

XXV^e Congrès international de la population
Tours (France), 18 au 23 juillet 2005

**Pauvreté et fécondité en Côte d'Ivoire :
pourquoi le malthusianisme de pauvreté ne se vérifie-t-il pas ?**

Édouard Talnan

École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA),

Raïmi Fassassi

École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA)

&

Patrice Vimard

Institut de recherche pour le développement/

Laboratoire Population-Environnement-Développement (IRD/LPED)

INTRODUCTION

La transition démographique, comme beaucoup de théories élaborées dans le milieu du XX^e siècle, appartient au courant de la « modernisation » et se trouve fondée sur l'idée que le développement économique conduit et conduira, de manière universelle, à une transformation de la dynamique des populations vers un régime démographique à mortalité basse et à fécondité faible. Même si, dès 1950, l'effet de politiques de population sur la baisse de la fécondité fut évoqué dans certaines analyses, le développement économique demeura l'élément central des théories et des modèles relatifs aux changements démographiques et familiaux élaborés durant les années 1950 et 1960.

Cependant, dès lors et surtout durant les décennies suivantes, des objections à ce modèle furent émises en montrant que le développement ne conduisait pas nécessairement aux transformations démographiques prévues. Le maintien d'une forte fécondité et la diversification de ses référents idéologiques et économiques dans des pays bénéficiant d'une croissance économique élevée susciterent une remise en cause de l'influence quasi mécanique du développement. De plus, un débat se développa quant aux facteurs mêmes de la baisse de la mortalité et de la fécondité. Certains modèles mirent alors en avant l'importance des déterminants culturels d'ordre macroscopique ou, plus tard, le rôle des institutions intermédiaires. Mais d'une certaine manière ces approches participaient toutes, peu ou prou, d'une conception progressiste, qu'elle fût économique ou culturelle, étendue à l'ensemble de l'économie et de la société, ou relative à des instances intermédiaires de celles-ci.

Mais, plus récemment, à partir du milieu des années 1980, différentes analyses se sont situées dans une orientation opposée, en relativisant l'ensemble de ces modèles progressistes pour mettre en évidence un effet de la pauvreté, d'un côté, et des crises économiques et sociales, de l'autre, sur la transformation des régimes démographiques, et notamment sur la baisse de la fécondité¹, phénomènes qu'on a respectivement qualifiés de « *malthusianisme de la pauvreté* » (Cosio-Zavala, 1998) et de « *transition de crise* » (Lestaeghe, 1989).

Dans cette communication, après avoir présenté les expériences de malthusianisme de pauvreté connues par l'Asie et l'Amérique latine, nous montrerons comment le début de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire relève davantage d'une première phase d'une transition de modernisation dans un contexte de crise que d'un réel malthusianisme de pauvreté, qui ne se vérifie pas dans le contexte ivoirien. Pour cela, nous décrirons l'émergence d'une volonté individuelle et gouvernementale de contrôle de la fécondité sous l'effet de la crise. Puis nous analyserons les liens entre pauvreté, forte fécondité et faible pratique contraceptive avant de mettre en évidence les relations, en milieux urbain et rural, entre niveaux de vie et comportements de reproduction, à l'aide d'une analyse multivariée.

¹ Pour une revue plus complète des modèles de transition de la fécondité au regard de la crise et de la pauvreté, on pourra se reporter à Vimard (1996).

I. LE MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ TEL QU'ON LE RENCONTRE EN ASIE ET EN AMÉRIQUE LATINE

On a coutume de penser que la forte fécondité est l'apanage des populations pauvres et démunies et que l'accroissement du niveau de vie conduit à une diminution de la natalité. Une analyse des relations entre l'indice de développement humain (IDH) et la fécondité de 1960 à 1970 pour 69 pays en développement montre en effet une corrélation négative entre la fécondité et l'IDH². Cependant, cette relation n'est pas linéaire, et jusqu'à un IDH égal à 0,4, la fécondité semble largement indépendante des progrès socio-économiques. En outre, la fécondité varie fortement entre des pays qui se situent à un même niveau d'IDH ; par exemple, pour des pays pauvres dotés d'un IDH de 0,4, la fécondité est comprise entre 4,5 et 8 enfants par femme. Ainsi, le niveau de développement ne fournit-il qu'une explication partielle des écarts de fécondité entre les pays (Bongaarts et Watkins, 1996).

L'analyse des relations entre fécondité et pauvreté montre d'ailleurs que les situations sont diverses et que plusieurs types de cas peuvent être rencontrés. Depuis les exemples de relation plutôt positive, où la fécondité augmente avec le niveau de vie, jusqu'à la relation négative, où la fécondité s'accroît avec le recul du niveau de vie, en passant par une relation dite en J-inversé, où la fécondité diminue tout d'abord des groupes pauvres aux groupes moins démunis avant d'augmenter dans les groupes plus riches.

En fait, la diversité des situations se rencontre essentiellement dans les populations à forte fécondité (5 enfants et plus) ; par contre, lorsque la fécondité est plus faible (autour de 4,5 enfants), on observe une relation nettement négative, la fécondité baissant des groupes pauvres aux plus riches. Et dans les populations à faible fécondité, on note un maintien voire un recul de ces inégalités. En conclusion, en dehors des cas de forte fécondité (durant les années soixante ou soixante-dix, ou dans les populations actuellement les plus fécondes), la pauvreté semble conduire à une fécondité plus forte³.

Cependant, des analyses récentes permettent de mettre en évidence une baisse de la fécondité dans les pays ou les groupes les plus pauvres, souvent qualifiée « malthusianisme de pauvreté », en Asie comme en Amérique latine notamment.

1.1. La baisse de la fécondité dans un pays très pauvre d'Asie du Sud : l'exemple du Bangladesh

En Asie, la fécondité a diminué dans des pays alors encore pauvres : par exemple en Indonésie et en Thaïlande dans les années 1970, et au Népal dans les années 1980. Mais le pays le plus représentatif en la matière est certainement le Bangladesh. Aujourd'hui, ce pays est classé 138^e, sur 177 pays, en terme d'IDH, avec un PIB par habitant inférieur de respectivement 15 % et 55 % à ceux de ses voisins, le Pakistan et l'Inde. La part de sa population vivant dans une situation de pauvreté monétaire est de 50 %, contre 33 % au Pakistan et 29 % en Inde. Et pourtant, sa fécondité est presque aussi basse que celle de l'Inde (3,5 contre 3,0 enfants par femme) et nettement inférieure à celle du Pakistan (5,1 enfants par femme). C'est donc un pays parmi les

² L'indice de développement humain (IDH) est un indice composite du niveau moyen d'un pays en terme de potentiel humain élémentaire ; il est mesuré à partir de 3 composantes : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation et le niveau de revenu. Cet indicateur a été élaboré pour la première fois en 1995 par le PNUD et il est calculé annuellement pour l'ensemble des pays du monde (voir à ce sujet le *Rapport mondial sur le développement*, publié annuellement par le PNUD).

³ Voir, pour plus de détails, Schoumaker et Tabutin (1999) auxquels nous empruntons ces principales conclusions.

plus pauvres de la planète dont la transition de la fécondité est aussi parmi les plus avancées (PNUD, 2004 ; United Nations, 2002).

Durant toute la première partie du XX^e siècle, les populations de ce qui devint en 1971, par une partition du Pakistan, l'État indépendant du Bangladesh ont vécu dans un régime démographique marqué par une fécondité et une mortalité fortes et par des mariages très précoces. Les années cinquante ont vu le début de la baisse de la mortalité, facteur d'une accélération de la croissance démographique, puisque la fécondité demeurait à un niveau élevé. La diminution de la fécondité s'amorça à la fin des années 1960 et se poursuivit jusqu'à la décennie quatre-vingt-dix, passant de 6,8 enfants par femme en 1963 à 3,5 enfants par femme au début des années 2000. Cette transition de la fécondité a commencé dans un pays dont 90 % de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté absolue, et où se mêlaient malnutrition, analphabétisme, mortalité encore élevée et densification extrême⁴, avec une explosion du nombre de paysans sans terre, un exode rural et une urbanisation accélérés. Et la transition s'est poursuivie alors que la pauvreté se maintenait, puisque 50 % de la population vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté absolue dans les années 1990⁵.

Des hypothèses peuvent bien entendu être avancées sur les mécanismes de cette évolution de la fécondité : recul de l'âge au mariage et progrès de la contraception, notamment moderne, ainsi que sur les facteurs de cette baisse : diminution de la mortalité dans l'enfance, progrès de l'alphabétisation et de l'activité des femmes, éclatement des familles étendues, recul de l'adéquation entre la famille et l'unité de production... Toutes ces explications potentielles et partielles convergent sur un fait : la forte fécondité est devenue de moins en moins compatible avec l'évolution socio-économique du Bangladesh, et sans doute tout particulièrement avec l'évolution même des formes de la pauvreté. Comme l'indique S. Adnan (1997), la forte fécondité s'est révélée « dysfonctionnelle » pour la famille en tant qu'unité de reproduction comme pour le système socio-économique tout entier. En effet, en régime de pauvreté, autant une fécondité élevée peut être un atout pour une famille élargie organisée en tant qu'unité de production agricole sur une surface foncière suffisante, situation de nombreuses familles dans les années 1960, autant elle se révèle un fardeau insupportable pour une famille nucléaire urbaine ou pour un couple de paysans sans terre dont la femme est obligée de travailler, comme c'est le cas de la majorité des familles d'aujourd'hui. L'évolution du Bangladesh montre que ce n'est pas tant le degré de la pauvreté qui détermine le niveau de la fécondité, que ses caractéristiques du moment et la nature des stratégies de survie que les familles sont en mesure de développer en fonction de leur environnement socio-économique.

1.2. Le malthusianisme de pauvreté en Amérique latine

L'existence d'un « malthusianisme de la pauvreté » a été mis en évidence en Amérique latine par M. E. Cosío-Zavala (2000). Dans ce sous-continent, il faut attendre 1965 pour voir baisser la fécondité, et cela au terme de trois décennies de baisse de la mortalité, avec une espérance de vie à la naissance qui atteint 60 ans dès les années soixante. Cette diminution de la fécondité intervient dans le cadre de la seconde révolution contraceptive, fondée sur la diffusion de méthodes médicales de contraception (pilule, stérilet et stérilisation). Elle est alors rapide : de 10 à 61 %, entre 1960 et 1985, dans presque tous les pays. Par contre, la fécondité demeure plus

⁴ Le Bangladesh est aujourd'hui le pays le plus densément peuplé de la planète avec près de 900 habitants par kilomètre carré.

