

FEMMES, FÉCONDITÉ ET VULNÉRABILITÉ DANS LES QUARTIERS PRÉCAIRES DE YOPOUGON (ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE)

DOUMBIA Mohamed

Enseignant-chercheur
Université de Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire)
10 BP 2830 Abidjan 10
doumess2003@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'une des caractéristiques des quartiers précaires d'Abidjan est le déficit d'accès aux services sociaux de base associé à la pauvreté. En dépit des conditions de vie difficiles, les perceptions liées à la fécondité demeurent encore pro-natalistes. L'article examine le rapport entre la fécondité et la vulnérabilité urbaine et montre que l'absence de moyens durables de gestion de la fécondité peut contribuer à augmenter la vulnérabilité des femmes.

L'approche de la recherche a été à la fois qualitative et quantitative (entretiens, focus groups et enquêtes par questionnaires).

En dépit du contexte de pauvreté, de leur subordination et de l'existence de capitaux de gestion durable de leur fécondité, les idéaux de forte fécondité sont valorisés par les femmes.

La fécondité constitue à la fois une cause et une conséquence de la vulnérabilité.

Mots-clés : Femmes, Quartiers précaires, Fécondité, Vulnérabilité, Abidjan

ABSTRACT

One of the characteristics of slums in Abidjan is the poverty related to the lack of access to basic social services. Despite the adverse living conditions, perceptions related to fertility are still pro-natalist. This article examines the relationship between fertility and urban vulnerability and shows that the lack of sustainable management means of fertility can increase vulnerability of women. The research approach was both quantitative and qualitative (interviews, focus groups discussion, and questionnaire surveys).

Despite the context of poverty, subordination and the existence of assets for sustainable management of their fertility, high fertility ideals are valued by women. Fertility is both a cause and a consequence of vulnerability.

Key words: *Women, Slums, Fertility, Vulnerability, Abidjan*

INTRODUCTION

Les villes du sud se caractérisent pour la plupart par une vulnérabilité grandissante. Cette vulnérabilité peut être sociale, infrastructurelle ou industrielle (Milbert, 2003 : 315) et cela se manifeste généralement par d'importants déficits en matière de services essentiels tels que : l'accès à l'eau, à l'électricité, à l'éducation, aux soins de la santé... (Tanner et Obrist, 2002 : 8-10, Harpham, 2002 : 11-14). Ces déficits majeurs concourent aussi à rendre plus difficile la vie quotidienne des populations urbaines. La croissance rapide de la population associée à la baisse de la croissance économique est l'une des principales causes qui sous-tendent les problèmes urbains en général et ceux liés à la santé en particulier.

Les populations urbaines et singulièrement celles des quartiers précaires sont non seulement exposées à ces problèmes, mais elles manquent le plus souvent de moyens pour y faire face (Chambers, 1989 ; 1-7). Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette réalité. En effet, Abidjan est une mégapole qui offre le contraste de quartiers de très hauts standings et de quartiers d'habitations précaires. Ces quartiers précaires se caractérisent par leur déficit d'accès aux services sociaux de base notamment l'eau, l'assainissement, l'éducation et aux services de santé, ce qui accroît considérablement la vulnérabilité des populations. En dépit de ces problèmes associés à un taux d'accroissement naturel élevé, entre 9% et 13% (INS, 1998), les idéaux de forte fécondité sont encore valorisés dans les quartiers précaires, à l'instar de la société ivoirienne. L'enfant est perçu comme le gage d'un futur meilleur pour les parents. La nombreuse progéniture devient ainsi une stratégie pour échapper à la pauvreté.

L'enfant comme moyen de réduction de la vulnérabilité est en définitive le résultat d'un calcul individualiste ou de couple des coûts et bénéfices des enfants (Price, 1996 : 441-447) et/ou la maximisation des gratifications.

Dans ce contexte de pauvreté, la fécondité augmente la vulnérabilité des femmes qui sont en situation de danger du fait de la pauvreté et de leur spécificité de femmes (Parkar, Fernandes et Weiss, 2003 : 291-308). Elles doivent prendre soin des enfants et faire face aux coûts de « l'élevage » et de l'éducation des enfants.

Selon Moser (1998 : 1-19), il existe trois principales caractéristiques de la vulnérabilité urbaine : (i) le niveau élevé des risques environnementaux, (ii) les capitaux (capital social, capital physique, capital financier et capital humain) des individus et, (iii) la fragmentation sociale.

Cet article s'appuie sur le cadre d'analyse de la vulnérabilité proposé par Moser pour examiner le rapport entre la fécondité et la vulnérabilité urbaine. En d'autres termes, il essaye de montrer que l'absence de moyens durables de gestion de la fécondité peut contribuer à augmenter la vulnérabilité des femmes et des ménages. Dans l'analyse du rapport entre la fécondité et la vulnérabilité, l'analyse s'appuie sur les atouts ou capitaux que les femmes possèdent ou peuvent mobiliser pour faire face aux difficultés.

Dans cette perspective, l'analyse va porter sur (i) les caractéristiques des quartiers précaires et les conditions de vie des populations, (ii) les caractéristiques des femmes associées à leurs perceptions liées à la fécondité et (iii) les capitaux dont disposent les femmes et les ménages.

1. APPROCHE CONCEPTUELLE

Le concept essentiel pour la compréhension de cet article est celui de la vulnérabilité.

Le concept de vulnérabilité a surgi à la fin des années 1980 et le début des années 1990 dans la littérature sur les catastrophes naturelles et les famines. Son champ d'application étant vaste, nous nous focaliserons sur celui du milieu urbain dans le contexte de la pauvreté. Robert Chambers a proposé une définition consensuelle de la vulnérabilité. S'opposant à l'amalgame qui est faite entre le vulnérable et le pauvre, il a dégagé une définition de la vulnérabilité selon laquelle, la vulnérabilité qui n'est pas synonyme de pauvreté renvoie à l'incapacité pour l'individu de se défendre, de faire face aux chocs et au stress (Chambers, 1989 :1-7).

