

EVOLUTION DE LA MORTALITE ET DE LA FECONDITE EN COTE D'IVOIRE

Philippe ANTOINE
Orstom, Dakar

Remplacé ex perdu

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : *24016*

Cote : *B 1*

Retracer l'évolution démographique de la Côte d'Ivoire relève a priori de la gageure. En effet, c'est seulement depuis 1975 que l'on dispose d'études démographiques menées à l'échelon national sur des bases statistiques fiables. Parmi ces études réalisées par la Direction de la Statistique de ce pays, deux d'entre elles permettent de saisir le mouvement naturel de la population: il s'agit de l'enquête à passages répétés (1978-79) et de l'enquête fécondité (1979-80), volet ivoirien de l'enquête mondiale fécondité. En nous appuyant sur ces données et à l'aide d'autres sources plus anciennes et plus ponctuelles, nous tenterons d'appréhender les mutations démographiques des deux dernières décennies en essayant de privilégier les différenciations spatiales.

Le modèle de croissance ivoirien repose principalement sur l'agriculture, secteur dans lequel l'économie de plantation (café, cacao) joue un rôle moteur, mais il faut aussi retenir qu'un important effort de diversification agricole (palmier à huile, coton, riz, ananas) est entrepris depuis 1970. Cependant depuis quelques années les secteurs secondaire et surtout tertiaire représentent l'essentiel de la population nationale: en 1960, 46 % de la PIB provient de l'agriculture, 15 % de l'industrie et 38 % des services, mais ces proportions s'inversent peu à peu et, en 1976, le secteur primaire ne représente plus que 28 % de la PIB, l'industrie 22 % et les services 50 %.

La Côte d'Ivoire a connu depuis l'indépendance des transformations économiques et sociales importantes. Résolument engagé dans la voie capitaliste et libérale, ce pays enregistre des résultats économiques qui se traduisent par une augmentation notable du PIB jusqu'à la fin des années soixante-dix. Depuis le début des années quatre-vingts il connaît, comme de nombreux autres pays du monde, une crise économique accentuée par le poids du service de la dette extérieure. Le revenu monétaire moyen par habitant sur la période 1960-1978 a crû en moyenne d'environ 3 % par an, mais depuis 1978, il a subi une baisse sévère de 5,46 % par an (SEDES 1984). Cependant le revenu pour le monde non agricole a connu des fluctuations plus importantes et à l'exception de courtes périodes de croissance importante des revenus, la tendance est à une érosion progressive des revenus non agricoles: — 0,95 % par an depuis 1960.

La Côte d'Ivoire a hérité de frontières tracées par le colonisateur, et se trouve au carrefour de cinq zones culturelles dont chacune s'étend bien au-delà de son territoire. Ces cinq grandes familles ethno-linguistiques comprennent plusieurs ethnies et chacune d'elles, outre un certain nombre de caractères communs à son grand groupe, possède sa propre culture. Les diverses ethnies ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres mais comme le font remarquer CHAUVEAU et DOZON (1985) « ces groupements sont

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

~~11.09.87~~ N° : *24016*
Cote : *B*

continuellement informés tantôt par des processus anciens qui ont présidé à la « constitution » de l'ethnie, tantôt par des phénomènes nouveaux qui « produisent » tout autant de l'identité que de la différence ». Malgré les brassages de populations qu'a connus ce pays depuis la colonisation, ces grands groupes s'inscrivent dans de grandes entités régionales correspondant aux zones culturelles.

Les Akan, originaires du Ghana, occupent le quart Sud-Est du pays. Ces sociétés connaissent une organisation sociale complexe faite de différents royaumes. Les groupes côtiers sont entrés en contact très tôt avec les Européens, qui avaient installé différents comptoirs (Assinie, Grand-Lahou), et les ressortissants de ces ethnies ont été scolarisés dès le début du siècle, bien avant les autres ivoiriens. C'est dans ces régions que l'économie de plantation s'est le plus développée.

Les Krou, venus de l'Ouest, sont établis au Libéria et dans le Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire. Leur organisation sociale est fondée sur le lignage, et ils n'ont jamais constitué d'Etat. Dans ces régions l'économie de plantation a connu un essor plus tardif.

Les Mandé Nord ou Malinké, situés au Nord-Ouest du pays et dans la région de Kong, constituent le versant ivoirien d'une civilisation qui s'étend sur le Mali, la Guinée et la Casamance. Cette société partiellement urbanisée depuis le Moyen-Age, islamisée au cours du XVIIIe siècle, est principalement fondée sur le commerce.

Les Mandé Sud sont installés à l'Ouest du pays, à la frontière de la Guinée et du Libéria. Si sur le plan linguistique ils sont proches des Malinké, culturellement leur organisation sociale et leurs activités agricoles les rapprochent des Krou.

Les Voltaïques occupent le Nord et le Nord-Est du pays. Leur aire culturelle couvre aussi la Haute-Volta, le Nord du Ghana, du Togo et du Bénin. Les Senoufo, groupe le plus nombreux, cultivent surtout le mil, l'igname, le riz et le coton et possèdent un important cheptel. Les autres ethnies de ce groupe sont moins intégrées à l'économie moderne.

Mais la plupart de ces groupes ont franchi les limites de leur territoire traditionnel et la Côte d'Ivoire connaît d'intenses mouvements migratoires aussi bien entre régions rurales que du rural vers l'urbain : le processus d'urbanisation ayant véritablement démarré dans les années cinquante. Ainsi en 1921, 99,2 % de la population réside dans les régions rurales; en 1945, on compte encore 98 % de population paysanne. A partir de 1955 la population résidant dans les villes de plus de 5.000 habitants passe de 11 % à cette date à 35 % en 1975. Les années quatre-vingts seront vraisemblablement marquées par le passage à un taux supérieur à 50 % (Dureau 1985). En plus de ces mouvements migratoires internes, il faut tenir compte d'importants flux de populations provenant des autres pays africains avoisinants.