⁵ Se reporter, pour une lecture plus complète de ces phénomènes, à Adnan (1997) dont l'analyse est synthétisée ici. On pourra également consulter, sur cet exemple du Bangladesh, Attané (2000).

élevée, comme la mortalité, dans les pays où le développement économique et social marque le pas : par exemple en Bolivie, au Guatemala et au Honduras, avec environ 6 enfants par femme en 1985. Ces pays, à faible niveau de vie et où domine la rareté des infrastructures scolaires et sanitaires, se caractérisent par un retard de la transition démographique.

De même, à l'intérieur des pays, des différences significatives apparaissent entre riches et pauvres, comme entre villes et campagnes. La transition de la fécondité est plus précoce et plus rapide dans les milieux sociaux les plus modernes et les plus avancées économiquement. Elle correspond à une forte participation à la croissance économique, aux bienfaits d'une politique de santé et à un changement d'attitude face à la reproduction, éléments caractéristiques d'un premier modèle de transition latino-américain lié à la modernisation économique et sociale.

Mais, dans les couches défavorisées des sociétés latino-américaines, en marge du développement économique et social, la transition s'effectue plus tardivement et selon des modalités distinctes, dans le cadre d'un deuxième modèle de transition. Dans ces groupes, la fécondité a commencé à baisser essentiellement depuis le début des années 1980, marquant l'apparition de ce que M.E. Cosío-Zavala appelle un « malthusianisme de la pauvreté », la réduction de la descendance étant utilisée par les familles comme une stratégie de survie. Cette baisse s'effectue dans un contexte, qui la rend possible, marqué par une large disponibilité de moyens contraceptifs, même pour les plus pauvres. Ces moyens sont utilisés pour une contraception d'arrêt, après une phase de reproduction traditionnelle. Après avoir obtenu une descendance de 4 à 5 enfants, les femmes recourent à une méthode, le plus souvent la stérilisation, qui intervient comme premier et seul moyen de limitation des naissances employé au cours de la vie féconde.

Ces modalités expliquent que la baisse de la fécondité s'effectue dans un contexte de pauvreté, de sous-équipement en infrastructures, de faible scolarisation, de malnutrition, et de comportements de reproduction restés traditionnels durant toute la première phase de constitution de la descendance, soit des conditions bien différentes de celles inscrites dans les transitions de la fécondité liées à la modernisation. Cependant, un facteur essentiel reste nécessaire : l'accessibilité à des infrastructures médicales, dispensatrices de méthodes de planification. Dans ce cadre, le rôle des médiateurs institutionnels et l'intégration inégale des groupes de population aux systèmes de santé public ou parapublic se révèlent décisifs (Gautier et Quesnel, 1993)⁶. Aussi, lorsque la disponibilité des moyens contraceptifs n'est pas assurée, par exemple dans les pays les plus pauvres comme le Honduras, la transition reste-t-elle limitée aux groupes les plus favorisés, et les milieux ruraux, majoritaires, demeurent à l'écart de la transition.

Ainsi, les analyses de M. Cosío-Zavala nous suggèrent la coexistence, en un même continent et pour une même période, d'un triple modèle d'évolution de la fécondité en relation avec le niveau et la répartition du développement à l'intérieur des sociétés latino-américaines : baisse liée à la modernisation socio-économique, diminution liée à la pauvreté, absence de baisse véritable.

⁶ Gautier A. et Quesnel A., *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*, Coll. Etudes et Thèses, Orstom Editions, Paris, 1993.

II. LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ EN CÔTE D'IVOIRE : UNE TRANSITION DE MODERNISATION SOUS L'EFFET DES CRISES PLUTÔT QU'UN MALTHUSIANISME DE PAUVRETÉ

Avant de présenter la situation en Côte d'Ivoire, il convient de faire un détour par le Ghana tout proche. En effet, E. Boserup (1985) fut la première, analysant la situation de l'Afrique subsaharienne et notamment la situation ghanéenne, à considérer la crise comme un facteur possible de baisse de la fécondité. En effet, si pour elle, le développement économique doit conduire à terme à une diminution de la fécondité, de par les changements de structures socio-économiques et l'altération de l'organisation sociale traditionnelle qu'il suscite, une crise économique peut également provoquer une chute de la fécondité, en intervenant par la médiation de la baisse des revenus monétaires. Dans un premier temps, cette baisse des revenus entraîne une augmentation relative des coûts d'élevage des enfants tout en rendant plus aléatoire les investissements dans leur scolarisation. Dans un second temps, l'anticipation de difficultés économiques pour élever une descendance nombreuse suscite de la part des populations une volonté d'allongement de l'intervalle entre naissances et de limitation de la taille de la famille qui se traduit par l'utilisation d'une contraception. E. Boserup explique ainsi, en 1985, les différences de diffusion de la contraception entre le Ghana, fortement marqué par la crise de son économie et caractérisé par un niveau de scolarisation plus faible et une moindre diffusion des programmes de planification familiale, et le Kenya qui bénéficie du plus ancien programme national de planification familiale en Afrique noire et d'une économie plus saine. Pour elle, ce sont les difficultés économiques, qui frappent durement le Ghana, qui expliquent la plus forte prévalence contraceptive chez les femmes ghanéennes, et cela malgré une moindre connaissance des moyens de planification moderne qu'au Kenya.

Partant de l'hypothèse émise par E. Boserup, qui est de l'ordre du déterminisme économique, R. Lesthaeghe (1989), la dénommant hypothèse de transition de crise (« crisis led transition »), estime que l'impact des difficultés économiques sur le niveau de la fécondité dépend de la capacité du groupe social et familial à prendre en charge l'accroissement du coût des enfants à travers les différentes pratiques de solidarités en vigueur particulièrement actives en Afrique subsaharienne (confiage des enfants, transferts monétaires et de biens vivriers...). Pour R. Lesthaeghe, seul un affaiblissement du système de solidarité familiale, qui ne permettrait plus une redistribution des coûts d'élevage sur l'ensemble de la communauté familiale et verrait celle-ci perdre son rôle dans l'amortissement des difficultés économiques, est susceptible de conduire à une diminution de la descendance. C'est ici la fonction des institutions familiales et sociales qui est mise en évidence dans cette appréciation d'une transition de crise, de la même manière qu'elle avait été auparavant défendue à propos de la théorie classique de la transition démographique (Lesthaeghe, 1980 ; McNicoll, 1982 ; Ryder, 1984).

Mais au-delà de l'hypothèse d'E. Boserup, les analyses ultérieures de l'évolution de la fécondité au Ghana, comme au Kenya, ont permis d'entrevoir la complexité des relations entre crise et fécondité en Afrique subsaharienne. Ainsi au Ghana, la fécondité comme la pratique contraceptive se stabilisent jusqu'à la fin des années 1980 et la crise économique sévère ne déclenche pas de véritable transition de la fécondité au delà de la baisse initiale considérée par E. Boserup (Locoh, 1994). Cependant la volonté de réduction de la taille de la famille continue de se répandre mais ne peut se concrétiser faute d'accès des femmes aux moyens de contraception de par la désorganisation du programme national de planification familiale. Par contre, une nouvelle réduction de la fécondité intervient à partir des années 1988-1993, dans une période de croissance

économique où l'on observe un nouvel engagement des pouvoirs publics envers une politique démographique avec le développement d'un plan de santé primaire affirmant une priorité aux services de planification familiale (Vimard, 1996).

II.1. Crise économique, offre de services de planification familiale et baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire

Contrairement au Ghana, où l'existence précoce d'un programme de planification familiale marque une volonté de contrôle de la fécondité, la Côte d'Ivoire a opté pour une politique résolument pronataliste dès son accession à l'indépendance. Ainsi, les modalités de l'accroissement de l'offre de moyens contraceptifs et de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire relèvent-ils de spécificités propres à ce pays. La dynamique sociale et l'évolution économique y ont joué des rôles prépondérants et synergiques dans un environnement national longtemps en contradiction avec les directives et orientations internationales en matière de population. Trois périodes ont marqué l'évolution des interrelations entre les aspirations des individus et des communautés en matière de procréation, la volonté politique d'appui à la planification familiale et les recommandations internationales en matière de population. Elles ont provoqué une lente émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire et déterminé l'intensité, la diversité et la répartition géographique de l'offre et de la demande de moyens contraceptifs dans le pays.

La période de la croissance économique et du « pronatalisme »

La perception du diptyque population-développement en Côte d'Ivoire s'est faite dans la continuité de l'héritage colonial de l'espace francophone africain. En effet, comme la plupart des pays africains ayant le français en partage, la Côte d'Ivoire a longtemps été régi en matière de population par la loi de 1920 qui interdisait toute propagande anticonceptionnelle et tout avortement. Cette conception s'inscrivait d'ailleurs parfaitement dans la vision populaire de la procréation et l'action dynamisante de la population sur l'économie était le point central d'une politique gouvernementale résolument pronataliste. Durant les premières années de l'indépendance, la politique ivoirienne de population était essentiellement axée sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants, la planification familiale n'étant tolérée que pour assurer un écart suffisant entre les naissances. L'avortement n'était permis que pour sauver la vie de la mère. Le modèle de développement économique de la Côte d'Ivoire, basé sur une agriculture pionnière extensive et dévoreuse d'espace forestier, s'accommodait parfaitement d'une évolution rapide de la population avant que la raréfaction des facteurs de production, la forêt en particulier, ne montre les limites d'une telle stratégie de développement. Ce modèle trouvait également son fondement dans l'histoire coloniale du pays caractérisée par un développement extensif basé sur une surexploitation des réserves naturelles avec un important recours à la main d'œuvre étrangère.