Partant de la définition de Chambers et d'autres auteurs, la vulnérabilité s'appréhende à travers (i) le risque d'exposition à une situation de crise, (ii) le risque de ne pas avoir les moyens pour faire face à cette crise ou à cette exposition et (iii) le risque d'être soumis aux conséquences de la crise.

Le concept de vulnérabilité n'est donc pas nouveau et est plus largement compris comme le degré de sensibilité des systèmes (les ménages, les communautés et les organisations) à la perte, aux dommages, à la souffrance et à la mort en cas de « danger ou de catastrophe naturelle (Wamsler, 2007 :115-142.)

Le concept de vulnérabilité est utilisé dans différents domaines tels que les catastrophes naturelles, la psychologie, la médecine, la criminologie..., mais également dans les études en sciences sociales en milieu urbain.

Dans cet article, nous nous appuyerons sur la définition proposée par Moser et le cadre d'analyse qu'elle propose pour la compréhension de la pauvreté en milieu urbain.

Moser définit la vulnérabilité comme l'insécurité et la sensibilité dans le bien-être des individus, des ménages et des communautés face à un environnement changeant, et implicitement, leur capacité de réponse et la résilience aux risques qu'ils affrontent durant de tels changements négatifs."

La vulnérabilité est donc comprise en termes de manque de résilience aux changements qui menacent le bien-être; lesquels changements peuvent être environnementaux, économiques, sociaux et politiques, et ils peuvent prendre la forme de chocs soudains. Ces changements apportent habituellement une augmentation du risque et des incertitudes.

Dans cette perspective, Moser identifie trois grandes caractéristiques de la vulnérabilité urbaine que sont : (i) la marchandisation qui se réfère à l'économie urbaine (un abri, la nourriture, l'eau et de nombreux autres biens et services), (ii) les aléas environnementaux qui renvoient à la faible qualité de l'habitat et l'approvisionnement inadéquat en eau, en systèmes d'égouts et de traitement des déchets solides), et (iii) la fragmentation sociale qui renvoie aux rapports sociaux : plus la cohésion est forte, plus les mécanismes de confiance et de collaboration internes au ménage sont forts.

Dans l'analyse de la vulnérabilité urbaine, Moser met en avant les [«assets»] ou « atouts » qui renvoient à ce que les populations pauvres ont et non pas ce qu'elles n'ont pas pour mettre en évidence leur vulnérabilité. C'est donc ce stock d'« atouts » qui détermine leur degré de vulnérabilité.

Le cadre d'analyse de Moser examine ces « atouts à travers :

- Le capital physique qui renvoie aux stocks de biens, d'équipements, d'infrastructures et autres ressources productives appartenant aux individuels ou à la collectivité.

- Le capital humain qui fait référence aux stocks de ressources personnelles, socialement et économiquement productives, et le développement du capital humain qui est intimement lié à la disponibilité des infrastructures socio-économiques. Les services sociaux tels que l'éducation assurent les compétences et

les connaissances aux individus pendant que les infrastructures économiques telles que l'eau, le transport, et l'électricité ainsi que les soins de santé, leur permettent d'utiliser leurs compétences et connaissances de façon productive.

- Le capital financier qui renvoie aux les ressources financières dont disposent les individus, les ménages et les communautés (épargne, crédits etc.)

- Le capital social qui fait référence aux moyens intangibles définis comme les règles, les normes, les obligations, la réciprocité et la confiance ancrée dans les relations sociales, les structures sociales et les sociétés. Il est intégré au niveau micro-institutionnel (collectivités et ménages), ainsi que dans les règles et règlements régissant les institutions formelles.

La vulnérabilité est donc étroitement liée à un manque d'« atouts ». Moins les individus ont d'« atouts » plus ils sont vulnérables et plus leurs « atouts » diminuent, plus grande devient leur insécurité.

2. MÉTHODOLOGIE

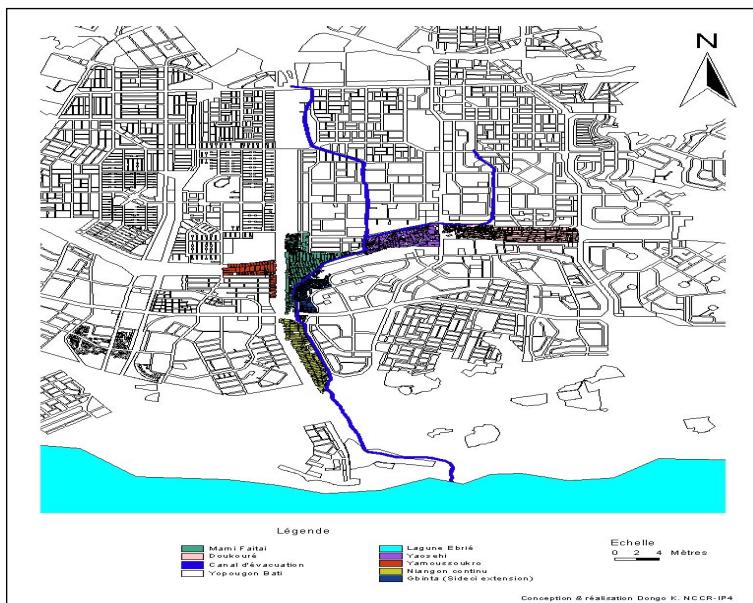
Zone d'étude

L'étude a été menée à Yopougon, la plus vaste commune d'Abidjan. Au recensement général de la population et de l'habitat de 1998, sa population était de 688.235 habitants (INS, 1998) pour une superficie de 85 Km². Avec l'accroissement de la population urbaine et le conflit armé de septembre 2002 qui a entraîné un déplacement massif de populations vers Abidjan et principalement à Yopougon, la population actuelle est estimée à plus d'un million d'habitants.

L'étude a été menée dans six (6) quartiers précaires de cette commune à savoir : Gbinta, Niangon continu, Doukouré, Yamoussoukro, Mamie Faitai et Yaoséhi (voir carte ci dessous).

