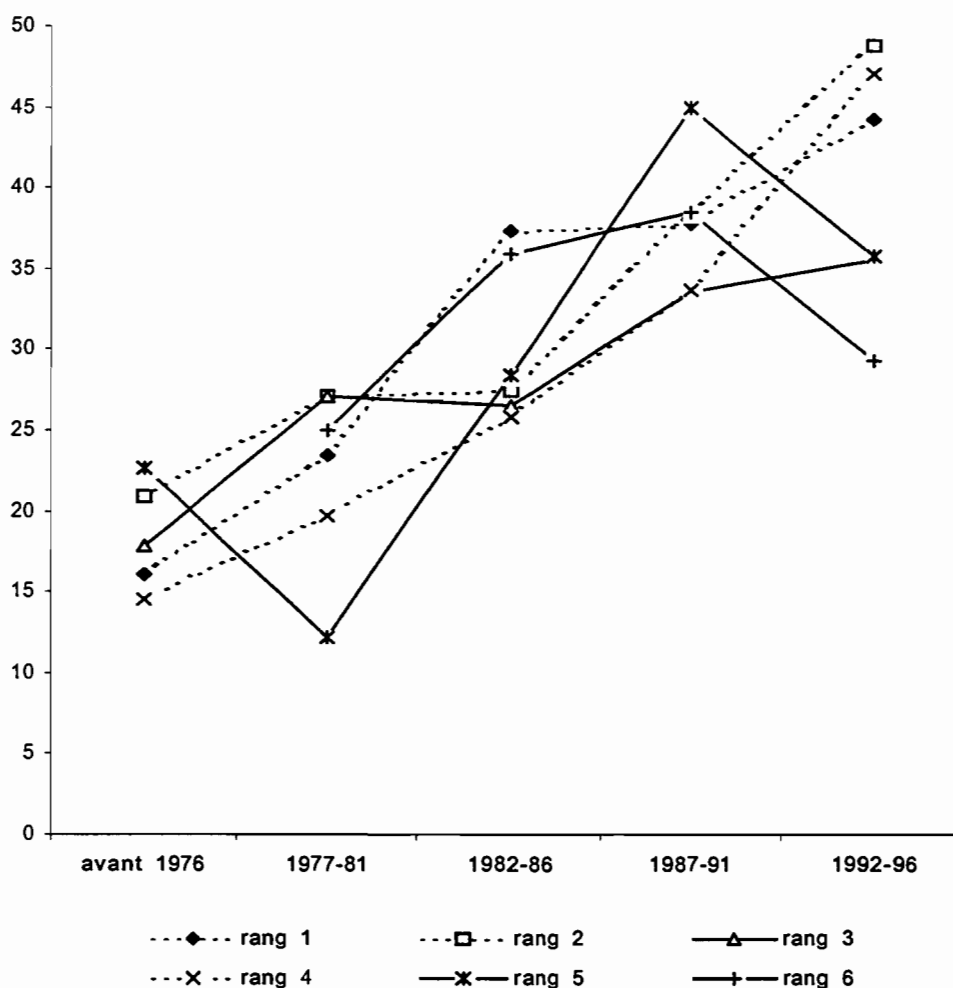
Pour les naissances de rang 2 à 5, l'écart dans l'utilisation de la contraception est particulièrement net entre la période précédant 1987, avec une prévalence de 12 % à 28 %, et la période suivante, où la prévalence se situe entre 34 et 49 %. Pour les naissances de rang six, les évolutions sont plus fluctuantes, mais la prévalence, assez élevée, est toujours supérieure à 25 %.

Les années 1982-1986 semblent constituer une période charnière dans ces évolutions avec une prévalence à un niveau intermédiaire par rapport aux générations antérieures et postérieures. On assiste à une augmentation de la prévalence contraceptive à partir de 1986, pour les naissances de

*La régulation de la fécondité à Yopougon*

rang 1 et celles de rang 5 et 6. À partir de 1982, elle n'est jamais inférieure à 26 % et se situe, dès 1987, à 34 % ou plus : ces niveaux sont particulièrement importants surtout chez les femmes en début de vie féconde. Cette période de transition dans l'utilisation de la contraception s'explique en partie certainement par la crise économique qui frappe particulièrement le pays dans ces années : récession économique, licenciements... et constitue une période de « démarrage » de nouveaux modes de gestions de la fécondité. Les difficultés économiques sont citées comme raisons de ne plus vouloir d'enfants par plus de deux tiers des femmes et 17 % évoquent les problèmes pour nourrir ces enfants. Cette maîtrise de la fécondité correspond aussi à des changements d'idéaux reproductifs : ainsi les femmes de moins de 30 ans aspirent à des descendance de taille plus réduite (4,2 enfants en moyenne) comparativement à leurs aînées qui ne désirent que 5,1 enfants.