Le modèle ivoirien de développement a généré une très forte croissance économique dans les deux premières décennies de l'indépendance du pays. La croissance économique de l'ordre de 7 % en moyenne l'an en terme réel, compensait largement une croissance importante de la population qui a atteint 4,1 % entre 1970 et 1975 (Fassassi, 2004). Aux croyances populaires magnifiant la fécondité et la procréation s'ajoutait le soutien affiché de l'Etat qui allouait un appui financier à la procréation et menaçait de la peine capitale toute personne se rendant complice de la stérilisation d'un tiers. Le plan quinquennal de développement 1976-1980 affirmait par exemple que « La Côte d'Ivoire est un pays sous-peuplé. La proportion des étrangers est élevée et croît trop rapidement. Une natalité forte et une croissance forte de la population

nationale paraissent donc souhaitables... Au demeurant, la naissance d'un enfant a toujours été considérée en Côte d'Ivoire comme une chose positive. Il serait à la fois vain et erroné de vouloir combattre cette attitude" (Ministère du Plan, 1977, cité par Fassassi, 2004). Le discours politique de l'époque réfutait tout aussi catégoriquement l'hypothèse d'une surpopulation que la première Conférence mondiale sur la population et le développement, à Bucarest en 1974, observait alors dans les pays en développement. Le ministre de la santé déclarait à ce propos en 1982 :

« Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes [...] que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelque huit millions d'habitants, comprenant aussi bien la population autochtone et que la population immigrée, est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit en effet de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait en 1980 une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000 km². Quant au Japon sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km². Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît pas encore la menace d'explosion démographique » (Fraternité Matin du 21 décembre 1982, cité par Anoh *et al.*, 2005).

Ainsi, entre 1960 et le début de la décennie 1980, les efforts du gouvernement pour la restriction de l'offre publique et privée de produits contraceptifs était en phase avec une population également peu demandeuse de contraception.

La crise économique et les prémisses de la baisse : la constitution progressive de l'offre de planification familiale

Avec la mévente des produits traditionnels agricoles d'exportation qui ont fait le succès du pays, l'économie de la Côte d'Ivoire est entrée dans une crise qui perdure encore aujourd'hui en s'accompagnant d'une crise sociale et politique. Mais le modèle de développement ivoirien a créé une segmentation progressive de la société en deux catégories ayant des projets de fécondité différents. La première proche de l'élite économique réside en ville et est scolarisée ; la seconde pauvre et peu instruite, vit essentiellement dans le milieu rural et dans certains milieux urbains d'habitat précaire. Le début de la crise économique est aussi la période où la première enquête ivoirienne de la fécondité (EIF) en Côte d'Ivoire a situé de façon plus précise le niveau de la fécondité dans le pays. L'EIF a mis en évidence en 1981 le décalage progressif des niveaux urbains et ruraux de fécondité mais aussi l'écart entre les niveaux d'instruction. C'est également la période de l'émergence de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire et de l'opposition entre les aspirations d'une partie de la population et la politique officielle avec un recours encore timide mais croissant à la contraception. En effet, la pratique contraceptive était de 6,4 % à Abidjan contre 2,6 % en milieu rural et, au niveau des femmes exposées au risque de conception, de 21,5 % pour les catégories les plus instruites contre 2,4 % chez les femmes sans instruction (tableau 1). Au cours de cette période transitoire où une demande privée de contraception a commencé à voir progressivement le jour, le gouvernement de Côte d'Ivoire a exercé une forte pression sur les associations et organismes de promotion de la limitation des naissances. Les activités de l'International Planned Parenthood Foundation (IPPF) et celles de l'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF) ont été certes tolérées mais contrôlées et confinées dans les milieux urbains jusqu'en 1991. C'est que l'objectif sanitaire de la politique de population, qui était de garantir une meilleure santé maternelle et infantile, visait encore une augmentation quantitative de la descendance finale des mères. Or, la modernisation de la Côte

d'Ivoire avait fait apparaître, en milieu urbain notamment, un raccourcissement de l'intervalle inter-générationnel que les décideurs politiques jugeaient dangereux.

En juillet 1981, des aménagements ont été apportés aux dispositions du code pénal français de 1920. Selon les nouvelles dispositions, la publicité des produits contraceptifs n'était plus interdite comme par le passé et même l'avortement a été décriminalisé par la nouvelle loi pour peu que la vie de la mère soit gravement en danger. À partir de 1981 s'élabore donc une étape nouvelle dans la politique démographique de la Côte d'Ivoire avec ces importantes concessions aux libertés de la femme. Désormais, il est théoriquement possible à chaque citoyen d'exercer son droit en matière de procréation quel que soit son milieu de vie et ses conditions d'existence. Les couples peuvent avoir une prise en main effective de leurs projets de fécondité pour peu que la volonté de maîtrise de la fécondité soit présente et que les méthodes choisies leur donnent des chances d'atteindre leur objectif en matière de procréation. Mais contrairement à la politique habituellement interventionniste de l'État, peu d'initiatives sont prises pour la fourniture effective des moyens de contrôle efficace de la descendance. La distribution des contraceptifs est par exemple assurée essentiellement par des institutions privées, et les activités de l'AIBEF, débutées en 1979, connaissent une expansion réelle en 1986, avec l'ouverture des premières cliniques et après plusieurs offensives en direction des pouvoirs publics.

La période de changement d'orientation de la politique de population et la libéralisation de l'offre de planification familiale

À partir de 1991, la politique ivoirienne de population connaît de nouvelles orientations. Les conditions du changement d'orientation de la politique ivoirienne de population sont relatives à une évolution progressive des perceptions des conséquences sanitaires et économiques d'une croissance rapide de la population. Les actions de plaidoyer des ONG et des associations de promotion de la contraception, les conférences africaines et mondiales sur la population successives, les discours nettement malthusiens des instances internationales ont aussi progressivement amené une prise de conscience plus nette des autorités de Côte d'Ivoire sur les questions de population. L'un des éléments les plus décisifs du changement d'orientation de la politique ivoirienne est l'adoption de la Politique de valorisation des ressources humaines (PVRH), l'une des composantes essentielles du Programme d'ajustement structurel du début des années 1990. À partir de cette date, les discours des autorités sont devenus nettement plus malthusiens mais paradoxalement, l'offre publique des moyens de planification n'a pas suivi, contrairement à l'appui habituel du gouvernement à ses politiques prioritaires.

L'appui du secteur public à la diffusion des moyens contraceptifs s'est limité essentiellement à la fourniture d'information sur le sujet. Les méthodes telles que le préservatif, la pilule, les injections, le DIU, etc., sont autorisées mais n'ont bénéficié d'un appui direct de l'État qu'à partir du début des années 1990. Cet appui est resté quelque peu timoré puisque l'approche adoptée est essentiellement clinique. En revanche, le soutien du secteur privé est resté constant. L'AIBEF a ouvert des cliniques à partir de 1986 à Abidjan. Les activités de ces structures de planification des naissances s'étendent tant dans les milieux urbains que ruraux. La PROVIFA, PATHFINDER, ECODEV et PSI sont d'autres intervenants dans le secteur. La déclaration de la politique de développement des ressources humaines en 1991 a été suivie en 1999 par l'élaboration d'un document de politique de santé de la reproduction et de planification familiale. Cependant, des difficultés d'ordre institutionnel (instabilité des instances chargées de la coordination des activités entre 1991 et 1996) ont empêché la synergie des activités du secteur public et du privé, retardant la pleine expansion des activités de promotion de l'offre de contraception.

Tableau 1. Connaissance et utilisation de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-81, 1994 et 1998-99 (en %)

	EIF, 1980-1981	EDS, 1994	EDS, 1998-1999
	Femmes exposées	Femmes en union	Femmes en union
	Prévalence contraceptive (méthode quelconque)	Prévalence contraceptive (méthode moderne)	Prévalence contraceptive (méthode moderne)
Milieu de résidence			
Abidjan	6,4	9,6	11,6
Ensemble urbain	5,1*	8,0	12,4
Ensemble rural	2,6	2,2	4,6
Niveau d'instruction			
Aucun	2,4	2,2	4,4
Primaire	6,8	7,6	10,4
Secondaire et plus	21,5	13,2	19,6
<i>Ensemble</i>	3,8	4,3	7,3

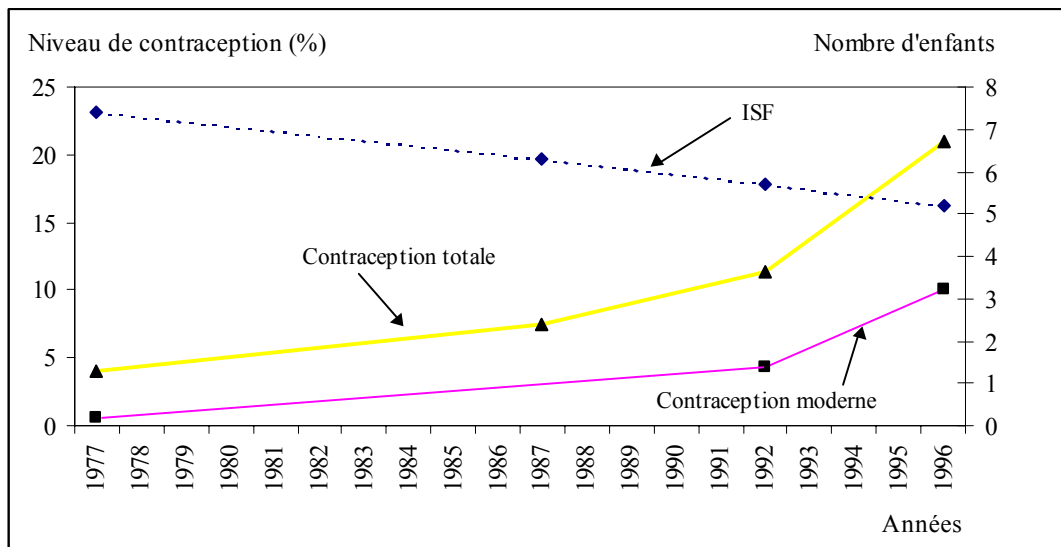
Source : Anoh *et al.*, 2005.

* moins Abidjan.

L'évolution du niveau de la fécondité en Côte d'Ivoire

À la contraception moderne émergente s'associent d'autres méthodes plus traditionnelles de gestion de la vie féconde et de préservation de la santé infantile et maternelle que sont l'abstinence post partum et un allaitement prolongé. C'est ainsi qu'entre l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF, 1980-81) et la première vague des Enquêtes démographiques et de santé (EDSCI, 1994), la fécondité en Côte d'Ivoire a connu une baisse régulière. De 7,4 enfants par femme au début des années 1980, l'indice synthétique de fécondité est passée en 1994 à 5,7 enfants par femme puis à 5,2 enfants par femme en 1998 (INS et ORC Macro, 2001) soit une baisse annuelle moyenne de l'ordre de 2 % au cours des deux dernières décennies (figure 1). La baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF) entre les deux enquêtes extrêmes (30 %) est en réalité révélatrice d'un processus profond de changement qui atteste en même temps de l'irréversibilité du phénomène de transition démographique. Si l'on peut voir dans cette évolution (en dépit de toutes les contraintes alors liées à l'offre de planification familiale) une forte motivation d'une certaine couche de la population, l'on peut toujours s'interroger sur les sources de cette motivation. Les changements démographiques observés en Côte d'Ivoire sont sans communes mesures avec les transitions européennes. La crise économique sévère, qui a suivi les années fastes, a restreint les possibilités financières des populations les plus vulnérables au retournement des prix des produits agricoles d'exportation, notamment des planteurs de café et de cacao, tout en fragilisant les couches urbaines. Les restrictions budgétaires, qui ont touché en priorité les secteurs sociaux, l'éducation et la santé publique notamment, ont sans doute joué elles aussi un rôle important dans cette prise de conscience collective en déchargeant sur l'individu les responsabilités qui relevaient traditionnellement de l'État. Ces pressions nouvelles ont probablement accéléré une dynamique créée par l'ensemble des mutations de la société ivoirienne alors en cours comme l'urbanisation, la scolarisation et l'amélioration des conditions sanitaires (Vimard, 1996).