Ces quartiers précaires s'étendent sur une superficie de 82 ha pour une population de 40649 habitants et 12184 ménages soit un taux d'occupation d'environ 04 (quatre) personnes par ménage (INS, op.cit).

Carte 1 : Les quartiers de la zone d'étude



Sources de données et approche méthodologique

Les données de cette étude proviennent d'une enquête dans les quartiers précaires (enquête ménage) et d'une enquête dans 3 structures sanitaires de la commune de Yopougon à savoir le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon, l'Association pour la Gestion de la Formation Sanitaire à base communautaire de Yopougon Niangon (AGEFOSYN) et la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire (FSU-Com) de Yopougon devenue Hôpital Général de Yopougon Attié.

L'approche de la recherche a été à la fois qualitative et quantitative.

Une approche qualitative à travers des entretiens semi directifs, des Focus Group Discussions et des observations directes. Les entretiens ont été menés d'une part avec les responsables et le personnel des structures sanitaires et d'autre part les femmes venues en consultation en rapport avec la planification familiale.

Les discussions de groupe ont, quant à elles, été menées aussi bien avec les femmes, les hommes que les jeunes. Les discussions ont pour l'essentiel porté sur les déterminants de la fécondité.

Quant aux observations, elles ont concerné aussi bien les structures sanitaires, les ménages que l'environnement général des quartiers précaires.

L'approche quantitative a consisté en deux enquêtes par questionnaire : l'une dans les ménages auprès de 309 femmes dans 307 ménages et l'autre dans les structures sanitaires sus-citées.

L'échantillonnage au niveau de l'enquête ménage s'est appuyé sur la base de données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998 de l'Institut National de la Statistique (INS).

En 1998, dans les 6 quartiers, l'on dénombrait 12184 ménages pour une population totale de 40649 habitants. Dans cette population, on dénombrait 20919 hommes et 19730 femmes soit respectivement 51,46% et 48,54%.

La base de sondage est constituée de l'ensemble des femmes en âge de procréer c'est-à-dire les femmes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans. L'effectif de ces femmes était de 12633 soit 31% de la population totale.

La détermination de notre échantillon s'est faite sur la base d'une précision de 5% et d'un seuil de confiance de 95%.

Ainsi, la taille minimale de notre échantillon par l'application de la formule de l'échantillonnage fut la suivante:

$$n = \frac{t^2 pq}{e^2} = \frac{1,96^2 \times 0,31 \times 0,69}{0,05^2} = 328 \text{ femmes}$$

t = coefficient dont la valeur dépend du seuil ou niveau de confiance

p = fréquence observée dans l'échantillon

e = marge d'erreur que l'on peut tolérer dans l'estimation

q = 1 - p

Avec les biais de remplissage et les refus, en définitive, ce sont 309 femmes qui ont été interrogés.

La méthode par quota qui est l'une des méthodes les plus courantes d'échantillonnage non probabiliste a été choisie pour cette étude. Etant donné que le travail porte fondamentalement sur les couples, nous avons choisi comme critère d'inclusion dans l'échantillon le fait de vivre maritalement (mariée légalement, coutumièrement, religieusement ou en concubinage) dans un ménage avec un

homme. Ont donc été pris en compte les ménages dans lesquels se trouvaient les femmes en âge de procréer avec ou sans enfant et vivant maritalement.

Quant à l'enquête dans les structures sanitaires, l'échantillonnage s'est fait de façon aléatoire. La méthode du « tout venant » a été utilisée dans la mesure où l'enquête a porté sur les femmes sorties de consultation en planification familiale.

Traitement et analyse de données

Les données quantitatives ont été saisies, traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS.11

Quant aux données qualitatives, elles ont été saisies sous Word et transportées vers le logiciel Maxqda pour traitement. Elles ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu à travers : (i) l'identification des messages clés par item, (ii) la hiérarchisation des messages selon la fréquence d'apparition, (iii) la comparaison des sources d'information et (iv) l'illustration des messages par un verbatim.

3. RÉSULTATS

Caractéristiques des quartiers précaires et conditions de vie

Les quartiers précaires se caractérisent généralement par un faible niveau d'assainissement et d'équipement et des conditions de logements précaires.

L'analyse des conditions d'assainissement met en évidence l'absence de voiries et de véritable système de gestion des eaux pluviales, des eaux usées et des excréta.

En dehors du grand canal qui relie l'ensemble des quartiers et des grands ravins créés par l'érosion du sol, il n'existe pas de caniveaux aménagés dans les quartiers. En saison des pluies, les quartiers sont impraticables. Les eaux pluviales qui ne peuvent être drainées par le canal stagnent dans les concessions ou sont évacuées dans les rues à l'aide de seaux et de balais.



Photo 2 : Vue d'un tuyau de canalisation défectueux dans le quartier Doukouré

Le déficit d'assainissement s'observe également au niveau de la gestion des déchets solides. L'inaccessibilité des quartiers rend difficile, voire impossible, le ramassage des ordures ménagères par les structures en charge de la collecte des ordures.

En matière d'hygiène, une enquête transversale menée par le Centre Suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire en 2003 et complétée par les observations faites lors des passages répétées à montré que 97,67% des ménages disposent de latrines et 95,61% de douches aménagées. Cependant, 42,29% de ces latrines sont de type traditionnel.

En dehors des habitations familiales, les douches et les latrines sont généralement communes à tous les locataires. La qualité des latrines et des douches associée à l'absence de véritables fosses septiques fait craindre des risques de maladies.

En dépit de l'absence d'un véritable système de gestion des déchets solides et liquides, les quartiers bénéficient tout de même d'équipements et de services de proximité. Il s'agit notamment de l'eau et de l'électricité. 96,45% des ménages possèdent l'électricité, mais ne possèdent pas de compteur de la Compagnie Ivoirienne d'Electricité (CIE). Le monopole de la fourniture en électricité est assuré par les « *redistributeurs* ».