Dès les années trente des ressortissants des divers territoires proches de la Côte d'Ivoire, Mali, Burkina-Faso (ex Haute-Volta) principalement, migrent, volontairement ou non, vers ce pays. A partir des années cinquante, après l'abolition du travail forcé, les flux s'intensifient, modifiant profondément la répartition de la population entre les divers pays d'Afrique de l'Ouest. Ainsi en 1950, la Côte d'Ivoire comptait autant d'habitants que la Guinée (2,8 millions) et nettement moins que le Mali ou le Burkina-Faso (3,8 millions chacun). En 1980 avec ses 8 millions d'habitants dont 2 millions d'étrangers, la Côte d'Ivoire est l'Etat d'Afrique de l'Ouest francophone le plus peuplé; le Mali comptant 6,9 millions d'habitants, le Burkina-Faso 6,1 millions et la Guinée 5 millions. Si l'apport migratoire représente une part non négligeable de la croissance démographique (environ 1 % par an) le mouvement naturel reste cependant le principal moteur de la dynamique de population.

1 LE DECLIN DE LA MORTALITE

La Côte d'Ivoire illustre assez bien la carence de données dont souffre nombre de pays africains. Les niveaux de mortalité avancés par les organismes de planification sont élevés, sans que l'origine des données présentées soit précisée; au contraire, en l'absence de recul critique, les rares données existantes sont confortées de publication en publication. Ainsi le plan quinquennal de développement 1976-1980 retient des niveaux de mortalité générale de 30 ‰ en 1958, et 25 ‰ en 1975. La mortalité infantile, dont le niveau semble inconnu en 1958, est estimée en 1965 à 200 ‰ en milieu rural et 175 ‰ en milieu urbain et respectivement à 185 ‰ et 140 ‰ en 1975. Les données de 1965 s'appuient sur des enquêtes régionales à objectifs multiples, et, comme le souligne L. Roussel (1967), la faiblesse des échantillons dans ces études ne permettait guère de construire une table par groupes d'âges. Les premières estimations se sont donc fondées sur les tables types des Nations Unies, qui présentent de nombreux défauts dont celui de sous-estimer fortement la mortalité juvénile.

Par contre les enquêtes, proprement démographiques, menées en 1957-58 ont été sous-exploitées. Les données recueillies à cette époque en milieu rural sur la descendance et la survie des enfants permettent d'appliquer la méthode bien connue de Brass¹. Ces méthodes nécessitent de nombreuses conditions dont celle de stabilité de la mortalité. Le non respect de ces conditions entraîne des biais. Selon Gomez de Leon (1978), une hausse de la fécondité sous estime la mortalité, une baisse de la mortalité surestime la mortalité. Quelles que soient les techniques utilisées, aucune n'est totalement satisfaisante et les résultats que nous pourrions présenter ne peuvent s'inscrire, comme la plupart des données concernant l'Afrique, que dans des limites relativement larges.

1.1 L'évolution du niveau de mortalité en milieu rural

L'application de la méthode de Brass aux données des enquêtes de 1958 et de 1978 permet d'opérer quelques comparaisons sur les niveaux et l'évolution de la mortalité infantile et juvénile dans les milieux ruraux de forêt et de savane. Sans s'attarder sur les modes de calcul; il convient de préciser que nous avons retenu la proportion de survivants à 2 ans (l_2) comme entrée dans les tables Nord de Coale et Demeny. Les principaux résultats sont présentés au tableau 1. En 20 ans, le gain d'espérance de vie est de 9 ans pour les hommes quel que soit le milieu, 9 ans pour les femmes en savane, et seulement 7 ans en forêt. Cette amélioration se traduit aussi par une diminution de la mortalité infantile et juvénile d'environ 30 ‰ (à l'exception également des femmes en milieu de forêt). Enfin la mortalité reste nettement plus élevée en milieu de savane qu'en milieu de forêt. Ce premier constat s'appuie sur des calculs indirects, qui permettent de tracer les grandes tendances, mais il serait hasardeux d'en tirer des conclusions définitives concernant les niveaux de mortalité qui sont certainement surestimés par cette méthode. Dans certains cas la mortalité observée en milieu rural peut atteindre des niveaux assez bas. Ainsi une étude entreprise par l'I.N.S.P. (Dutertre) dans le village de Memni, dans le sud du pays sur la période 1966-1971, montre que si certaines conditions sont rassemblées les mortalités infantile et juvénile peuvent être relativement faibles. Ainsi, il relève dans ce village de 8.000 habitants, un quotient de mortalité juvénile de 37,8 ‰. Comme le font remarquer les auteurs ces niveaux sont certainement voisins du minimum observable à cette date, mais ces résultats sont le fruit d'une surveillance attentive des femmes enceintes par le personnel soignant du dispensaire et de la maternité (tenus par des religieuses), d'accouchements tous

¹ La méthode Brass, amplement analysée, critiquée, complétée depuis 1968 - UNITED NATIONS 1983, pp. 73-96 - présente l'avantage de s'appuyer sur des données relativement plus facile à collecter que les décès bruts. Son application n'est pas exempte de problèmes (voir Garenne, 1982).

Tableau I. Mortalité en milieu rural
(estimation à partir des méthodes de Brass)

Régions de Forêt

Indicateurs	Année 1958		Année 1978	
	M	F	M	F
190	210	180	149	139
491	167	160	113	121
Co	33	36	42	43

Régions de Savane

Indicateurs	Année 1958		Année 1978	
	M	F	M	F
190	255	220	184	157
491	208	199	144	138
Co	28	31	37	40

(en pour mille pour les quotients).

