



**GRIPPS**  
GROUPE INTERNATIONAL  
DE PARTENAIRES  
POPULATION – SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN),  
ENSEA, INS (CÔTE D'IVOIRE), CEPED, IRD (FRANCE),  
CME (LAOS), DPS (SÉNÉGAL), URD (TOGO)

# LES FACTEURS DE LA CONTRACEPTION EN CÔTE D'IVOIRE

Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1994

Raïmi FASSASSI

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 1

*Avril 2001*

**Raïmi FASSASSI**

Économiste et démographe

Enseignant à l'ENSEA d'Abidjan et membre de l'unité de recherche de l'IRD « Santé de la reproduction, fécondité et développement »

ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08 – Côte d'Ivoire

Tél : (225) 22 44 08 40 / (225) 22 44 41 15 – Fax : (225) 22 44 39 88

Courriel : [rfassassi@yahoo.fr](mailto:rfassassi@yahoo.fr)

© GRIPPS 2001

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions de la part du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1994 – Raïmi Fassassi, Grippe. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 1, 2001.

## Introduction

Le contexte socio-démographique a longtemps été marqué en Côte d'Ivoire par l'affirmation d'une politique pro nataliste. Ce choix, motivé par des considérations essentiellement d'ordre macroéconomique, reposait sur la nécessité de construire un important marché intérieur à la mesure des ambitions économiques du pays. Le « miracle ivoirien » des années 60 et 70, qui s'est traduit par une importante croissance économique du produit par tête malgré une forte croissance naturelle et une immigration étrangère considérable, a conforté les autorités politiques dans leurs choix en matière de population. Aussi, avant le début des années 90 et la mise en place d'un programme de planification familiale, le gouvernement de Côte d'Ivoire a-t-il exercé une forte pression sur les associations et organismes de promotion de la limitation des naissances. Si l'option libérale du pays rendait délicate une action d'envergure contre une telle initiative, la réticence du pouvoir central vis-à-vis de la planification familiale se fera surtout sentir de façon indirecte par des actions limitant le développement des programmes et surtout par l'absence totale du secteur public dans les actions visant la promotion de la planification familiale. Les activités de l'IPPF (International Planned Parenthood Foundation) et celles de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF) ont ainsi été sévèrement contrôlées et confinées dans des sphères géographiques très restreintes jusqu'en 1991.

À partir de 1991, la politique démographique de la Côte d'Ivoire a évolué considérablement. La conjonction des difficultés internes, nées de la grande crise des années 1980, et des contraintes externes, liées aux diverses recommandations internationales, ont finalement impulsé une nouvelle orientation à la politique ivoirienne de population. Aujourd'hui, la nécessité d'une action forte en faveur de la planification familiale et en particulier la promotion de la contraception sont les points centraux d'une politique de population totalement revisitée. Des objectifs chiffrés ont été fixés et la Côte d'Ivoire ambitionnait en 1996 d'atteindre en l'an 2000 une prévalence contraceptive de 14 % (Ministère de la Santé publique, 1996).

Si la position officielle a longtemps été favorable à la procréation massive, les perceptions individuelles de la fécondité semblent avoir connu un changement dès le début de la crise, au début des années 1980. C'est ainsi qu'entre l'enquête ivoirienne de fécondité en 1980-81 (Direction de la statistique, 1984) et la première enquête démographique et de santé en 1994 (Ncho *et al.*, 1995), la fécondité en Côte d'Ivoire a connu une baisse régulière. De 7,4 enfants par femme au début des années 80, l'indice synthétique de fécondité est passé en 1994 à 5,7 enfants par femme, soit une baisse annuelle moyenne de l'ordre de 2 % (1,9 %). La baisse de l'ISF entre ces deux enquêtes est en réalité révélatrice d'un processus profond de changement démographique et elle atteste par son importance (23 %) de l'irréversibilité du processus de transition démographique<sup>1</sup>. Cette transition se confirme d'ailleurs durant les années suivantes puisque l'ISF passe à 5,2 enfants par femme en 1998-99 (Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999). 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 s'interroger sur le rôle de la conjoncture économique dans les changements démographiques observés. En effet, la crise économique sévère qui a suivi les années fastes, en restreignant les possibilités financières de

---

<sup>1</sup> Selon Bongaarts et Watkins (1996), une baisse de 10 % de l'ISF par rapport à son maximum de la période pré-transitionnelle indique le début de la transition démographique.

la population, notamment celles des plus vulnérables, les planteurs de café et de cacao, a aussi fragilisé les couches urbaines. Ces derniers sont économiquement solidaires des populations rurales les plus touchées par la crise à travers un système de droits et d'obligations (Mahieu, 1990). 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 en Côte d'Ivoire. Ces pressions nouvelles ont probablement accéléré les changements, au niveau individuel, des projets de fécondité qui évoluent considérablement en Côte d'Ivoire avec l'urbanisation et la généralisation de la scolarisation. Selon certains auteurs, la crise économique n'a été en fait qu'un catalyseur, un accélérateur d'un processus de baisse de la fécondité due aux mutations sociales antérieures aux difficultés économiques (Vimard et Fassassi, 1998).

De nouvelles méthodes de gestion de la fécondité, comme le recul de l'âge à la première union ou l'utilisation de méthodes modernes de planification familiale, viennent progressivement s'ajouter aux méthodes traditionnelles de contrôle de la fécondité et de la préservation de la santé infantile et maternelle que sont l'abstinence *post-partum* et l'allaitement prolongé, qui restent malgré tout prédominants. Ainsi, le modèle de Bongaarts, revu par Jolly et Gribble (1996), indique-t-il qu'en Côte d'Ivoire les déterminants proches les plus contributifs à la baisse de la fécondité sont les variables du *post-partum* avec 44 % d'inhibition, les comportements matrimoniaux étant à l'origine de 16 % de la baisse, la contraception de 7 % et l'avortement de 6 % (Fassassi et Vimard, 1999).

L'analyse présentée dans ce document procède d'une démarche méthodologique définie dans un protocole rédigé dans le cadre des travaux du Groupe international de partenaires population-santé (Gripps). Ce protocole (Gripps, 2000) porte sur les méthodes d'analyse des données de la pratique contraceptive telles qu'elles ont été collectées dans les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Notre analyse vise à cerner les déterminants de l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. Elle est structurée globalement en deux grandes parties. Dans une première partie, une analyse descriptive sera faite sur les données relatives aux femmes potentiellement fécondes, c'est-à-dire les femmes en âge de procréer qui ne sont ni enceintes ni ménopausées à la date de l'enquête. Cette démarche exploratoire sera suivie, dans la seconde partie, d'une analyse explicative qui tentera de mieux préciser les relations entre la variable à expliquer (l'utilisation d'une méthode de contraception moderne) et l'ensemble des variables explicatives telles qu'elles ont été définies dans le protocole du Gripps.

Les différentes analyses ci-dessous, réalisées à partir de l'enquête démographique et de santé de Côte d'Ivoire de 1994, traiteront essentiellement de la prévalence de la contraception moderne mais aussi de celles des autres méthodes, naturelles ou populaires, dont l'intérêt est surtout prospectif de par la volonté d'une limitation des naissances que dénote leur utilisation. La contraception non moderne apparaît de ce fait comme l'expression d'une demande potentielle de contraceptifs plus sûrs. « L'efficacité » de la pratique contraceptive sera enfin mesurée dans différentes sous-populations par l'indice de contraception de Bongaarts. Cet indice donne le pourcentage d'inhibition de la fécondité cumulée imputable à l'utilisation de la contraception.

# 1. Contraception et espace socio-démographique : étude exploratoire

Une étude exploratoire a été faite sur les données afin de dégager les grandes tendances et les oppositions les plus visibles entre les différentes sous-populations des femmes en âge de procréer, potentiellement fécondes. Cette analyse descriptive est basée sur une méthode factorielle, l'analyse des correspondances multiples, qui inclut certaines caractéristiques socio-démographiques de la femme (âge, niveau de scolarisation, profession ...), certaines variables relatives à son conjoint (niveau d'instruction, profession, opinion sur la planification familiale) ainsi que les pratiques contraceptives de la femme décrites suivant quatre modalités (méthodes modernes, méthodes naturelles, méthodes populaires et aucune méthode). Cette dernière variable a été mise en élément supplémentaire.

Le premier axe factoriel explique 13 % de l'information totale contenue dans le nuage de points. Sur cet axe, l'âge des femmes potentiellement fécondes s'étale de façon linéaire opposant ainsi les générations féminines les plus jeunes aux générations les plus âgées (figure 1). Sur ce même axe, l'état matrimonial des femmes est également mis en évidence. Les modalités de cette variable se situent le long de cet axe, dans le sens d'une union de plus en plus formelle passant du célibat à l'union maritale. En considérant l'instruction des femmes, on retrouve également sur le premier axe une opposition marquée entre les femmes instruites et celles n'ayant pas d'instruction. Le sens de l'axe « un » se dégage ainsi assez clairement : la première caractéristique distinguant la population d'étude est la différence marquée entre les jeunes femmes instruites, en début d'union, et les femmes d'un niveau scolaire moins élevé, plus âgées et en union avancée ou bien en fin de vie féconde. Ainsi, plus qu'une simple confrontation entre deux groupes généralement éloignés sur le plan des idées, ces traits distinctifs semblent traduire l'opposition entre les jeunes générations et les personnes les plus âgées de la population étudiée. Ce premier axe, qui symbolise la transition en cours vers une société plus moderne, identifie les femmes les plus insérées dans la vie moderne comme étant les principales utilisatrices des méthodes de contraception, même s'il s'agit encore essentiellement d'une contraception dite naturelle, le retrait et la continence périodique.

Le deuxième axe factoriel explique 8 % de l'inertie totale du nuage de points autrement dit, un peu moins du dixième de la totalité des dissemblances constatées au niveau de l'ensemble de la population étudiée. Il distingue les femmes d'instruction élevée exerçant dans le secteur moderne des femmes peu instruites, dont la liberté d'action est limitée par l'absence de revenu monétaire. Cette distinction marquée entre les femmes instruites, ayant une activité salariée et discutant des questions de planification familiale avec leur conjoint, et les femmes non instruites, agricultrices et sans ouverture particulière sur le monde extérieur, est la seconde spécificité la plus discriminante au sein de la population étudiée. Elle renforce en fait l'échelle des disparités intellectuelles de la population déjà introduite par le premier axe factoriel. L'axe « deux » traduit ainsi essentiellement dans la population l'échelle des connaissances scolaires qui est aussi souvent en milieu urbain, la clef des positions sociales. Cet axe distingue les femmes les plus vulnérables, rurales pour la plupart, dont le revenu relativement faible est lié aux aléas agricoles, et les oppose aux femmes économiquement mieux protégées par un revenu régulier ou pouvant s'appuyer sur un conjoint lui-même acteur dans l'économie formelle. En dernière analyse, on a ici une opposition entre les femmes ayant un statut socialement valorisé et la grande masse de celles, peu instruites et économiquement

faibles, qui vivent encore trop souvent à leur dépend des relations de genre largement asymétriques.

L'ensemble du premier plan factoriel, qui met en regard l'âge, le statut de la femme, son niveau d'instruction et son activité, traduit, tout comme le premier axe, une opposition entre la modernité, valeur plus facilement revendiquée par la jeunesse, et la tradition, concept important auquel de nombreuses personnes âgées se réfèrent encore volontiers. La jeunesse ivoirienne, à l'instar de nombreuses autres où la scolarisation se généralise rapidement, aspire plus facilement aux idéaux nouveaux véhiculés par l'ouverture croissante sur le monde extérieur du fait de la mondialisation. Cette sous-population, hier parmi les plus touchées par la crise économique et aujourd'hui exposée plus que d'autres à de nombreux risques reproductifs, est souvent plus apte à adopter des comportements nouveaux, en particulier ceux liés à l'utilisation de la contraception.

Les femmes qui revendiquent les valeurs modernes sont généralement celles qui sont géographiquement proches d'un milieu d'habitat de grand ou de moyen standing ou celles qui vivent à Abidjan et dans les villes moyennes. Ce sont aussi les femmes qui, du fait de leur niveau d'instruction élevé, ont des emplois salariés et se tiennent plus au courant de l'actualité. Les conjoints de ces femmes, pour celles qui en ont, sont généralement de même profil que les femmes concernées. Ce regroupement des conjoints par similitude sociale aggrave les distances entre les différentes catégories de couples, par rapport aux distances existant entre les seuls individus, dont la répartition est ainsi plus marquée entre ménages de type moderne et familles plus traditionnelles. Les femmes considérées comme traditionnelles vivent, au contraire du premier groupe, en milieu rural et exercent dans l'agriculture. Généralement sans instruction, ces femmes semblent peu intéressées par les *mass média* auxquels elles sont généralement peu ouvertes. Entre ces deux catégories extrêmes, les femmes des villes moyennes appartiennent à un type intermédiaire de femmes, partagées entre tradition et modernité, composé également des femmes non instruites vivant en milieu urbain et des femmes d'un niveau scolaire moyen vivant en milieu rural. En définitive, le second axe renforce le sens du premier. Il met en effet en évidence un autre aspect du même phénomène de la modernité vu cette fois-ci sous un angle plus opérationnel. Le premier plan factoriel, qui explique finalement 21 %<sup>2</sup> du total de l'information contenue dans le nuage de points, distingue finalement trois groupes d'individus en dehors des points centraux qui caractérisent l'essentiel de la population. Il s'agit d'un premier groupe composé de femmes célibataires, divorcées ou veuves, vivant donc en dehors d'une union maritale, généralement jeunes et instruites. Le second groupe qui se distingue est celui des femmes relativement âgées, rurales et non instruites dans l'ensemble. Enfin un groupe intermédiaire nettement plus urbanisé, instruit et exerçant dans une administration publique ou privée se démarque de l'ensemble des autres femmes. C'est ce dernier profil, socialement plus proche du premier groupe de femmes, qui se trouve être le plus proche de la femme contraceptive.

Il convient de noter dans le premier plan factoriel, comme d'ailleurs dans la plupart des autres plans, la position centrale occupée par la modalité « non contraceptive ». La situation de ce point, barycentre de tous les individus ayant cette modalité, indique la pratique courante d'une forme totalement traditionnelle de la gestion des risques reproductifs et de la fécondité, l'allaitement prolongé et l'abstinence *post-partum* qui, pour beaucoup de femmes, sont encore le seul moyen de contrôle des naissances.

---

<sup>2</sup> Le pouvoir explicatif d'un axe qui correspond à son pourcentage d'inertie est le suivant pour les six premiers axes: axe 1 = 13,4 % ; axe 2 = 7,8 % ; axe 3 = 5,1 % ; axe 4 = 4,4 % ; axe 5 = 3,7 % et axe 6 = 3,4 %.