En ce qui concerne l'eau, tous les quartiers sont desservis en eau potable selon diverses sources d'approvisionnement. Mais, la principale source d'approvisionnement en eau demeure encore les revendeurs d'eau. 81,13%

des habitants ont recours aux revendeurs d'eau installés dans les quartiers comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Répartition des sources d'approvisionnement en eau de boisson par quartier (en%)

| Quartiers | Sources d'approvisionnement en eau de boisson | | | | |
|-----------------|---|----------------------|----------------|-----------|----------|
| | Robinet dans le logement | Robinet dans la cour | Borne fontaine | Revendeur | Effectif |
| Yaoséhi | 1,32 | 0,99 | 0,33 | 97,03 | 303 |
| Doukouré | 1,33 | 4,66 | 6 | 90,67 | 300 |
| Gbinta | 16,78 | 50,67 | 4,03 | 26,85 | 298 |
| Niangon Continu | 0,34 | 2,02 | 1,01 | 95,96 | 297 |
| Mamie Faitai | 3,93 | 10,16 | 2,62 | 83,61 | 305 |
| Yamoussoukro | 3,01 | 2,67 | 29,43 | 92,31 | 299 |
| Ensemble | 4,44 | 11,82 | 7,21 | 81,13 | 1802 |

Source : CSRS, 2003

Ce quasi monopole des revendeurs d'eau s'explique par le fait que les populations sont dans l'impossibilité de se faire installer les compteurs de la Société de Distribution de Côte d'Ivoire (SODECI) qui ne sont pas encore à leur portée. Seulement 4,44% des ménages possèdent le robinet dans le logement et 11,82% qui ont le robinet dans la cour.

L'habitat, on le sait, est un élément important de la structuration de l'espace. Contrairement aux premières constructions de types favelas des années 1970-1980, aujourd'hui les constructions dans les quartiers sont pratiquement toutes en dur, en dehors de certains endroits de Yaoséhi et de Doukouré où l'on trouve encore des constructions en bois. En effet, 88,57% des maisons ont le ciment pour matériau de construction du mur contre 9,76% pour le bois et seulement 1,28% pour les tôles. Quant aux matériaux de construction du toit, ils sont à 98,61% constitués de tôles contre 0,61% de plastiques.



Photo 2 : Aperçu de quelques habitations à Yaoséhi

S'agissant du type d'habitat, 87,41% des habitations sont des cours communes où vivent en moyenne 6 à 7 familles. 72,48% des logements sont des «*entrer-coucher*»¹, 18,37% des 2 pièces, 5,05% des 3 pièces et à peine 4% de plus de 3 pièces.

Même s'il n'est pas possible de parler de promiscuité en tant que telle vu la taille minimale d'un ménage qui est de 3,3 personnes, les conditions de vie constituent en elles mêmes des facteurs de risque de maladies.

La situation difficile qu'à connaît le pays a fait beaucoup de déplacés et de chômeurs.

La plupart de ces nouveaux «*pauvres*» se sont réinstallés principalement dans ces quartiers dont les loyers sont jugés généralement bas. La présence et la proximité de la zone industrielle ont aussi favorisé cet attrait pour les quartiers précaires particulièrement chez les jeunes. Cet attrait pour les quartiers précaires a contribué à augmenter le prix des loyers : les «*entrer-coucher*» de 5000-7000 francs CFA à 8000 francs et 15000 francs CFA et les 2 pièces de 10000-13000 francs CFA à 15000 -20000 francs CFA voire plus.

En terme d'équipements domestiques, les ménages possèdent des biens qui non seulement participent de leur confort mais aussi de leur capital physique; toutes choses qui leur permettent, en cas de chocs, ne pas basculer immédia-

¹ Terme couramment utilisé pour désigner les studios.

tement dans la pauvreté effective. Ces équipements vont de la télévision au fer à repasser, en passant par les postes radio et les réfrigérateurs. Les biens les plus possédés sont respectivement le ventilateur (64,84%), la radio (64,5%) et la télévision (46,53%). Seulement 3,83% des ménages possédaient au moins un moyen de déplacement.

Perceptions de l'enfant : la progéniture comme moyen d'évitement ou de réduction de la vulnérabilité

Selon Moser (op.cit), lorsque la situation économique des ménages devient difficile et que les revenus diminuent, la première et la plus importante des réponses à la vulnérabilité est la mobilisation et l'augmentation du nombre d'enfants. Dans ce cas, ce sont les femmes et les enfants qui sont les plus sollicités.

Le rapport entre la fécondité et la vulnérabilité est analysé ici non pas à travers le travail effectif des enfants et des femmes, mais plutôt à partir des perceptions vis-à-vis des enfants associée au désir d'enfants supplémentaires et les contributions des femmes en termes de responsabilité.

L'un des premiers éléments d'analyse est le différentiel de fécondité qui renvoie au nombre d'enfant par femme.

A ce niveau, l'étude révèle que les femmes sont relativement dynamiques. 84,7% (N= 308) d'entre elles ont au moins un enfant et 70% des naissances se situe dans la tranche d'âge de 20-34 ans avec un pic au niveau des 25-29 ans.

Ainsi, l'analyse de la parité des femmes permet d'affirmer que contrairement à ce qu'il est souvent observé dans les quartiers précaires, ici le niveau de fécondité n'est pratiquement pas élevé. Le nombre moyen d'enfant par femme dans l'ensemble est de 2 et pour celles qui ont au moins un enfant, le nombre moyen d'enfant est de 2,35 alors qu'au niveau national l'indice synthétique de fécondité est de 5,2 enfants par femme.

Toutefois, une analyse plus poussée permet d'affirmer qu'à long terme cette moyenne est amenée à varier considérablement si nous mettons en rapport la parité des femmes et leur âge respectif.

En effet, la majorité des femmes est jeune et ces jeunes femmes sont celles qui ont le moins d'enfants ou qui n'en ont pas du tout (tableau 2).