FIGURE 4 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N ( EN %)



Les années postérieures à 1986 sont également marquées d'un point de vue sanitaire par le développement de l'épidémie du sida, dont la prévalence n'a cessé de croître, et par les campagnes de sensibilisation qui en découlent. Ainsi, on aurait pu penser que l'augmentation dans l'utilisation de méthodes modernes de contraception était également due en partie à un recours croissant au préservatif, méthode préventive des MST/SIDA, mais aussi moyen contraceptif : or cette méthode est peu utilisée par les femmes après chaque naissance (moins de 2 % d'utilisatrices) et seulement 28 % des femmes déclarent l'avoir utilisé au moins une fois comme méthode pour éviter une grossesse.

Pour les années 1992-1996, la prévalence contraceptive n'est jamais inférieure à 29 %. Un net changement apparaît par conséquent dans la pratique contraceptive puisqu'elle est en hausse constante et ceci quel que soit le rang de naissance de l'enfant. Ce constat se vérifie particulièrement dès le début de la vie féconde soit après les naissances de rang un et deux, où 44 et 49 % des femmes utilisent une contraception. Ces évolutions sont révélatrices d'un réel besoin de planification des naissances et de nouvelles stratégies dans la constitution de la descendance s'exprimant par un certain renoncement à des familles nombreuses (de taille supérieure à 5 ou 6 enfants), et un allongement de l'intervalle intergénéral.

### **Une pratique différente de la contraception selon les générations**

Les jeunes générations recourent d'avantage à la contraception que les femmes des générations plus anciennes et les écarts sont surtout sensibles en début de vie féconde. Ainsi, après les naissances de rang un et deux 10 à 19 % des femmes nées après 1962 utilisent une contraception moderne alors que pour les générations 1947 à 1956, la prévalence varie de 2 à 9 % (tableau 4). Ces écarts sont moins marqués pour les méthodes naturelles mais se retrouvent pour l'ensemble des méthodes (32 à 45 % versus 11 à 28 %).

Ce comportement traduit d'une part un effet de génération avec des pratiques plus ancrées de planification familiale chez les jeunes femmes, qui n'hésitent pas à recourir à des méthodes de contraception efficaces dès le début de leur vie féconde, alors que leurs aînées n'adoptent de telles pratiques qu'après leur cinquième enfant. Cette différence traduit d'autre part une amélioration dans l'accès à ces méthodes en terme d'information sur l'existence de telles méthodes, mais aussi d'accessibilité aux services de planification et de disponibilité des moyens de contraception dans ces services.

### **Peu de différences de comportements selon les caractéristiques des femmes**

L'analyse des comportements en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques et économiques a été réalisée en effectuant une régression logistique de la variable relative à l'utilisation de méthodes contraceptives quelconques, modernes ou naturelles à partir des variables relatives au niveau d'instruction, à l'état matrimonial, et à l'activité de la femme. Cette analyse a été menée pour chaque rang de naissances mais nous ne présenterons ici que les résultats pour l'utilisation après la naissance de rang un, la tendance étant globalement la même pour les autres rangs de naissances (tableau annexe 4).

TABLEAU 4 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N SELON LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE DE LA FEMME ET LE TYPE DE MÉTHODE UTILISÉE

<b>Ensemble des méthodes**</b>							
Rang	1947-51	1952-56	1957-61	1962-66	1967-71	1972-81	Ensemble
1	11	22	24	34	43	35	30
2	21	28	32	32	45	32	32
3	18	28	34	21	38	*	28
4	18	26	32	32	43	*	30
5	19	31	40	28	*	*	31
6	22	33	43	*	*	*	33
<b>Méthodes modernes</b>							
Rang	1947-51	1952-56	1957-61	1962-66	1967-71	1972-81	Ensemble
1	2	4	4	13	16	14	10
2	3	8	9	13	19	10	11
3	4	8	11	6	17	*	9
4	0	4	10	17	13	*	9
5	2	11	18	14	*	*	12
6	3	19	22	*	*	*	15
<b>Méthodes naturelles</b>							
Rang	1947-51	1952-56	1957-61	1962-66	1967-71	1972-81	Ensemble
1	10	16	18	19	27	16	19
2	16	18	21	17	26	22	20
3	14	18	21	14	20	*	17
4	18	20	18	12	30	*	18
5	17	17	18	10	*	*	16
6	19	13	18	*	*	*	19

\* effectif <20 ; \*\* Plusieurs méthodes ont pu être utilisées (modernes, naturelles, populaires).  
Les naissances de rang 7 et + ont été exclues de l'analyse vue la faiblesse des effectifs.

Seul le niveau d'instruction de la femme a un effet significatif sur leurs comportements contraceptifs : la pratique contraceptive est plus fréquente quand le niveau d'instruction augmente avec un changement notoire entre les femmes sans instruction et celles de niveau primaire. Cette importance de l'éducation comme principal facteur déterminant la pratique contraceptive, a été constatée dans d'autres études. Ainsi R. LESTHAEGHE et C. JOLLY (1994), à partir d'une analyse des enquêtes démographiques et de santé de différents pays d'Afrique subsaharienne consacrée à la transition démographique, ont souligné le rôle dominant et significatif de l'éducation sur la connaissance et utilisation des méthodes contraceptives comparée à la religion (étudiée à travers la proportion de musulmans), la résidence (à travers la proportion de résidents en zone urbaine), l'année d'observation (depuis 1978) et le pourcentage de femmes en union polygame.