Figure 1 – Représentation du premier plan factoriel (pour la correspondance des abréviations, on se reportera à l'annexe 3)

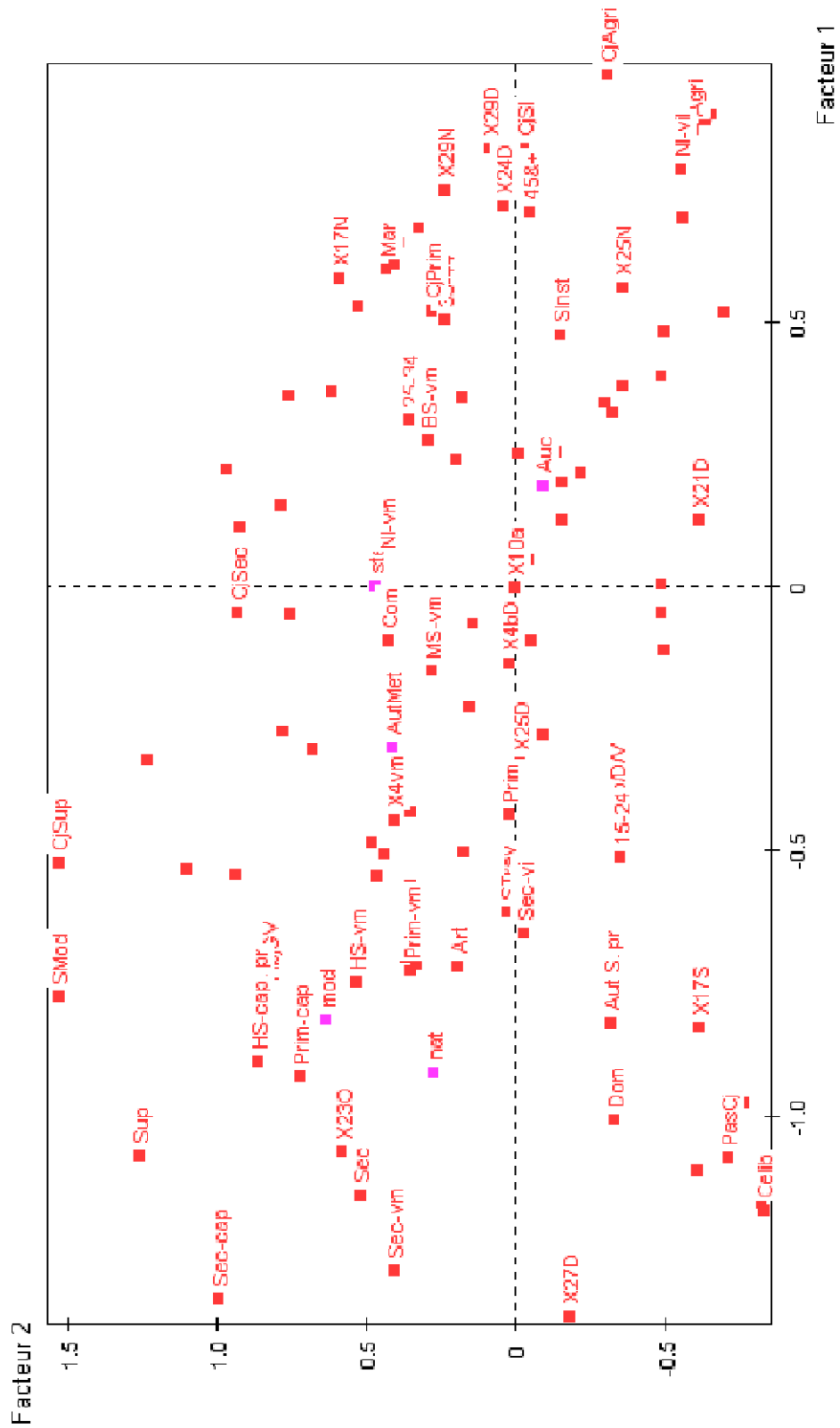
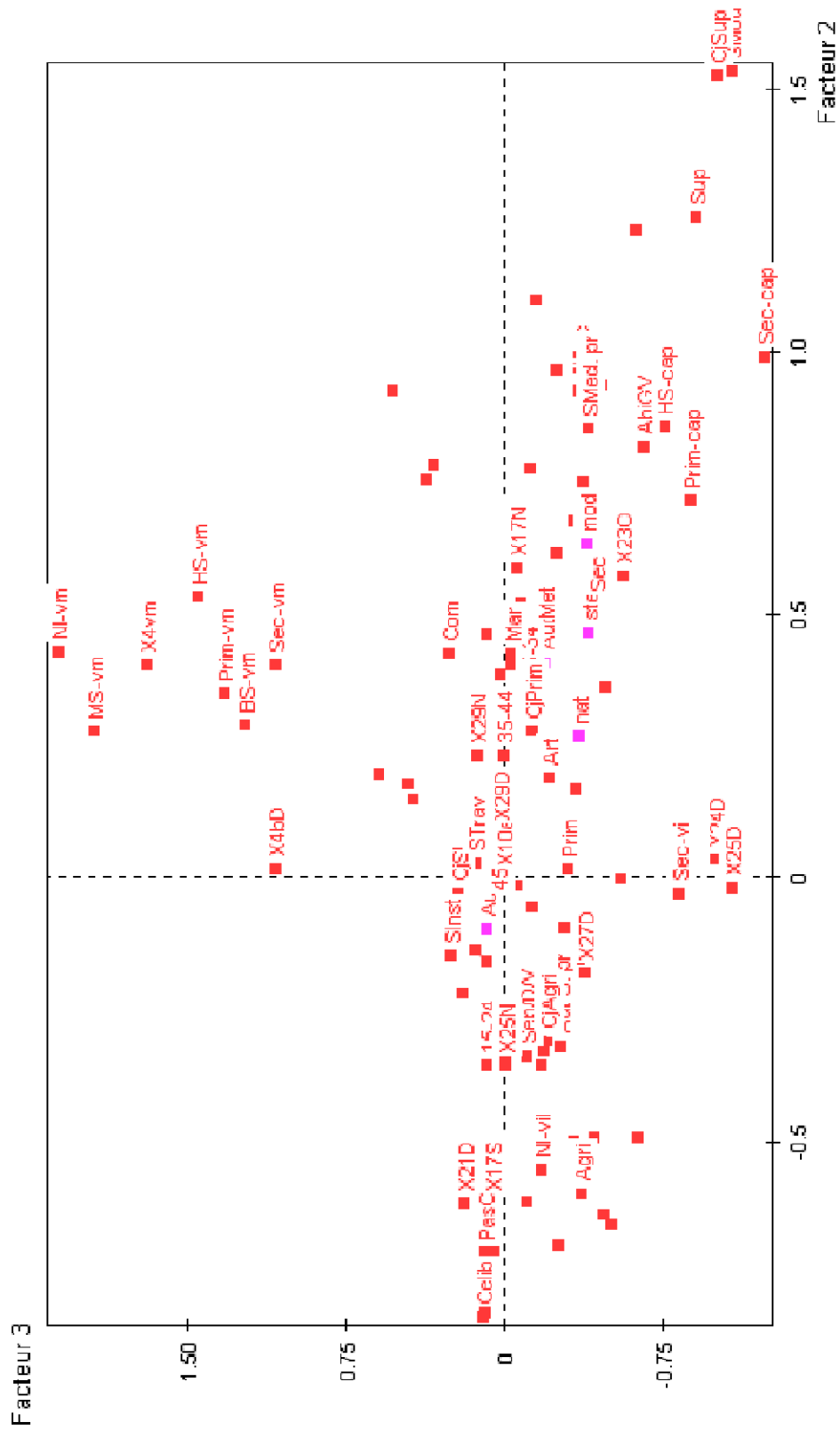


Figure 2 – Représentation du plan 2-3 (pour la correspondance des abréviations, on se reportera à l'annexe 3)





Le troisième axe isole les femmes vivant dans les milieux semi-urbains et les met en opposition avec les femmes plus engagées sur la voie du recours à la planification des naissances, notamment celles des grandes villes ayant un niveau scolaire élevé (figure 2). Cette dissimilitude des femmes citadines semble traduire la particularité qu'ont les villes moyennes d'abriter une importante frange de la population féminine de niveau scolaire moyen mais qui ne pratique pas de contrôle des naissances, les femmes les moins instruites se retrouvant relativement éloigné sur cet axe des femmes contraceptantes. Cette catégorie de femmes semi-urbaines se retrouve également très distante des jeunes femmes du milieu villageois. Trois groupes de populations se distinguent lorsque l'on met en regard l'échelle de la modernité telle que représentée par le deuxième axe et l'axe urbain que semble traduire le troisième axe factoriel. Le premier groupe de femmes réside en milieu urbain et constitue en fait le groupe leader en matière de pratique contraceptive. Le deuxième groupe de femmes est jeune et en début d'union. Cette sous-population est proche des milieux villageois déshérités et peu instruits. Le troisième groupe de femmes est, sur le plan de l'âge, plus proche des femmes en fin de vie féconde, qui ont en général derrière elles de longues années de vie conjugale et une vie génésique bien remplie. Cette sous-population de femmes en activité sexuelle réside prioritairement dans les villes moyennes. Leur éloignement des femmes pratiquant la planification familiale indique que l'axe « trois » traduit aussi l'existence dans la population générale d'un besoin en planification non encore satisfait, soit du fait d'une offre déficiente soit à cause des nombreuses contraintes intrinsèques à chaque individu qui l'écartent de la pratique contraceptive. Une information inadéquate peut être à l'origine d'un tel phénomène qui peut aussi être relié à la notion de liberté positive telle que la définit Berlin (1969) ; cette sorte de handicap restreint le choix des plus démunis non pas par manque de ressources mais parce que ces derniers ne se sentent pas concernés par une des dimensions de la vie qu'ils considèrent être en dehors de leur espace d'action.

Le quatrième axe révèle quant à lui une situation quelque peu paradoxale mais assez marginale eu égard au total de l'information contenue dans cet axe. Deux groupes de femmes s'y opposent : d'une part les personnes du milieu urbain déshérité et de l'autre les femmes du milieu rural ou semi-urbain à niveau scolaire moyen. Ces deux groupes de femmes ne sont pas proches des femmes contraceptantes et donc comportent en leur sein une minorité de personnes pratiquant la planification familiale. Si la première catégorie d'individus vit dans un milieu propice à l'adhésion à la pratique contraceptive, son niveau scolaire relativement peu élevé explique sans doute son manque d'intérêt pour la contraception. Le second groupe de femmes vit quant à lui dans un milieu moins favorable à une offre efficace de moyens contraceptifs ; son instruction relativement faible limiterait son accès à la contraception naturelle qui semble être principalement le fait des femmes instruites.

Le cinquième axe met en opposition certaines femmes du niveau primaire à celles du niveau secondaire. Les premières sont assez éloignées de la pratique contraceptive tandis que les secondes, proches des femmes ouvertes aux médias, détiennent un meilleur capital social du fait de leur plus grande insertion dans le phénomène de la mondialisation. Elles sont de ce fait plus proches des méthodes non traditionnelles de planification.

Il faut remonter au sixième axe factoriel pour voir se renforcer l'influence spécifique du contexte déjà exprimé par l'axe 4 ; les contraintes macro et l'environnement de la femme, en un mot l'ensemble des contraintes exogènes à l'individu, influent en effet sur la pratique de la contraception. Cela est vrai en particulier du type et des modalités de l'approvisionnement des femmes en produits contraceptifs. Cet axe met en exergue la situation des femmes contraceptantes aux moyens limités, celles n'ayant pas de source de revenu mais ayant une volonté plus affirmée de limiter leur descendance. Leur niveau scolaire relativement élevé est sans doute le moteur de leur attitude contraceptive mais elles ont recours plus volontiers aux

moyens naturels de contraception. Un autre groupe de femmes se dégage sur cet axe : il s'agit des personnes qui ont un revenu monétaire, un niveau de scolarité élevé et qui sont géographiquement proches des sources d'approvisionnement en moyens de contraception. L'impact de la politique ivoirienne sur l'offre de produits contraceptifs est ici mis en exergue. Cette situation, en faisant essentiellement recourir les femmes contraceptantes aux structures privées, fragilise l'efficacité globale de la contraception. L'exemple du Kenya où la politique d'offre de produits contraceptifs privilégie les sources publiques montre à quel point la politique menée en matière d'offre de produits de contraception peut avoir un impact sur l'adhésion des femmes à la maîtrise de leur fécondité. Dans ce dernier pays, la planification familiale a une assise beaucoup plus forte qu'en Côte d'Ivoire malgré un développement économique moindre (Vimard et Fassassi, 1998).

## 2. Les facteurs de la pratique contraceptive moderne ou naturelle

Les mesures de l'intensité des pratiques contraceptives telles qu'elles sont traditionnellement faites ne rendent que partiellement compte de la réalité des pratiques de la contraception (Fassassi et Vimard, 1999). Dans la présente analyse, la population d'étude, qui exclut les femmes en âge de procréer et toutes les personnes enceintes ou ménopausées, rend mieux compte de l'envergure réelle de la pratique contraceptive. Ne sont en effet concernées que les femmes ayant une raison véritable de se protéger contre une éventuelle grossesse. Les pratiques contraceptives sont ainsi légèrement plus importantes que celles calculées dans la population générale. En 1994, la pratique contraceptive toute méthode confondue était par exemple de 16,5 % pour l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans ; dans la population des femmes réellement soumises au risque de grossesse, la prévalence contraceptive est de 19 % pour l'ensemble des méthodes.

### 2.1. Milieu de vie de la femme et pratique de la contraception

Le milieu de vie de la femme influence assez fortement le degré et la qualité de son insertion dans la vie sociale. En Afrique, cette insertion est codifiée par les rapports sexuels socialement construits, les relations de genre défavorables et la vision traditionaliste de la place qui revient à la femme dans la société. Le lieu de résidence de la femme, tout comme son milieu de socialisation, est à cet égard une variable déterminante pour sa propre prise en charge et en particulier pour la représentation qu'elle se fait de ses choix reproductifs. Le cadre urbain offre par exemple une kyrielle d'opportunités susceptibles d'infléchir la position de la femme africaine, traditionnellement passive vis-à-vis de l'ordre socialement établi.