Tableau 2 : Parité des femmes selon l'âge

| Nombre d'enfants | Groupes d'âge | | | | | | | TOTAL | |
|------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | VA | VR (%) |
| 0 | 8 | 19 | 16 | 4 | 0 | 0 | 0 | 47 | 15,26 |
| 1 | 7 | 34 | 33 | 19 | 3 | 3 | 1 | 100 | 32,47 |
| 2 | 0 | 21 | 28 | 15 | 6 | 1 | 1 | 72 | 23,38 |
| 3 | 0 | 4 | 14 | 11 | 5 | 3 | 3 | 40 | 12,99 |
| 4 | 0 | 0 | 4 | 8 | 6 | 0 | 2 | 20 | 6,49 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 6 | 6 | 1 | 2 | 16 | 5,19 |
| Plus de 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 6 | 3 | 13 | 4,22 |
| TOTAL | 15 | 78 | 96 | 65 | 28 | 14 | 12 | 308 | 100 |
| PARITE | 1 | 1,5 | 1,8 | 2,6 | 3,4 | 4,6 | 4,2 | - | - |

Par ailleurs, parmi les femmes qui ont au moins un enfant (N= 261), 34,1% n'ont jamais été à l'école et 40,3% ont un niveau primaire contre 24,1% qui ont atteint le niveau secondaire et seulement 1,1% le niveau supérieur. Le faible niveau des femmes en général est un indicateur relativement au désir d'enfant et surtout de leur subordination à leurs conjoints en matière de prise de décisions.

La fécondité des hommes et des femmes a toujours été valorisée et continue d'être valorisée en Afrique par le biais d'arrangements familiaux, de la promotion de la maternité, les avantages réels ou supposés des enfants etc.

L'enfant comme moyen d'évitement ou de réduction de la vulnérabilité est appréhendé ici à travers l'importance que les femmes ainsi que les hommes accordent à l'enfant, mais aussi les préférences en matière de fécondité notamment le désir d'enfants. Ces perceptions partent de la fonction de reproduction sociale à l'intégration sociale en passant par la valeur économique et à la vision holiste de l'enfant comme le traduisent les propos qui suivent :

- *« Pour moi, il (l'enfant) représente tout. Les vieux disent que quand tu fais un enfant, tu lui donnes à manger. Quand tu vieillis, c'est lui qui te donne à manger. »* (Mr K.T, 42 ans, chauffeur de taxi).

- *« C'est vrai que la vie est dure actuellement, mais quand tu as un enfant, s'il travaille, il peut t'aider. Aujourd'hui, c'est ton enfant qui est pour toi »* (Mr D.S, 30 ans, commerçant)

- *«Il (l'enfant) est important parce qu'il représente tout pour la femme. Tout repose sur lui parce que je ne sais pas ce que je serai devenue si je n'avais pas d'enfant.»* (Mme K.E, 47 ans, ménagère)

- *«L'enfant c'est le trésor d'un couple. Un couple heureux est un couple qui a des enfants. On dit souvent que l'argent fait le bonheur mais quand tu n'as pas d'enfant tu es malheureux»* (Mme D.M, 30 ans, vendeuse de friperie)

Les données quantitatives confirment cette valeur éminemment importante accordée à l'enfant par les hommes et les femmes. 23,6% des femmes et 22,9% des hommes considèrent l'enfant comme une richesse quant, pour 21,6% des femmes et 17,7% des hommes, l'enfant est un soutien matériel et financier pour les vieux jours.

En termes d'investissement, 12,3% des femmes et 7,8% des hommes estiment que l'enfant est un investissement.

Dans l'ensemble, les préoccupations des hommes et des femmes sont d'ordre économique et à ce niveau le sentiment de soutien et de sécurité est plus poussé chez les femmes que chez les hommes. Car, pour les femmes, l'enfant va au-delà de la garantie de leur statut social et de leur maintien dans la famille et le groupe social, pour matérialiser la prise en charge psychosociale, matérielle et économique notamment pendant la vieillesse, période à laquelle elles disent se sentir plus fragiles et vulnérables particulièrement après le décès du mari.

Par ailleurs, il faut noter que ces perceptions vont de paire avec des attitudes vis-à-vis de l'âge limite de procréation, de l'infécondité et de la taille de la famille.

Les préférences en matière de fécondité notamment le désir du premier enfant ou d'enfants supplémentaires agit sur le niveau de fécondité. De ce désir dépendent fortement les stratégies de régulation de la fécondité.

Sur les 261 femmes qui ont déclaré avoir au moins un enfant, 214 soit 81,99% ont manifesté le désir d'avoir d'autres enfants. Les « demandeuses » dans leur majorité ont moins de trois enfants. (Tableau 3)

Tableau 3 : Désir d'enfants supplémentaires et fécondité des femmes

| Nombre d'enfants vivants | Nombre supplémentaire d'enfants désirés | | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | plus de 5 | TOTAL |
| 1 | 4 | 20 | 37 | 19 | 12 | 5 | 98 |
| 2 | 7 | 32 | 20 | 8 | 0 | 1 | 67 |
| 3 | 9 | 12 | 5 | 2 | 2 | 0 | 30 |
| 4 | 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 2 | 12 |
| 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 et plus | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Effectif | 23 | 73 | 67 | 30 | 14 | 8 | 214 |

Au-delà de la demande d'enfants en rapport avec la parité, c'est au niveau de l'âge et de l'instruction que des différences significatives sont observées.

En effet, comme l'on a pu le noter au niveau des aspects différentiels de la fécondité, la demande d'enfants est plus prononcée chez les jeunes femmes particulièrement celles de 20-24 ans qui se situent dans l'intervalle actif de fertilité.

Le constat est le même au niveau de l'instruction. Les femmes n'ayant aucun niveau (28,8%) et celles qui ont atteint le niveau primaire (33,3%) et le niveau secondaire (19,9%) sont celles qui veulent avoir d'autres enfants.

Seulement une femme sur quatre (26,1%) a évoqué des raisons économiques pour justifier le désir d'enfant(s) supplémentaire (s).