Cette analyse mériterait d'être affinée à partir d'autres variables telles que l'indépendance économique de la femme, son autonomie de décision, son environnement familial... : or ce type d'étude orienté vers l'ensemble du processus de la constitution de la descendance n'est pas réalisable à partir des données dont nous disposons. En effet, les situations matrimoniale, économique, familiale... recueillies, qui se réfèrent essentiellement au moment de l'enquête, peuvent avoir subi d'importants changements au cours de la vie reproductive, surtout chez les femmes les plus âgées dotées d'une descendance nombreuse.

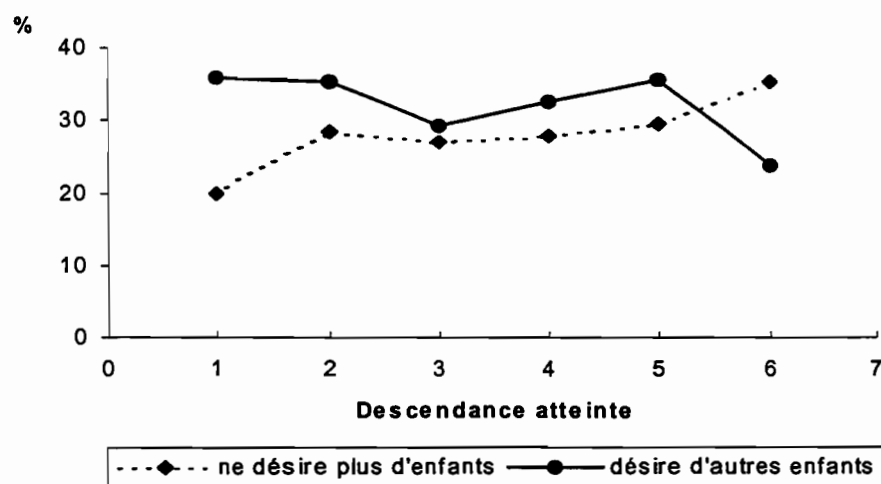
### IDÉAUX DE FÉCONDITÉ ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE

Les idéaux des femmes en matière de fécondité et leur désir (ou refus) d'enfants supplémentaires peuvent les amener à adopter des comportements de planification familiale spécifiques. Près de deux tiers des hommes et des femmes (64 et 63 %) désirent avoir d'autres enfants. Les hommes mentionnent ce désir « pour le renom de la famille » ou simplement pour agrandir la famille ou parce qu'ils n'ont pas encore d'enfants. Pour les femmes, les motifs sont davantage liés à un besoin d'agrandir la famille ou au souhait d'avoir une fille ou un garçon pour obtenir une descendance plus équilibrée (TOURE *et al.*, 1997).

Les motifs justifiant une limitation de la descendance s'apparentent surtout à des raisons d'ordre économique : la cherté de la vie et les difficultés pour nourrir une descendance nombreuse. Ces différents idéaux se traduisent-ils par une pratique différentielle de la contraception ?

Parmi les femmes qui ne désirent plus d'enfants, le pourcentage de celles qui recourent à une contraception tend à augmenter au fur et à mesure que la parité augmente. Ces femmes s'inscrivent donc progressivement dans une stratégie de maîtrise de leur fécondité en adhérant à des pratiques de planification familiale (figure 5).

FIGURE 5 : PROPORTION D'UTILISATRICE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES SELON LEUR DÉSIR D'AVOIR DES ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES EN FONCTION DE LA DESCENDANCE ATTEINTE



Un autre groupe de femmes (un quart à un peu plus d'un tiers des femmes) tout en déclarant désirer d'autres enfants pratiquent une contraception : ces femmes adoptent une pratique de gestion de la fécondité par un espacement de leurs naissances : elles commencent dès le début de leur vie féconde une contraception (près de 35 % d'utilisatrices dès les naissances de rang 1 et 2).

Un autre cas de figure correspond à des femmes en nombre important qui, tout en ne désirant plus d'enfants, n'adoptent aucune méthode de planification familiale : on peut supposer que ces femmes demeurent dans un système de régulation naturelle de leur fécondité soit par opposition à ces pratiques, soit par ignorance ou non accès à des méthodes.

Cette analyse de la relation entre le désir d'enfant et la stratégie de régulation de la fécondité montre qu'exprimer un désir de maîtrise de sa fécondité n'implique pas systématiquement l'usage d'une contraception. Cette utilisation de la contraception correspond certainement plus souvent à un désir d'espacer les naissances qu'à une volonté d'arrêter la constitution de la descendance.

## **PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET DURÉE DE L'INTERVALLE ENTRE NAISSANCES**

La durée de l'intervalle entre les naissances a été, dans un premier temps, analysée en utilisant le modèle de Cox qui sert habituellement à mesurer comment les facteurs considérés agissent sur la survenue du décès. Ici l'événement étudié est la naissance suivante<sup>6</sup>.