Sources : à partir de l'enquête démographique 1957-58 et EPR 1978-79.

pratiqués par une sage-femme et de la possibilité pour les parents d'obtenir les conseils et les soins élémentaires pour leur enfant. Dans ce cas, la mortalité observée est bien plus faible, traduisant l'efficacité d'une structure sanitaire légère. Lorsque les conditions d'équipements sont plus précaires la mortalité atteint des niveaux plus élevés. Selon une autre micro-observation entreprise en 1975 à Roc Oulidié, village Krou près de la frontière du Libéria par Al. Schwartz (1976), ce dernier met en évidence une mortalité infantile élevée de 209 ‰ et en considérant que « les femmes ménopausées représentent plutôt la société Krou d'hier, celles non ménopausées la société Krou d'aujourd'hui », il note que « le taux de mortalité infantile a considérablement baissé de la première catégorie de femmes à la seconde : 289 ‰ à 171 ‰ ». Ces données sont simplement indicatives de tendances et bien qu'elles ne concernent que des effectifs très faibles, la qualité de la collecte effectuée incite à les prendre en considération.

Une étude plus récente, l'enquête ivoirienne de fécondité, indique un déclin rapide de la mortalité infantile et juvénile entre deux périodes espacées de cinq ans. D'après ces données, entre la période 71-75 et la période 76-80 la mortalité infantile a nettement décru passant de 163 ‰ à 121 ‰ (tableau II).

Ces diverses études confirment donc toutes une tendance à la baisse de la mortalité infantile. Elles laissent aussi présager un différentiel de mortalité important suivant les conditions de vie et les lieux de résidence.

1.2. Les différentiels de mortalité suivant les lieux de résidence

• *Le différentiel urbain-rural*

Aussi bien les résultats de l'enquête à passages répétés que ceux de l'enquête ivoirienne fécondité révèlent des écarts importants dans les niveaux de mortalité entre le milieu urbain,

Tableau II. Evolution de la mortalité infantile et juvénile selon le milieu de résidence (pour mille)

Année de décès	1976-80		1971-75	
Milieu de résidence au moment de l'enquête	190	491	190	491
Abidjan	70	50	103	(72)
Autres villes	127	71	129	(87)
Rural	121	69	163	108

Source: à partir de l'EIF p. 106.

Abidjan principalement, et le milieu rural (Tableaux II et III). La capitale connaît un niveau de mortalité nettement plus faible que les autres régions. Ainsi pour l'ensemble des deux sexes la mortalité infantile passe du simple au double entre Abidjan et les régions rurales de savane, et l'écart de mortalité juvénile varie de 1 à 2,3 entre la capitale et le monde rural. Ces différences de mortalité résultent de plusieurs facteurs. Si le déploiement en milieu rural des infrastructures médicales légères (dispensaire, maternité rurale) a contribué à une régression de la mortalité, il n'en demeure pas moins que les habitants de certaines régions rurales restent encore très éloignés de ces centres de soins. Toutefois l'insuffisance des structures de soin ne constitue pas le seul facteur explicatif et les différences sont surtout à rechercher dans les écarts entre les niveaux d'éducation. La scolarisation a encore peu touché les populations rurales et particulièrement les jeunes filles.

Tableau III. Quotients de mortalité infantile et juvénile observés à l'EPR population ivoirienne (pour mille)

	Mortalité infantile (190)			Mortalité juvénile (491)		
	M	F	2 sexes	M	F	2 sexes
Abidjan	59	47	53	34	48	41
Savane urbaine	75	52	63	45	53	49
Forêt urbaine	82	72	78	71	84	78
Forêt rurale	90	83	86	85	59	72
Savane rurale	129	87	108	81	106	94
Ensemble	93	76	84	73	72	73

Source: à partir des tableaux de base de l'EPR 1982.

- *La diversité des conditions d'habitat*

Cependant il convient de dépasser la simple dichotomie urbain-rural, et d'examiner plus attentivement les conséquences de la disparité des conditions sociales et écologiques propres au milieu urbain. La ville constitue par excellence le lieu des mutations sociales et du passage à une société hiérarchisée selon des critères économiques. Cette hiérarchie

sociale est particulièrement flagrante dans la principale ville du pays, Abidjan, et les conditions d'habitat constituent un bon révélateur des diversités sociales. Au sein de la ville, quatre types d'habitat essentiels apparaissent (Antoine, Herry, 1983).

L'habitat résidentiel concerne les catégories socio-professionnelles privilégiées. La population résidant dans cet habitat bénéficie d'un revenu élevé, d'un bon niveau scolaire, et au sein du logement de tous les éléments de confort. L'habitat économique moderne construit par des sociétés immobilières publiques, destiné initialement aux titulaires de bas revenu, se trouve être accaparé principalement par les classes moyennes. A l'inverse la population des deux derniers types d'habitat cumule les handicaps : peu ou pas de scolarisation, précarité des sources de revenus, insertion urbaine plus fragile. L'habitat de cour accueille la majorité de la population abidjanaise. Ces cours carrées d'environ 400 m² chacune, comprennent bien souvent plusieurs logements exigus d'une à deux pièces. Dans chacun de ces logements réside un ménage rarement apparenté au ménage voisin. La promiscuité et l'insalubrité environnante, due à une voirie insuffisante, se conjuguent pour entraîner des conditions sanitaires souvent déplorable. La situation dans l'habitat sommaire n'est guère plus enviable. Cet habitat constitué de baraques, prolifère surtout à cause du manque de constructions en dur. Il s'implante, principalement, dans les zones les plus insalubres (marais, bas-fonds), l'insalubrité semblant le prix à payer pour sauvegarder une précaire tranquillité vis-à-vis des pouvoirs publics.