De grandes inégalités subsistent encore entre les infrastructures rurales et les équipements urbains malgré les efforts fait en Côte d'Ivoire pour en limiter l'ampleur. Cette fracture géographique a des implications dans de nombreux domaines, en particulier au plan de la pratique contraceptive. Il en résulte, entre autre, une offre différentielle de service de planification familiale qui pénalise l'accès des femmes rurales à la contraception. Les inégalités entre milieux de vie se retrouvent également en matière d'ouverture sur le monde. Le cadre urbain est en effet beaucoup plus propice que le milieu rural à une large ouverture d'esprit de la femme. Elle y est en particulier plus soumise à l'influence d'un monde

globalisant, du fait des moyens de communication qui se sont considérablement rapprochés des individus ces dernières années. Le milieu urbain offre aussi une plus grande opportunité de brassage de populations venues d'horizons divers et riches chacune d'expériences spécifiques en matière de gestion de la procréation, bien que certains milieux ruraux ivoiriens soient également, en zone forestière, le lieu d'un brassage important de populations ouest africaines aux multiples origines culturelles. Mieux lotie et plus ouverte sur l'extérieur, la femme citadine est aussi moins sujette aux nombreuses rigidités qui pèsent sur la vie de celles qui vivent en milieu rural. La ville est le cadre idéal pour un changement rapide des mentalités. Elle facilite une forme particulière de capitalisation, le capital social dont l'acquisition se fait en grande partie par l'accumulation d'expériences acquises de par la confrontation des idées nouvelles et des modes de vie. Anderson (1986), Coale (1973), Lesthaeghe (1978) et Watkins (1986) ont montré qu'en Europe la transition de la fécondité s'était propagée quasiment au même moment au sein de groupes géographiquement ou culturellement proches alors même que de profondes différences, notamment économiques, les distinguaient les uns des autres. Ces effets diffusionnistes trouvent leur racine dans la capitalisation sociale. C'est en général de cette confrontation d'idées que naît un ensemble de forces centrifuges qui, en matière de gestion de la fécondité, aboutissent souvent au passage d'une rationalité collective pro nataliste à une rationalité individuelle caractérisée par une volonté plus nette d'une prise en main de sa fécondité par le couple. Ce changement se fait par l'acquisition de nouvelles normes qui tendent à améliorer les conditions d'existence des femmes en minimisant l'influence de la société et, de façon concomitante, leur fait adopter des positions plus proches de leurs aspirations personnelles. C'est ainsi que l'on s'achemine vers l'émergence de projets de fécondité allant vers une restriction des choix procréatifs anciens plus pro natalistes.

En Côte d'Ivoire, la résidence en milieu urbain contribue à une réduction importante de la fécondité (Koffi *et al.*, 1994, 1995, 1997) et inscrit en général la femme dans une perspective de modernisation en matière de comportement procréateur. L'EDS de 1994 révèle, pour la Côte d'Ivoire, une proportion relativement élevée de femmes contraceptantes résidant en milieu urbain. Dans les grandes villes et les villes moyennes, 28 % des femmes ont opté pour la contraception quelle que soit sa forme : les méthodes modernes à efficacité avérée, les méthodes naturelles moins fiables et les méthodes populaires dont l'efficacité peut être quasiment nulle pour certaines. Un peu moins du tiers des femmes potentiellement fécondes utilisaient un moyen de contraception au moment de l'enquête. Cette proportion est légèrement moindre dans les villes moyennes où 24 % des femmes soumises au risque de grossesse sont utilisatrices d'une méthode de planification. Cette volonté de gérer autrement sa vie féconde est également présente en milieu rural puisqu'on y rencontre 12 % de femmes contraceptantes quelle que soit la méthode utilisée. Ainsi, plus du dixième des femmes vivant en milieu rural et ayant une raison de pratiquer la contraception se protègent contre une grossesse non désirée, même si, pour l'heure, elles ne sont encore que quatre femmes sur cent à avoir choisi une méthode moderne et efficace (annexe 1, tableau A3).

Le test du khi-deux indique une forte association (significative à 5 %) entre attitude contraceptive et milieu de résidence. L'odds ratio obtenu avec un tableau binaire<sup>3</sup> donne une idée de la force de cette association : les femmes qui vivent en milieu urbain ont deux fois plus de chance d'utiliser un moyen moderne de contraception que les femmes qui résident en zone rurale (annexe 2). Une analyse moins globalisante indique qu'en fait la propension des femmes à pratiquer la planification familiale augmente avec l'urbanité du lieu de résidence.

<sup>3</sup> La pratique contraceptive a été subdivisée en utilisation moderne/autre attitude conformément au protocole. Les autres variables ont été également dichotomisées pour permettre une telle analyse. Pour la résidence, les deux modalités retenues sont urbaine/rurale.

Cette observation qui s'applique à la contraception globale se vérifie tout particulièrement pour la contraception moderne. Ainsi, dans les grandes villes, on retrouve 10,5 % de femmes utilisatrices d'un moyen contraceptif moderne ; dans les villes moyennes les prévalences contraceptives sont un peu plus faibles que dans les grandes villes avec 8,6 % de femmes utilisant une méthode moderne de limitation ou d'arrêt des naissances. Ces deux zones se démarquent assez nettement du milieu rural où la contraception moderne ne touche que 4,1 % de la population étudiée.

Enfin, la pratique contraceptive en milieu urbain réduit assez considérablement la fécondité cumulée théorique<sup>4</sup>. Si les grandes villes se distinguent finalement assez peu des villes moyennes lorsque l'on se réfère à la pratique de la contraception moderne, la différence de structure de cette pratique s'affirme à travers l'inhibition de la fécondité imputable à cette pratique contraceptive. La réduction de la fécondité cumulée est de 15 % dans les grandes villes alors que la pratique de la contraception, reposant sur des moyens de moindre efficacité, ne permet de réduire cette fécondité que de 10 % dans les villes moyennes. Cette inhibition, qui n'est que de 4 % lorsque la contraception est faite par les femmes résidant en milieu rural, montre une préférence de ces femmes pour les méthodes à efficacité faible en plus d'une pratique peu courante de la contraception.

La mise en regard des distributions des femmes contraceptantes selon leur lieu de résidence et leur milieu de socialisation fait ressortir le fait que peu de dissemblances s'observent entre ces deux répartitions (annexe 1, tableaux 3 et 4). Les femmes qui vivent en ville et celles qui y ont été socialisées ont les plus fortes prévalences contraceptives. Elles sont suivies par celles qui vivent ou qui ont été socialisées dans les villes moyennes. Les femmes qui résident au village et celles qui y ont grandi sont celles qui sont les moins insérées dans une logique de contraception. Ainsi, la conjonction de ces deux variables fait ressortir des différences importantes de pratiques contraceptives. Les femmes ayant été socialisées en milieu urbain et qui y résident sont les plus avancées dans l'utilisation de la contraception moderne (13 %) tandis que celles ayant essentiellement vécu au village depuis leur enfance et qui y résident encore ont la plus faible pratique de la contraception moderne (3 %). Pour ce qui est de la réduction de la fécondité cumulée par la pratique contraceptive, la résidence dans un milieu compte davantage que la socialisation dans celui-ci. En ce qui concerne les grandes villes par exemple, cette réduction est de 15 % lorsque la femme est citadine et de 12 % lorsqu'elle a seulement été socialisée en ville.

Le niveau de vie des ménages a été apprécié par le standing de l'habitat. Trois catégories de logement rendent compte des conditions de vie des unités familiales considérées : le logement de bas standing, l'habitat de moyen standing et celui d'un standing élevé. Le niveau de l'habitat le plus bas regroupe l'ensemble des logements ne disposant ni d'électricité ni d'une source moderne d'approvisionnement en eau ; ce type d'habitat a de plus un sol revêtu d'un matériau rudimentaire tel que terre, bouse de vache, etc. À l'opposé, le logement de haut standing dispose d'un raccordement électrique, d'un approvisionnement à partir d'une source d'eau potable et d'un revêtement de sol non rudimentaire. L'habitat de standing moyen est un type de logement intermédiaire entre ces deux extrêmes, disposant d'au moins une de ces commodités mais pas de l'ensemble. La distribution des femmes potentiellement fécondes selon leur choix contraceptif et le standing de leur logement fait apparaître que les meilleures conditions de vie s'associent aux plus fortes pratiques modernes de la contraception. À cet égard, l'habitat de haut standing se démarque nettement des deux autres types de logement. La pratique contraceptive y est fortement plus élevée qu'ailleurs. Alors que la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes des femmes y résidant est d'environ 11 %, celle

---

<sup>4</sup> Cette fécondité cumulée théorique est égale à environ 15,3 enfants par femme (Bongaarts, 1978).

des femmes occupant un habitat de standing moyen n'est que de 4 %, légèrement supérieure aux 3 % de prévalence pour les femmes vivant dans l'habitat de bas standing. La pratique contraceptive totale est tout aussi différente. Alors que le tiers des femmes occupant un logement de haut standing utilisent une méthode quelconque, cette proportion est seulement de 15 % pour les femmes habitant un logement de standing moyen et de 7 % pour celles vivant dans des conditions de bas standing. Il est donc tout naturel que l'effet de la contraception sur la fécondité cumulée soit également très différent au sein de ces différentes catégories de femmes : la contraception est ainsi responsable d'une baisse de 16 % de la fécondité cumulée chez les femmes les mieux logées, mais de 5 % et 2 % seulement lorsque les femmes occupent respectivement un logement de moyen et bas standing. Il convient de noter que le « risque » pour une femme d'adopter la contraception moderne lorsqu'elle réside dans un logement de bon standing (c'est-à-dire élevé ou moyen) est trois fois plus élevé relativement à une femme habitant dans un autre type de logement, de bas standing (annexe 1, tableau A5).

Lorsque l'on recoupe le standing de l'habitat et le lieu de résidence, on dégage, selon le milieu de vie, un profil plus affiné de femmes ayant adopté la contraception moderne. La plus forte proportion de femmes ayant opté pour ce type de gestion de leur fécondité se retrouve dans la sous-population des femmes vivant dans la capitale économique et dans un logement de haut standing. On dénombre dans cette catégorie 12 % de femmes utilisant un moyen de contraception moderne. Lorsqu'on prend en compte la proportion de personnes ayant adopté une méthode non moderne de contraception, ce sont environ 21 % de femmes vivant dans les conditions les plus décentes qui expriment ainsi un besoin de contraception efficace. À l'opposé, le caractère rural de la résidence et le bas standing du logement concourent à une pratique relativement faible de la contraception, en particulier la contraception moderne (7 % au total dont 2 % de contraception moderne). Les autres combinaisons du niveau de vie des femmes et de son milieu de résidence donnent des pratiques contraceptives intermédiaires entre ces deux extrêmes. Cependant, le niveau plus ou moins élevé du standing de l'habitat semble être l'élément décisif du choix de la contraception puisque la proportion de femmes vivant dans un tel environnement et pratiquant une contraception est nettement plus élevée, que la résidence soit urbaine ou rurale (annexe 1, tableau A30). Enfin, pour les citadines vivant dans un logement de haut standing, la pratique contraceptive inhibe 17 % de la fécondité théorique ; cette inhibition n'est que de 2 % dans les milieux les plus pauvres, les logements de bas niveau en milieu rural.

Quant au contexte socio-religieux, il est marqué en Côte d'Ivoire par la cohabitation de plusieurs confessions religieuses. Quatre ensembles confessionnels dominent la vie religieuse : le catholicisme, le protestantisme, l'islam et l'animisme. Si dans leur ensemble les religions peuvent être qualifiées de pro natalistes, la position plus tranchée de l'Église catholique, qui s'oppose à toute forme de contrôle non naturelle de la fécondité, fait de cette confession le groupe religieux le plus hostile à la planification familiale. Paradoxalement, la population féminine se réclamant du catholicisme est la plus engagée dans le processus de maîtrise de la fécondité par les méthodes modernes de contraception (11 %). Les femmes musulmanes, tout comme les femmes animistes et celles ne se réclamant d'aucune religion, ont une faible pratique contraceptive moderne ou non. D'une manière générale, les femmes chrétiennes (catholiques ou protestantes) sont celles qui pratiquent le plus la planification familiale. Leur intérêt pour la limitation des naissances vient-il seulement de leur appartenance religieuse ? On peut en douter car les comportements résultent bien souvent d'une conjonction de plusieurs facteurs dont l'appartenance religieuse n'est qu'une des dimensions. Cependant, nonobstant la présence des autres variables, le fait d'appartenir à l'une des deux religions chrétiennes donne deux fois plus de chance à une femme de pratiquer

une méthode moderne de planification familiale. Par ailleurs, le pouvoir inhibiteur de la fécondité est nettement plus élevé chez les femmes chrétiennes : 14 % de réduction pour les femmes catholiques, 9 % pour les protestantes, contre 5 % environ pour les autres groupes religieux (annexe 1, tableau A2).

Du point de vue de la nationalité, l'ensemble des Africains ont une pratique faible de la contraception. Si les Ivoiriens ont une pratique contraceptive plus importante que les allochtones africains, les étrangers non originaires du continent se démarquent assez nettement : 17 % de prévalence contraceptive moderne pour une pratique globale de 58 %, quelle que soit la méthode. Il convient toutefois de noter ici la faiblesse des effectifs de femmes non africaines dans l'échantillon (annexe 1, tableau A1) ; ce qui fragilise du coup la portée des résultats statistiques. Une femme non africaine aurait 2,87 fois plus de chance qu'une autre femme de pratiquer la contraception. L'intervalle de confiance à 95 % du risque relatif est assez large et comprend notamment la valeur unité et n'est donc pas statistiquement significatif. En d'autres termes, les données nous suggèrent de rejeter l'hypothèse que les femmes non africaines et les femmes africaines vivant en Côte d'Ivoire n'ont pas une pratique contraceptive moderne sensiblement différente du fait de la faiblesse des effectifs des femmes non africaines. Cependant, lorsque l'on se rend compte que la population non africaine vivant en Côte d'Ivoire est surtout d'origine européenne, on est amené à être prudent. Nous pensons que ce résultat statistique ne devrait pas remettre en cause la réalité d'un fait bien établi. Pour celui qui choisirait finalement de ne pas rejeter la possibilité d'une différence de pratique contraceptive, à quel niveau devrait-on situer l'écart entre les deux groupes de population ? L'étendue de l'intervalle de confiance ne permet pas de le dire avec des chances raisonnables de ne pas se tromper (annexe 2). Le pouvoir de l'environnement socioculturel dans la mise en œuvre de la pratique contraceptive a pu être mesuré par un certain nombre d'indicateurs qui montrent un effet appréciable de cet environnement dans la pratique de la contraception. Qu'en est-il des variables plus spécifiquement liées à l'individu ?

## 2.2. Âge, situation matrimoniale, comportements sexuels et pratique de la contraception

Les comportements matrimoniaux et sexuels, dont l'âge constitue une variable intermédiaire, représentent des facteurs importants de la pratique contraceptive. Dans les sociétés à classe d'âges, les aînés disposent d'une certaine autonomie qui ouvre d'autant leur horizon d'actions. Si être jeune dans une telle société peut être considéré comme étant quelque peu handicapant au regard des libertés individuelles, la modernité semble inverser de plus en plus l'ordre traditionnel. Les plus jeunes, qui ont été les plus en contact avec les valeurs nouvelles, semblent aujourd'hui dotés d'une plus grande liberté d'action, surtout lorsqu'ils résident en milieu urbain. L'éloignement des anciens restés au village allège d'autant leur contrôle social, important en matière de relations sexuelles.