L'analyse de la durée de l'intervalle quel que soit le rang de naissances montre, toute chose égale par ailleurs, des différences en fonction de l'utilisation de la contraception et de certaines caractéristiques des femmes (tableaux annexe 5) :

- les femmes célibataires ou en union libre ont un intervalle de naissances plus long que les femmes mariées. Cette différence peut s'expliquer par une cohabitation non permanente de ces femmes avec leur partenaire qui les exposerait moins au risque de grossesse, mais aussi des naissances avec des pères différents quand les femmes sont célibataires ou dans des unions informelles ; ainsi, par exemple, si l'on regarde les naissances de rang un et deux, 47 % des femmes célibataires ont eu leur deuxième enfant avec un père différent du premier, 40 % pour les femmes en union libre et 16 % seulement pour celles actuellement mariées ;
- l'intervalle entre les naissances est plus court quand les femmes ont un faible niveau d'instruction, ne dépassant pas le primaire, ou sont sans instruction comparativement aux femmes d'un niveau secondaire ou supérieur. Ainsi une amélioration dans le niveau d'instruction des femmes favorise la prise de conscience de la nécessité d'espacer les naissances ; l'évolution de la pratique contraceptive selon le niveau d'instruction le confirme par ailleurs (cf. supra) ;

---

<sup>6</sup> Les Odds ratios calculés par ce modèle indiquent comment les facteurs agissent sur la survenue de l'événement attendu (habituellement le décès) : un odds ratio inférieur à 1 (ou un paramètre  $\beta$  négatif) signifie ici que les facteurs étudiés freinent la survenue d'une naissance suivante et allongent l'intervalle intergénéral, et à l'inverse, un odds ratio supérieur à 1 (ou un paramètre  $\beta$  positif) signifie que les facteurs accélèrent la survenue de la naissance suivante et donc contribuent à un raccourcissement de l'intervalle entre les naissances.

- l'intervalle est plus long chez les femmes employées dans le secteur tertiaire mais les différences ne sont pas significatives ;
- des différences apparaissaient pour les naissances antérieures à 1986 comparativement à celles plus récentes : cet écart est certainement lié à la progression dans l'utilisation de la contraception.

L'impact de la contraception sur la durée de l'intervalle entre naissances apparaît nettement : l'intervalle est beaucoup plus long lorsque la femme utilise une méthode contraceptive quelconque et la différence est significative (tableau annexe 5). En fait, ces différences sont essentiellement marquées lorsque les méthodes utilisées sont modernes, celles-ci contribuant nettement à l'allongement de l'intervalle. Pour les méthodes naturelles, l'effet va dans le même sens, mais la différence n'est pas significative.

Cet impact de la contraception sur la durée des intervalles intergénésiques a été également étudié selon les rangs de naissance et en fonction de la méthode contraceptive utilisée : méthode quelconque, méthode moderne ou naturelle (tableau annexe 6).

La durée moyenne de l'intervalle intergénésique diminue de 42,7 mois entre les naissances de rang 1 et 2 à 38,6 mois entre celles de rang 4 et 5. Cet écart intergénésique augmente ensuite pour les naissances de rang supérieur à 5 et dépasse les 40 mois ; en fin de vie féconde, les femmes sont souvent moins exposées à une grossesse, d'une part leur fécondabilité diminue et d'autre part leur utilisation de la contraception tend à augmenter (cf. supra).

La durée des intervalles entre les naissances varie selon l'efficacité des méthodes utilisées. Ainsi, quand les femmes utilisent une méthode quelconque de contraception, la durée de leur intervalle intergénésique tend à augmenter par rapport à celui des non utilisatrices. Cette augmentation de la durée de l'intervalle est d'environ 11 mois pour les intervalles 1-2 et 3-4, mais de plus de 30 mois entre celles de rang 6-7. Pour les autres naissances, ces écarts sont moindres et les différences ne sont pas significatives.

Les différences sont beaucoup plus nettes lorsque les femmes utilisent une méthode moderne de contraception puisque leur intervalle entre naissances est de 10 à 23 mois supérieur à celui des femmes qui n'ont pas recours à ce type de contraception pour les intervalles entre les naissances de rang 1 à 4. Pour les naissances de rangs supérieurs, les différences ne sont pas significatives.

Lorsque les femmes utilisent des méthodes naturelles, l'écart est globalement plus limité et les différences ne sont pas significatives. Cette analyse confirme donc l'importance de l'utilisation des méthodes contraceptives sur la détermination des écarts intergénésiques surtout lorsqu'il s'agit de l'utilisation d'une méthode moderne.

## CONCLUSION

Avec l'adoption d'une politique de population en mars 1997, le gouvernement ivoirien s'est inscrit dans une politique de maîtrise de la fécondité par des actions définies pour améliorer l'accès à la planification familiale, car jusqu'alors cette diffusion de la planification familiale était essentiellement du ressort de l'Association Ivoirienne de Bien-Être Familial. Malgré une couverture insuffisante des besoins en planification familiale, des femmes adoptent des méthodes populaires, naturelles, ou modernes de contraception pour réguler leur fécondité et parfois recourent à l'avortement pour éviter les naissances non désirées.