Figure 1. Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive selon la période, 1975-1999



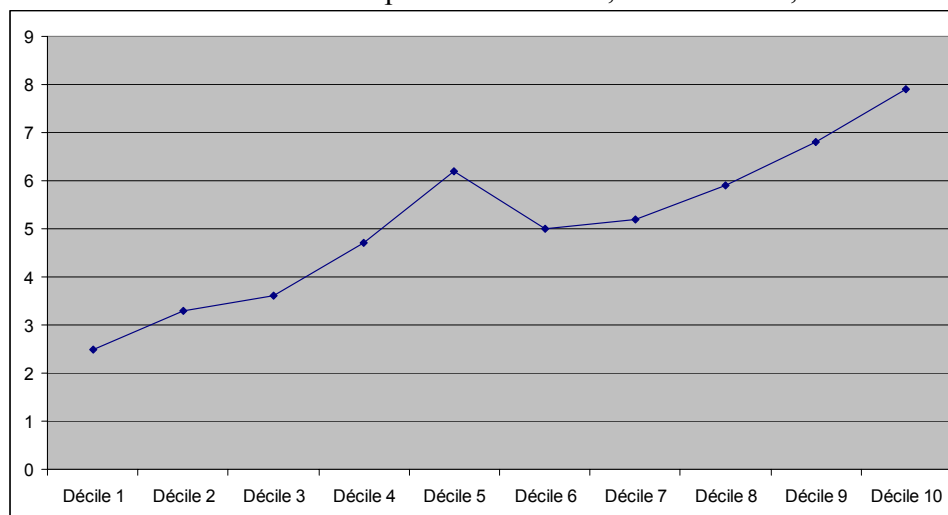
Source : Anoh *et al.*, 2005.

II.2. Fécondité, contraception et pauvreté humaine

Une analyse des relations entre un indice de pauvreté humaine individuelle, construit à partir d'une approche multidimensionnelle, et les comportements de reproduction permet de mesurer l'évolution de la fécondité et de la pratique contraceptive selon la pauvreté des femmes⁷. La courbe de l'ISF selon les différents déciles de pauvreté montre une augmentation de la fécondité avec le degré de pauvreté des femmes, l'indicateur de pauvreté discriminant fortement les différents groupes de femmes au regard de leur niveau de fécondité : de 2,5 enfants par femme, pour les femmes les plus riches, à 8 enfants par femme, pour les femmes les plus pauvres (figure 2). Cependant, entre le décile 4 et le décile 8, la fécondité est relativement stable, entre 4,8 enfants et 6 enfants, marquant un ralentissement de la progression de la fécondité dans ces tranches moyennes au regard de la pauvreté. Mais les deux extrêmes se distinguent nettement, avec d'un côté les femmes les plus aisées (déciles 1, 2 et 3) avec entre 2,5 et 3,5 enfants par femme, soit une transition de la fécondité déjà bien affirmée ; et de l'autre côté, les femmes les plus démunies (déciles 9 et 10), avec de près de 7 enfants à 8 enfants par femme, indices révélateurs d'une absence de réelle transition.

⁷ Pour une lecture plus complète de ces relations, et notamment des liens qu'entretiennent en Côte d'Ivoire les différentes dimensions de la pauvreté humaine individuelle et les comportements de fécondité, on pourra se reporter à Fassassi, 2004.

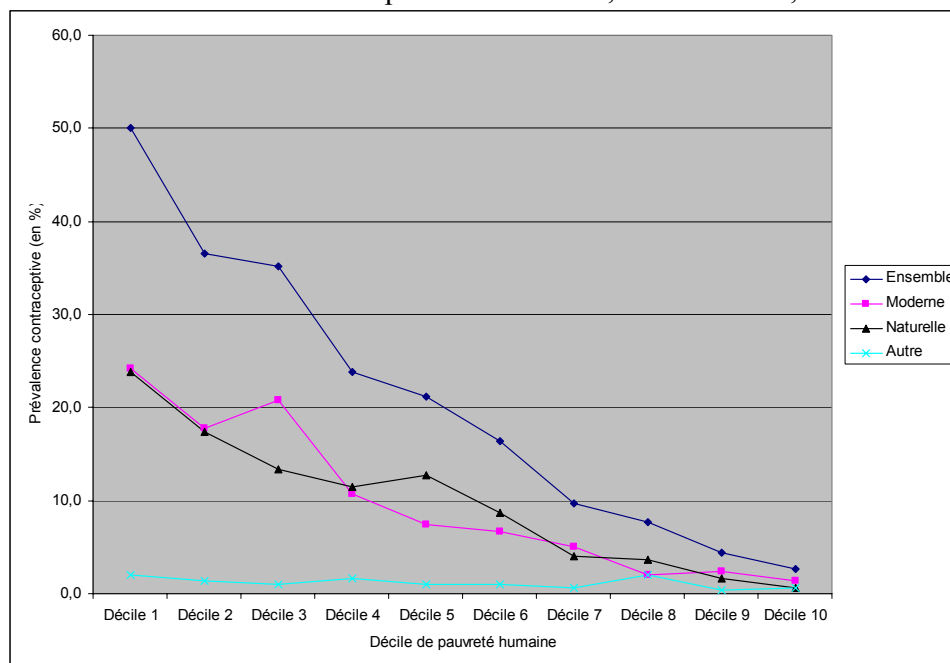
Figure 2. Niveau de l'indice synthétique de fécondité selon les déciles de l'indice de pauvreté humaine, Côte d'Ivoire, EDS 1998-99



Source : Fassassi, 2004.

Si la transition de la fécondité concerne essentiellement les femmes les plus aisées, il en est de même pour la transition contraceptive. Faibles dans l'ensemble, les pratiques contraceptives deviennent tout à fait significatives dans certaines sous-populations que l'indice de pauvreté humaine fait ressortir de façon relativement claire à travers ses différents déciles. Si, dans l'ensemble, peu de femmes pratiquent la contraception en Côte d'Ivoire (20,8 %), et notamment la contraception moderne (9,8 %), lorsque l'attention se focalise sur des groupes spécifiques, la pratique contraceptive se retrouve à un niveau substantiel. C'est le cas du premier quintile donné par l'indice de pauvreté humaine. En effet, les femmes que l'indice de pauvreté classe parmi les 10 % ayant les meilleurs niveaux de l'indice dans la population sont aussi celles dont la pratique contraceptive est nettement la plus élevée. On y observe que 50 % de ces femmes pratiquent une contraception moderne ou naturelle tandis que dans la population ayant les conditions de vie les plus précaires, la contraception n'est pratiquée que par moins de 3 % des femmes (figure 3). Une différence de pratique aussi importante indique des objectifs de procréation assez éloignés. Les femmes appartenant aux trois premiers déciles de pauvreté humaine, les plus aisées par conséquent, ont une réelle volonté de contrôle des naissances. Plus de 30 % des femmes de chaque décile utilisent une méthode de contraception et elles choisissent préférentiellement les moyens contraceptifs modernes, tout en ayant une pratique des méthodes naturelles également appréciable. Au contraire de ce premier groupe de femmes, les personnes dont l'indice de pauvreté est supérieur au 7^{ème} décile de pauvreté n'utilisent les méthodes de contraception que de façon assez marginale puisqu'elles sont moins de 10 % à en faire usage toutes méthodes confondues. Nous pouvons estimer qu'elles optent pour la non utilisation de méthodes de contraception par manque d'information sur les méthodes de contraception modernes ou naturelles, par manque de moyens financiers pour se procurer des méthodes de contraception efficaces ou tout simplement par choix personnel ou par convention sociale.

Figure 3. Pratiques contraceptives des femmes en âge de procréer selon les déciles de l'indice de pauvreté humaine, Côte d'Ivoire, EDS 1998-99



Source : Fassassi, 2004.

Ces résultats, obtenus à partir d'une approche multidimensionnelle de la pauvreté humaine à propos de l'EDSCI de 1998-99, sont confirmés par une analyse comparable menée à partir des données de l'EDSCI de 1994 et utilisant un indicateur de pauvreté basé sur les biens possédés par le ménage et les caractéristiques de son habitat (Gwatkin *et al.*, à paraître). Le groupe le plus aisé a une fécondité de moins de 4 enfants par femme (3,7 exactement) avec une prévalence contraceptive moderne qui dépasse 10 %, pour les hommes comme pour les femmes (tableau 2). À l'opposé, le groupe le plus pauvre a une fécondité de 6,4 enfants et une utilisation de la contraception moderne plus que marginale (seuls 1 % des femmes et moins de 3 % des hommes sont concernés).

En Côte d'Ivoire, la baisse de la fécondité et l'émergence d'une pratique contraceptive significative demeurent, à la fin du XX^e siècle, l'affaire des groupes les plus aisés de la population.

Tableau 2. ISF et prévalence contraceptive des femmes et des hommes mariés selon les quintiles de pauvreté, Côte d'Ivoire, EDS 1994

	Quintile 1 (le plus aisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (le plus pauvre)	ensemble
ISF	3,7	4,9	5,7	6,1	6,4	5,3
Prévalence contraceptive des méthodes modernes (en %)						
Femmes mariées de 15 à 49 ans	12,5	5,3	2,0	2,1	1,1	4,3
Hommes mariés de 15 à 54 ans	15,3	10,0	4,6	4,7	2,8	7,1

Source : Gwatkin *et al.*, forthcoming.

