

**7<sup>e</sup> Conférence Africaine sur la Population  
Johannesburg, Afrique du Sud, 30 novembre -  
4 décembre 2015**

**Faible recours à la contraception chez les femmes en Côte  
d'Ivoire. *Quand l'offre des services de planification familiale  
et la disponibilité de contraceptifs font défaut.***

Elise KACOU<sup>1,2</sup>, Lazare SIKA<sup>1</sup>, Flore BIA-GUEU<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA)

<sup>2</sup> Institut de Démographie de l'Université de Paris 1 (IDUP)

<sup>3</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

# Introduction

---

L'Afrique subsaharienne est la région du monde où la mortalité maternelle est la plus forte : 510 décès pour 100 000 naissances.<sup>4</sup> Au sein d'un même pays, il existe des disparités selon le milieu de résidence ou même le niveau de vie des femmes. En Côte d'Ivoire, la situation n'est pas du tout reluisante avec un ratio de mortalité maternelle au-dessus de la moyenne africaine. En effet, ce ratio est de 614 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS, 2011-2012). Ainsi, le pays figure parmi les pays africains ayant un taux élevé de mortalité maternelle et où la santé de la mère demeure une préoccupation majeure. La prévalence contraceptive moderne est estimée à 13,9 % et les besoins non satisfaits en Planification Familiale (PF) s'élèvent à 27% (INS et ORC Macro, 2012). Par ailleurs, ces données révèlent que les besoins non satisfaits concernent davantage les femmes de 20 à 24 ans (33 %). Or des études ont démontré que la PF contribue à hauteur de 1/3 à la réduction de la mortalité maternelle et diminue la mortalité infantile de 10 % (Cleland et al., 2006 ; Saifuddin et al., 2012).

Diverses raisons peuvent expliquer le non recours des femmes aux moyens de contraception modernes malgré la nécessité. Parmi celles-ci figurent les facteurs sociaux, culturels ou politiques : opposition à la planification familiale de la part de la famille ou des communautés religieuse et sociale, manque de volonté politique qui entraîne un accès limité à l'information, aux produits et aux services de planification familiale<sup>5</sup>. C'est le cas de la Côte d'Ivoire qui présente des insuffisances notables en matière de disponibilité des produits de santé de la reproduction. En effet, l'enquête nationale sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant réalisé en 2010, a révélé que seulement 32 % des établissements sanitaires visités, disposaient au moment de l'enquête, d'au moins sept médicaments vitaux prioritaires de l'OMS, destinés aux femmes. Au cours des six derniers mois précédant l'enquête, 20% des structures sanitaires ont déclaré des ruptures de médicaments essentiels pour la mère, qui sont essentiellement l'atropine (20 %) et l'ocytocine (17 %). On note par ailleurs qu'un peu plus d'une structure sur trois (36 %) offrent au moins trois méthodes contraceptives.

Au regard de ce qui précède, on est tenté de se demander si l'offre des services de planification familiale et la disponibilité de contraceptifs ne seraient pas un facteur aggravant la faible pratique contraceptive.

## **I. Contexte de l'étude : *un environnement très longtemps pronataliste***

Dès son accession à l'indépendance, la Côte d'Ivoire a opté pour une politique pronataliste matérialisée par un laisser-faire en matière de fécondité et d'immigration de 1960 à

---

<sup>4</sup> <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-mortalite-maternelle-dans-le-monde/>

<sup>5</sup> Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK; partenaires de Countdown 2015 Europe

1975<sup>6</sup>. En effet, la politique nationale en matière de population était basée sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants, la planification familiale n'étant tolérée que pour assurer un espacement des naissances. Dans le discours officiel, les restrictions sévères à l'extension des services de PF étaient prononcées car les autorités estimaient que la population était insuffisante au regard de sa superficie. Ce choix en faveur d'une population nombreuse était 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 (Fassassi, 2001). Il a fallu attendre les années 1990 pour que le gouvernement se prononce en faveur d'un ralentissement du rythme de la croissance démographique. Face à la crise économique et aux programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions de Bretton Woods, le pays a été obligé de réviser sa position pronataliste. La CIPD de 1994 va confirmer le tournant idéologique de la Côte d'Ivoire en matière de population.

## II. Revue de la littérature

En Afrique Subsaharienne, les régions de l'Ouest et du Centre affichent les plus faibles taux de prévalence contraceptive moderne. Dans ces régions, seulement 8 % des femmes ont recours aux méthodes modernes de planification familiale et le taux des besoins non satisfaits est de l'ordre de 23 % (Population Reference Bureau et African Population et Health Research Center, 2008). La littérature sur la faible pratique contraceptive en Afrique subsaharienne révèle de nombreux déterminants.