Entre ces quatre types d'habitat les revenus moyens varient de 320.000 F CFA pour les ménages résidant dans l'habitat de standing, à 90.000 F CFA pour l'habitat économique moderne, 55.000 F CFA pour l'habitat de cour et 44.000 F CFA pour l'habitat sommaire. La consommation d'eau du réseau par tête constitue aussi un autre indicateur pertinent du genre de vie, cette consommation exprimée en litre par jour et par habitant s'élève respectivement à 402 l, 80 l, 65 l et 25 litres pour chacun des types d'habitat (Saint Vil, 1983).

Face à ces disparités de conditions de vie dans la capitale, les niveaux de mortalité infantile et juvénile de ces quatre types d'habitat relevés lors de l'EPR appellent plusieurs commentaires (tableau IV). Il semble que le niveau de mortalité infantile dépende surtout de la fréquentation des structures de soins et que la faiblesse des écarts entre les différentes catégories résulte de l'existence de comportements bien souvent similaires : accouchement en maternité, visites pré- et post-natale, allaitement au sein. Par contre les très grands écarts de mortalité juvénile traduisent l'influence majeure des conditions de vie du jeune enfant, sans qu'il soit possible de dégager les causes principales. Au sein des habitats les plus déshérités se conjuguent une forte densité de population, facteur de propagation rapide des épidémies, de mauvaises conditions d'hygiène et des risques épidémiologiques accrus. Ainsi ceux qui résident dans l'habitat précaire connaissent des niveaux de mortalité juvénile semblables voire supérieurs au milieu rural. Ces disparités sont bien plus importantes que celles rencontrées en Europe, par exemple, en Grande-Bretagne en 1972, le taux de mortalité

Tableau IV. Quotients de mortalité selon les types d'habitat
(pour mille)

Habitat	Résidentiel	Econom. moderne	Evolutif	Sommaire
Mortalité infantile	26	42	56	59
Mortalité juvénile	(n.d.)	20	47	115

Source: Antoine, Herry (1984).

juvénile était seulement de 59 pour 100.000 chez les enfants originaires de milieux aisés et de 119 pour 100.000 pour les catégories les plus démunies (Office of Population Censuses 1977) soit un écart du simple au double et cela à des niveaux très faibles de mortalité. Par contre à Abidjan, en retenant l'hypothèse d'un quotient de mortalité juvénile de 2 ‰ en résidentiel (soit le niveau enregistré en France à la même époque, toutes catégories sociales confondues), la probabilité de mourir entre 1 et 4 ans serait 15 fois plus élevée dans l'habitat sommaire que dans l'habitat résidentiel. L'écart de mortalité entre les catégories sociales est flagrant et une autre comparaison permet d'en rendre compte : les enfants des classes les plus pauvres connaissent des risques de mortalité identiques à ceux des jeunes Européens au début du XIXe siècle.

1.3. Le maintien des disparités

Ces quelques considérations montrent bien que les indicateurs de mortalité nationaux ou régionaux masquent des disparités importantes dans les niveaux de mortalité. Si des progrès sensibles ont été enregistrés en Côte d'Ivoire dans le domaine de la santé et de la lutte contre la mort, de trop grandes disparités subsistent encore tant au sein du monde rural que dans les villes. Les progrès réalisés concernent surtout la baisse de la mortalité infantile, mais les efforts entrepris s'avèrent encore insuffisants pour entraîner une baisse importante de la mortalité juvénile.

L'absence actuelle de données précises ne permet pas, par ailleurs une analyse différentielle de la mortalité aux autres âges. L'examen des seules tables de mortalité établies à partir de l'observation directe de la population (EPR) (Tableau V) révèle une surmortalité masculine à presque tous les âges, sauf pour les âges de 15 à 24 ans où les jeunes filles connaissent une mortalité plus forte due bien souvent aux conséquences d'avortements

Tableau V. Taux de mortalité par sexe (pour mille)
Nationalité ivoirienne (données observées)

Groupe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Taux en ‰		Taux en ‰	
- 0	100,2		80,8	
1 - 4	19,2		18,7	
5 - 9	4,3		3,2	
10 - 14	3,4		2,6	
15 - 19	2,9		3,5	
20 - 24	3,2		4,6	
25 - 29	5,9		3,2	
30 - 39	7,2		5,1	
40 - 49	11,8		6,4	
50 - 59	17,2		13,5	
60 - 69	37,2		34,2	
70 - 79	78,3		84,7	
80 et +	129,2		142,4	

Source: EPR.

clandestins². L'espérance de vie de la population ivoirienne est, d'après les résultats de l'enquête à passages répétés, estimée à environ 48,5 ans (après ajustement des données observées) avec un faible écart entre hommes et femmes: respectivement 47,8 ans et 49,5 ans. La comparaison avec les pays avoisinants s'avère hasardeuse car on s'interroge sur la fiabilité de certaines données. Seul le Ghana dispose d'études nombreuses mais parfois contradictoires. En 1970 l'espérance de vie dans le pays était de 48 ans et la mortalité infantile de 122 ‰ (Gaisie).

La population ivoirienne a vu son espérance de vie augmenter d'environ 13 à 15 ans entre 1958 et 1979. Ce gain important résulte surtout du déclin de la mortalité infantile. L'amélioration des services de PMI, les vaccinations, le suivi de la grossesse et l'augmentation du nombre de femmes scolarisées ont contribué à réduire la mortalité avant un an. Des progrès sensibles sont encore à attendre tant en milieu rural, que dans les quartiers les plus déshérités des villes. Le niveau de mortalité juvénile reste par contre relativement élevé traduisant les conditions difficiles de vie de certaines familles et les insuffisances du système de santé.

2 LE MAINTIEN D'UNE FECONDITE ELEVEE

Malgré la relative abondance des données concernant la fécondité (par rapport à la mortalité) une analyse prudente de l'évolution de la fécondité s'impose. La comparaison des résultats généraux des principales enquêtes d'ampleur nationale conduit à dresser le constat d'une légère hausse de la fécondité (Tableau VI). Ainsi pour l'ensemble du pays la fécondité cumulée est évaluée à 6,52 enfants en 1958; 6,38 en 1962-64; 6,54 enfants selon l'EPR et 7,36 selon l'EIF.