L'enfant occupe donc une place de choix dans le dispositif d'évitement ou de réduction de la vulnérabilité non pas pour ce qu'il apporte directement par son travail, mais plutôt par ce qu'il pourrait apporter à la famille lorsqu'il sera productif, d'où son importance.

En définitive, même si le nombre moyen d'enfant par femme n'est pas élevé, le fait que les perceptions relatives à l'enfant demeurent pro-natalistes et que –surtout- le besoin d'enfants supplémentaires est clairement exprimé pour des femmes majoritairement jeunes, il se pose la question des capacités des femmes et des ménages à faire face aux charges liées à l'« élevage » des enfants.

Savoir si les femmes ont des capacités à prendre en charge les enfants revient à faire une analyse de la socio-économie des ménages et des caractéristiques socio-économiques des femmes et à évaluer ainsi leurs contributions.

De façon générale, les ménages vivent dans des conditions difficiles. 93,5% des ménages se retrouvent dans des « cours communes » contre seulement 3,9% de ménages individuels.

66,3% des ménages sont des « entrer-coucher » (une pièce) et abritent 56% de l'ensemble des individus recensés dans les 307 ménages enquêtés.

A l'instar des autres ménages des quartiers précaires, la majorité possède l'électricité (98,7%), s'approvisionne en eau potable chez les revendeurs (87,3%), dispose des latrines, mais traditionnelles et pas améliorées (76,5%), et fait la cuisine avec le charbon de bois (78,1%).

Certes, 74,5% des ménages ont affirmé couvrir les dépenses du ménage en dépit de l'insuffisance du revenu du ménage, mais dans la réalité, très peu arrive à « joindre les deux bouts ».

Au niveau individuel, l'analyse des caractéristiques socio-économiques des femmes montre que les femmes n'exercent pratiquement pas d'activités à revenus importants. Bien que 55,6% d'entre elles affirment être actives, dans la réalité, les revenus tirés des activités pratiquées par ces femmes permettent à peine à subvenir à leurs propres besoins élémentaires et à ceux des enfants.

D'ailleurs, ces activités se résument au petit commerce, à la vente de fruits et légumes et de denrées alimentaires, à la vente d'eau courante à la pompe et/ou en sachet, à la vente de vêtements (friperie), à la couture et à la restauration. Seulement 3,6% des femmes sont salariées contre 35,2% de ménagères. En dépit de la faiblesse des revenus tirés de leurs activités, 45,3% de ces femmes contribuent aux dépenses de leur ménage respectif.

Face à la situation économique difficile, cette contribution est appréciée et même réclamée par les hommes car, dans plus de la moitié des couples (57%), c'est l'homme seul qui fait face aux dépenses du ménage contre seulement 3,9% des couples dans lesquels c'est plutôt la femme qui assume les responsabilités de chef de ménage. Et, même si l'on ne peut pas parler de solidarité en tant que telle, l'on observe tout de même que dans 39,1% des ménages, l'homme et la femme mettent en commun leurs efforts pour faire face à la survie du ménage.

Les entretiens individuels effectués avec les femmes ont toutefois permis de comprendre que la participation aux dépenses du ménage est une obligation voilée pour ces femmes. Pratiquement délaissées par leurs maris et contraintes de nourrir elles-mêmes les enfants, la contribution aux dépenses constitue pour elles un moyen d'affirmer leur présence et leur utilité dans le ménage. Mais en même temps, cette contribution participe de la préservation de leur foyer.

Le capital humain moyen d'évitement ou de réduction de la vulnérabilité

Le capital humain des femmes est analysé ici à partir des structures de santé de la reproduction/planification familiale et surtout leur disponibilité et leur utilisation par les femmes.

Les six quartiers de la zone d'étude sont couverts par trois structures de santé offrant des prestations en Santé de la Reproduction (SR) et en Planification Familiale (PF). Il s'agit du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon, du centre de santé de l'Association pour la Gestion de la Formation de Sanitaire de base de Yopougon Niangon (AGEFOSYN) et de la Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire (FSU COM²) de Yopougon, communément appelée PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Yopougon. A ces structures sanitaires de service public, il faut ajouter les nombreuses cliniques privées.

En dehors du CHU de Yopougon qui est relativement éloigné, les autres structures sanitaires se situent à la périphérie des quartiers. Mais, bien qu'éloigné, le CHU, vue la qualité de son plateau technique, assure le suivi en planification familiale d'un nombre important de femmes.

L'AGEFOSYN couvre le quartier de Niangon continu et une partie de Yamoussoukro et de Gbinta tandis que la Formation Sanitaire à base Communautaire Urbaine couvre les quartiers de Mamie Faitai, Yaoséhi et une partie de Yamoussoukro et de Doukouré.

En dehors de la proximité qui est un avantage, la multiplicité des moyens de transport permet d'accéder facilement aux structures sanitaires. Les coûts liés au transport sont dans l'ensemble acceptable, entre 150 francs et 250 francs CFA selon la distance. Toutes ces structures sont connues de la majorité des femmes (91,1%).

2 A la faveur de la réorganisation des services de santé, le gouvernement a érigé la FSU COM en Hôpital général. La nouvelle dénomination de la FSU COM est Hôpital Général de Yopougon Attié

En ce qui concerne les coûts des services, en dehors du service de Planification Familiale (PF) du CHU, la consultation dans les autres structures de santé est payante.

Les prix des contraceptifs varient également d'une structure à l'autre et d'un produit à l'autre.

Dans l'ensemble les prix pratiqués au CHU sont un peu plus bas que ceux pratiqués dans les autres structures sanitaires. A titre d'exemple, la pilule est vendue à 150 francs CFA au CHU contre 200 francs CFA pour les autres structures sanitaires ; les injectables de 2 mois et de 3 mois coûtent 500 francs CFA au CHU alors qu'ils sont vendus à 800 francs CFA à l'AGEFOSYN pour la dose de 2 mois et à 1200 francs CFA pour la dose de 3 mois.