Les comportements reproductifs des femmes de la commune de Yopougon révèlent bien les différentes stratégies adoptées par les femmes pour réguler leur fécondité et les changements récents qui sont intervenus. L'étude des biographies contraceptives des femmes est intéressante pour mieux comprendre l'évolution de leur stratégie reproductive. La période d'entrée en vie contraceptive ainsi que la régularité dans l'utilisation des méthodes traduisent les besoins des femmes en matière de planification familiale : il est vrai que nos résultats présentent une certaine limite puisque nous ne disposons pas des pratiques contraceptives avant la première naissance, restreignant la portée de l'analyse sur l'ensemble de la vie féconde : cependant elle illustre bien les différentes stratégies des femmes dès qu'elles ont débuté la constitution de leur descendance.

Ces besoins sont effectivement variables au cours de leur vie féconde. Ils se traduisent par des changements tant au niveau de la prévalence que du type de méthodes choisies révélant des trajectoires reproductives différentes. Le refus d'utiliser la contraception peut résulter soit d'un manque d'information, soit d'une opposition de la femme et / ou de son conjoint à de telles pratiques (pour des raisons d'ordre religieuse, de santé...) : ces femmes s'inscrivent alors dans une fécondité « naturelle » régulée éventuellement par l'allaitement ou l'abstinence post-partum. La prévalence contraceptive a depuis les années 1980 considérablement augmenté chez les femmes de Yopougon révélant de nouvelles aspirations en matière de fécondité, mais aussi en liaison avec la crise économique et les difficultés pour élever une descendance nombreuse surtout en ville. Ces évolutions interviennent dans un contexte où l'accès à la planification familiale reste limité en terme d'information comme de disponibilité des services bien que la ville d'Abidjan soit privilégiée comparée aux autres régions.

Si l'utilisation de la contraception est relativement constante après chaque naissance, cette pratique contraceptive se traduit par la recherche d'une efficacité supérieure des méthodes puisque l'utilisation de méthodes modernes de contraception augmente pour les naissances de rang élevé. D'autre part, la contraception est plus répandue chez les jeunes femmes et elle intervient dès le début de la vie féconde révélant une réelle planification dans la constitution de leur descendance : les jeunes femmes ont en effet des niveaux de prévalence presque deux fois plus élevés après les naissances de rang un et deux comparativement aux femmes plus âgées : des comportements différents de gestion de la fécondité apparaissent donc selon les générations.

Cette variabilité dans la pratique contraceptive au cours de la vie féconde a été également montrée au Mexique par S. LERNER et *al.* (1994). Bien que leurs résultats ne soient pas totalement comparables à ceux de notre étude, ils illustrent bien différentes stratégies reproductives des



femmes selon l'état d'avancement de leur cycle de vie. Même dans ce contexte où la médicalisation de la contraception est répandue, 20 % des femmes n'ont jamais eu recours à des méthodes modernes de contraception, mais certaines d'entre elles utilisent des méthodes traditionnelles pour espacer ou éviter les naissances ; par contre, également un cinquième de ces femmes sont dans des stratégies de réelle maîtrise de leur fécondité puisqu'elles adoptent une contraception efficace avant leur première naissance et l'utilisent en continue après les autres naissances (sauf en cas de problèmes). 40 % des femmes utilisent la contraception moderne de façon irrégulière au cours de leur vie féconde, l'irrégularité dans la pratique étant due à des abandons involontaires ou forcés. Enfin, un dernier groupe de femmes se caractérise par une adhésion tardive à une pratique contraceptive moderne (parfois en adoptant des solutions définitives), quand elles ont atteint une descendance jugée suffisante (au moins 4 enfants). Ces trajectoires reproductives des femmes mexicaines s'inscrivent dans un contexte sanitaire différent où la médicalisation de la procréation est plus répandue qu'en Côte d'Ivoire mais montrent bien les stratégies très différentes des femmes au cours de leur vie féconde : ainsi, apparaît-il que malgré un accès facile à la planification familiale, l'adhésion des femmes à de telles pratiques n'est pas systématique et qu'il répond à des besoins variables au cours de la vie féconde.

Cette pratique de limitation des naissances malgré un accès limité à la planification familiale n'est pas spécifique au contexte ivoirien mais a été constatée dans de nombreux pays. Ainsi A. McLAREN (1990), dans son histoire de la contraception, a montré que, la Grèce antique jusqu'à nos jours, comment, bien avant la révolution contraceptive, les couples parvenaient à réguler leur fécondité : qu'il s'agisse de méthodes à base de plantes, de méthodes de barrières, de la prolongation de l'allaitement, des pratiques telles le retrait, le coït interrompu.... ou même du recours à l'avortement.

Ce recours à l'avortement a été justement analysé à Yopougon : bien que succinctes, les données dont nous disposons révèlent l'importance de cette pratique puisqu'entre 16 et 33 % des femmes déclarent avoir pratiqué au moins un avortement. D'autres études menées à Abidjan ont montré que ce recours est récemment devenu fréquent, il touche surtout les jeunes femmes chez qui il intervient en début de vie féconde : l'avortement « deviendrait un moyen de retarder surtout la première naissance, de planifier les naissances dès le début de la vie féconde » (DESGRÈES DU LOÛ *et al.*, 1998).