Dans la population des femmes potentiellement fécondes, l'âge ne fait ressortir que partiellement la propension qu'ont les personnes les plus impliquées dans la modernité de pratiquer le contrôle des naissances. Les plus jeunes femmes ont certes une pratique contraceptive moderne plus élevée (6 % pour les 15-24 ans) que les femmes les plus âgées (2 % pour les femmes de plus de 44 ans) mais les différences sont assez réduites par rapport à ce que l'on aurait pu attendre (annexe 1, tableau A6). Ces écarts sont par contre nettement plus importants lorsqu'il s'agit des méthodes naturelles pour lesquelles on note une prévalence de 16 % parmi les femmes de moins de 25 ans ; les prévalences contraceptives globales étant de 23 % contre 8 % pour les femmes en fin de vie féconde. Cette observation

est quelque peu aporétique lorsque l'on note qu'à plus de 45 ans, la maîtrise de sa propre fécondité devrait être pour la femme une préoccupation plus forte qu'en début de vie féconde. Quant à la réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception, elle est quasiment égale à 7 % dans tous les groupes d'âges à l'exception du dernier groupe où elle est inférieure à 5 %. D'une manière générale, les plus jeunes femmes ont une pratique contraceptive plus forte que les femmes plus âgées. La dichotomisation de la population en deux catégories, constituées l'une des femmes de moins de 35 ans et l'autre des femmes plus âgées, montre que les premières ont 1,4 fois plus de chance d'être contraceptantes que les secondes.

L'état matrimonial et l'âge entretiennent en général des liens étroits. Aussi n'est-on que partiellement surpris que le paradoxe de l'âge se répercute également sur la situation matrimoniale. Les femmes célibataires, les moins âgées aussi au sein de la population étudiée, sont celles qui pratiquent le plus la contraception (annexe 1, tableau A7). Cette situation n'est pas particulière à la Côte d'Ivoire. La prévalence contraceptive chez les femmes célibataires de la région du Transkéï, en Afrique du Sud, est également beaucoup plus élevée que celles des femmes mariées censées avoir des raisons plus évidentes d'utiliser la contraception (Chimère-Dan, 1996). Les femmes séparées, divorcées ou veuves ont aussi une plus forte propension à gérer, grâce à une méthode contraceptive, leur vie féconde que les femmes encore en union. En définitive, ce sont les personnes théoriquement les plus exposées au risque de concevoir qui recourent le moins à la contraception. Ce nouveau paradoxe suggère que les préoccupations des femmes diffèrent selon leur statut social. L'union serait encore perçue comme le cadre unique de la procréation saine. L'enfant est encore très valorisé et est de ce fait toujours le bienvenu dans la majorité des couples. Pour une femme seule par contre, la naissance d'un enfant peut être source d'ennuis. Des raisons purement économiques peuvent rendre compte de cette situation mais aussi les coûts psychologiques ou sociaux d'un enfant qui naît hors union peuvent être importants. Que dirait-on socialement d'une fille-mère ? Une telle circonstance n'hypothèque-t-elle pas les chances de la jeune fille de trouver un conjoint sur un marché matrimonial de plus en plus déséquilibré ? Et, pour la jeune fille encore à l'école, quel sera son avenir scolaire après une grossesse non désirée ? Les problèmes sont en effet multiples pour la jeune fille sans conjoint alors que le cadre marital (même non formel) est rassurant. L'environnement encore pro nataliste fait alors le reste. C'est ainsi qu'une femme non mariée a pratiquement deux fois (1,7) plus de chance d'être contraceptante qu'une autre femme vivant dans une union, que celle-ci soit formelle ou non. La cohabitation ou non avec un conjoint est liée de la même manière avec la contraception que la situation matrimoniale, avec laquelle elle est d'ailleurs très corrélée. Les femmes qui vivent avec un conjoint ont une pratique contraceptive plus faible que les femmes sans conjoint, probablement pour les mêmes raisons que précédemment (annexe 1, tableau A8). Lorsqu'on se limite aux femmes ayant un conjoint, le « risque » pour une femme qui ne réside pas avec un homme d'opter pour la contraception est légèrement inférieure à celle d'une autre qui vit avec son conjoint. Le risque relatif, de l'ordre de l'unité, n'est toutefois pas significativement différent de cette valeur si bien que l'hypothèse d'une différence de pratique ne peut être retenue.

Lorsque l'on recoupe l'état matrimonial avec l'activité sexuelle<sup>5</sup>, on voit se dessiner trois groupes de population à pratique contraceptive fort différente (annexe 1, tableau A31). Les femmes non sexuellement actives (mariées ou non) ont une très faible prévalence contraceptive moderne (2 % et 4 % respectivement et une prévalence contraceptive totale de 8 % et 18 %). Les femmes mariées sexuellement actives ont une pratique contraceptive plus

<sup>5</sup> L'activité sexuelle a été déterminée par rapport au temps écoulé depuis les derniers rapports sexuels. Est sexuellement active, toute femme ayant eu au moins un rapport sexuel durant les quatre semaines ayant précédé l'EDS.

forte : la prévalence des méthodes modernes est de 8 % et celle de l'ensemble des autres méthodes de 19 %. Mais c'est surtout au niveau des femmes non mariées mais sexuellement actives qu'on observe une pratique contraceptive fort élevée : 20 % pour les méthodes modernes et 31 % pour les méthodes naturelles et un total de 53 % pour l'ensemble des méthodes. Lorsqu'une femme appartient à ce dernier sous-groupe, ses chances de pratiquer une contraception moderne sont cinq fois plus élevées que celles d'une autre femme. Ainsi, l'activité sexuelle de la femme associée à un statut matrimonial non marital est l'un des déterminants majeurs de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire. Le pourcentage d'inhibition dû à la pratique contraceptive ne peut ici être calculé car la méthode de Bongaarts s'applique seulement aux femmes en union pour la détermination de l'indice de contraception. Par contre, pour les femmes en union et sexuellement active, 11 % de la fécondité cumulée est inhibée par la contraception, contre seulement 4 % pour les femmes en union non sexuellement actives.

### 2.3. L'influence des variables scolaires et professionnelles sur l'adhésion féminine à la pratique de la contraception

Une autre dimension importante de la dynamique en matière de contraception concerne l'instruction et l'activité qui rendent en partie compte du statut social de la femme et de son degré d'insertion dans la modernité. Le rôle de la scolarité dans la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire a maintes fois été signalé (Koffi *et al.*, 1994, 1995, 1997 ; N'Cho *et al.*, 1995), la pratique contraceptive et l'instruction de la femme entretenant une liaison très étroite. Pour de nombreux chercheurs, l'instruction est l'une des variables les plus importantes dans la gestion de la fécondité. Par exemple, c'est dans les régions d'Afrique au sud du Sahara où les femmes ont une scolarisation avancée et où la mortalité infantile est faible que l'on trouve les baisses les plus importantes de la fécondité, celles-ci étant dues essentiellement à la contraception (Kirk et Pillet, 1998)<sup>6</sup>. Sur le plan des contraintes économiques et sociales, lorsque l'enfant est considéré comme un bien de consommation ou comme un bien social, l'instruction des femmes fait qu'elles ont la possibilité d'accéder facilement à d'autres sources alternatives de satisfaction (Blake et del Pinal, sans date) si bien qu'elles ont tendance à contrôler davantage leur fécondité. Le niveau d'instruction est donc comme un catalyseur qui permet l'accumulation rapide du capital social et provoque une prise de conscience accélérée par rapport aux femmes n'ayant pas été scolarisées. La pratique de la contraception est, pour les femmes étudiées, fortement liée au niveau d'instruction atteint. Si elle est faible chez les femmes non scolarisées (8 % de pratique contraceptive totale et 3 % de prévalence des méthodes modernes) et assez significative lorsque la femme a un niveau primaire (26 % de prévalence totale et 9 % de prévalence des méthodes modernes), la contraception est assez courante chez les femmes du niveau secondaire (annexe 1, tableau A9). Une à quatre années d'études secondaires provoquent un changement considérable des comportements féminins vis-à-vis du contrôle des naissances : les proportions de femmes utilisant une méthode de contraception naturelle doublent par rapport au cycle primaire d'études (33 % contre 15 %). La contraception moderne connaît, elle aussi, une progression importante de même que les taux d'inhibition de la fécondité théorique qui passent d'une valeur quasiment symbolique de 4 % chez les femmes sans instruction d'abord à 13 % chez les femmes de niveau primaire

<sup>6</sup> D'autres auteurs rapportent également que la scolarisation de la femme n'a un effet très positif sur la réduction de la fécondité et l'augmentation de la pratique contraceptive que lorsque le niveau secondaire est atteint et insistent par ailleurs sur l'effet de la "qualité" de l'enseignement sur la pratique contraceptive (Ainsworth *et al.*, 1996).



puis à 23 % pour les femmes ayant fait au plus quatre années d'études dans le cycle secondaire. Le taux d'inhibition de la contraception est maximal pour des femmes de niveau secondaire ayant dépassé quatre années dans ce cycle ; plus du quart de la fécondité théorique est évité dans cette sous population grâce à la contraception. Une substitution semble s'opérer à partir de ce niveau de scolarité entre les méthodes les moins efficaces et les méthodes modernes. On note tout d'abord parmi les femmes ayant adopté la contraception populaire, la quasi-inexistence de personnes ayant eu accès aux études supérieures. C'est aussi dans ce dernier groupe de femmes que la pratique de la contraception moderne est la plus importante ; 25 % des femmes ont choisi ces moyens relativement sûrs de gestion de leur vie reproductive. D'une manière générale, les femmes sans instruction et celles qui ont été scolarisées ont des comportements assez différents face à la pratique contraceptive. Les femmes qui ont été scolarisées ont globalement 3,5 fois plus de chance d'adopter une méthode de contraception que les femmes qui n'ont reçu aucune instruction.

Le même schéma d'ensemble se retrouve lorsque l'on considère le niveau d'instruction du conjoint. Les femmes dont les partenaires ont un niveau élevé d'instruction sont aussi celles qui s'adonnent le plus à la planification des naissances. Cependant, on observe avec l'augmentation du niveau d'instruction du conjoint, une progression légèrement moindre des pratiques relativement à celle de l'instruction des femmes elles-mêmes. La contraception n'est réellement significative qu'au-delà du cycle primaire (annexe 1, tableau A10). Elle a un impact considérable sur la fécondité pour les femmes dont les conjoints ont au moins un niveau égal au cycle 2 du secondaire. Ce moindre impact de l'instruction de l'homme sur la pratique contraceptive de la femme, relativement à la scolarisation féminine, est observé dans plusieurs autres pays africains au sud du Sahara (Ainsworth *et al.*, 1996). En définitive, lorsque le niveau d'instruction du conjoint est supérieur au primaire, la fécondité cumulée est réduite d'environ 20 %. La probabilité pour une femme instruite de recourir à une contraception moderne est, nous l'avons dit, 3,5 fois plus importante que celle d'une femme non instruite ; cette différence de probabilité est du même ordre lorsqu'il s'agit de l'instruction du conjoint (4,2 fois). En général, les hommes les moins instruits ont pour conjoints les femmes les moins scolarisées et les femmes instruites épousent des hommes également instruits. On se rend compte que le niveau d'instruction du couple est aussi une variable importante dans la pratique contraceptive. Pour cette variable, nous observerons les deux modalités extrêmes. Les femmes et leur conjoint n'ayant été scolarisés ni l'un ni l'autre constituent les couples non instruits. Lorsque la femme et l'homme ont un niveau scolaire au moins égal au secondaire, leur couple se classe dans la catégorie des couples instruits. Les couples non instruits ont une pratique contraceptive marginale alors que la moitié des couples instruits ont adopté la contraception ; on compte dans cette dernière catégorie 17 % de femmes ayant opté pour les méthodes modernes (tableau 1).

Tableau 1 – Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'instruction du couple

Instruction du couple	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ensemble	Effectif
Couple non instruit	0,1	1,3	1,8	0,4	96,4	100,0	2 218
Couple instruit	0,5	16,3	31,3	1,3	50,6	100,0	196

Lorsque l'instruction de la femme est couplée à son milieu de résidence, on se rend compte qu'entre ces deux variables, c'est le niveau d'instruction qui a le plus fort impact sur la pratique contraceptive ; le milieu de résidence vient renforcer l'éducation lorsque l'impact de ce dernier est faible. Lorsque le milieu de résidence est défavorable et que la femme n'est pas instruite, la conjonction des deux variables donne une pratique très faible de la contraception (annexe 1, tableau A29). Par contre, une femme instruite et vivant en milieu urbain a une pratique assez forte de la planification familiale. Le rôle déterminant de l'instruction est mis en évidence par le fait qu'une femme de niveau secondaire ou plus a un niveau de pratique de la contraception comparable, qu'elle vive en milieu urbain ou au village (la réduction de la fécondité cumulée par la contraception varie alors entre 22 et 24 %). Par contre, une femme vivant en milieu urbain mais n'ayant pas été scolarisée n'a qu'une faible pratique de la contraception ; l'inhibition de la fécondité est alors inférieure à 10 %. Enfin les femmes d'instruction élevée et qui résident dans une grande ville ont trois fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne que les autres femmes.

La femme qui travaille ne se distingue par contre pas spécialement de celle qui n'a pas d'occupation, du moins pour la pratique de la contraception moderne (6 % et 7 % respectivement de prévalence des méthodes modernes). Le risque relatif d'adoption de la contraception entre les femmes qui ont une occupation professionnelle et les autres rend compte de cette uniformisation des pratiques. On ne peut en effet pas accepter l'hypothèse d'une différence significative des probabilités d'opter pour la contraception moderne lorsque la femme est occupée et quand elle ne l'est pas. Pour ce qui est de la prévalence contraceptive des méthodes non modernes, les femmes sans occupation se distinguent par contre assez nettement des femmes qui travaillent puisque leur utilisation des méthodes naturelles est nettement plus élevée. Cette différence de pratique, concernant l'ensemble des méthodes, ne se traduit pas par une réduction notable de la fécondité cumulée. L'efficacité des méthodes non modernes étant marginale, les niveaux d'inhibition de la fécondité cumulée proposée par Bongaarts sont encore une fois très proches les uns des autres (7,1 % de réduction pour les femmes qui travaillent et 8,6 % pour les femmes qui n'ont aucune occupation).