Le milieu de résidence des femmes est un facteur qui discrimine la pratique contraceptive. En effet, les écarts observés entre les milieux urbain et rural mettent en exergue des disparités dans l'accessibilité et la disponibilité des services et des méthodes contraceptives (Ngueyap, 2000). Pour Evina (2005), la résidence en milieu urbain, de la femme au moment de l'enquête, augmente sa propension à la pratique contraceptive. Celle-ci est encore plus importante si la femme résidait dans l'une des deux plus grandes villes du Cameroun (Yaoundé ou Douala). De même, Evina et Ngoy (2001) ont pu établir qu'au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Centrafrique et au Sénégal, l'urbanisation est l'un des facteurs de modernisation qui permet aux femmes de recourir aux méthodes modernes de planification familiale.

Dans la littérature, il ressort que l'éducation se révèle comme un facteur important de la pratique contraceptive (Tapinos et al., 2001 ; Mason, 2014<sup>7</sup>)<sup>8</sup>. En effet, Ngueyap (2000) dans

---

<sup>6</sup> Anoh, Fassassi et Vimard. Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire. CEPED. Pp 195-223.

<sup>7</sup> Mason O K . 2014. L'impact du statut social des femmes sur la fécondité dans les pays en développement. In Leridon H. (dir) Les théories de la fécondité. pp.447-472. Ined Paris.

<sup>8</sup> Vimard P., Anoh A., Guillaume A. 2001. La croissance démographique. In Tapinos G, Hugon P., Vimard P., 2001. La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. Défis démographiques et développement durable. Karthala. Pp. 15-88.

son étude portant sur douze pays d'Afrique subsaharienne arrive à la conclusion que la scolarisation par le degré d'acculturation qu'elle crée favorise le recours à la contraception. Ce résultat est corroboré par les travaux de Evina et Ngoy (2001)<sup>9</sup> qui indiquent que l'éducation de la femme est un facteur de modernisation dont l'influence est significative dans les six pays étudiés. Pour Evina (2005), l'instruction apporte à l'individu des connaissances nouvelles qui se réfèrent le plus souvent aux modèles culturels dits modernes. Ainsi, les femmes ayant atteint le plus haut niveau ont un taux d'utilisation contraceptive moderne 1,9 fois plus élevé que celles de niveau secondaire 1<sup>er</sup> cycle et près de quatre fois plus élevé que celui des femmes de niveau primaire.

La religion véhicule des valeurs, des normes et des pratiques. Elle fait partie des valeurs culturelles qui influencent l'utilisation de la contraception chez la femme. Dans le cas du Cameroun, Evina (2005) souligne que les femmes d'obédience chrétienne ont une pratique contraceptive près de 5 fois plus élevée que celles des femmes de religion musulmane. Dans son analyse, Nguéyap (2000) aboutit à un résultat similaire. En effet, il a montré qu'à l'exception du Kenya, la religion chrétienne favorise le recours à la PF. Toutefois, les femmes catholiques sont celles qui recourent le plus à la contraception que les femmes protestantes. Dans les pays du Maghreb, la religion musulmane a été favorable à la PF, en Afrique subsaharienne, la pratique de l'islam est associée au faible recours à la contraception.<sup>10</sup> Il est important de souligner que le Maroc et la Tunisie figurent parmi les premiers pays à avoir adopté des politiques très actives de régulation des naissances.

Selon Evina (2005), la pratique contraceptive dépend du niveau de vie de la femme et du couple. Toutefois, on observe une différence de comportement au sein même du milieu urbain. En effet, l'influence du niveau de vie sur la pratique contraceptive reste limitée dans les villes de Yaoundé et Douala. Dans ces deux grandes agglomérations, il n'existe pas de discrimination dans l'accès à l'information et à de meilleurs services. Autrement dit, toutes les couches de la population ont les possibilités de recourir aux services de la PF. En revanche, dans les villes secondaires et en milieu rural, le recours à la contraception est réservé aux femmes résidant dans un ménage nantis.

Le statut matrimonial de la femme surtout le type d'union est déterminant dans l'utilisation de la contraception. En effet, dans les unions polygamiques, il existe une compétition entre coépouses ; les femmes les plus fécondes sont généralement plus appréciées par le mari. Dans un tel contexte, les femmes en union polygame sont moins susceptibles d'utiliser la contraception que les monogames. Par ailleurs, la co-résidence avec le conjoint agit également sur la pratique contraceptive. Ainsi, à partir des données des EDS 1991 et 1998, Evina (2005) observe que les femmes mariées n'habitant pas avec leur conjoint ont une

---

<sup>9</sup> Evina A et Ngoy K. 2001 l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espace à la limitation des naissances. In Gendreau F. et Poupard M. Les transitions démographiques dans les pays du sud. Actualité Scientifique. Pp253-268.