II.3. Niveaux de vie familiale et locale et comportements de fécondité

Afin d'approfondir l'analyse de la relation entre les conditions de vie des femmes, dans leur contexte familial et local, et leurs comportements de fécondité, nous avons effectué des analyses de régression basées sur le modèle multiniveau. Ces analyses permettent d'évaluer le rôle de chacune des variables explicatives sur : a) le nombre d'enfants nés vivants par chaque femme depuis le début de sa vie reproductive jusqu'au moment de l'enquête, et b) le recours aux méthodes contraceptives modernes. Pour ce faire, nous avons utilisé les données de l'EDS de 1994, qui a porté sur un échantillon représentatif de 8 099 femmes en âge de reproduction. En plus des données individuelles de l'EDS de 1994, le recensement (RGPH) de 1998 a collecté des informations sur les communautés que nous avons utilisées pour construire des indicateurs de niveau de vie au niveau contextuel. Nos variables indépendantes principales sont l'ethnie et la religion de la femme, son niveau d'instruction et son secteur d'activité, son expérience individuelle en matière de décès et de confiage des enfants, le niveau de vie et la structure familiale du ménage, le niveau de développement économique et social de la zone de résidence de la femme, le niveau de scolarisation des enfants et des adultes dans cette zone de résidence, le niveau de la mortalité des enfants et l'accès à la planification familiale mesurée par la présence d'une structure délivrant des services de planification familiale et la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête⁸.

Compte tenu de leurs différences en beaucoup de domaine, notamment celui de la procréation, nous avons distingué le milieu urbain du milieu rural. Nous avons utilisé ici trois niveaux d'analyse : la femme au premier niveau, son ménage d'appartenance au deuxième niveau et le contexte local (du village ou du quartier) au troisième niveau. Pour chaque analyse, trois modèles ont été estimés en plus du modèle vide, construit sans variable explicative, en vue de tester la variabilité de la fécondité entre les contextes. Le modèle 1 contient des variables explicatives relatives aux caractéristiques de la femme. Le modèle 2 ajoute aux variables du modèle 1 celles caractérisant le ménage d'appartenance de la femme. Le modèle 3 intègre l'ensemble des variables contextuelles décrivant les caractéristiques du village ou du quartier de résidence de la femme en plus de l'ensemble des variables relatives aux individus et aux ménages contenues dans le modèle 2.

Fécondité et contraception en milieu urbain

Analyse multiniveau de la fécondité cumulée à l'aide du modèle linéaire

En milieu urbain, les femmes ont donné naissance à 2,5 enfants vivants en moyenne (tableau 3). Dans le modèle 2, la prise en compte de la structure familiale du ménage et des autres caractéristiques décrivant les conditions de vie des femmes dans cette unité domestique entraîne une modification significative des effets contextuels intervenant au niveau des ménages ou à celui des grappes. Dans le modèle final (modèle 3), l'introduction des caractéristiques communautaires permet d'apprécier, non seulement leur effet sur la fécondité, mais aussi la réduction de la variance au niveau des grappes. Les résultats montrent que la prise en compte de ces variables annule les variations contextuelles de la fécondité au niveau des grappes, celles-ci ne persistant qu'au niveau des ménages sans être significatives.

⁸ Pour une analyse plus complète des facteurs des différents comportements de reproduction en Côte d'Ivoire, à partir de modèles multiniveaux, on pourra se reporter à Talnan, 2005.

Les effets des variables explicatives individuelles et familiales estimés à l'aide de ce modèle final montrent que la fécondité baisse lorsque la femme atteint un niveau d'instruction équivalent au secondaire ou plus, exerce une activité économique dans un secteur autre que l'agriculture, appartient à un ménage dont le niveau de vie est élevé ou dont le chef est instruit avec un niveau supérieur ou égal au secondaire. Par contre, elle augmente significativement quand il s'agit d'une femme mariée, veuve, divorcée ou séparée, ayant connu la mort d'un de ses enfants, ou appartenant à un ménage dont la taille est élevée.

Il faut relever tout particulièrement, par rapport à l'objet de notre analyse, que l'appartenance à un ménage dont les conditions de vie sont meilleures du point de vue des caractéristiques du logement et de la possession des biens d'équipements modernes a également un effet significatif réducteur de la fécondité cumulée de 0,232 enfants lorsque ce niveau est jugé élevé et de 0,217 enfant lorsqu'il est jugé moyen (relations significatives au seuil de $p < 0,01$). De même, on note, toutes choses étant égales par ailleurs, que le fait d'être dans une localité dont le niveau de développement est élevé du point de vue des infrastructures sanitaires et sociales du quartier diminue de 0,683 le nombre d'enfants nés vivants chez la femme par rapport à une localité de bas niveau de développement ($p < 0,01$). Des niveaux de vie élevés du ménage et du contexte local sont par conséquent fortement associés à une moindre fécondité au moment de l'enquête⁹.

Dans l'ensemble, ce modèle met en évidence la persistance d'un effet du contexte ménage et des caractéristiques individuelles sur la variation de la fécondité puisque la variance au niveau du ménage est de 0,064 et la variance individuelle est égale à 2,175 ($P < 0,01$). Cela correspond à une corrélation intra-ménage égale à 0,285 traduisant le fait que 3 % des variations de la fécondité sont toujours expliquées par les différences au niveau des ménages après la prise en compte de toutes nos variables explicatives. Concernant les grappes, nous n'avons plus de variation contextuelle de la fécondité, puisque la variance est nulle, traduisant le fait que l'essentiel des différences de fécondité observées entre les villes et quartiers sont expliquées par les caractéristiques que nous avons retenues au niveau des grappes.

⁹ Les indicateurs de niveau de vie du ménage et du contexte local ont été construits grâce à la technique de classification sur facteurs. Cette méthode est généralement employée en complément de l'analyse factorielle. Elle permet d'identifier et de regrouper les ménages et les localités ayant des caractéristiques similaires au regard de certaines variables utilisées (mode d'éclairage dans le logement, le principal mode d'approvisionnement en eau, les caractéristiques de l'habitat, la possession de certains biens tels que la radio, la télévision, le frigidaire, la voiture, la moto, le vélo, etc., présence d'un certain nombre d'infrastructures sociales et économiques dans la localité ou la région de résidence de la femme au moment de l'enquête).

Tableau 3. Modèle linéaire multiniveau sur la parité atteinte au moment de l'enquête en milieu urbain selon les données de l'EDSCI 1994

Variables explicatives	Parité atteinte au moment de l'enquête			
	Modèle vide	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Constante ^a	2,560***	-0,838 ***	-0,783 ns	-1,961 ***
VARIABLES INDIVIDUELLES				
Age de la femme		0,115 ***	0,123 ***	0,124 ***
Age au carré		0,001 ***	0,001 ***	0,001 ***
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou		0,149 ***	0,154 **	0,166 ***
Mandé du Nord et Gur		0,096 ns	0,021 ns	-0,017 ns
Mandé du Sud		0,068 ns	0,035 ns	-0,005 ns
Autres africains		-0,048 ns	-0,126 ***	-0,118 ***
Situation matrimoniale (Célibataires)				
En union		1,063 ***	0,885 ***	0,873 ***
Veuve/divorcée/séparée		0,327 **	0,252 **	0,244 **
Expérience du décès d'un enfant (Aucun)				
Au moins un décès		1,529 ***	1,506 ***	1,513 ***
Confiance des enfants (a un enfant confié)				
Aucun enfant confié		-1,148 ***	-1,160 ***	-1,160 ***
Niveau d'instruction (Sans instruction)				
Primaire		0,035 ns	0,017 ns	0,017 ns
Secondaire & +		-0,403 ***	-0,288 ***	-0,293 ***
Occupation de la femme (agricultrice)				
Sans travail		-0,471 ***	-0,410 ***	-0,399 ***
Formel		-0,732 ***	-0,566 ***	-0,524 ***
Informel		-0,402 ***	-0,331 ***	-0,287 ***
VARIABLES LIÉES AU MÉNAGE				
Instruction du CM (Sans instruction)				
Primaire		-	-0,054 ns	-0,033 ns
Secondaire & +		-	-0,268 ***	-0,249 ***
Structure du ménage (Sans famille nucléaire)				
Nucléaire		-	0,345 ***	0,358 ***
Elargie monogame		-	0,491 ***	0,500 ***
Elargie polygame		-	0,272 ***	0,275 ***
Niveau de vie du ménage (bas)				
Elevé		-	-0,281 ***	-0,232 ***
Moyen		-	-0,222 ***	-0,217 ***
VARIABLES LIÉES AU CONTEXTE LOCAL				
Niveau de développement local (bas)				
Elevé		-	-	-0,683 ***
Moyen		-	-	-0,052 ns
% d'enfants scolarisés dans le quartier		-	-	0,004 ns
% de personnes scolarisées (<50 %)		-	-	-0,100 ***
Mortalité infantile (<100 p.1000)		-	-	-0,036
≥ 100 p.1000		-	-	-
Variance au niveau des grappes (σ_v^2)	0,194 ***	0,020 ns	0,011 ns	0,000 ns
Variance au niveau des ménages (σ_μ^2)	0,000	0,115 ***	0,078 ns	0,064 ns
Variance au niveau des individus (σ_e^2)	7,405 ***	2,181 ***	2,176 ***	2,175 ***
-2Log(vraisemblance)	18489,960	13980,140	13901,370	13862,240

Source : Talnan, 2005.
*** Significatif à p<0.01 ** Significatif à p<0.05 * Significatif à p< 0.1 ns Non significatif à p<0.1
() Modalité de référence. Les tirets (-) signifient que la variable correspondante est non concernée

Analyse multiniveau de la pratique contraceptive moderne à l'aide du modèle logistique

En moyenne, 7,7 % des femmes urbaines utilisent une méthode contraceptive moderne (tableau 4). Mais ce niveau moyen de pratique contraceptive varie significativement ($p < 0,01$) en fonction des aires géographiques avec une variance contextuelle de 0,24. À l'échelle du ménage, ces résultats donnent une variance contextuelle égale à 0,16. La prise en compte des caractéristiques individuelles de la femme entraîne une réduction de la variation de la pratique contraceptive entre les grappes de 52,5 % (de 0,238, la variance entre les grappes passe à 0,114). Le caractère non significatif de cette variance contextuelle dans le modèle 3 final montrent que la prise en compte des variables explicatives correspondantes contribue à une meilleure spécification de ces modèles explicatifs de la pratique contraceptive moderne. Autrement dit, l'inclusion d'autres variables explicatives que celles utilisées dans ces modèles n'apportera pas grand chose à l'explication de la variation de la pratique de ces méthodes contraceptives entre les aires géographiques ou les quartiers.