Lorsque le travail de la femme lui procure un gain financier, son rapport avec la planification familiale s'en trouve affecté. Ce constat peut se comprendre aisément quand on sait que le travail féminin non rémunéré s'associe presque exclusivement aux travaux champêtres à statut défavorable tandis que le salariat féminin est presque exclusivement le fait de la sous-population des femmes instruites. De plus, lorsque la femme a un revenu monétaire (quel que soit son secteur d'activité), la liberté et la marge de manœuvre accrues, qui en sont le corollaire, lui confèrent aussi une plus grande autonomie d'action pour le contrôle de sa fécondité. Enfin, la possibilité d'avoir de l'argent à disposition facilite l'acquisition des moyens contraceptifs. Cette plus grande liberté d'action, que confère l'argent, double les chances de la femme qui en gagne de pratiquer la contraception moderne. Le risque relatif, rapport de la probabilité de contraception de la femme qui retire une rémunération de son travail et celle des autres femmes, est en effet égal à 2 (annexe 2). Les différences de prévalence des différentes méthodes sont considérables entre les deux catégories de femmes tout comme le sont les pourcentages de réduction de la fécondité cumulée imputable à l'utilisation des moyens contraceptifs, respectivement de 18 % et 3 % (annexe 1, tableau A20). Le type de travail qui génère le revenu de la femme est un élément également important dans son degré d'adhésion à la contraception. C'est ce que suggère le croisement de la profession de la femme et sa pratique contraceptive. Si l'on retient l'hypothèse que la nature du travail de la femme est un indicateur de son insertion dans la modernité, le secteur moderne d'activité apparaît comme le moteur essentiel de l'émancipation féminine. La moitié quasiment des femmes qui y sont employées utilisent une méthode de contraception quelle

qu'elle soit (47 %). Les méthodes modernes semblent les attirer particulièrement puisque l'on y trouve l'une des plus fortes proportions de femmes ayant opté pour la contraception moderne : le cinquième des femmes de ce secteur d'activité. Les femmes de ce secteur ont en outre trois fois plus de chances de pratiquer la contraception qu'une femme exerçant une autre profession. Les femmes agricultrices se démarquent de l'ensemble avec un très faible intérêt pour la contraception. Quant aux artisanes et aux commerçantes, elles s'inscrivent chacune à son rythme dans la dynamique d'une contraception effective avec cependant une pratique plus efficace pour les premières. L'utilisation des méthodes moderne est encore limitée mais le recours relativement important à la contraception naturelle montre encore une fois tout le potentiel qu'a la contraception moderne de se développer rapidement si les différents acteurs du côté de l'offre mettaient en place des structures pouvant accélérer le passage de la contraception naturelle à la contraception moderne, plus sûre et plus efficace. C'est d'ailleurs cette plus grande efficacité qui explique que les femmes du secteur moderne voient leur fécondité théorique réduite de 28 % alors que les artisanes qui ont également une prévalence contraceptive relativement élevée connaissent une réduction moitié moindre de leur fécondité théorique (annexe 1, tableau A19).

Tout comme l'instruction, la profession du conjoint entretient un certain lien avec la pratique contraceptive de la femme. La corrélation entre le travail de la femme et l'occupation du conjoint est assez forte à cause, entre autres, de certaines considérations en rapport avec l'ordre sociétal. Les couples se forment souvent sur des bases d'appartenance à des catégories socio-économiques proches. C'est ce que traduit sans doute la forte insertion dans la pratique contraceptive moderne des femmes dont le conjoint est occupé dans le secteur moderne. Une telle femme a ainsi quatre fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne qu'une autre dont le mari n'est pas occupé dans ce secteur. Si le recoupement de l'occupation du conjoint avec celle de la femme fait ressortir de nombreuses similitudes dans la pratique de la contraception, il convient de noter qu'une femme dont le conjoint ne travaille pas recourt plus souvent à la contraception qu'une autre dont le mari a une occupation. C'est le cas notamment pour les femmes dont les conjoints sont occupés dans l'agriculture, l'artisanat et le commerce (annexe 1, tableau A12).

## 2.4. Histoire génésique de la femme et pratique contraceptive

L'histoire génésique varie en réalité peu selon les femmes. Cette uniformité de la vie féconde des femmes tient essentiellement à deux faits majeurs : une succession de naissances faiblement espacées et le recours encore très timide à une planification efficace. Comme on l'a indiqué précédemment, le principal mode de gestion de la fécondité en Côte d'Ivoire est celui qui résulte des pratiques traditionnelles, l'allaitement prolongé et l'abstinence *post-partum*. Ces deux modes concourent à une période d'insusceptibilité *post-partum* qui réduit de près de 44 % la fécondité théorique fixée par la théorie à environ quinze enfants par femme. La contraception et l'avortement ont un impact équivalent (6 % de réduction de la fécondité cumulée) (Fassassi et Vimard, 1999). Pourquoi la contraception ne prend-elle pas le pas sur la pratique de l'avortement qui reste un recours illégal et une pratique dangereuse ? Pourquoi la contraception n'est-elle pas une contraception d'arrêt surtout aux âges avancés ? La réponse à ces différentes interrogations dépasse certainement le cadre de la présente analyse. Cependant quelques éléments de réponses se trouvent probablement dans l'environnement économique et social dont les contraintes obligent les différents acteurs à se préoccuper essentiellement de la gestion du quotidien et à laisser à la programmation et à la planification une place parfois symbolique. Cette situation d'ensemble est aussi le fait d'une conjonction de plusieurs facteurs d'ordre socio-historique. La pratique contraceptive n'évolue

pas dans le même sens que la parité atteinte, contrairement à ce qu'on aurait pu imaginer. Ce sont les femmes qui ont au plus quatre enfants qui s'intéressent davantage à la planification familiale moderne et naturelle (annexe 1, tableau A14). Cette situation semble être plus le fait de leur jeunesse que l'expression d'une nécessité ressentie par les femmes de limiter une fécondité qu'elles jugeraient excessive ou mal programmée. Les résultats de leur pratique contraceptive sont toutefois peu différents de ceux des autres femmes eu égard aux taux d'inhibition quasiment équivalents, d'une part, pour les femmes qui ont au plus quatre enfants vivants et les autres et, d'autre part, pour les femmes ayant eu au plus quatre maternités et celles qui en ont eu davantage (annexe 1, tableau A13). Du reste, la prise en compte de la seule contraception moderne ne permet pas de conclure à une différence significative entre les pratiques contraceptives des femmes, selon que le nombre de leurs enfants survivants ou de leurs maternités soit ou non supérieur à quatre.

La mortalité est relativement élevée puisqu'on dénombre dans la population étudiée près de 30 % de femmes ayant perdu au moins un enfant au cours de leur histoire génésique. Cette proportion élevée favorise certainement un moindre recours au contrôle des naissances. La différence de pratique s'observe pour les méthodes modernes comme pour les moyens naturels (annexe 1, tableau A15). Le résultat en est que la fécondité est réduite de 9 % dans le premier groupe alors que la baisse n'est que de 5 % pour les femmes ayant perdu une fois un enfant. Pour les seules méthodes modernes, les femmes qui n'ont jamais connu de décès d'enfant ont 1,5 fois plus de chance que les autres de pratiquer la contraception.

L'aspiration qu'ont les femmes quant à leur fécondité détermine bien entendu assez clairement leur recours à la planification familiale : les femmes désirant une fécondité relativement limitée (inférieure à cinq enfants) ont en général une pratique contraceptive plus forte que l'ensemble de la population. Ce recours contribue significativement à la réduction de la fécondité cumulée (12 %), et la part de l'inhibition due à la contraception diminue avec l'augmentation du nombre d'enfants souhaités. Au-delà de quatre enfants, la prévalence contraceptive et le pourcentage d'inhibition de la fécondité diminuent considérablement pour devenir quasiment insignifiant pour les femmes pour qui rien ne devrait s'opposer à la volonté de Dieu en matière de fécondité. Cette catégorie de femmes est encore couramment rencontrée dans la plupart des pays d'Afrique, en particulier en Côte d'Ivoire. Selon des études menées sur le continent, le facteur le plus important expliquant la faiblesse de la pratique contraceptive est justement le nombre encore trop élevé d'enfants souhaités par les femmes (Van de Walle et Foster, 1990). Pour les femmes désirant une progéniture de cinq enfants et plus, le pourcentage de réduction de la fécondité est relativement faible (5 %) (annexe 1, tableau A17). Lorsque l'on s'intéresse au désir de la femme d'avoir ou non d'autres enfants quelle que soit sa parité atteinte, on mesure l'intensité de la planification d'arrêt. Elle est faible dans l'ensemble ; 19 % des femmes sont concernées. Paradoxalement, les méthodes utilisées sont rarement les plus efficaces. À l'exception des femmes qui ont choisi la méthode radicale de la stérilisation, la majorité des femmes ne désirant plus avoir d'enfant a recours à des méthodes naturelles ou populaires (10 %) à faible efficacité. Il s'ensuit que la réduction de la fécondité cumulée n'est que de 11 % dans cette catégorie de femmes. Quant à la probabilité de voir les femmes désirant arrêter leur descendance recourir davantage à la contraception moderne, elle n'est que de 1,3 fois supérieure à celles des autres femmes.

## 2.5. L'impact de l'environnement médiatique et sanitaire sur la pratique contraceptive

Quels impacts ont les médias sur la pratique contraceptive des femmes potentiellement fécondes ? Trois modes de diffusion de l'information ont été choisis pour rendre compte de cette influence : l'accès hebdomadaire à la presse écrite, le recours hebdomadaire à la radio et l'intérêt porté aux émissions télévisées (annexe 1, tableaux 21, 22 et 23). Ces différents moyens de transmission de l'information sont d'accès différenciés selon que l'on se trouve dans un milieu urbain ou que l'on réside en milieu rural. En effet, si la radio est aujourd'hui accessible à la quasi-totalité de la population ivoirienne, il n'en est pas encore de même de la télévision dont l'accès est difficile dans certaines zones, notamment les régions rurales non encore électrifiées. Le même problème de disponibilité se pose d'ailleurs pour la presse écrite dont l'accès est conditionné non seulement par la maîtrise de la langue française mais aussi par des problèmes de distribution, les zones rurales étant encore une fois mal desservies. On assiste donc à un biais de sélection qui pourrait se traduire par un pouvoir explicatif assez limité des différents recours à l'information. Nonobstant cet aspect, il apparaît que les femmes qui recourent à la presse écrite sont aussi celles dont la prévalence contraceptive est la plus élevée. Ce recours s'accompagne d'une réduction substantielle de la fécondité (23 %), liée à la contraception, alors que cette baisse n'est que 13 % pour les femmes ayant recours soit à la radio soit à la télévision pour s'informer. Les difficultés d'accès liées au contexte de vie ne se limitent pas à l'aspect informationnel ; elles recouvrent aussi d'autres dimensions telles que l'approbation du conjoint et les limitations plus directes de l'accès aux sources de contraception ainsi que la discussion entre conjoints des questions de planification familiale.

Lorsque le conjoint est favorable à la contraception, la pratique contraceptive de la femme s'en trouve augmentée. Cette pratique atteint 13 % pour les méthodes modernes, 14 % pour les méthodes naturelles et 30 % pour l'ensemble des méthodes. La prévalence contraceptive des femmes dont le conjoint est opposé à la planification des naissances est assez faible : 7 % (annexe 1, tableau A27). Ce pourcentage, certes réduit, traduit pourtant un phénomène social important : le recours de la femme à la planification familiale contre l'avis de son mari ou à son insu. Combien de femmes africaines demandeuses de service de planification familiale n'osent-elles pas franchir ce pas ? Le désaccord entre conjoints en matière de limitation des naissances contribue certainement aux chiffres élevés des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La cause majeure de ce déséquilibre est essentiellement liée à des problèmes de déficience de l'offre et de mauvaise qualité des prestations de service ; le fait que la femme doive parfois se cacher pour bénéficier des services de planification familiale aggrave sans doute les problèmes d'accès à la contraception. Toujours est-il que, selon les estimations, 32 % seulement des besoins sont satisfaits en Afrique subsaharienne (Westoff et Bankole, 1995). La probabilité qu'une femme dont le mari adhère à la planification des naissances soit contraceptive au moment de l'EDS 1994 est un peu plus de neuf fois (9,1) supérieure à celle de voir une femme mariée dont le conjoint désapprouve la contraception y recourir. L'inhibition de la fécondité qui résulte de cette pratique contraceptive s'élève à 17 %. Elle est marginale ailleurs. La discussion entre conjoints de la planification familiale favorise nettement l'adoption des méthodes de contraception par la femme (annexe 1, tableau A28). Plus fréquentes sont les concertations, plus massives se font les adoptions de méthodes de contraception qui sont de surcroît de plus en plus modernes. C'est ainsi que l'on passe de 2 % de pratiques modernes chez les femmes qui n'ont jamais eu de discussion sur les méthodes de planification familiale avec leur conjoint, à 15 % chez celles qui le font assez régulièrement. Dans ce dernier groupe, l'inhibition de la fécondité par la contraception est de 20 %. Elle est

de 3 % dans le groupe le moins tourné vers la contraception, celui des femmes qui n'ont jamais eu de discussion avec leur conjoint sur la contraception.

Les femmes qui déclarent avoir des difficultés d'accès à la source renoncent pour l'essentiel à la pratique de la contraception moderne. Elles recourent à la contraception naturelle dont l'efficacité limitée ne leur permet qu'une réduction négligeable de la fécondité cumulée (5 %) (annexe 1, tableau A26).

## 2.6. Les modèles explicatifs de l'utilisation de la contraception

L'exploration des facteurs pouvant rendre compte de l'utilisation de la contraception moderne a été faite dans les pages ci-dessus. Cette étude descriptive a permis de discerner les principales variables qui rendent compte de manière isolée de l'adhésion de la femme à la planification familiale en général, à la contraception moderne en particulier. Des niveaux de corrélation parfois importants ont été trouvés entre la variable indépendante et certaines des variables explicatives. Il se trouve cependant que certaines de ces variables entretiennent entre elles des rapports étroits. Il est alors nécessaire de rechercher au niveau explicatif les influences isolées des variables les plus importantes sur la contraception. Deux modèles ont été construits pour rendre compte de cette approche explicative. Il s'agit de deux modèles logistiques prenant en compte, le premier la contraception moderne et le second une pratique contraceptive plus large, associant les deux méthodes les plus couramment utilisées : les contraceptions moderne et naturelle.

Le premier modèle explique l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale au sein de la population des femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant une raison de se protéger contre une grossesse non désirée. Ce modèle a été construit sur la base des variables qui ont servi à l'étude descriptive en gardant les modalités telles qu'elles ont été construites au départ. Pour ce modèle, tout comme d'ailleurs pour le second, une démarche progressive a été adoptée. Les variables qui se sont révélées les plus déterminantes ont été entrées les premières ; les autres sont ensuite intégrées de façon progressive dans le modèle. Elles sont retenues ou rejetées sur la base du test de rapport de vraisemblance et de la significativité des paramètres estimés de la variable. Une variable sélectionnée au départ et qui se révèle être non significative par la suite pour la majorité de ses modalités est, elle aussi, éliminée. Le modèle finalement retenu pour l'explication de la contraception moderne prend en compte six variables qui se révèlent être pour la plupart des variables d'identification sociales de la femme et de son conjoint : le milieu de socialisation de la femme, le niveau d'instruction et l'occupation des deux conjoints ainsi que l'approbation de l'époux de la planification familiale. Le tableau 2 présente ce modèle.