Cette analyse de la régulation de la fécondité à Yopougon démontre que, malgré les niveaux de fécondité élevés, des changements apparaissent dans les comportements reproductifs des femmes qui se traduisent par une adhésion de plus en plus importante aux pratiques de régulation de la fécondité. Si ces évolutions perdurent et se concrétisent par un recours croissant à des méthodes efficaces, la prévalence de la contraception étant actuellement aussi importante pour les méthodes modernes que naturelles, la fécondité devrait à Abidjan poursuivre dans les années à venir sa transition amorcée dans la décennie 1980.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARRÈRE (B.) et BARRÈRE (M.), 1995, « Mortalité maternelle. », *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. 155-166.
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, 1984, *Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980-81. Rapport principal. Volume 1. Analyse des principaux résultats*. Abidjan : Direction de la statistique et World Fertility Surveys, 140 p.
- DESGRÈES DU LOÛ (A.), MSELLATI (P.), VIHO (I.) et , WELFFENS-EKRA (C.), 1998. - *L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une des causes de la récente baisse de fécondité*. Documents de recherche n° 5 , ETS, Orstom, Paris, 1998, 23 p.
- KOFFI (N.), FASSASSI (R.) 1997, *Fécondité et planification familiale au sein des corps habillés, militaires et paramilitaires*, ENSEA, Abidjan, Mars 1997, 155 p.
- KOFFI (N.), KOUYE (P.), SIKA (L.), 1994 , *La planification familiale dans le département d'Aboisso*, ENSEA, Abidjan, février 1994, 137 p. + annexes.
- KOFFI (N.), ZANOU (B.), FASSASSI (R.) *et al.*, 1995, *La planification familiale dans le Centre Nord, sous préfectures de Katiola, Niakaramandougou et Tafire*, ENSEA, Abidjan, Décembre 1995, 131 p + annexes.
- KOFFI (N.), ZANOU (B.), FASSASSI (R.) *et al.*, 1998, *Étude socio-démographique et de planification familiale dans la commune de Tanda, avril 1994*, Études et Recherches n° 24, ENSEA, Abidjan, janvier 1998, 100 p.
- 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.
- LERNER (S.), QUESNEL (A.), YANES (M.), 1994, « La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales », *Estudios demograficos y urbanos* : vol. 9, n° 3 ; 543-579.
- LESTHAEGHE (R.) AND JOLLY (C.), 1994, « The start of the sub-saharan fertility transition : some answers and many questions », in CAMPBELL (K. L.) AND WOOD (J. W.), *Human reproductive ecology. Interactions of environment, fertility and behaviour*. Annals of the New York Academy of science, vol. 709, New-York : 379-395.
- LINDSTROM (D. P.), 1998, The role of contraceptive supply and demand in Mexican fertility decline : evidence from a microdemographic study. *Population studies*, volume 52, n°3, November 1998 : 255-274.
- LOCOH, (T.), 1993, « Faut-il brûler Ogino ? » *Histoires de développement*, n° spécial, « Pratique de fécondité ». CIEDEL, Lyon, n°23, octobre 1993 : 8-9.
- MCLAREN (A.), 1990, *A history of contraception. From antiquity to the present day*, Blackwell. Oxford UK and Cambridge USA., 1990, 275 p.
- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE, 1991, *Déclaration de politique de développement des ressources humaines (DPDRH)*, République de Côte d'Ivoire.

- MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE, CHARGÉ DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT INDUSTRIEL ,1997, *Déclaration de politique de population*. République de Côte d'Ivoire, FNUAP, mars 1997, 40 p.
- N'CHO (S.), KOUASSI (L.), KOUAMÉ (K. A.) *et al.*, 1995, *Enquête démographique et de Santé, Côte d'Ivoire, 1994*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et Macro International Inc, 294 p.
- TOURE (L.), KAMAGATE (Z.), GUILLAUME (A.),et DESGRÉES DU LOÛ (A.), 1997, *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*, , ENSEA - ORSTOM - Direction Régionale de la Santé - FNUAP - MCAC, Abidjan, janvier 1997, 66 p. + annexes.
- VIMARD (P.) et FASSASSI (R.), 1998 – Transition de la fécondité et développement en Afrique subsaharienne. Un bilan autour des exemples du Kenya et de la Côte d'Ivoire, Communication présentée au 3<sup>e</sup> Journées scientifiques du réseau démographie de l'AUPELF-UREF, Rabat, 1998, 30 p.