<sup>10</sup> Nguéyap F 2000. Pratique contraceptive en Afrique subsaharienne. Niveaux, tendances et déterminants. In Pilon M., Guillaume A. (ed). Maîtrise de la fécondité et planification familiale au sud. Pp163-175.

probabilité d'utilisation contraceptive plus de deux fois supérieure à celles qui habitent avec leur époux.

Pour la femme en union, l'utilisation de la contraception ne dépend pas uniquement d'elle mais également de son conjoint. En effet, il ressort des travaux antérieurs que le niveau d'instruction du couple est un élément important dans l'utilisation de la contraception. Dans une analyse menée au Cameroun, Evina (2005) observe que la pratique contraceptive moderne est plus élevée chez les couples hypogames (la femme est plus instruite que son époux) que chez les autres couples et ceci quel que soit le niveau d'instruction des conjoints. Par contre, les couples homogames ont une prévalence contraceptive plus faible

La communication dans le couple influence le recours à la contraception. La discussion entre conjoints des problèmes liés à la planification familiale est un facteur important et déterminant dans la persuasion du couple à utiliser une méthode contraceptive.<sup>11</sup>

### **III. Données et méthodologie**

Dans le cadre de cette communication, les données de l'EDS-MICS 2011-2012, portant sur 10060 femmes de 15-49 ans, sont utilisées. Elles sont complétées par celles de l'enquête nationale 2014 sur les services et les produits de la santé de la reproduction. Il s'agit d'une enquête initiée par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Du point de vue méthodologique, des analyses descriptives et une régression logistique sont également utilisées.

### **IV. Résultats**

Le « nombre de naissances vivantes » et le « niveau d'instruction de la femmes » sont les déterminants dans l'utilisation de la contraception. En effet, plus le nombre de naissances est important plus les femmes ont recours aux méthodes contraceptives modernes. Aussi, il existe une relation positive entre le niveau d'instruction et la prévalence contraceptive. Ainsi, les femmes de niveau secondaire ou plus ont 2 fois plus de chances d'utiliser les méthodes contraceptives modernes que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école.

Par ailleurs, d'autres variables comme le désir de ne pas avoir d'autres enfants, la connaissance du cycle, l'instruction du mari et le désir du mari d'avoir moins d'enfants favorisent l'utilisation de la contraception moderne. En outre, le fait pour une femme de résider en milieu urbain apparait comme un déterminant de la pratique contraceptive moderne. A ce niveau, il est important de souligner que les villes offrent davantage l'accès à l'information mais aussi aux services de planification familiale. Cependant, il se pose même en milieu urbain, un véritable problème de disponibilité de contraceptifs pouvant aggraver la faible prévalence contraceptive.

---

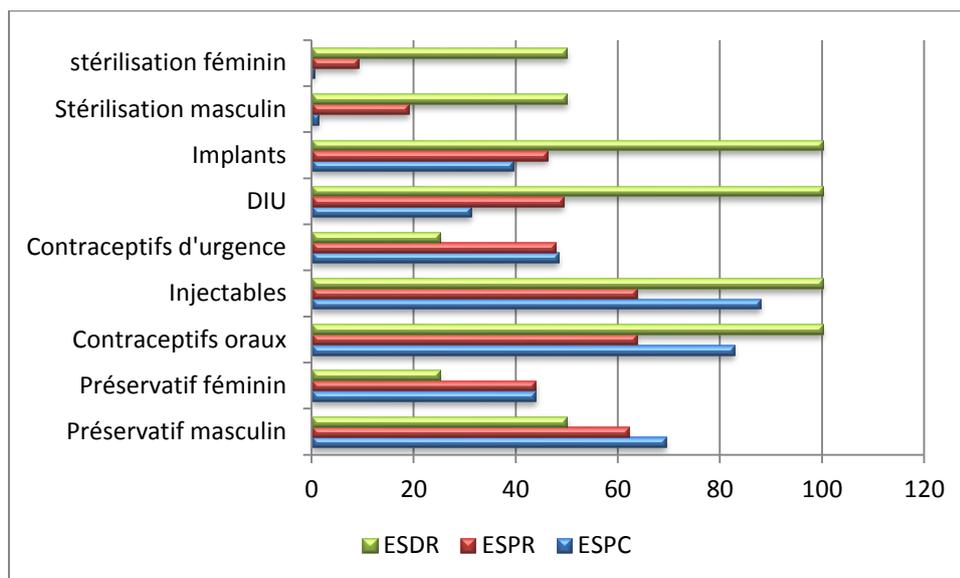
<sup>11</sup> Evina A. 2005. Les facteurs de la contraception au Cameroun. GRIPPS. Documents d'analyse N°6. 46p.