D'une manière générale, les variables retenues dans le modèle ont une très forte significativité (à moins de 1 % en général). Les rapports de cote ou odds ratios sont donc statistiquement différents de l'unité. C'est ainsi, qu'au plan du milieu de socialisation et en présence de toutes les autres variables du modèle, qu'une femme ayant grandi dans une ville moyenne a 1,4 fois plus de chance de pratiquer une contraception moderne qu'une autre femme qui a été socialisée dans un milieu rural. Cette probabilité est pratiquement équivalente à celle d'une personne qui a grandi à Abidjan ou dans une autre grande ville de Côte d'Ivoire. Le niveau d'instruction de la femme d'abord et celui de son conjoint ensuite semblent être toutefois les variables les plus déterminantes pour l'adoption d'une méthode de contraception moderne. Les variables du modèle logistique relatives à l'instruction de la femme ou du conjoint présentent non seulement les odds ratios les plus élevés mais aussi ces valeurs ne laissent en général aucune ambiguïté sur la validité de ces coefficients. Ainsi, plus le niveau

scolaire de la femme augmente, plus forte est la probabilité de la voir adopter une méthode moderne de contrôle des naissances. Ainsi, en présence des variables qui influent significativement sur l'adoption des méthodes modernes, le fait d'avoir été simplement scolarisée augmente sensiblement l'adhésion des femmes à la pratique contraceptive moderne. La progression de l'effet scolarisation se renforce très rapidement pour devenir très important dès le niveau 2 du cycle secondaire. À ce niveau d'études, les femmes ont cinq fois plus de chances de pratiquer une telle contraception relativement aux femmes non scolarisées. Dans l'enseignement supérieur, ces rapports sont de l'ordre de 1 à 9. Les conclusions sont moins nettes en ce qui concerne l'instruction du conjoint de la femme. Si les résultats obtenus ne permettent pas de trancher pour tous les niveaux de scolarité, l'instruction du conjoint augmente très sensiblement la prévalence contraceptive des méthodes modernes dès même le cycle primaire de formation. Les femmes dont les conjoints ont atteint le premier cycle de l'enseignement secondaire voient leur pratique contraceptive s'intensifier et doubler par rapport à celle des femmes dont les conjoints ne sont pas instruits. Ce doublement des pratiques contraceptives demeure au niveau du second cycle de l'enseignement secondaire.

Tableau 2 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994

Variables du modèle	Odds ratios	SE	Significativité
<b>Milieu de socialisation (Villages)</b>			
Villes moyennes	1,4295	0,1369	***
Capitale/Grandes villes	1,4419	0,1278	***
<b>Niveau d'instruction (sans instruction)</b>			
Primaire	1,7198	0,1304	***
Secondaire 1	2,4648	0,1521	***
Secondaire 2	5,4808	0,2269	***
Supérieure	8,6736	0,3867	***
Autre			
<b>Occupation de la femme (agriculture)</b>			
Sans travail	0,9736	0,2073	-
Artisanat	1,8621	0,2906	**
Commerce	1,6245	0,1954	***
Secteur moderne	1,2465	0,2203	-
<b>Conjoint favorable à la PF ? (Non)</b>			
Oui	5,4642	0,2201	***
Pas de conjoint	3,7632	0,2525	***
<b>Instruction du conjoint (sans instruction)</b>			
Primaire	1,4759	0,2309	*
Secondaire 1	1,979	0,2156	***
Secondaire 2	1,8214	0,2524	**
Supérieure	1,1117	0,2905	-
Pas de conjoint	0,9789	0,7968	-
<b>Occupation du conjoint (agriculture)</b>			
Sans travail	2,2029	0,3828	**
Artisanat	1,3565	0,3049	-
Commerce	1,5245	0,4216	*
Secteur moderne	2,1091	0,7463	***
Pas de conjoint	2,1315	0,7568	-

Le rôle de l'occupation de la femme, quoique discriminant, ne semble pas être très important lorsque la présence des autres variables du modèle vient tempérer son influence. L'agriculture prise comme référence apparaît comme l'une des professions dans laquelle les femmes sont le moins attirées par la contraception moderne. Les commerçantes et les artisanes y ont une pratique contraceptive significativement plus forte. Quant aux femmes du secteur moderne et celles qui n'exercent aucune fonction, le modèle ne permet pas de les situer avec certitude par rapport aux autres professions. L'occupation du conjoint permet par contre de se prononcer sur les femmes dont les conjoints sont acteurs dans la sphère moderne de l'économie. La valeur de l'odds ratio, très significative, indique que, lorsque le mari est occupé dans ce secteur, la probabilité de voir sa femme adopter la contraception moderne est deux fois plus importante que celle d'une femme dont le mari est agriculteur. Il convient de noter que les femmes dont les conjoints sont sans emploi ont également, de façon significative, plus de chance de pratiquer une méthode efficace de contraception que les femmes dont les époux sont dans l'agriculture. Le rôle important du conjoint dans l'adoption d'une méthode de contraception transparait plus clairement avec l'influence que l'approbation de ce dernier a sur la pratique contraceptive de la femme. Une femme dont le conjoint approuve la planification familiale a cinq fois plus de chance d'adhérer à la contraception moderne et la femme sans conjoint, libre, elle, de toute influence directe d'un homme, a également plus de chance d'être contraceptante (3,8 fois plus que celle dont le conjoint désapprouve la contraception).

Le deuxième modèle retenu ajoute à la contraception moderne les méthodes dites naturelles : la continence périodique et le retrait. Ce modèle a été construit, comme nous l'avons signalé précédemment, sur la même base que le premier. De nouvelles variables se sont révélées pertinentes car la contraception naturelle, première étape de la contraception de masse, est largement la méthode la plus pratiquée. Le modèle final comprend ainsi le milieu de résidence, l'âge, l'instruction de la femme et celui de son conjoint, le désir d'avoir d'autres enfants, le nombre d'enfants en vie, l'occupation de la femme, l'accès à un revenu monétaire, l'accès à la presse écrite, l'opinion du conjoint sur les questions de planification et la conjonction situation matrimoniale-activité sexuelle (tableau 3).

Le nouveau modèle indique que le milieu de résidence intervient dans l'explication de la pratique contraceptive des femmes ; il augmente la probabilité de l'adhésion de la femme à la contraception lorsque ce milieu est urbain. Cette augmentation, de l'ordre de 1,2, est légèrement plus importante lorsque la femme vit à Abidjan ou dans les autres grandes villes. L'âge de la femme, absent également du premier modèle, génère des variables du modèle logistique qui montrent l'importance de la durée dans le processus contraceptif. Les tranches de vie, constituées par les groupes d'âges, entretiennent des rapports étroits avec la fécondité. L'intensité du désir de contrôle de la descendance est variable selon le groupe d'âges tout comme différent les motivations de la contraception selon les périodes de vie (contraception d'arrêt ou contraception d'espacement). Les différentes probabilités de contraception liées à l'âge ont été comparées à celles des femmes en fin de vie féconde, âgées de 45 ans et plus. Si entre 35 et 44 ans les valeurs ne permettent pas de conclure à une plus grande probabilité de pratique, les plus jeunes femmes âgées de 15-24 ans et celles de 25-34 ans ont une probabilité deux fois plus importante que celle des femmes plus vieilles. On a peut-être à ce niveau un autre indice montrant que la contraception n'est pas une contraception d'arrêt mais plutôt d'espacement comme de nombreux auteurs l'ont montré (Westoff et Ochoa, 1991 ; Vimard *et al.*, 1998) ; c'est aussi en même temps le signe d'un malaise profond car les femmes qui ont le plus besoin d'une contraception d'arrêt, c'est-à-dire celles qui déclarent ne pas souhaiter d'autre enfant, ont une moindre pratique de la contraception.



Tableau 3 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994

Variables du modèle	Odds ratios	ES	significativité
<b>Lieu de résidence (villages)</b>			
Villes moyennes	1,2157	0,0932	**
Capitale/Grandes villes	1,2147	0,108	*
<b>Âge (45 ans et +)</b>			
25-34 ans	1,7174	0,2963	*
35-44 ans	1,0472	0,2963	-
15-24 ans	1,8178	0,309	**
<b>Niveau d'instruction (sans instruction)</b>			
Primaire	1,8943	0,1004	***
Secondaire 1	3,8825	0,1264	***
Secondaire 2	5,1223	0,2109	***
Supérieure	3,9723	0,3764	***
<b>Instruction du conjoint (sans instruction)</b>			
Primaire	1,6872	0,1605	***
Secondaire 1	2,2585	0,1506	***
Secondaire 2	2,839	0,1784	***
Supérieure	2,2396	0,198	***
Pas de conjoint	2,3214	0,1881	***
<b>Désire d'autres enfants (oui)</b>			
Non	1,8	0,1508	***
SO	0,8103	0,2396	-
<b>Nombre d'enfants en vie (5 enfants et +)</b>			
4 enfants ou moins	0,7848	0,1433	*
<b>Occupation de la femme (agriculture)</b>			
Sans travail	1,6082	0,1552	***
Artisanat	1,998	0,2267	***
Commerce	1,8629	0,1418	***
Secteur moderne	1,2346	0,298	-
<b>Rémunération monétaire ? (non)</b>			
Oui	1,3822	0,1893	*
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>			
Oui	1,8547	0,0983	***
<b>Conjoint favorable à la PF ? (Non)</b>			
Oui	3,2065	0,1362	***
Pas de conjoint	62,1187	0,6534	***
<b>Situation matrimoniale et Activité sexuelle (mariée/sexuellement active)</b>			
Mariée/non sexuellement active	0,3741	0,1191	***
Non mariée/sexuellement active	0,1051	0,6843	***
Non mariée/non sexuellement active	0,0172	0,6847	***

L'instruction, que se soit celle de la femme ou celle de son conjoint, augmente très significativement la probabilité d'adhésion à la contraception. Cette probabilité est par exemple environ quatre fois plus élevée chez la femme du niveau secondaire ou supérieur relativement à la femme sans instruction. L'influence du niveau d'instruction du conjoint sur la pratique contraceptive de la femme est également très nette quoique moins importante que celle de la femme elle-même. Une femme dont le conjoint a atteint le niveau secondaire a deux fois plus de chance de choisir une méthode de contraception moderne ou naturelle comparée à une femme dont le conjoint est sans instruction. Toutes les femmes occupées dans les secteurs non agricoles ont une chance plus forte de pratiquer la contraception que les femmes travaillant dans l'agriculture. Encore une fois, l'on ne peut se prononcer sur l'effet net de l'appartenance de la femme au secteur moderne sur la pratique contraceptive, l'odds ratio n'étant pas significativement différent de l'unité. Par contre, l'artisanat et le commerce et même le fait que la femme n'ait pas d'occupation augmente sensiblement son adhésion à la pratique de la contraception comparativement à la femme qui exerce dans l'agriculture.

Le désir ou non d'un enfant supplémentaire incite également la femme à recourir ou non à une méthode de contraception. L'influence de cette variable est relativement forte puisque les chances de voir une femme qui désire arrêter sa descendance utiliser un moyen de contraception sont doublées par rapport à celles de la femme qui souhaite continuer de procréer. L'accès à un médium écrit augmente de deux fois les chances d'adopter la contraception. Lorsque le conjoint adhère à l'idée de la contraception, la pratique contraceptive de la femme s'en trouve multipliée par trois. Cet impact de l'opinion du conjoint montre que les campagnes de sensibilisation devraient être menées tant au niveau des hommes que des femmes pour assurer une meilleure chance de succès aux programmes de planification familiale. L'accès de la femme à une rémunération monétaire augmente enfin ses chances d'être contraceptante.

## Conclusion

Les pratiques contraceptives en Côte d'Ivoire sont encore faibles au regard des succès qui ont pu être atteints dans certains pays leaders d'Afrique subsaharienne moins avancés économiquement. Alors qu'au Kenya, au Zimbabwe, au Botswana et en Afrique du Sud, les progrès de la contraception sont remarquables, la contraception totale n'était en Côte d'Ivoire, en 1994, que de 16,5 % pour l'ensemble de la population féminine en âge de procréer, la prévalence des méthodes modernes ne s'élevant qu'à 5,7 % (N'Cho *et al.*, 1995). Lorsque, de la population totale des femmes en âge de procréer, on retranche les femmes enceintes et celles qui sont en ménopause, on obtient la population désignée ici comme potentiellement féconde pour laquelle se justifie davantage l'emploi de la contraception au moment de l'enquête. La prévalence contraceptive totale est alors de 19 % tandis que celle des méthodes modernes remonte à 6,3 %. Ces taux restent insuffisants même si l'environnement très longtemps pro nataliste et la déficience de l'offre de moyens efficaces ont pu jouer un rôle important dans le peu d'intérêt que la population a manifesté jusque là à la contraception notamment moderne. En Côte d'Ivoire, la contraception émergente peut encore être qualifiée de contraception d'élites même si les besoins émanent de différentes catégories socio-économiques. Les différentes variables retenues comme facteurs explicatifs de la pratique contraceptive moderne rendent compte de niveaux divers d'insertion des femmes dans la logique contraceptive. En tout état de cause, l'instruction de la femme, son milieu de vie et son lieu de socialisation mais aussi l'âge et l'activité sexuelle sont des variables clés dont les

combinaisons rendent le plus compte de la pratique contraceptive. La femme utilisatrice des méthodes modernes de planification familiale appartient à la frange supérieure de la classe plus large des utilisatrices d'une méthode non populaire de contraception. L'utilisatrice d'une méthode de contraception est une femme plutôt jeune et instruite, socialisée et résidant à Abidjan ou dans une grande ville de Côte d'Ivoire. Elle vit dans un logement de bon standing avec un conjoint également instruit et favorable à la planification familiale qui est d'ailleurs souvent leur sujet de conversation. Elle retire une rémunération monétaire d'une occupation qu'elle exerce dans son milieu de vie, le milieu urbain, et elle est ouverte à l'ensemble des médias. Elle est dans la phase de sa vie féconde où les risques de grossesse sont importants. La contraception lui sert d'ailleurs à espacer ses naissances qu'elle souhaite assez limitées. La femme non-utilisatrice est quant à elle issue du milieu rural. Elle est agricultrice, tout comme son conjoint, et n'a pas été scolarisée. Si elle regarde parfois la télévision ou écoute la radio, la presse écrite lui est interdite du fait de son éloignement de la ville et de sa méconnaissance de la langue française. Elle n'a aucune envie de limiter sa descendance car elle considère que cela relève de Dieu seul. Elle est issue d'un milieu pauvre et habite un logement de bas standing.

Lorsque l'on prend l'odds ratio comme critère de classification, la conjonction de la situation matrimoniale et de l'activité sexuelle met en exergue le groupe des femmes non mariées mais sexuellement actives pour qui la pratique contraceptive est très élevée. Les variables qui sont liées à l'accumulation du capital social émergent également. C'est le cas des femmes qui ont accès à la presse écrite ou qui s'informent aux travers des émissions de télévision. C'est aussi le cas des femmes instruites dont le statut social autorise une ouverture plus large sur le monde extérieur, le monde occidental en particulier qui est la référence pour cette catégorie de femmes. Par contre, lorsque le pourcentage d'inhibition de la fécondité cumulée, par l'usage de la contraception au sens large, sert de base à la classification des femmes, le niveau d'instruction élevé de la femme, celui de son conjoint, l'insertion de l'homme ou de la femme dans la sphère moderne de l'économie et le recours à la presse écrite, sont les principaux facteurs contributifs à l'adhésion de la femme à la planification familiale.