Sans entrer dans le débat technique concernant la validité et le degré de fiabilité des différentes méthodes de collecte utilisées pour aboutir à ces données, force est de conclure que la fécondité ne diminue pas en Côte d'Ivoire, mais qu'au contraire le niveau aurait tendance à croître. Les résultats globaux enregistrés pour la ville d'Abidjan confirment ce point de vue: la fécondité apparemment augmente malgré l'urbanisation massive de la population.

Tableau VI. Niveau de fécondité (Taux pour mille)

Groupe d'âge	Côte d'Ivoire				Abidjan		
	1958	1962-64	EPR 1978-79	EIF 1979-80	1963	EPR 1978-79	EIF 1979-80
15 - 19	217	192	224	216	206	187	190
20 - 24	319	289	296	313	230	247	285
25 - 29	289	264	278	300	215	246	259
30 - 34	209	226	217	248	196	197	227
35 - 39	167	158	158	203	125	134	173
40 - 44	66	102	86	132	67	66	129
45 - 49	36	44	35	60	29	23	19
Fécondité cumulée	6,52	6,38	6,54	7,36	5,34	5,55	6,41

Source: Roussel, EPR, EIF.

² Aucune donnée n'existe à ce sujet, mais faute d'une politique claire de planification familiale, le recours à l'avortement est fréquent. C'est bien souvent la cause de décès de ces jeunes femmes dont on annonce la « mort » des suites d'une courte maladie.

2.1. Le différentiel régional

Toutes ces enquêtes indiquent aussi le maintien d'un différentiel, à peu près constant, entre l'ensemble du pays et la capitale³, les femmes y résidant ayant en moyenne 1 enfant de moins.

A la lecture des résultats de l'EPR et de l'EIF une même hiérarchie régionale apparaît (tableau VII) avec une fécondité relativement plus faible à Abidjan que pour les villes de l'intérieur; les villes de savane incluent la seconde agglomération du pays, Bouaké, au caractère urbain plus marqué, ce qui peut expliquer ce léger écart entre les villes de la zone forestière et les villes de savane. Le milieu rural enregistre une fécondité plus élevée et plus particulièrement les régions de savane, c'est-à-dire les régions les moins touchées par le développement économique du pays.

**Tableau VII. Fécondité cumulée (15-49 ans)
Comparaison EPR - EIF**

	Abidjan	Zone forestière milieu urbain	Savane milieu urbain	Zone forestière milieu rural	Savane milieu rural
EPR	5,6	6,5	6,3	6,8	7,1
EIF	6,4	7,1	6,6	7,3	8,4

Source: à partir EPR tableau 4. 7. Et EIF tableau 5.21.

Toutefois lorsque l'on ne retient plus que la fécondité des femmes en union, l'écart entre régions s'estompe. Ainsi la fécondité cumulée entre 15 et 40 ans est de 6,9 enfants à Abidjan; 7,2 dans les villes de l'intérieur, 7,4 dans les régions rurales de forêt et 7,9 dans les régions de savane (EIF). Ce sont donc, en partie, des différences de comportement matrimoniaux qui expliqueraient ces écarts comme le confirme l'analyse pour certaines ethnies.

Le mariage, coutumier ou civil, recule en Côte d'Ivoire. En 1968 pour le groupe d'âges 15-19 ans, seulement 25 % des jeunes femmes étaient encore célibataires; en 1978 pour le même groupe d'âges 40 % des femmes sont encore célibataires. A 20-24 ans les proportions de célibataires étaient respectivement de 4 % en 1958 et 18 % en 1978. Le mariage plus tardif du fait de la scolarité, ou d'un souci de plus grande autonomie des jeunes filles devrait conduire à une baisse de la fécondité, si les jeunes femmes des villes disposent de moyens modernes de contraception. Si les différences de fécondité entre milieu rural et milieu urbain sont importantes, la comparaison par ethnie entraîne une vision plus nuancée et met en évidence la complexité des liaisons migration/fécondité. Lors de l'enquête à passages répétés, chaque femme était classée comme autochtone si elle appartenait à l'ethnie du village enquêté et allochtone dans le cas contraire. Ainsi une Agni résidant en pays Baoulé est allochtone. Il s'agit dans ce cas d'une indication très imparfaite de la migration: une femme peut très bien être d'une ethnie étrangère à ce village mais appartenir à une famille qui réside depuis une ou deux générations dans ce village. Mais toutefois la plupart des flux sont récents.

Chez les Akan, la fécondité en milieu rural est très élevée, légèrement plus faible en milieu urbain autochtone, et nettement plus basse en milieu urbain allochtone. Le phénomène tient certainement aux comportements matrimoniaux très différenciés des femmes

³ Plus exactement l'ex capitale. Yamoussoukro est devenue depuis 1983 la capitale de la Côte d'Ivoire. Mais Abidjan demeure le principal pôle économique, administratif, et politique du pays.

Akan en milieu rural et en milieu urbain. Les femmes recherchent de plus en plus une relative autonomie par rapport aux hommes. Toutefois ce phénomène n'est pas nouveau pour les femmes Baoulé. Ainsi P. Etienne (1968) fait remarquer que «les premiers noyaux de peuplement non traditionnel constituèrent très vite un milieu d'accueil pour les filles et les jeunes femmes qui voulaient échapper à des contraintes sociales imposées par une union trop précoce à leur gré. En effet les liaisons qu'elles pouvaient entretenir avec les étrangers de la ville, même en cas de grossesse, n'impliquaient aucun engagement de caractère durable».