D'après ce modèle final, le fait d'avoir été socialisé dans une ville plutôt qu'en milieu rural et le fait d'être instruit, au niveau primaire comme au niveau secondaire ou supérieure, accroissent les chances d'utiliser une contraception moderne ($p < 0,01$). L'effet de ces variables sur la pratique contraceptive est manifeste et conforme aux hypothèses émises dans la théorie de la transition de la fécondité en Afrique et dans d'autres régions du monde en développement. Contrairement aux résultats obtenus pour la fécondité réalisée au moment de l'enquête, on note une propension moins élevée (de l'ordre de 0,564) chez les femmes n'ayant aucun enfant confié hors de leur ménage à utiliser la contraception moderne, par rapport à celles qui en ont confié. Ce résultat paraît relativement cohérent avec la réalité des choses car, en dehors des cas de confiage liés à la scolarisation, une femme qui ne confie pas l'élevage de ses enfants à un autre ménage est une femme qui estime qu'elle peut les élever correctement, voire qu'elle peut en élever davantage au point de ne pas ressentir le besoin d'utiliser la contraception pour empêcher une prochaine grossesse.

Le niveau de vie du ménage influence la décision des femmes de recourir aux méthodes contraceptives modernes. En effet, les femmes qui vivent dans des ménages d'un niveau de vie élevé ont généralement un statut social et un niveau de vie plus élevés que les autres femmes, qui leur permettent de négocier l'usage de la contraception au sein du couple. Elles ont par conséquent plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive moderne par rapport à leurs homologues dont les conditions de vie dans le ménage sont précaires sur le plan de l'accès à certains biens et services. Le rapport de chance est de 1,962 ($P < 0,01$) ; ce rapport est de 1,189 pour les ménages de niveau de vie moyen mais la différence n'est pas significative au seuil de ($P < 0,1$).

Parmi les autres variables indépendantes introduites dans le modèle 3, on note que le niveau de développement socio-économique de la localité de résidence de la femme, la proportion d'enfants ou d'adultes scolarisés dans le quartier et le niveau de la mortalité des enfants ne montrent aucun lien significatif avec la pratique contraceptive moderne chez les femmes citadines. Ce résultat pour le moins surprenant est en réalité normal car l'effet de toutes ces variables sur la pratique contraceptive est médiatisé par d'autres variables relatives aux conditions de vie des populations telles que le niveau d'instruction de la femme, l'instruction du chef de ménage et la scolarisation des enfants. En effet, c'est dans les endroits où les niveaux de scolarisation sont élevés que les gens ont accès à de meilleures conditions de vie dans le ménage ou dans la localité et le niveau de la mortalité des enfants y est par conséquent en général plus faible et celui de la scolarisation des

enfants très élevé. En d'autres termes, le caractère non significatif de l'effet des caractéristiques décrivant les conditions de vie des femmes à l'échelle de la communauté et le niveau global de scolarisation de la population sur la pratique contraceptive ne traduit pas une absence de relation entre ces deux phénomènes mais le fait que cet effet est entièrement médiatisé par d'autres facteurs intermédiaires. Les résultats de ce modèle montrent que seul le niveau de la scolarisation des enfants dans le quartier ou la ville de résidence de la femme a un effet significatif sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et le rapport de chance s'établit à 1,013 pour une augmentation de 1 % de la proportion d'enfants scolarisés.

Tableau 4. Modèle logistique multiniveau sur la pratique des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en milieu urbain selon les données de l'EDS 1994

Variables explicatives	Modèle vide	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Constante ^a	8,1 ^a ***	0,03 ***	0,03 ***	0,07 ***
VARIABLES INDIVIDUELLES				
Age de la femme		1,366 ***	1,366 ***	1,369 ***
Age au carré		0,995 ***	0,995 ***	0,995 ***
Lieu de socialisation (Campagne/village)				
Grandes villes		1,759 ***	1,747 ***	1,726 ***
Petites villes		1,419 ns	1,471 ***	1,501 ***
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou		0,712 ns	0,708 ns	0,701 ns
Mandé du Nord et Gur		0,649 ns	0,683 ns	0,659 ns
Mandé du Sud		0,698 ns	0,757 ns	0,721 ns
Autres africains		0,404 ***	0,463 ***	0,466 ***
Confiance des enfants (A un enfant confié)				
Aucun enfant confié		0,616 ***	0,573 ***	0,564 ***
Niveau d'instruction (Sans instruction)				
Primaire		1,958 ***	1,815 ***	1,781 ***
Secondaire & +		2,980 ***	2,467 ***	2,430 ***
VARIABLES LIÉES AU MÉNAGE				
Niveau de vie du ménage (bas)				
Elevé		-	2,136 ***	1,962 ***
Moyen		-	1,240 ns	1,189 ns
VARIABLES LIÉES AU CONTEXTE LOCAL				
Niveau de développement local (bas)				
Elevé		-	-	1,092 ns
Moyen		-	-	1,093 ns
% d'enfants scolarisés dans la localité				
Pourcentage de personnes scolarisées (<50 %)				
≥ 50 %		-	-	0,689 ns
Mortalité infantile (<100 p.1000)				
≥ 100 p.1000		-	-	0,807 ns
Variance au niveau des grappes (σ_v^2)	0,238 ***	0,114 ***	0,104 ***	0,055 ns
Variance au niveau des individus (σ_u^2)	0,160 ns	0,158 ns	0,172 ns	0,182 ns
Variance au niveau des individus (σ_e^2)	1,000 ***	1,000 ***	1,000 ***	1,000 ***
Source : Talnan, 2005.				
a : Exprimée en % de femmes utilisant une méthode de contraception dans l'ensemble de la population étudiée.				
*** Significatif à p<0.01 ** Significatif à p<0.05 * Significatif à p< 0.1 ns Non significatif à p<0.1				
() Modalité de référence ; (-) Les tirets signifient que la variable correspondante est non concernée				

Fécondité et contraception en milieu rural

Analyse multiniveau de la fécondité cumulée à l'aide du modèle linéaire

En milieu rural, les femmes ont donné naissance en moyenne à 3,5 enfants vivants sur toute la période de leur vie reproductive (tableau 5). Toutefois, cette moyenne varie peu en fonction des localités avec une variance contextuelle égale à 0,069 et un écart type de 0,042. Aucune variation de la fécondité cumulée n'est perceptible entre les ménages à l'intérieur des villages. Par contre, lorsqu'on contrôle l'âge, on s'aperçoit qu'il existe des variations importantes entre les ménages à l'intérieur des villages. La variance contextuelle passe de 0 à 0,268 et est significative à $P < 0,01$, l'erreur standard étant égale à 0,018¹⁰. Le contrôle des effets des variables relatives au ménage, dans le modèle 2, permet de constater une réduction restreinte mais significative de la variance entre les ménages. Et la prise en compte des caractéristiques relatives au contexte socio-économique local, dans le modèle 3, permet d'obtenir une légère baisse de la variance au niveau des ménages. De 0,235 dans le modèle 2, elle est passée à 0,224 avec une erreur standard de 0,058. Cette diminution de la variance au niveau des ménages traduit un effet indirect des caractéristiques communautaires sur la fécondité via le ménage.

Plusieurs facteurs individuels ont un effet sur la fécondité des femmes. Le fait d'avoir connu l'expérience du décès d'un enfant et d'être mariée accroissent la fécondité. Le fait d'avoir une instruction secondaire, de ne pas avoir d'enfant confié et d'être veuve ou divorcée la diminue significativement ($p < 0,001$ ou $p < 0,05$).

Parmi les variables que nous avons retenues à l'échelle du ménage pour analyser les variations de la fécondité dans les zones rurales, seules la structure familiale et les conditions de vie du ménage ont un effet significatif sur la parité atteinte. S'agissant du niveau de vie du ménage, les résultats montrent que le fait de vivre dans un ménage dont les conditions de vie sont relativement meilleures entraîne une hausse de la fécondité en milieu rural, et ceci à l'inverse de la situation rencontré en milieu urbain. L'effet de cette variable est très important et plus significatif pour la catégorie de femmes se trouvant dans des ménages ayant un niveau de vie moyen dont la parité atteinte est supérieure de 0,349 enfant à celles des femmes des ménages pauvres ($P < 0,01$). Celles qui vivent dans des ménages jouissant d'un niveau de vie élevé n'ont que 0,186 enfant de plus que les femmes des ménages pauvres.

Dans le même sens, on note que les femmes qui vivent dans des villages relativement bien équipés en infrastructures socio-économiques ont une fécondité plus élevée que celle des villages qui en sont dépourvus. En clair, dans les zones où le niveau de développement local est élevé, les femmes ont 0,212 enfant de plus que celles qui vivent dans des villages pauvres ($P < 0,1$). De même, celles qui vivent dans des localités dont le niveau de développement est moyen ont une fécondité significativement supérieure de 0,148 enfant à celle des femmes des villages pauvres ($P < 0,05$). Ce résultat est contraire à ce que nous avons trouvé en milieu urbain, et contraire à l'hypothèse d'une transition de la fécondité basée sur le développement rural. Il montre qu'en milieu rural ivoirien, les parents disposant des niveaux de vie familiale et locale les plus élevés continuent toujours de faire beaucoup d'enfants et ce, malgré la crise et les efforts de développement entrepris pour améliorer leur cadre de vie, les femmes appartenant aux ménages et aux villages les plus démunis ayant une fécondité moindre.

¹⁰ Ce résultat ne figure pas sur le tableau. Il s'agit d'un modèle que nous avons construit seulement avec l'âge en vue de tester la variabilité de la fécondité entre les villages.

L'impact réducteur pour la fécondité d'un contexte local démuné est confirmé par l'effet de la prévalence globale de la mortalité des enfants, qui induit des différences significatives ($P < 0,01$) en terme de parité atteinte. Ainsi le fait de vivre dans une localité où le niveau global de la mortalité des enfants est supérieur à 125 pour mille entraîne une baisse significative de la fécondité de 0,160 enfant¹¹. Ceci montre que, s'il existe bien un effet de remplacement à l'échelle individuelle (les femmes ayant vécu l'expérience d'un décès ayant une propension à avoir une fécondité plus élevée), il n'y a pas d'effet d'assurance à l'échelle collective en milieu rural, où le fait de vivre dans un contexte où la mortalité est élevée ne conduit pas à une fécondité plus forte, bien au contraire. On pourrait évoquer ici un effet de la crise qui se traduirait par une volonté des parents de limiter leurs naissances à cause du coût élevé de la vie, notamment de la scolarisation, et la baisse des prix des produits agricoles, et ce malgré une recrudescence de la mortalité des enfants. Les entretiens réalisés en milieu rural apportent un témoignage en ce sens. C'est ainsi qu'une femme qui a 6 enfants nés vivants dont 2 sont morts par la suite a décidé d'arrêter de faire d'autres enfants parce que selon elle, « ...la vie est dure, les dépenses des enfants sont devenues énormes et si tu n'arrives pas à les nourrir, les habiller et les mettre à l'école, ce n'est pas bon » (agricultrice de 30 ans, non instruite).