## Références bibliographiques

- Ainsworth M. *et al.*, 1996 - The impact of women's schooling on fertility and contraceptive use: a study of fourteen Sub-Saharan African countries. *World Bank Economic Review*, vol. 10, n° 1 : 85-122.
- Anderson B., 1986 - Regional and cultural factors in the decline of marital fertility in Europe. in Coale A.J. et Watkins S.C. (éds.), *The decline of fertility in Europe: the revised proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton University Press : 293-313.
- Berlin I., 1969 - *Four essays on liberty*. Oxford University Press, Oxford.
- Blake J. et Del Pinal J., sans date - *Educational Attainment and Reproductive Preferences : Theory and Evidence*. School of Public Health, University of California, USA.
- Bongaarts J. et Watkins S.C., 1996 - Social interactions and contemporary fertility transition. *Population and Development Review*, vol. 22, n° 4 : 639-682.
- Bongaarts J., 1978 - A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1 : 105-131.
- Chimere-Dan O., 1996 - Contraceptive prevalence in rural South Africa. *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, n° 1 : 4-9.
- Coale A.J., 1973 - The Demographic Transition. *International Population Conference*. Liège, UIESP, vol. 1 : 53-72.
- Direction de la Statistique, 1984 - *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981*. Rapport principal. Volume I : Analyse des principaux résultats. Volume II : Tableaux statistiques. Abidjan, Ministère de l'Economie et des Finances.
- Fassassi R. et Vimard P., 1999 - Gestion de la fécondité et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire. Communication au Séminaire International « Santé de la Reproduction en Afrique », Abidjan, 9-12 novembre, 19 p.
- Gripps (Groupe international de partenaires population-santé), 2000 - *Protocole d'analyse de la pratique contraceptive à partir des données EDS*, 22 p.
- Jolly C.L. et Gribble J.N., 1996 - Les déterminants proches de la fécondité. in Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (éds), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. Travaux et Documents, Cahier n° 135, INED-PUF, Paris : 71-117.
- Kirk D. et Pillet B., 1998 - Fertility levels, trends, and differentials in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning*, vol. 29, n° 1 : 1-22.
- Koffi N., Zanou B., Fassassi R., Kouyé P., Touré B. et Ezzo M., 1994 - *Étude socio-démographique et de planification familiale dans la commune de Tanda*. Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, 100 p.
- Koffi N., Zanou B., Fassassi R. et Sika L., 1995 - *La planification familiale dans le centre-nord de la Côte d'Ivoire*. Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, 130 p.
- Koffi N. et Fassassi R., 1997 - *Fécondité et planification familiale au sein des corps habillés, militaires et para-militaires*. Rapport d'enquête, ENSEA, Abidjan, 155 p.
- Lesthaeghe R., 1978 - *The Decline in Belgium Fertility, 1800-1970*. Princeton University Press, Princeton.

- Mahieu F.R., 1990 - *Les fondements de la crise économique en Afrique : entre la pression communautaire et le marché international*. L'Harmattan, Paris.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement et DHS, 1999 - *Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999*. Rapport préliminaire, Abidjan, Calverton, mai, 20 p.
- Ministère de la santé publique, Comité technique pour la réalisation du PNDS 1996-2005, Comité 3. *Objectifs intermédiaires du PNDS*.
- N'Cho S. et al., 1995 - *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*. Institut National de la Statistique-et Macro International Inc.
- Van de Walle E. et Foster A.D., 1990 - *Fertility decline in Africa: assessment and prospects*. World Bank Technical Paper n° 125, X, World Bank, Washington D.C., 63 p.
- Vimard P. et Fassassi R., 1998 - Vers deux modèles de transition de la fécondité en Afrique Subsaharienne ? Communication aux 3<sup>e</sup> Journées scientifiques du réseau démographique de l'AUFELF-UREF « Les transitions démographiques des pays du Sud », Rabat, 9-12 décembre, 17 p.
- Vimard P., Fassassi R et Lévi P., 1998 - Maîtrise de l'espace des naissances et gestion des risques de conception et de décès infantile en Afrique avec une attention particulière à la Côte d'Ivoire. Communication aux 1<sup>e</sup> Journées scientifiques de l'ORSTOM « Sciences sociales et santé », « Gestion des risques et maîtrise des pratiques », Marseille, 21-22 octobre, Laboratoire Population-Environnement-Développement, 21 p.
- Watkins S., 1986 - Conclusions. in A.J. Coale and S.C. Watkins (éds.), *The decline of fertility in Europe : the revised proceedings of a conference on the princeton European Fertility Project*. Princeton University Press : 420-449.
- Westoff C.F. et Ochoa L.H., 1991 - *Unmet Need and the Demand for the Family Planning*. DHS Comparative Studies n° 5, Macro International INC., Maryland.
- Westoff C.F. et Bankole A., 1995 - *Unmet need : 1990-1994*. DHS Comparative Studies, n° 16, Jun, Macro international, DHS, Claverton, Maryland, 49 p.

## Annexes

Annexe 1 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon différentes variables socio-économiques et la méthode de contraception utilisée (en %) ; réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) calculée selon le modèle de Bongaarts

Tableau A1 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la nationalité et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Ethnie	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Ivoirien	0,2	7,0	13,3	1,4	78,1	100,0	5487	8,8
Autre africain	0,3	3,8	3,6	0,6	91,7	100,0	1532	3,4
Autre	0,0	16,7	25,0	16,7	41,7	100,0	12	33,8
ND	0,0	0,0	10,0	0,0	90,0	100,0	10	0,0
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A2 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la religion et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Religion	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Catholique	0,5	10,8	19,6	1,0	68,1	100,0	1751	14,0
Protestant	0,1	5,9	15,2	2,4	76,4	100,0	1316	9,1
Musulman	0,2	4,6	5,6	0,6	89,0	100,0	2284	4,8
Animiste	0,3	2,7	3,8	2,4	90,9	100,0	372	4,0
Autre religion	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5	100,0	8	0,0
Sans religion	0,2	4,7	7,7	1,2	86,2	100,0	1301	5,6
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	7	0,0
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	7,4

Tableau A3 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le lieu de résidence habituel et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Lieu de résidence	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Capitale/grandes villes	0,4	10,1	18,3	1,7	69,5	100,0	1680	14,8
Autres villes	0,1	8,5	14,3	1,4	75,7	100,0	1430	10,3
Villages	0,2	3,9	7,0	1,0	87,9	100,0	3929	4,3

---

Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	7,4
-------	-----	-----	------	-----	------	-------	------	-----

Tableau A4 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le milieu principal de résidence durant l'enfance et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Lieu de socialisation	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Capitale/grandes villes	0,2	9,8	15,7	1,7	72,6	100,0	2119	12,0
Autres villes	0,4	7,9	12,8	0,9	78,0	100,0	1425	9,5
Village	0,2	3,5	7,8	1,2	87,3	100,0	3493	4,3
ND	0,0	0,0	20,0	0,0	80,0	100,0	5	0,0
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7042	7,4

Tableau A5 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le standing de l'habitat et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Standing de l'habitat	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Haut standing	0,3	11,1	18,6	1,4	68,7	100,0	2328	15,6
Moyen standing	0,3	4,4	8,8	1,4	85,1	100,0	3545	5,4
Bas standing	0,0	2,5	3,9	0,7	93,0	100,0	1168	2,2
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A6 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'âge et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Âge	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
15-24 ans	0,0	6,4	15,6	1,1	76,9	100,0	3142	7,1
25-34 ans	0,2	7,7	9,6	1,3	81,3	100,0	2305	8,4
35-44 ans	0,7	4,6	5,1	1,7	87,9	100,0	1287	6,9
45 ans et +	1,3	2,3	3,6	1,0	91,9	100,0	308	4,8
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7042	7,4

Tableau A7 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la situation matrimoniale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

État matrimonial	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Célibataires	0,0	9,2	19,3	1,2	70,3	100,0	2025	-
Séparée/Divorcée/Veuve	0,5	6,9	12,5	2,0	78,1	100,0	607	-
Mariée	0,3	4,9	7,3	1,2	86,4	100,0	4407	7,4



---

Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	-
-------	-----	-----	------	-----	------	-------	------	---

Tableau A8 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le mode de résidence conjugal et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Mode de résidence conjugal	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Cohabitation	0,2	4,8	5,9	1,0	88,1	100,0	3620	6,9
Non-cohabitation	0,4	5,2	13,5	2,3	78,7	100,0	787	10,0
Pas de conjoint	0,2	8,7	17,8	1,3	72,1	100,0	2632	-
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	7,4

Tableau A9 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le niveau d'instruction et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Niveau d'instruction	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Sans instruction	0,2	3,0	3,9	0,9	92,0	100,0	4152	3,6
Primaire	0,3	8,6	15,3	2,2	73,7	100,0	1841	12,9
Secondaire 1	0,1	13,5	32,9	1,0	52,5	100,0	827	23,3
Secondaire 2	0,6	22,2	34,7	0,6	42,0	100,0	176	25,4
Supérieur	0,0	25,0	29,5	0,0	45,5	100,0	44	18,7
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,5

Tableau A10 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'instruction du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Niveau d'instruction du conjoint	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Sans instruction	0,2	1,6	2,4	0,5	95,3	100,0	2606	2,5
Primaire	0,2	4,0	7,1	1,5	87,1	100,0	846	6,5
Secondaire 1	0,3	10,9	13,5	3,6	71,6	100,0	716	15,3
Secondaire 2	0,9	13,3	22,5	1,2	62,1	100,0	346	20,7
Supérieur	0,4	13,7	26,8	3,2	56,0	100,0	284	21,0
Pas de conjoint	0,0	9,2	19,3	1,2	70,3	100,0	2030	-
ND	0,5	8,5	10,8	0,0	80,2	100,0	212	11,6
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A11 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la composition de leur descendance et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Enfants des deux sexes ?	Stérilisé e	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,4	5,6	7,6	1,6	84,9	100,0	3110	7,9
Non	0,1	6,8	14,1	1,0	78,0	100,0	3931	6,7
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A12 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le travail actuel du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).

Occupation du conjoint	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Sans travail	0,0	10,8	14,0	3,2	72,0	100,0	93	13,8
Travail lié à l'agriculture	0,2	1,4	3,8	0,5	94,0	100,0	2418	2,7
Travail lié à l'artisanat	0,2	6,1	7,6	2,1	84,1	100,0	1023	8,8
Travail lié au commerce	0,1	6,1	10,4	1,8	81,6	100,0	786	9,1
Secteur moderne	0,7	15,0	19,3	2,4	62,6	100,0	674	21,6
Pas conjoint	0,0	9,2	19,2	1,2	70,4	100,0	2046	5,4
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A13 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants en vie et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Nombre total d'enfants en vie	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
0-4 enfants	0,1	6,6	12,8	1,2	79,3	100,0	5545	7,5
5 enfants et plus	0,6	5,1	5,1	1,7	87,6	100,0	1495	7,3
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A14 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants nés vivants et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Nombre total d'enfants nés vivants	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
0-4 enfants	0,1	6,8	13,5	1,2	78,4	100,0	5104	7,8
5 enfants et plus	0,5	5,0	5,1	1,5	87,9	100,0	1937	6,9
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A15 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants décédés et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Nombre total d'enfants décédés	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
0 enfant	0,2	7,1	13,6	1,1	78,0	100,0	4956	8,7
1 enfant et plus	0,3	4,4	5,3	1,5	88,4	100,0	2082	5,4
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7038	7,4

Tableau A16 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le désir d'avoir ou non d'autres enfants et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Désire d'avoir d'autres enfants ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,0	4,3	7,3	0,9	87,5	100,0	2718	6,5
Non	1,7	6,9	8,0	2,4	81,0	100,0	775	10,8
SO	0,0	8,2	16,3	1,2	74,3	100,0	2211	6,1
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7043	7,4

Tableau A17 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants souhaités et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Nombre d'enfants souhaités	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
0-4 enfants	0,2	9,7	17,5	1,2	71,3	100,0	2890	12,2
5 enfants et plus	0,2	4,0	6,8	1,3	87,7	100,0	4151	5,2
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7042	7,4

Tableau A18 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles travaillent ou non et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Femme travaille ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,3	6,0	8,6	1,2	83,9	100,0	4972	7,1
Non	0,1	7,0	17,4	1,4	74,1	100,0	2067	8,6
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	7,4

Tableau A19 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'occupation principale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Occupation de la femme	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Sans travail	0,1	7,1	17,3	1,4	74,0	100,0	2070	8,7
Travail lié à l'agriculture	0,2	2,0	3,3	0,6	93,9	100,0	2116	2,5
Travail lié à l'artisanat	0,0	11,9	19,6	1,8	66,7	100,0	168	14,8
Travail lié au commerce	0,3	8,2	11,5	1,7	78,2	100,0	2558	10,5
Secteur moderne	0,9	20,2	26,3	0,0	52,6	100,0	114	27,5
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	12	0,0
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7038	7,4

Tableau A20 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles gagnent ou non un revenu monétaire et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Revenu monétaire ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,2	12,2	18,8	1,4	67,3	100,0	425	17,6
Non	0,0	3,6	6,2	0,6	89,5	100,0	1271	2,6
ND	0,3	6,5	11,8	1,4	80,1	100,0	5343	8,1
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7039	7,4

Tableau A21 – Accès hebdomadaire à un médium écrit, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Accès hebdomadaire à un médium écrit ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,1	16,0	30,1	1,8	51,9	100,0	1360	23,4
Non	0,2	4,0	6,7	1,1	88,0	100,0	5660	5,0
ND	0,0	4,8	9,5	0,0	85,7	100,0	21	10,8
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A22 – Accès hebdomadaire à un médium audio, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Accès hebdomadaire à un médium audio ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,3	10,8	18,2	1,7	69,1	100,0	2891	13,3
Non	0,2	3,2	6,3	1,0	89,3	100,0	4149	3,9
ND	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1	32,4
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A23 – Accès hebdomadaire à un médium télévisuel, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Accès hebdomadaire à un médium télévisuel ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,2	10,3	16,8	1,7	71,1	100,0	3534	13,0
Non	0,3	2,3	5,5	0,9	91,1	100,0	3503	3,4
ND	0,0	0,0	33,3	0,0	66,7	100,0	3	0,0
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A24 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'accès à une source de planification familiale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Connaît une source de PF ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	3,0	84,6	0,0	12,5	0,0	100,0	505	82,7
Non	0,0	0,0	12,1	0,4	87,5	100,0	6519	2,7
ND	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	17	75,6
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A25 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la source d'approvisionnement en produit contraceptif et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Source d'approvisionnement	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Secteur médical public	11,2	88,8	0,0	0,0	0,0	100,0	116	92,0
Secteur médical privé	0,8	99,2	0,0	0,0	0,0	100,0	244	91,6
Autre secteur privé	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	81	80,5
SO	0,0	0,0	12,0	1,4	86,7	100,0	6582	2,9
ND	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	17	75,6
Total	0,2	6,1	11,2	1,3	81,2	100,0	7040	7,4

Tableau A26 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles ont ou non de la difficulté d'accès à une source et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Difficulté d'accès à la source ?	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Oui	0,0	0,0	19,2	2,2	78,6	100,0	2177	5,0
Non	0,0	0,0	12,5	1,5	86,0	100,0	779	3,3
SO	0,4	10,8	6,7	0,7	81,4	100,0	4085	9,3
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A27 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'opinion du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Opinion du conjoint	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Favorable	0,0	12,9	14,2	2,5	70,3	100,0	1440	17,0
Non favorable	0,0	1,3	4,5	0,8	93,4	100,0	1600	2,8
NP	0,0	0,7	3,2	0,3	95,8	100,0	1352	1,8
SO	0,6	8,6	17,7	1,3	71,8	100,0	2649	-