Chez les Akan, les écarts de fécondité résulteraient principalement de différences de comportement matrimoniaux. Le groupe Mandé Nord, montre que la hiérarchie rural/urbain n'est pas systématique. Pour cette ethnie les courbes de fécondité sont relativement proches les unes des autres, à l'exception des femmes allochtones résidant en milieu rural qui connaissent une fécondité très élevée. Cette hausse résulte en partie du relâchement du contrôle social concernant l'allaitement et la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Les Mandé connaissent la durée d'abstinence sexuelle postpartum la plus longue (environ un an).

La population étrangère contribue à cette fécondité élevée. En effet de nombreuses jeunes femmes étrangères viennent rejoindre un époux et la plupart des émigrantes Burkinabé ou maliennes sont mariées. Ces femmes connaissent tant en ville qu'à la campagne, une fécondité élevée, respectivement 7,5 et 7,6 enfants par femme à la fin de leur vie de fécondité.

-2.2. Conditions socio-économiques et fécondité

Les conditions socio-économiques sont peu différenciées tant dans le milieu rural ivoirien, que dans de nombreuses petites villes de l'intérieur du pays. Seule la capitale permet une analyse statistique satisfaisante des variations de la fécondité en fonction des conditions socio-économiques des femmes. De plus la ville porte en germe les changements de comportement qui affecteront peu à peu l'ensemble du pays.

L'incidence de l'instruction sur la démographie d'une société, et particulièrement sur les sociétés traditionnelles, est importante. On peut penser a priori que dans le domaine de la fécondité elle contribue certainement à la baisse du nombre d'enfants; les femmes instruites décident plus souvent de maîtriser leur fécondité. L'activité et surtout l'exercice de professions qualifiées et à responsabilités sont difficilement conciliables avec des grossesses répétées, ce qui doit contribuer également à la diminution de la fécondité. Sans pouvoir analyser en profondeur l'interaction et l'incidence de ces phénomènes, voyons cependant si ce schéma se vérifie à Abidjan⁴. Globalement plus la femme est instruite plus sa fécondité est faible. A Abidjan la descendance finale est de 6,88 pour les femmes illettrées et de 2,88 pour les femmes ayant un niveau de scolarité supérieur à la 3^e, cependant même à Abidjan il s'agit d'une petite minorité (4 % de la population féminine d'âge fécond). Si l'on considère seulement les femmes ivoiriennes, on aboutit pour les femmes instruites au-delà de la 6^e à une fécondité cumulée de 3,44: largement inférieure aux niveaux de fécondité enregistrés pour les femmes ivoiriennes, pas ou peu scolarisées. Chez les femmes instruites, le taux de fécondité à 15-19 ans est faible; par contre le maximum est atteint à 30-34 ans, montrant une fécondité importante à des âges plus élevés laissant entrevoir un effet de rattrapage; la fécondité plus tardive est aussi plus intense.

⁴ Les données sont issues de l'analyse de l'EPR concernant Abidjan (Antoine, Herry 1982).

Tableau VIII. Fécondité cumulée selon le milieu de résidence et l'ethnie

Ethnie	Milieu autochtone	Rural allochtone	Milieu autochtone	Urbain allochtone	Abidjan
Akan	6,84	6,71	6,51	5,88	5,30
Mande Nord	6,40	7,59	6,54	6,59	6,67
Krou	6,16	6,01	5,75	6,38	5,53

Source: EPR (Antoine - Herry 82).

Quant aux femmes ayant fréquenté l'école quelques années (primaire < CM2), leur descendance finale est la plus élevée. Ceci amène à penser que l'influence de la scolarité sur la baisse de la fécondité n'est vraiment déterminante que lorsque l'on a atteint un niveau secondaire. Chez les femmes faiblement scolarisées la fécondité est donc plus élevée, légèrement supérieure à celle des femmes totalement illettrées. On peut émettre l'hypothèse que les femmes peu scolarisées observent plus ou moins les pratiques traditionnelles d'allaitement prolongé au sein et d'abstinence sexuelle après chaque naissance, sans pour autant recourir à des méthodes contraceptives, et connaissent donc une fécondité plus élevée. Analysant les obstacles au planning familial, Th. Locoh (1985) fait remarquer que seule une scolarisation de longue durée introduit un changement radical dans le comportement des femmes et notamment dans leurs projets familiaux. La réussite de la contraception en Afrique est l'apanage des seules femmes qui ont une instruction secondaire complète.

Les femmes qui exercent une activité enregistrent une fécondité nettement moindre que les femmes ménagères: l'écart de descendance finale est d'environ 2,3 enfants. Par grand groupe de professions, on peut distinguer les aides familiales, les exploitantes indépendantes du commerce ou des services, les salariées du commerce ou des services, et les femmes exerçant des professions qualifiées. Les aides familiales sont dans l'ensemble des jeunes filles et au-delà de 25 ans leurs effectifs sont insignifiants. De 15 à 19 ans leur faible fécondité peut s'expliquer par leur état de célibataire, puisque ces aides familiales sont en général au service de leur mère ou de leur tante.

Les exploitantes indépendantes (petites vendeuses, couturières ...) connaissent les niveaux les plus élevés et la précocité la plus grande. Pour les deux dernières catégories (les salariées) la fécondité est nettement plus faible. Si on analyse la fécondité selon les principales professions exercées par les femmes ivoiriennes on aboutit aux descendes finales suivantes:

- exploitante indépendante du commerce 4,77 enfants
- exploitante indépendante artisanat, services 4,85 enfants
- salariée qualifiée des services 3,66 enfants
- non active 6,08 enfants

Pour les autres professions, les effectifs observés sont trop faibles pour pouvoir donner des résultats significatifs. On constate que chez les ivoiriennes les femmes actives ont en moyenne moins d'enfants que les non actives et, parmi les femmes qui exercent une profession, les salariées sont moins fécondes que les femmes ayant une activité dans le secteur «informel».