¹¹ Ce résultat est identique à celui que nous obtenons pour la fécondité des cinq dernières années avant l'enquête (tableau non publié ici ; voir Talnan, 2005).

Tableau 5. Modèle linéaire multiniveau sur la parité atteinte au moment de l'enquête en milieu rural selon les données de l'EDS de 1994

Variables explicatives	Modèle vide	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Constante ^a	3,550***	-2,940 ***	-3,403 ns	-3,437 ***
VARIABLES INDIVIDUELLES				
Age de la femme		0,304 ***	0,296 ***	0,294 ***
Age au carré		-0,002 ***	-0,002 ***	-0,002 ***
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou		-0,171 *	-0,119 ns	-0,114 ns
Mandé du Nord et Gur		-0,197 **	-0,183 **	-0,162 ns
Mandé du Sud		-0,314 ***	-0,267 **	-0,219 **
Autres africains		-0,217 **	-0,203 *	-0,166 ns
Situation matrimoniale (Célibataires)				
En union monogamique		1,547 ***	0,563 ***	0,564 ***
En union polygamique		0,427 ***	0,479 ***	0,486 ***
Veuve/divorcée/séparée		-0,569 ***	-0,479 ***	-0,496 ***
Religion de la femme (Musulmane)				
Chrétienne		-0,232 **	-0,186 **	-0,197 **
Autres religion/sans religion		-0,128 ns	-0,093 ns	-0,086 ns
Expérience du décès d'un enfant (Aucun)				
Au moins un décès		1,758 ***	1,753 ***	1,761 ***
Confiage des enfants (a un enfant confié)				
Aucun enfant confié		-1,311 ***	-1,316 ***	-1,314 ***
Niveau d'instruction (Sans instruction)				
Primaire		-0,041 ns	-0,040 ns	-0,034 ns
Secondaire & +		-0,302 **	-0,268 **	-0,258 **
Occupation de la femme (Formel/informel)				
Sans occupation		0,073 ns	0,039 ns	0,025 ns
Agricultrice		0,122 *	0,111 ns	0,113 ns
VARIABLES LIÉES AU MÉNAGE				
Structure du ménage (Sans famille nucléaire)				
Nucléaire		-	0,426 ***	0,433 ***
Elargie monogame		-	0,400 ***	0,408 ***
Elargie polygame		-	0,258 ***	0,261 ***
Niveau de vie du ménage (bas)				
Elevé		-	0,209 **	0,186 *
Moyen		-	0,360 ***	0,349 ***
VARIABLES LIÉES AU CONTEXTE LOCAL				
Niveau de développement local (bas)				
Elevé		-	-	0,212 *
Moyen		-	-	0,148 ***
Mortalité infantile (<125 p.1000)				
≥ 125 p.1000		-	-	-0,160 ***
Nombre de centres délivrant des services PF				
% de femmes utilisant la contraception		-	-	-0,016 ns
		-	-	-0,004 ns
Variance au niveau des grappes (σ_v^2)	0,069 ns	0,014 ns	0,015 ns	0,005 ns
Variance au niveau des ménages (σ_μ^2)	0,000	0,262 ***	0,235 ***	0,224 ***
Variance au niveau des individus (σ_e^2)	9,218 ***	2,564 ***	2,55 ***	2,557 ***
-2Log(vraisemblance)	20226,370	15463,600	15410,430	15395,320
Source : Talnan, 2005.				
*** Significatif à p<0.01 ** Significatif à p<0.05 * Significatif à p< 0.1 ns Non significatif à p<0.1				
() Modalité de référence				

Analyse multiniveau de la pratique contraceptive moderne à l'aide du modèle logistique

Le pourcentage de femmes utilisatrices d'une contraception moderne en milieu rural est de 3,2 %, nettement plus bas qu'en milieu urbain (tableau 6). Dans l'ensemble, il y a une variation significative entre les villages du point de vue de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes qui s'exprime par une variance contextuelle de 0,325 et une erreur standard égale à 0,168 ($p < 0,05$). Au niveau des ménages, la variance est de 1,015 et l'erreur standard associée est de 0,511. Cela signifie que le niveau de la pratique contraceptive moderne varie également en fonction des unités domestiques de résidence des femmes ($p < 0,05$). On peut en déduire que dans l'ensemble des variations de cette pratique contraceptive entre les femmes des zones rurales, 13,9 % sont dues aux différences entre les villages et 57,3 % d'entre elles sont dues aux différences entre les ménages. La prise en compte des caractéristiques individuelles de la femme (modèle 1) entraîne une diminution de la variance au niveau des ménages. De 1,015, celle-ci passe à 0,426 et reste non significative au seuil de 10 %. L'intégration des variables du contexte local (modèle 3) entraîne une réduction de la variance au niveau des ménages. De 0,410 dans le modèle précédent, elle passe à 0,348.

Parmi les facteurs explicatifs individuels, l'instruction primaire et secondaire de la femme, sa socialisation pendant l'enfance en milieu urbain, et le fait d'être d'ethnie krou accroissent sa propension à utiliser une contraception moderne. À l'inverse, le fait d'être mariée, d'être agricultrice ou de ne pas avoir d'activité diminuent ses chances d'employer une méthode contraceptive moderne.

Aucune variable caractérisant le ménage n'a d'effet significatif sur l'usage d'une méthode contraceptive moderne par les femmes en milieu rural. Cependant, on note que celles qui vivent dans un ménage dont les conditions de vie sont élevées ont une probabilité plus grande de recourir aux méthodes contraceptives modernes (OR=1,260), mais l'effet de cette dernière variable n'est pas significatif au seuil de 10 %.

À l'échelle de la localité de résidence de la femme, deux facteurs liés à l'offre de services de planification familiale et à leur acceptabilité par les populations interviennent pour induire des différences significatives entre les femmes en matière d'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Il s'agit de la présence d'un établissement délivrant des services de planification familiale et de la proportion de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives dans le village. La présence d'un centre de santé ou d'un établissement social délivrant des services de santé entraîne une augmentation significative ($P < 0,05$) de la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête (OR=1,196). De même, lorsque augmente la proportion de femmes utilisatrices d'une méthode quelconque de contraception, la probabilité pour une femme de déclarer l'usage d'une méthode moderne se trouve multipliée par 1,028 ($P < 0,1$).

Tableau 6. Modèle logistique multiniveau sur la pratique contraceptive moderne chez les femmes en milieu rural selon les données de l'EDS de 1994

Variables explicatives	Méthodes modernes			
	Modèle vide	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Constante ^a	3,2 ^a ***	0,0065 ***	0,0067 ***	0,0026 ***
VARIABLES INDIVIDUELLES				
Age de la femme		1,083 ns	1,088 ns	1,085 ns
Age au carré		0,999 ns	0,999 ns	0,999 ns
Lieu de socialisation (Campagne/village)				
Grandes villes		1,458 ns	1,454 ns	1,486 ns
Petites villes		1,850 ***	1,850 **	1,908 **
Religion de la femme (Musulmane)				
Chrétienne		1,986 *	1,952 *	1,982 *
Autre religion/sans religion		0,906 ns	0,909 ns	1,006 ns
Ethnie de la femme (Akan)				
Krou		2,111 ***	2,201 ***	2,787 ***
Mandé du Nord et Gur		0,946 ns	0,994 ns	1,095 ns
Mandé du Sud		1,076 ns	1,147 ns	1,554 ns
Autres africains		1,517 ns	1,820 ns	1,982 *
Situation matrimoniale (célibataires)				
En union monogamique		0,499 ***	0,487 ***	0,499 ***
En union polygamique		0,324 ***	0,302 ***	0,462 ***
Veuves/divorcées/séparées		0,615 ns	0,584 ns	0,968 ns
Niveau d'instruction (Sans instruction)				
Primaire		2,094 ***	1,919 ***	1,850 ***
Secondaire & +		3,983 ***	3,222 ***	3,013 ***
Occupation de la femme (Formel/informel)				
Sans occupation		0,429 ***	0,449 ***	0,459 ***
Agricultrice		0,416 ***	0,455 ***	0,462 ***
VARIABLES LIÉES AU MÉNAGE				
Structure du ménage (sans famille nucléaire)				
Nucléaire monogame ou polygame			0,536 *	0,532 *
Elargie monogame			0,908 ns	0,905 ns
Elargie polygame			1,177 ns	1,218 ns
Niveau de vie du ménage (bas)				
Elevé			1,451 ns	1,260 ns
Moyen		-	0,766 ns	0,736 ns
VARIABLES LIÉES AU CONTEXTE LOCAL				
Niveau de développement local (bas)				
Elevé		-	-	0,936 ns
Moyen		-	-	1,051 ns
Pourcentage d'enfants scolarisés				
% de personnes scolarisées (<25 %)				
≥ 25 %		-	-	0,886 ns
Mortalité infantile (<125 p.1000)				
≥ 125 p.1000		-	-	0,896 ns
% de femmes utilisant la contraception				
Existence d'un centre délivrant la PF				
			-	1,028 *
				1,196 **
Variance au niveau des grappes (σ_v^2)	0,325 **	0,000	0,000 ***	0,000 ns
Variance au niveau des ménages (σ_μ^2)	1,015 ***	0,426 ns	0,410 ns	0,348 ns
Variance au niveau des individus (σ_e^2)	1,000 ***	1,000 ***	1,000 ***	1,000 ***
Talnan, 2005.				
*** Significatif à p<0.01 ** Significatif à p<0.05 * Significatif à p< 0.1 ns Non significatif à p<0.1 () Modalité de référence a : Exprimée en % de femmes utilisant une méthode de contraception dans l'ensemble de la population étudiée				

CONCLUSION

Selon la théorie classique de la transition démographique, la baisse de la fécondité intervient lorsque les couples conceptualisent la régulation de leur fécondité, jugent qu'une faible fécondité leur apporte un avantage économique et accèdent à des moyens de contrôle de leur procréation à un coût financier, social et éthique qui leur paraît satisfaisant (Coale, 1973). La transition de la fécondité repose par conséquent sur l'articulation d'une diminution de la demande d'enfants et d'un accroissement des moyens de contrôle de la fécondité, quels que soient les voies de ces transformations, variables et variées à travers le monde.