## La non disponibilité des contraceptifs dans les services de PF pouvant conduire à la baisse de la prévalence contraceptive

Conformément aux normes et directives, tous les moyens de contraception devraient être disponibles dans les établissements sanitaires pour permettre effectivement le libre choix des méthodes par les clients. Pour l’OMS<sup>12</sup> (1997, p.15) «la mise à la disposition d’un vaste éventail contraceptif encourage les femmes et les couples à poursuivre la pratique de la contraception en leur permettant d’abandonner une méthode au profit d’une autre méthode qui est mieux adaptée à leurs nouvelles exigences ». Mais dans la réalité, le constat est tout autre en Côte d’Ivoire. On notera qu’environ un Point de Prestation de Service sur 5 n’arrive pas à offrir au moins trois méthodes modernes.

Pour les préservatifs masculins, on s’attendait à ce qu’ils soient proposés par tous les établissements sanitaires compte tenu de leur double fonction (contraception et prévention contre les IST/VIH/Sida). On observe que seulement 69,4% des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), 62,1% des établissements sanitaires de premier niveau de référence et 50% des établissements sanitaires de deuxième niveau de référence le proposent.

**Tableau :** Moyens de contraception proposés selon le niveau de soins (en %)



Source: SR/PF/ENSEA 2014

En plus du fait que tous les moyens contraceptifs ne soient pas proposés, de fréquentes ruptures de stocks sont observées. La rupture des stocks est un problème récurrent dans les structures sanitaires visitées. En effet, le jour de l’enquête, la quasi-totalité (99,6 %) des points de prestations de service de santé connaissait une rupture de stocks de produits contraceptifs (Tableau A1). La modification de la période de référence ne modifie pas le constat de rupture de stock. Même en considérant les 6 derniers mois précédents l’enquête, on n’observe aucune variation. Plus grave, tous les 96 établissements sanitaires du milieu rural enquêtés étaient confrontés à une rupture de stock. Les problèmes d’accessibilité

<sup>12</sup> La planification familiale, un gage de santé. 35p

géographique étant réels en milieu rural, il est probable qu'une cliente n'ayant pas pu acquérir son contraceptif à la date indiquée à cause d'une rupture de stock risquerait soit d'abandonner la contraception moderne soit contracter une grossesse contre son gré.

### **Conclusion**

A l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire a une fécondité élevée à laquelle est associée une faible pratique contraceptive (Leridon, 1996). De nombreux facteurs tant économiques que culturels et sociaux ont été identifiés dans la littérature pour expliquer le faible recours à la contraception moderne. Toutefois, il serait judicieux de mieux documenter l'impact de la non disponibilité permanente des produits de contraception dans les points de prestation de service sanitaire sur le recours futur des clientes. Car des ruptures fréquentes de stocks de contraceptifs peuvent avoir des conséquences fâcheuses sur l'efficacité des méthodes et décourager les efforts de contraception. En d'autres termes, des contraceptifs non disponibles ou non proposés sont autant d'occasion manquée pouvant conduire à l'abandon d'une méthode contraceptive, à la non utilisation, à une grossesse non désirée, un espacement de naissance non réalisé, etc.

## Annexe

Tableau A1: Répartition (%) des points de prestation de services ayant des moyens de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par type d'établissement

		Absence de rupture de stock au moment de l'enquête	Rupture de stock au moment de l'enquête	TOTAL
<b>Niveau de soins</b>	ESPC	0	141	141
	ESPR	1	91	92
	ESDR	0	4	4
<b>TOTAL</b>		1	236	237

Source, SR/PF/ENSEA 2014

Tableau A2 : Répartition (%) des points de prestation de services n'ayant connu aucune rupture de stock des moyens de contraception modernes au cours des six derniers mois, par type de gestion de l'établissement

		Rupture de stock au cours des 6		TOTAL
		Effectif	Pourcentage	Effectif
Type de gestion du PPS	Public	195	100,0	195
	Privé	32	100,0	32
	Communautaire	5	100,0	5
	ONG	3	100,0	3
	Confessionnel	2	100,0	2
<b>TOTAL</b>		237	100,0	237

Sources : ENSEA, 2014