L'influence de l'instruction des femmes sur le niveau de fécondité se fait nettement sentir lorsque la femme a fréquenté l'école jusqu'au secondaire. L'instruction du mari a-t-elle les mêmes conséquences? Si l'on combine, pour l'analyse, le niveau d'instruction du

mari et celui de la femme, il apparaît nettement que dès que le mari atteint le niveau secondaire, quel que soit le niveau d'instruction de la femme, la fécondité est plus faible: respectivement 6,72 enfants quand l'épouse est du niveau primaire et 5,28 lorsqu'elle a fréquenté le cycle secondaire. Les niveaux les plus bas sont atteints par les couples où les conjoints sont tous les deux très instruits (4,44 enfants). Par contre, le fait que le mari ait un niveau primaire n'entraîne pas une fécondité plus faible que dans les cas où le mari est illettré (environ 8 enfants) ce qui, il faut le dire, recouvre la grande majorité de la population, les autres situations étant finalement marginales. L'analyse de la fécondité selon la profession du conjoint permet d'aboutir aux mêmes conclusions que celles déjà dressées pour les femmes, à savoir que deux catégories socio-professionnelles se distinguent par une fécondité nettement plus faible: les salariés qualifiés du commerce et des services (dont les agents de la fonction publique) (6,34 enfants) et les cadres, enseignants (4,54 enfants), alors que le niveau moyen de cette fécondité «légitime» (puisque l'analyse ne porte que sur des couples) est de 7,09 enfants par femme en union.

L'évolution des structures familiales constitue un bon révélateur des processus de modernisation. Dans ce domaine, comme dans celui de la fécondité, les changements sont lents. D'une part la pratique de la polygamie se perpétue même dans les milieux des classes moyennes, d'autre part la famille élargie se maintient dans les couches les mieux insérées à la vie urbaine. Les familles qui résident dans l'habitat résidentiel et économique moderne sont dans 82 % des cas des familles élargies. Ainsi la famille étendue s'est reconstituée là où les décideurs pensaient promouvoir la famille nucléaire occidentale.

La solidarité s'exprime en milieu urbain par la prise en charge d'autres parents parfois plus démunis. La perpétuation, sous d'autres formes, de la prise en charge des enfants confiés constitue un des aspects de cette solidarité. La proportion relativement élevée des enfants confiés (11 % des enfants de 0-4 ans sont dans ce cas à Abidjan) montre bien que la fécondité ne doit pas être étudiée seulement sous l'angle biologique mais qu'il faut distinguer, comme le font de nombreuses sociétés africaines, mère génitrice et mère éducatrice. La politique sociale implique aussi de connaître le nombre d'enfants à charge, et la politique de PMI concerne aussi bien les jeunes femmes encore fécondes que les plus vieilles qui s'occupent bien souvent des enfants.

L'urbanisation et la migration entraînent toutefois une modification importante des structures familiales, à savoir l'apparition massive de familles dont le responsable de fait est une femme. Ce phénomène est particulièrement flagrant à Abidjan où la proportion de chef de ménage féminin est passé de 6 à 11 % entre 1964 et 1978. Ces femmes soit par choix, soit qu'elles se trouvent dans des situations économiques défavorables, seront intéressées à terme par la planification familiale (Locoh, 1985).

Pour l'instant les rares études conduites sur la contraception confirment toutes une très faible utilisation des moyens contraceptifs modernes, faute surtout d'une information efficace. En ville la demande est forte, il suffit pour s'en convaincre de voir le commerce florissant de pilules périmées sur les divers marchés de la capitale. Faute de moyens financiers suffisants, les femmes s'adressent à ce secteur marchand plutôt qu'à la médecine moderne. Il serait temps de substituer à ce secteur informel de la contraception, inefficace et dangereux, une véritable politique de planification familiale.

La fécondité reste très élevée en Côte d'Ivoire, avec une précocité très marquée. L'enfant, surtout en milieu rural, constitue à la fois une force de travail et un investissement pour l'avenir. Une descendance nombreuse assurera à leur géniteur prestige social et garantie de ressources pour ses vieux jours. Mortalité et fécondité sont dans ce cas indissolublement liées, une mortalité infantile élevée conduit à multiplier les chances d'avoir

un enfant qui reste en vie, et l'on sait par ailleurs, que des grossesses trop rapprochées mettent en danger la vie de l'enfant. Des signes tangibles de changement apparaissent en milieu urbain. Saisie au niveau de la population globale, la fécondité reste une valeur positive, mais à y regarder de plus près, la pratique de l'avortement (même en milieu traditionnel), les achats de produits contraceptifs auprès de certaines commerçantes, montrent un désir encore mal formulé de maîtrise de la fécondité. Dans un pays voisin, le Ghana, où la planification familiale est plus développée, la fécondité est plus faible (environ 1 enfant de moins par femme).

Nous ne pouvons que rejoindre les conclusions d'un récent rapport contribuant à l'élaboration d'un programme national d'éducation à la vie familiale (A. TRAORE et al.) qui recommande une politique d'information et d'éducation en matière de population. « Il s'agit pour les femmes de connaître leur corps, d'avoir accès à l'information et à l'éducation auxquelles elles ont droit et d'avoir les enfants qu'elles désirent aux moments voulus et dans les conditions les meilleures ».