---

Total	0,2	6,3	11,2	1,2	81,0	100,0	7041	7,4
-------	-----	-----	------	-----	------	-------	------	-----

Tableau A28 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le niveau de communication au sein du ménage et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Discussion PF entre conjoints	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Jamais	0,0	1,7	4,3	1,0	93,0	100,0	3040	3,2
1 ou 2 fois	0,0	9,5	11,1	2,2	77,3	100,0	696	12,7
Plus souvent	0,0	15,1	16,9	1,4	66,6	100,0	656	19,5
Pas de conjoint	0,6	8,6	17,7	1,3	71,7	100,0	264	-
ND	0,0	0,0	20,0	0,0	80,0	100,0	5	-
Total	0,2	6,3	11,2	1,2	81,0	100,0	7041	7,4

Tableau A29 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « instruction-résidence » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Instruction et Résidence	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Non instruit-village	0,2	1,6	3,2	0,6	94,4	100,0	2699	1,8
Non instruit-ville moy.	0,1	4,2	4,9	1,2	89,5	100,0	753	5,3
Non instruit-Capitale	0,4	6,8	5,4	1,9	85,4	100,0	701	9,6
Primaire-village	0,4	7,0	11,6	2,2	78,7	100,0	954	9,5
Primaire-ville moy.	0,0	11,2	18,7	2,4	67,7	100,0	375	16,8
Primaire-capitale	0,2	9,8	19,3	2,1	68,6	100,0	512	16,9
Second. et +-village	0,0	14,8	28,2	1,1	56,0	100,0	277	21,6
Second. et +-ville moy.	0,3	15,7	32,1	0,7	51,1	100,0	305	24,0
Second. et +-capitale	0,2	15,5	36,6	0,9	46,8	100,0	464	23,7
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	7,4

Tableau A30 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « lieu de résidence-standing de l'habitat » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Résidence et standing de l'habitat	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Bas standing-village	0,0	2,4	3,8	0,7	93,1	100,0	1144	2,2
Bas standing-ville moy.	0,0	4,2	8,3	0,0	87,5	100,0	24	1,7
Moyen standing-village	0,3	3,7	7,3	1,3	87,4	100,0	2480	4,4
Moyen standing-ville moyenne	0,0	6,5	10,6	1,4	81,4	100,0	705	7,8
Moyen standing-capitale	0,3	5,0	15,9	1,9	76,9	100,0	359	7,0
Haut standing-village	0,3	10,2	17,2	0,0	72,3	100,0	303	13,3
Haut standing-ville moy.	0,1	10,5	18,2	1,6	69,5	100,0	702	13,6
Haut standing-capitale	0,3	11,5	19,0	1,6	67,6	100,0	1320	17,3
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7037	7,4



Tableau A31 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « situation matrimoniale-activité sexuelle » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts)

Situation matrimoniale et Activité sexuelle	Stérilisée	Moderne	Naturelle	Populaire	Aucune	Ens.	Effectif	% de réduction
Mariée/sexuellement active	0,2	7,5	9,8	1,6	81,0	100,0	2322	10,6
Mariée/non sexuellement active	0,3	2,1	4,5	0,8	92,4	100,0	2086	3,9
Non mariée/sexuellement active	0,3	19,5	30,6	2,3	47,3	100,0	774	7,4
Non mariée/non sexuellement active	0,1	4,1	12,4	0,9	82,4	100,0	1858	*
Total	0,2	6,3	11,2	1,3	81,0	100,0	7040	*

\* le modèle de Bongaarts étant applicable aux seules femmes mariées, la réduction de la fécondité ne peut être calculée pour cette catégorie de femmes

**Annexe 2 – Risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon les variables socio-démographiques\***

Variables socio-démographiques	Risques relatifs	Intervalles de confiance à 95 %	
		Borne inférieure	Borne supérieure
Religion ( <b>Chrétien/autre</b> )	1,950	1,628	2,336
Lieu de résidence ( <b>Abidjan/autre</b> )	1,984	1,657	2,375
Lieu de socialisation ( <b>Abidjan/autre</b> )	2,019	1,693	2,408
Standing de l'habitat ( <b>bon standing/autre</b> )	2,956	2,040	4,282
Groupe d'âges ( <b>moins de 35 ans/35 ans et plus</b> )	1,430	1,128	1,812
État matrimonial ( <b>non mariée/autre</b> )	1,712	1,435	2,042
Cohabitation avec le conjoint ? ( <b>co-réside/autre</b> )	0,904	0,657	1,245
Niveau de scolarité de la femme ( <b>instruite/autre</b> )	3,534	2,905	4,298
Niveau d'instruction du conjoint ( <b>instruit/autre</b> )	4,194	3,114	5,648
Travail actuel du conjoint ( <b>secteur moderne/autre</b> )	4,395	3,416	5,655
Enfants en vie ( <b>a au moins 1 garçon et une fille/autre</b> )	0,854	0,713	1,023
Enfants en vie ( <b>a au plus 4 enfants en vie/autre</b> )	1,190	0,947	1,496
Enfants décédé ( <b>0 enfant décédé/au moins un enfant décédé</b> )	1,528	1,231	1,897
Désire avoir d'autres enfants ? ( <b>Non/autre</b> )	1,379	1,097	1,734
Travaille actuellement ? ( <b>Oui/autre</b> )	0,874	0,724	1,056
Profession principale ( <b>secteur moderne/autre</b> )	3,461	2,418	4,954
Revenu monétaire ? ( <b>oui/autre</b> )	2,032	1,553	2,659
Accès hebdomadaire à un médium écrit ( <b>oui/autre</b> )	3,833	3,223	4,557
Accès hebdomadaire à un médium audio ( <b>oui/autre</b> )	3,239	2,671	3,926
Accès hebdomadaire à un médium télévisuel ( <b>oui/autre</b> )	4,068	3,246	5,097
Source d'approvisionnement ( <b>médicale privée/autre</b> )	31,468	27,598	35,880
Connaît une source de planification familiale ? ( <b>Oui/autre**</b> )	317,812	200,128	504,701
Conjoint approuve la planification familiale ? ( <b>oui/non</b> )	9,131	6,572	12,686
Discussion PF avec le conjoint ( <b>Oui/Non</b> )	5,922	4,462	7,860
Instruction-Résidence ( <b>secondaire et + à Abidjan/autre</b> )	2,968	2,449	3,598
Résidence-Standing de l'habitat ( <b>standing moyen ou haut dans une ville/autre</b> )	2,369	1,967	2,853
Situation matrimoniale et activité sexuelle ( <b>non mariée et sexuellement active/autre</b> )	4,048	3,384	4,842

\* Chaque variable a été dichotomisée ; \*\* y compris les réponses manquantes

### Annexe 3 – Correspondances des abréviations de l'analyse des données représentées dans les tableaux 1 et 2

15-24	15-24 ans	Marsac	Mariée sex. active	Vm	Socialisation dans une ville moyenne
25-34	25-34 ans	mod	Méthode moderne	X02D	Ethnie ND
35-44	35-44 ans	MS-cap	Moyen standing-capitale	X03D	Religion ND
45&+	plus de 45 ans	MSt	Moyen standing	X04bD	Lieu de socialisation ND
AbjGV	Réside à Abidjan	MS-vi	Moyen standing-village	X04D	Résidence ND
Agri	Agricultrice	MS-vm	Moyen standing-ville moyenne	X07D	État matrimonial ND
Ani	Animiste	Mus	Musulman	X09a	Autre niveau
Art	Artisane	Nafr	Non africain	X10a	Autre niveau pour le conjoint
Auc	Aucune méthode	nat	Méthode naturelle	X17N	Ne veut plus d'autres enfants
Aut S. pr	Autre source privée	ND	ND (Profession du conjoint)	X17O	Veut d'autres enfants
Populaire	Populaire	NI-cap	Non instruit capitale	X17S	SO (Désir d'autres enfants ?)
Autre afr.	Autre africain	NI-vil	Non instruit village	X20N	Femme ne travaille pas
AutRelig	Autre religion	NI-vm	Non instruit ville moyenne	X20O	Femme travaille
BS-cap	Bas standing-capitale	Nmarnsa	Non mariée non sex. Active	X20S	SO (Travail de la femme)
BSt	Bas standing	Nmarsa	Non mariée sex. Active	X21D	ND (Profession)
BS-vi	Bas standing-village	Non Coh	Non cohabitation	X22D	ND (Revenu monétaire ?)
BS-vm	Bas standing-ville moyenne	Pas Cj	Pas de conjoint (Profession)	X22N	N'a pas de revenu monétaire
Cath	Catholique	Pas de Cj	Pas de conjoint	X22O	A un revenu monétaire
Celib	Célibataire	PasCj	Pas de conjoint	X23N	N'a pas accès à un médium écrit
CjAgri	Conjoint agriculteur	Pop	Méthode populaire	X23O	A accès à un médium écrit
CjArt	Conjoint artisan	Prim	Primaire	X24D	ND (Accès à un médium audio)
CjCom	Conjoint commerçant	Prim-cap	Primaire capitale	X24N	N'a pas accès à un médium audio
CjDom	Conjoint domestique	Prim-vi	Primaire village	X24O	A accès à un médium audio
CjMod	Conjoint du secteur moderne	Prim-vm	Primaire ville moyenne	X25D	ND (Accès à un médium télévisuel)
CjPrim	Conjoint de niveau primaire	Prot	Protestant	X25N	N'a pas accès à un médium télévisuel
CjSansT	Conjoint sans travail	Sec	Secondaire	X25O	A accès à un médium télévisuel
CjSec	Conjoint de niveau secondaire	Sec-cap	Secondaire et + capitale	X27D	ND (Source d'approvisionnement)
CjSI	Conjoint sans instruction	Sec-vi	Secondaire et + village	X27S	SO (Source d'approvisionnement)
CjSup	Conjoint de niveau supérieur	Sec-vm	Secondaire et + ville moyenne	X28N	Pas de difficulté d'accès à la source
Coh	Cohabitation	Sep/Div	Séparée/Divorcée/Veuve	X28O	Difficulté d'accès à la source
Com	Commerçante	Sinst	Sans instruction	X28S	SO (Difficulté d'accès à la source ?)
Dom	Domestique	Smed pr	Source méd. privée	X29D	ND (Opinion du conjoint)
Ext	Socialisation à l'extérieur	Smed pu	Source méd. publique	X29N	Conjoint non favorable à la PF
HS-cap	Haut standing-capitale	Smod	Secteur moderne	X29O	Conjoint favorable à la PF
HSt	Haut standing	Srelig	Sans religion	X29S	SO (Opinion du conjoint)
HS-village	Haut standing-village	Ster	Stérilisée	X30D	ND (Instruction-Résidence)
HS-vm	Haut standing-ville moyenne	Strav	Sans travail	X31D	ND (standing-résidence)
Ivoirien	Ivoirien	Sup	Supérieur	X4vil	Réside au village
Mar	Mariée	UL	Union libre	X4vm	Réside dans une autre ville
Marnsa	Mariée non sex. Active	Villag	Socialisation au village		

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'instruction du couple .....	17
Tableau 2 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode moderne de contraception en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994 .....	23
Tableau 3 – Modèle de régression logistique des déterminants de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne ou naturelle en Côte d'Ivoire, femmes potentiellement fécondes, 1994 .....	25
Tableau A1 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la nationalité et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	30
Tableau A2 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la religion et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	30
Tableau A3 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le lieu de résidence habituel et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	30
Tableau A4 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le milieu principal de résidence durant l'enfance et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	32
Tableau A5 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le standing de l'habitat et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	32
Tableau A6 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'âge et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	32
Tableau A7 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la situation matrimoniale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	32
Tableau A8 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le mode de résidence conjugal et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	34
Tableau A9 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le niveau d'instruction et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	34
Tableau A10 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'instruction du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	34

Tableau A11 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la composition de leur descendance et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	34
Tableau A12 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le travail actuel du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts). ....	35
Tableau A13 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants en vie et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	35
Tableau A14 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants nés vivants et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	35
Tableau A15 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants décédés et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	35
Tableau A16 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le désir d'avoir ou non d'autres enfants et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	36
Tableau A17 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le nombre total d'enfants souhaités et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	36
Tableau A18 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles travaillent ou non et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	36
Tableau A19 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'occupation principale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	36
Tableau A20 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles gagnent ou non un revenu monétaire et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	37
Tableau A21 – Accès hebdomadaire à un médium écrit, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	37
Tableau A22 – Accès hebdomadaire à un médium audio, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts) .....	37
Tableau A23 – Accès hebdomadaire à un médium télévisuel, méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	37

Tableau A24 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'accès à une source de planification familiale et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	38
Tableau A25 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la source d'approvisionnement en produit contraceptif et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	38
Tableau A26 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon qu'elles ont ou non de la difficulté d'accès à une source et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	38
Tableau A27 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon l'opinion du conjoint et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	38
Tableau A28 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon le niveau de communication au sein du ménage et la méthode de contraception utilisée (en %) et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	40
Tableau A29 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « instruction-résidence » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	40
Tableau A30 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « lieu de résidence-standing de l'habitat » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	40
Tableau A31 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la variable composite « situation matrimoniale-activité sexuelle » et la méthode de contraception utilisée (en %), et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception pour les femmes potentiellement fécondes (en %, calculée selon le modèle de Bongaarts).....	41

## Liste des figures

Figure 1 – Représentation du premier plan factoriel.....	7
Figure 2 – Représentation du plan 2-3 .....	8

## Listes des sigles utilisés

AIBEF	Association ivoirienne pour le bien-être familial
CEPED	Centre population et développement
DHS	Demographic and Health Survey
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EDSCI	Enquêtes démographiques et de santé en Côte d'Ivoire
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé
IPPF	International Planned Parenthood Foundation
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
PF	Planification familiale

## Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. CONTRACEPTION ET ESPACE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE : ÉTUDE EXPLORATOIRE .....	5
2. LES FACTEURS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE MODERNE OU NATURELLE.....	10
2.1. Milieu de vie de la femme et pratique de la contraception.....	10
2.2. Âge, situation matrimoniale, comportements sexuels et pratique de la contraception	14
2.3. L'influence des variables scolaires et professionnelles sur l'adhésion féminine à la pratique de la contraception.....	16
2.4. Histoire génésique de la femme et pratique contraceptive.....	19
2.5. L'impact de l'environnement médiatique et sanitaire sur la pratique contraceptive....	21
2.6. Les modèles explicatifs de l'utilisation de la contraception .....	22
CONCLUSION.....	26
Références bibliographiques .....	28
Annexes.....	30
Annexe 1 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon différentes variables socio-économiques et la méthode de contraception utilisée (en %) ; réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) calculée selon le modèle de Bongaarts .....	30
Annexe 2 – Risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon les variables socio-démographiques .....	42
Annexe 3 – Correspondances des abréviations de l'analyse des données représentées dans les tableaux 1 et 2 .....	43
Liste des tableaux.....	44
Liste des figures .....	46
Listes des sigles utilisés.....	47