*La régulation de la fécondité à Yopougon*

TABLEAU ANNEXE 1 : NIVEAU DE FÉCONDITÉ ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE DANS DIFFÉRENTS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST ET AFRIQUE CENTRALE SELON LES ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ

Pays	Date d'enquête	ISF	Utilisation actuelle de la contraception	
			Méthode quelconque	Méthode moderne
Bénin	1996	6,3	16	3
Burkina Faso	1992	6,9	8	4
Cameroun	1991	5,8	13	4
Centrafrique	1994	5,1	15	3
Côte d'Ivoire	1994	5,7	11	4
Ghana	1988	6,4	13	5
	1993	5,5	20	10
Libéria	1986	6,7	6	6
Mali	1987	7,1	3	1
	1995	6,7	7	5
Niger	1992	7,4	4	2
Nigéria	1986	5,9	6	4
	1990	6,0	6	4
Sénégal	1986	6,4	5	2
	1992	6,0	7	5
	1997	5,7	13	8
Tchad	1996	5,6	4	3
Togo	1988	6,4	12	3

Source : Enquêtes DHS

TABLEAU ANNEXE 2 : UTILISATION À UN MOMENT QUELCONQUE DE LA CONTRACEPTION PAR TYPE DE MÉTHODE ET PRATIQUE DE L'AVORTEMENT SELON LA GÉNÉRATION DE NAISSANCE DE LA MÈRE (EN %)

Génération de naissance	Méthode**			Avortement*	Effectif
	Moderne	Naturelle	Populaire		
1947-51	30	30	5	16	74
1952-56	44	42	9	24	153
1957-61	52	48	10	32	184
1962-66	50	43	8	25	226
1967-71	58	48	5	33	201
1972-81	40	33	5	20	147
Ensemble	48	42	7	26	985

\* Pourcentage de femmes ayant eu au moins un avortement  
 \*\* Plusieurs méthodes ont pu être utilisées

TABLEAU ANNEXE 3 : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE MÉTHODE APRÈS LA NAISSANCE DE RANG N (EN %)

Après la naissance de rang	Type de méthode utilisées			Effectif de femmes
	Ensemble des méthodes*	Méthodes modernes	Méthodes naturelles	
1	30	10	19	825
2	32	11	20	664
3	28	9	17	508
4	30	9	18	370
5	31	12	16	261
6	33	15	15	178
7	34	14	16	113
8 ou +	45	13	24	62

\* Comprend les méthodes modernes, naturelles et populaires : plusieurs méthodes ont pu être utilisées.

TABLEAU ANNEXE 4 : RÉGRESSION LOGISTIQUE DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION (MÉTHODES QUELCONQUES, MODERNES ET NATURELLES) APRÈS LA NAISSANCE DE RANG 1 SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Variable explicative	Toutes méthodes <sup>(1)</sup>		Méthode moderne		Méthode naturelle	
	odds ratio	P	odds ratio	P	odds ratio	p
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun / secondaire et +	0,39	0,0001*	0,63	0,22	0,29	0,0000*
Primaire / secondaire et +	0,64	0,026*	0,83	0,56	0,53	0,0048*
<b>Occupation de la femme</b>						
Commerce de détail / élève	0,83	0,62	0,72	0,60	0,69	0,39
Autre commerce / élève	1,42	0,44	3,11	0,092	0,91	0,85
Artisan / élève	1,56	0,30	1,66	0,44	1,15	0,80
Secteur tertiaire / élève	1,99	0,09	1,77	0,38	1,16	0,74
Ménagère / élève	1,08	0,84	1,33	0,64	0,95	0,90
<b>Situation matrimoniale</b>						
Célibataire / séparée veuve	0,84	0,68	0,40	0,15	1,09	0,86
Mariée / séparée veuve	0,81	0,55	0,40	0,076	0,91	0,79
Union libre / séparée veuve	1,18	0,69	0,79	0,69	1,26	0,61
<b>Date de naissance de la mère</b>						
Avant 1952 après 1971	0,51	0,27	0,41	0,49	1,71	0,38
1952-56/ après 1971	0,78	0,58	0,64	0,56	1,42	0,49
1957-61 / après 1971	0,69	0,33	0,46	0,19	1,50	0,59
1962-66 / après 1971	0,94	0,86	1,15	0,77	1,16	0,74
1967-71 / après 1971	1,25	0,44	1,05	0,90	1,74	0,18
<b>Date de naissance de l'enfant</b>						
1960-76 / 1992-96	0,39	0,026*	0,18	0,033*	0,21	0,11
1977-81 / 1992-96	0,55	0,099	0,34	0,060	0,31	0,23
1982-86 / 1992-96	0,87	0,66	0,66	0,34	0,31	0,23
1987-91 / 1992-96	0,84	0,53	1,00	0,99	0,52	0,50

<sup>(1)</sup> méthode moderne ou naturelle ou populaire  
\* différence significative au seuil de 5 %

*La régulation de la fécondité à Yopougon*

TABLEAU ANNEXE 5 : INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE (TOUS RANGS DE NAISSANCES CONFONDUS)  
SELON LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET CERTAINES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (MODÈLE  
DE COX)