Si le plus souvent la diminution de la demande d'enfants a découlé d'une modernisation des structures socio-économiques, synonyme d'une augmentation du coût des enfants et de la mise en place de mécanismes formels d'assurance publics ou privés (retraite, assurance maladie ou invalidité...), cette demande a pu cependant baisser dans des sociétés ne connaissant pas ce système formel d'assurance pour les personnes âgées ou malades (Bongaarts et Bulutao, 2000), cette baisse répondant alors à d'autres justifications et d'autres contraintes.

Dans certains pays d'Asie et d'Amérique latine, la baisse de la fécondité est devenue pour les couches pauvres de la population un élément d'adaptation à un ensemble de transformations socio-économiques et démographiques qui les touchent directement : baisse de la mortalité, pression foncière, exode rural et urbanisation rapide, éclatement familial, obligation du salariat féminin... Alors que la forte fécondité était un élément d'une stratégie de survie dans un contexte socio-économique donné, souvent caractérisée par la prédominance des activités rurales et de l'économie domestique faisant de la famille une unité de production, au sein de laquelle l'activité des femmes et des enfants était le plus souvent une nécessité, l'évolution de ce contexte a été telle que c'est la faible fécondité qui est devenue nécessaire, dans le cadre d'une nouvelle stratégie de survie adapté à ces changements.

Cette évolution est possible, d'une part parce qu'elle est favorisée par une transformation du modèle culturel qui devient favorable à une faible fécondité sous l'effet des changements qui s'opèrent dans les classes dominantes de la société, puis sous l'effet des politiques de réduction de la croissance démographique. Cette évolution est également permise par un accès aisé et bon marché des plus pauvres à des moyens de contraception, qui sont souvent définitifs (stérilisation masculine et surtout féminine) ce qui rend la révolution contraceptive d'autant plus efficace.

Il en est de même également dans les pays du Maghreb, où dans le cadre d'une transition de la fécondité essentiellement fondée, à l'échelle nationale, sur les facteurs liés à la modernisation des structures socio-économiques et à la mise en place de politiques de population, certaines catégories démunies de la population ont vu baisser leur fécondité selon des déterminants et des mécanismes relevant d'un certain malthusianisme de pauvreté. Ainsi, en Kroumirie, le passage des femmes rurales de la sphère de la reproduction et de l'activité domestique à celle de la production autonome et salariée s'articule avec le développement de stratégies individualistes et opportunistes des hommes jeunes pour transformer les aspirations individuelles en terme de fécondité (Sandron et Gastineau, 2002). Il en est ainsi également dans les zones rurales du Maroc, où l'écart croissant entre la paupérisation relative et l'augmentation des aspirations des parents, confrontés aux modèles véhiculées par la sphère urbaine comme par les émigrés de retour, suscite une préférence pour la qualité des enfants (en termes d'éducation notamment) et une volonté de limitation des naissances (Sajoux Ben Seddik, 2001).

En Afrique subsaharienne, et plus particulièrement en Côte d'Ivoire, il faut distinguer les couches urbaines et instruites de la population, celles essentiellement concernées par la baisse de la fécondité, des groupes les plus démunis qui demeurent encore à l'écart de cette transition (Vimard, 1996 ; Anoh, 2005). Pour les premières, la demande d'enfants diminue, sous l'effet de facteurs de modernisation, des crises structurelles et conjoncturelles sévissant depuis les années 1980, des campagnes d'IEC en matière de planification familiale des ONG et des institutions internationales, et des efforts récents du gouvernement pour mettre à la disposition de la population toute une gamme de méthodes contraceptives. Le système de valeur nataliste, en vigueur jusqu'alors, a pu être efficacement contrebalancé, particulièrement dans les zones urbaines. Cependant, si la demande d'enfants s'est trouvée significativement diminuée, l'augmentation de la pratique contraceptive est restée modeste et n'est pas décisive dans la baisse de la fécondité (Vimard *et al.*, 2003). Aussi, faute d'accès suffisant à ces méthodes contraceptives modernes, les femmes des zones urbaines ont de plus en plus recours à l'avortement provoqué pour éviter des naissances non désirées (Desgrès du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003).

Les pauvres demeurent eux encore largement insérés dans des structures de production où la baisse du nombre d'enfants n'est pas un avantage, malgré ou à cause de la crise, qui restreint les possibilités de recours à la main-d'œuvre salariée, dans les zones d'économie de plantation par exemple, et l'offre de contraception est restée largement insuffisante pour répondre à leur éventuelle demande. Ainsi, en 1998, moins de 5 % des femmes rurales et des femmes sans instruction utilisent une méthode moderne de contraception, et leur fécondité demeure élevée, avec 6 enfants par femme en moyenne. Les conditions pour un réel malthusianisme de pauvreté ne sont donc pas encore réunies, malgré l'extrême précarité des conditions de vie des populations.

Ainsi, si ailleurs, notamment en Asie, en Amérique latine ou au Maghreb, la politique de la population a répondu à un choix de vie de la population, en Côte d'Ivoire, comme dans les autres pays d'Afrique subsaharienne, à l'exception de quelques-uns d'entre eux où les services de planification familiale sont bien distribués (Bostwana, Kenya, Zimbabwe), la baisse de la fécondité se réalise dans un contexte de faible disponibilité des services de planification familiale et concernent une frange restreinte de la population. Le niveau de fécondité demeure par conséquent encore élevé alors que les pays connaissent une pauvreté accrue.

Références bibliographiques

- ADNAN S., 1997, « Baisse de la fécondité en situation de pauvreté absolue. Aspects paradoxaux du changement démographique au Bangladesh », in CHASTELAND J.-C. ET CHESNAIS J.-C. (éds.), *La population du monde. Enjeux et problèmes*, Travaux et documents, Cahier n° 139, Ined-PUF, Paris, pp. 41-77.
- ANOAH A., FASSASSI R. et VIMARD P., 2005, « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », in Gautier A. (ed.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2005 (sous presse).
- ATTANÉ I., 2000, « Au Bangladesh, une transition inespérée », *Population et Sociétés*, n° 357, mai 2000, pp. 1-4.
- BONGAARTS J. et WATKINS S. C., 1996, « Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions », *Population and Development Review*, 22, n° 4, pp. 639-682.
- BONGAARTS J. et BULATAO R. A. (eds), 2000, « Transitional fertility », in : *Beyond six billion. Forecasting the World's Population*, National academy press, Washington DC, pp.53-82.
- BOSERUP E., 1985, « Economic and Demographic Interrelations in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 11, 3, 383-397.

- COALE A. J., 1973, « The demographic transition », in UIESP, International Population Conference, Liège, 1973, vol. 1, p. 53-93.
- COSIO-ZAVALA M.E., 2000, « Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine », in PILON M. et GUILLAUME A. (éds.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Coll. Colloques et Séminaires, Éditions IRD, Paris, pp. 21-33.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., VIHO I. et WELFFENS-EKRA C., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54, n° 3, pp. 427-446.
- FASSASSI R., 2004, *Pauvreté humaine et fécondité en Côte d'Ivoire*, Thèse pour le doctorat en Sciences économiques, Université de Versailles- St Quentin en Yvelines, 407 p.+ XXXV.
- GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E.A., WAGSTAFF A., and AMOUZOU A., *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population in Cote d'Ivoire*, 2nd ed., Washington, D.C., The World Bank, forthcoming.
- GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993, *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*, Coll. Etudes et Thèses, Orstom Editions, Paris, 114 p.
- GUILLAUME A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 2003, 58 (6), pp. 741-772.
- LESTHAEGHE R.J., 1980, « On the Social Control of Human Reproduction », *Population and Development Review*, vol. VI, n° 4 : 527-548.
- LESTHAEGHE R.J., 1989, « Social Organization, Economic Crisis and the Future of Fertility Control in Africa », in LESTHAEGHE R.J. (éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press, Berkeley : 475-505.
- LOCOH T. 1994, « Will the Decline in Fertility in Sub-Saharan Africa Last ? A Time of Uncertainty », in LOCOH T. et HERTRICH V. (éds.), *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Ordina Editions, Liège : 105-133.
- MCNICOLL G., 1982, « Institutional Determinants of Fertility Change », in HOHN C. et MACKENSEN R. (éds.), *Determinants of Fertility Trends : Theories Re-examined*, Ordina, Liège : 147-168.
- PNUD, 2004, *Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*, Paris, Economica.
- RYDER N.B., 1984, « Fertility and Family Structure », *ONU - Fertility and Family* : 279-320.
- SAJOUX BEN SEDDIK M., 2001, *Développement rural et transition démographique. Le cas du Maroc*, Thèse pour le doctorat en Sciences économiques, Université de Pau et des pays de l'Adour, 356 p.
- SANDRON F. et GASTINEAU B., 2002, *Fécondité et pauvreté en Kroumirie (Tunisie)*, Paris, L'Harmattan, 2002, 177 p.
- SCHOUMAKER B. et TABUTIN D., 1999, *Relations entre pauvreté et fécondité dans les pays du Sud*, Documents de travail n° 2, Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 32 p. + annexes.
- TALNAN E., 2005, *Inégalités sociales et transition de la fécondité en contexte de crise économique : le cas de la Côte d'Ivoire*, Thèse pour le doctorat en Démographie, Université de Paris X-Nanterre, 318 p + VIII.
- UNITED NATIONS, 2002, *World population 2002*, United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs
- VIMARD P., 1996, « Evolutions de la fécondité et crises africaines », in COUSSY J. et VALLIN J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, Les Etudes du CEPED n° 13, CEPED, Paris : 293-318.
- VIMARD P., 1998, « Transition démographique et familiale. Une relecture des théories à la lumière de la crise », in GENDREAU F. (dir.), *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*, AUPELF-UREF et ESTEM, pp. 81-98.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E., *Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne*, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement, Documents de recherche n° 2, Laboratoire Population-Environnement-Développement, avril 2003, 30 p.
http://www.up.univ-mrs.fr/wiupenv/labo/d_lpe/publications/docs-recherche/lped-srfd-dr2.pdf