BIBLIOGRAPHIE

- AHONZO E., BARRERE B. et KOPYLOV P., Population de la Côte d'Ivoire. Analyse des données démographiques disponibles. Direction de la Statistique, Abidjan, 1984, 324 p.
- ANTOINE Ph. et HERRY C., Enquête démographique à passages répétés, Agglomération d'Abidjan, ORSTOM, Direction de la Statistique, Abidjan, 419 p.
- ANTOINE Ph. et HERRY C., La population d'Abidjan dans ses murs, Cahiers de Sciences Humaines, ORSTOM 1983, Vol. XIX n° 4, pp. 371-395.
- ANTOINE Ph. et HERRY C., Mortalité infantile et juvénile à Abidjan (1978-1979), Cahiers de Sciences Humaines, ORSTOM 1984, Vol. XX n° 2, pp. 141-155.
- BARRERE B., DELAINE G. et DE SOUZA L., La fécondité. In Séminaire National sur Population et Développement, Nations Unies CEA, Abidjan 1982, pp. 63-78.
- CHAUVEAU J.P. et DOZON J.P., Colonisation, économie de plantation et société civile en Côte d'Ivoire. A paraître, Cahiers ORSTOM, Sciences Humaines 1985, 28 p. dactylo.
- DITTGEM A., Synthèse critique des données récentes de fécondité et de mortalité infantile et juvénile en Côte d'Ivoire. Cahiers du CIRES. Mars 1977, n° 13, pp. 51-93.
- DUREAU F., Migration et urbanisation, Le cas de la Côte d'Ivoire. Thèse de Doctorat 3e cycle, Paris 1, IDP 1985, 561 p. + 81 p. annexes.
- DUTERTRE J. et NEPOTE VESINO R., La mortalité infantile dans un village rural ivoirien, INSP Abidjan 1973, 6. p. multigr.
- ETIENNE P.M., L'émigration baoulé actuelle - Cahiers d'Outre-Mer n° 82, 1968, pp. 155-195.
- GAISIE S.K., Estimation fertility and mortality levels and trends in Ghana, Communication à la Réunion d'experts sur la mortalité et la fécondité, Monrovia, 1979.
- GARENNE M., Problems in applying the Brass Method in Tropical Africa: a case study in rural Senegal, Genus 1982, Vol. XXXVIII, n° 1, pp. 119-134.
- GOMEZ DE LEON J., Fécondité et mortalité variables. Un test des multiplicateurs de Brass pour déterminer la mortalité aux jeunes âges. Population et Famille, 1978, n° 43, pp. 99-130.
- LOCOH T., Les obstacles à l'acceptation de la planification familiale en Afrique de l'Ouest. Communication au Séminaire UIESP CC AFFP. Jamaïque, 10-13 avril 1985, 36 p. multigr.
- ROUSSEL L., Côte d'Ivoire 1965, Population, synthèse des études régionales 1962-1965, Ministère du Plan 1967, 208 p.
- SAINTE VIL J., L'alimentation en eau d'Abidjan, Mémoires et documents de l'IGT n° 59, Abidjan, 1983, 48 p.
- SCHWARTZ Al., Fécondité et mortalité avant l'âge de 3 ans chez les Krou de Côte d'Ivoire. Communication au 15e Séminaire International de Recherche sur la Famille, A.I.S. Lomé, Janvier 1976, 21 p. multigr.

TRAORE A., KOUAKOU N'GUESSAN F. et KADJA M.D., Femmes, Famille et Population en Côte d'Ivoire, Abidjan, Oct. 84, 219 p.

CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (with W.F.S.), Ghana Fertility Survey, 1979-1980, Vol. 1, Accra, 1983.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE, Ministère du Plan et de l'Industrie, Enquête démographique à passages répétés, 1978-1979, Résultats définitifs, Abidjan 1982, 270 p.

DIRECTION DE LA STATISTIQUE, Ministère de l'Economie et des Finances, Enquête ivoirienne sur la fécondité, 1980-1981, Vol. I, Abidjan 1984, 140 p.

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET FINANCIERES (RCI) et INSEE, Enquête démographique, 1957-1958.

OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS, Occupational Mortality, Serie DS, n° 1, London, 1977.

SEDES (Société d'Etudes pour le Développement Economique et Social), Travaux de planification, Evolution et répartition des revenus en Côte d'Ivoire, Paris, janvier 1984, 167 p.

UNITED NATIONS, Manual X, Indirect techniques for demographic estimation, New York 1983, 304 p.

SOMMAIRE

Les mutations démographiques du Tiers monde

Articles

NOIN D.: Editorial	487-488
CHASTELAND J.C. et SZYKMAN M.: Evolution récente de la fécondité dans le Tiers monde, 1960-65/1980-85	489-514
VALLIN J.: La mortalité dans les pays en développement	515-540
SAMMAN M.L.: Aspects de l'évolution démographique récente dans les pays du Moyen-Orient arabe	541-562
O'CONNOR A.: La croissance démographique au Kenya	563-566
ANTOINE Ph.: Evolution de la mortalité et de la fécondité en Côte d'Ivoire	567-580
LIVENAIS P. et QUESNEL A.: La fécondité au Mexique: émergence et conditions de règlement d'un problème de population	581-596
ROSSINI R.E.: La baisse récente de la fécondité au Brésil	587-614

Notes

BIDEGAIN G.: Evolution de la mortalité au Venezuela	615-618
SANKARA M. et VAUGELADE J.: Evolution de la mortalité au Burkina-Faso	619-620

Dossiers pédagogiques

MENDEL D., ROELANDTS M. et VANDERMOTTEN C.: Evolution des principaux indicateurs démographiques dans le monde (planisphères)	621-640
TABUTIN D.: La population du Tiers monde. Evolution depuis 1950 et perspectives	641-648

Comptes rendus

Compte rendu d'ouvrage	649-650
Comptes rendus d'articles	651-658
Informations scientifiques	659-660

CONTENTS

Demographic changes in developing countries

Articles

NOIN D.: Editorial	487-488
CHASTELAND J.C. and SZYKMAN M.: Recent evolution of fertility in the Third World, 1960-65/1980-85	489-514
VALLIN J.: Mortality in the developing countries	515-540
SAMMAN M.L.: Aspects of recent demographic evolution in the arabic countries of the Middle East	541-562

324016-16