Variable	B	Sig	Odds ratio
<b>Utilise une méthode moderne / n'utilise pas</b>	-0,19	0,036*	0,83
<b>Utilise une méthode naturelle / n'utilise pas</b>	-0,087	0,171	0,92
<b>Niveau d'instruction</b>			0,01
aucun / secondaire et + r	0,16	0,023*	1,17
primaire / secondaire et +	0,20	0,003*	1,22
<b>Situation matrimoniale</b>			0,00
Célibataire / séparée veuve	-0,18	0,158	0,84
mariée / séparée veuve	0,10	0,233	1,11
union libre / séparée veuve	-0,24	0,060	0,78
<b>Occupation de la mère</b>			0,34
Commerce de détail / élève	-0,046	0,711	0,95
autre commerce / élève	0,013	0,928	1,01
artisan / élève	-0,011	0,937	0,99
secteur tertiaire / élève	-0,14	0,314	0,87
Ménagère / élève	0,051	0,686	1,05
<b>Date de naissance de la mère</b>			0,12
avant 1951 / après 1972	-0,21	0,176	0,81
1952-56 / après 1972	-0,31	0,036*	0,74
1957-61 / après 1972	-0,16	0,262	0,85
1962-66 / après 1972	-0,16	0,248	0,85
1967-71 / après 1972	-0,071	0,630	0,93
<b>Date de naissance de l'enfant</b>			0,03
1960-76 / 1992-96	0,17	0,095	1,19
1977-81 / 1992-96	0,25	0,012*	1,28
1982-86 / 1992-96	0,19	0,036*	1,21
1987-91 / 1992-96	0,040	0,644	1,04

\* différence significative au seuil de 5 %

TABLEAU ANNEXE 6 : DURÉE MOYENNE DE L'INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE ENTRE LES NAISSANCES DE RANG 1 À 7  
SELON L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE QUELCONQUE DE CONTRACEPTION, MODERNE OU NATURELLE

	Entre le rang 1 et 2		Entre le rang 2 et 3		Entre le rang 3 et 4		Entre le rang 4 et 5		Entre le rang 5 et 6		Entre le rang 6 et 7	
	Durée	P <sup>(1)</sup>	Durée	p <sup>(1)</sup>	Durée	p <sup>(1)</sup>	durée	p <sup>(1)</sup>	Durée	p <sup>(1)</sup>	Durée	p <sup>(1)</sup>
<b>Ensemble</b>	42,7		38,1		37,6		36,8,		40,1		43,6	
<b>Utilisation d'une méthode quelconque</b>												
Oui	51,2	0,0001*	40,5	0,18	45,9	0,0006*	37,54	0,67	32,2	0,09	67,5	0,0009*
Non	39,8		37,2		35,0		34,9		43,1		36,3	
<b>Utilisation d'une méthode moderne</b>												
Oui	55,9	0,004*	47,1	0,012*	59,2	0,0001*	38,2	0,90	33,0	0,53	62,8	0,07
Non	41,8		37,3		36,2		36,8		40,6		40,9	
<b>Utilisation d'une méthode naturelle</b>												
Oui	47,5	0,08	36,6	0,51	41,8	0,17	34,6	0,79	32,5	0,19	40,0	0,011*
Non	41,7		38,5		36,8		37,2		42,0		72,7	
<sup>(1)</sup> test ETA de comparaison de moyennes * différences significatives au seuil de 5 %												

## PARUS DANS LES COLLECTIONS DE L'ETS

### Documents de recherche

- n° 1 : Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicain – André QUESNEL et Patrice VIMARD, 23 p. (épuisé)
- n° 2 : Micro-économie de la fécondité. Quelques réflexions à partir du cas indien – Christophe Z. GUILMOTO, 22 p. (épuisé)
- n° 3 : Transitions démographique et familiale. Des théories de la modernisation aux modèles de crise – Patrice VIMARD, 31 p.
- n° 4 : Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain – Susana LERNER, André QUESNEL et Olivia SAMUEL, 29 p.
- n° 5 : Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité ? – Annabel DESGREES DU LOÛ, Philippe MSELLATI, Ida VIHO et Christiane WELFFENS-EKRA, 21 p.
- n° 6 : Une approche qualitative de l'évolution des modèles familiaux dans une population rurale sénégalaise – Agnès ADJAMAGBO et Valérie DELAUNAY, 23 p.
- n° 7 : La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan). Une analyse des biographies contraceptives – Agnès GUILLAUME, 31 p.

### Notes et Projets

- n° 1 : Projet scientifique, 19 p. (épuisé)
- n° 2 : Santé de la reproduction et changement socio-économique dans un milieu rural sénégalais. Cadre conceptuel d'un programme de recherche – Valérie DELAUNAY, 17 p. (épuisé)
- n° 3 : Bibliographie des membres de l'ETS 1994-1995 – Préparée par Agnès GUILLAUME, 26 p.
- n° 4 : Sida et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. Une revue commentée de la littérature – Annabel DESGREES DU LOU, 25 p.
- n° 5 : Propositions pour des recherches appliquées sur la planification familiale en Afrique subsaharienne. De l'utilité de la recherche pour l'efficacité des programmes de population – Patrice VIMARD, KOFFI N'Guessan, Agnès GUILLAUME et Agnès ADJAMAGBO, 18 p.
- n° 6 : Bibliographie des membres de l'ETS 1996-1997 – Préparée par Raïmi FASSASSI, 34 p.



L'ETS regroupe des chercheurs et des chercheurs associés de l'IRD, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, épidémiologie...), qui se sont réunis sur des problématiques relatives à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, IRD/LPE, Case 10, Centre St. Charles,  
3 place Victor Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 4 42 22 46 31

Email : [vimard@newsup.univ-mrs.fr](mailto:vimard@newsup.univ-mrs.fr)