Pendant qu'au CHU le stérilet coûte 1500 francs CFA, à la clinique de l'Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF) de la Formation Sanitaire à base Communautaire, il est acheté à 2750 francs CFA.

C'est seulement au niveau du préservatif et du spermicide que les prix pratiqués sont les mêmes dans les trois structures: 25 francs CFA pour le préservatif et 500 francs CFA pour le spermicide.

Par ailleurs, le fait que les ruptures de stocks de produits contraceptifs soient peu fréquentes, cela concourt à assurer la disponibilité des produits.

La différence entre le CHU et les autres structures vient du fait que le CHU est une structure publique et les produits sont livrés par le Programme National de la Santé de la Reproduction/Planification Familiale (PNSR/PF) qui est largement subventionné par l'Etat de Côte d'Ivoire et les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux ; ce qui n'est pas le cas des autres structures sanitaires qui sont privées.

Comme on le voit, l'accessibilité géographique et financière des structures de santé ne semble pas constituer un obstacle majeur à leur utilisation des structures sanitaires, et à priori à l'utilisation des moyens contraceptif. Cependant, l'étude révèle que les femmes ont une bonne connaissance des méthodes contraceptive (91,5%), mais cette bonne connaissance ne se traduit pas toujours par une utilisation systématique. Or, la non pratique de la contraception augmente les risques de grossesses généralement non désirées et de la mortalité maternelle. Sur les 283 femmes qui ont déclarés connaître au moins une méthode contraceptive, seulement 158 les utilisent soit 51,2% de l'ensemble des femmes enquêtées.

A ce niveau, il faut indiquer que si les méthodes modernes sont les plus connues, en pratique, c'est la continence périodique qui est la plus utilisée. Une femme sur deux l'utilise comme pratique de régulation de la fécondité. Or cette méthode est de loin la méthode la plus risquée.

Dans l'ensemble, la non-utilisation des contraceptifs et dans une moindre mesure la non fréquentation des structures de SR/PF est beaucoup plus liée à d'autres facteurs qu'au pouvoir d'achat des ménages et des femmes.

L'étude révèle que la non-utilisation des contraceptifs par les femmes est liée pour l'essentiel au désir d'avoir des enfants (36,8%, N= 125). Seulement 2 femmes (1,6%) ont évoqué le manque de moyens financiers comme contrainte à l'utilisation des contraceptifs. Cette dernière observation traduit bien l'importance de l'enfant au-delà de la possession de moyens financiers.

Le capital social : fragmentation sociale ou cohésion sociale ?

Le capital social d'un individu est une ressource sociale que ce dernier tire de ses interactions culturelles et/ou structurelles avec d'autres individus. Le capital social permet de générer des externalités durables qui affectent la situation économiques et sociales des individus. Il se manifeste ainsi à travers les solidarités sociales, ethniques ou familiales.

Le capital social est analysé ici à travers les organisations mises en place par les communautés et principalement les femmes.

Les quartiers précaires se composent de plusieurs nationalités. Pour préserver et/ou resserrer les liens traditionnels et ancestraux, chaque communauté s'est constituée en association calquée sur le modèle du pays, de la région ou de l'ethnie d'origine.

A côté de ces associations, gravitent les associations de femmes qui sont à l'image des groupes d'intérêts. Il s'agit singulièrement des associations de commerçantes et les tontines.

Si les associations de commerçantes fonctionnent comme des clubs d'échanges d'informations et de produits (produits vivriers notamment), c'est au sein des tontines que les rapports de solidarité sont les plus manifestes. Dans ce type d'association, les femmes mettent en commun leur épargne en vue de trouver des solutions à leurs problèmes. Nous avons ici la forme la plus élémentaire de la tontine c'est-à-dire que chaque membre verse régulièrement ses cotisations et le fonds commun est créé et distribué tour à tour à chacune des membres par tirage au sort en général ou par choix volontaire.

On distingue deux formes de tontines : les tontines à but économique et les tontines à but social. Celles que nous qualifions d'économique découlent en fait des activités économiques exercées par les femmes. Avec la pauvreté et surtout les difficultés pour les femmes d'avoir accès au crédit, mais aussi de rassembler des capitaux personnels en vue de faire prospérer leurs activités ou de se lancer dans d'autres activités génératrices de revenus, les tontines constituent une alternative plus sûre.

Les fonds que reçoit chaque adhérente lui permettent non seulement de faire prospérer son commerce, mais également de scolariser les enfants et de faire face à ses dépenses vestimentaires et autres soins de santé et même de beauté.

Par contre, les tontines à but social ont pour but de s'entraider. Les adhérentes ne sont pas guidées par un souci de prospérité. La question au cœur des rapports sociaux est celle de savoir : « comment faire pour aider telle ou telle sœur en cas de problème ? »

Les formes de cotisations vont donc au-delà de l'argent pour prendre en compte les biens matériels tels que les savons, les pagnes, l'huile etc. En rapport avec les questions de fécondité, cette dernière forme de tontine tend à faire l'apologie de la fécondité.

En effet, la mise en commun de ces « biens », au-delà de l'expression de la solidarité, a pour but de réduire les dépenses futures liées aux mariages et aux baptêmes de nouveau-nés.

La demande d'enfant étant forte, cet investissement permet d'amortir ainsi les « chocs », toutes choses qui concourent à la « vulgarisation » des idéaux de forte fécondité.

Par ailleurs, si les associations créées dans ces quartiers font ressortir une certaine cohésion sociale, il faut indiquer que cette cohésion trouve paradoxalement ses limites face aux questions liées à la fécondité.

En effet, les questions relatives à la fécondité sont diversement perçues dans les communautés. Ceux qui, face à la crise économique, sont devenus de plus en plus conscients des difficultés pour les ménages de faire face aux dépenses d'une descendance nombreuse, ont du mal à l'évoquer comme un problème « quelconque » de peur de choquer les pro natalistes. En tant que problème perçu, il n'est partagé ou évoqué que dans la sphère privée. Même lorsqu'il est évoqué, il se limite au niveau de la parenté à plaisanterie ou des alliances.

Pour certains hommes, leur parler de la fécondité revient à faire irruption dans leur vie privée ou familiale. C'est pourquoi, au risque d'effriter les amitiés, le sujet fait rarement l'objet de débat ou de discussions dans les quartiers précaires.

Chez les femmes par contre, du fait de la féminisation de la procréation liée aux constructions sociales, le sujet est régulièrement débattu parmi les femmes soit en termes de plaisanteries, soit comme un sujet de préoccupation. La préoccupation ici n'est pas nécessairement liée aux risques de la descendance nombreuse mais plutôt aux perceptions en rapport avec l'infécondité chez certaines femmes.

Entre les hommes et les femmes, le dialogue de genre est encore très limité. Il n'existe pratiquement pas de pont entre les hommes et les femmes à ce niveau. Même quand les hommes et les femmes en parlent, cela se limite à sphère respective.

CONCLUSION

En s'appuyant sur le cadre d'analyse proposé de Moser et en mettant en évidence les atouts des femmes, l'étude va au-delà de la pauvreté monétaire pour examiner les ressources que les femmes ont et peuvent utiliser pour réduire leur vulnérabilité reproductive.

L'examen de la vulnérabilité des femmes permet de mettre en évidence des risques environnementaux liés à leurs conditions de vie. Dans ces quartiers précaires, les femmes et les enfants apparaissent en effet, comme les premières victimes des conditions environnementales extrêmement dégradées. Elles sont également confrontées directement aux problèmes environnementaux dans leurs tâches quotidiennes. De plus, les conditions environnementales et de vie sont des facteurs de risque pour les maladies et augmentent les risques de morbidité et de mortalité infantile et néonatale. Ces risques qui sont réels ne sont pas toujours perçus par les femmes et les moyens pour y faire face ne sont pas à la portée des ménages dans bien des cas.

Si de façon générale, l'on observe que les milieux défavorisés se distinguent par leur taux de fécondité élevés, dans les quartiers précaires de Yopougon, ces taux demeurent encore relativement bas. Toutefois les perceptions liées à l'enfant demeurent encore traditionnelle, la demande d'enfant est forte et les idéaux de forte fécondité sont promus. Et, bien que les femmes aient une bonne connaissance des méthodes modernes de contraception, très peu de femmes

les utilisent en dépit de la proximité et de la disponibilité des services de planification familiale. Leur vulnérabilité reproductive réside pour l'essentiel dans leur dépendance économique et sociale vis-à-vis des hommes. Cette dépendance renforcée par les relations inégalitaires tant dans la sphère domestique que publique, participe du maintien des idéaux de forte fécondité, mais aussi et surtout de la non utilisation par ces femmes de méthodes contraceptives.

L'analyse des atouts des femmes a montré l'existence de structures de santé accessibles et disponibles associée à des réseaux sociaux d'entraide qui sont utilisés ou qui peuvent être davantage utilisés pour gérer leur fécondité et réduire ainsi leur vulnérabilité.

Certes, Moser ne mentionne pas de façon explicite la gestion de la fécondité, mais l'utilisation de son cadre d'analyse de la vulnérabilité pour examiner cette problématique complexe dans le contexte des quartiers précaires de Yopougon, permet de mettre en évidence l'importance des atouts pour la réduction de la vulnérabilité des femmes aux conditions de vie difficiles.

En définitive, de l'analyse faite à partir du cadre d'analyse proposé par Moser, il est clair que la fécondité est aussi l'un des problèmes majeurs qui peut expliquer la vulnérabilité urbaine dans les quartiers d'Abidjan en général et de la commune de Yopougon en particulier. La fécondité constitue en définitive à la fois une cause et une conséquence de la vulnérabilité en même temps qu'elle participe – si elle est élevée - de la croissance urbaine et de l'augmentation des problèmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Chambers, R. (1989), Editorial introduction: Vulnerability, copy and policy. *Institute and Development Studies Bulletin* 20(2), 1-7
- Guillaume, A. (1999). La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan): une analyse des biographies contraceptives, Documents de recherche n°7, ETS/IRD, Paris, 26 p.
- Harpham, T. (2002), Urban Health Research in the 21st century, in *Urban Health and Development Bulletin*, vol.5, n°3& 4, September-December, pp.11-14. «India: From emergency to Surging» in *The McKinsey Quarterly*, 2001 Special Edition: Emerging markets.
- INS [Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire], 1998. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Abidjan.
- Lesthaeghe R (1989): Production and Reproduction in Sub-Saharan Africa: *An overview of organizing principles*. In R. Lesthaeghe éd, *Reproduction and Social Organization in Subsaharan Africa*, pp. 13-59.

- Milbert, I, (1995). « Processus de décentralisation municipale et environnement urbain : quelles perspectives pour les femmes ? », in Preiswerk, Y. Milbert, J., *Femmes, villes et environnement*. Textes réunis, Commission nationale suisse pour l'UNESCO, DDACE et IUED, Genève. pp.32-47.
- Milbert, I, (2003), « Vulnérabilité et résilience des métropoles », in Cuhna, A. da Rueggs, J., *Développement durable et aménagement du territoire*, Lausanne : Presse polytechniques et Universitaires Romandes : 315
- Moser, C (1998), 'The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies" in *World Development*, Vol.26, N°1, pp 1-19, World Bank, Washington DC
- Obrist, B et Tanner, M, (2002), Building Research Networks and Partnerships. Experience from a post graduate programme on Urban Health in African and Asian cities, in *Urban Health and Development Bulletin*, vol.5, n°3& 4, September-December, pp.8-10.
- Parkar, S., Fernandes, J., Weiss, M., (2003), Contextualizing mental health. Gendered experiences in a Mumbai slum, in *Anthropology and Medicine*, volume 10, n°3, December, pp.291-308.
- Price N.L (1996): The changing value of children among the Kikuyu of central province Kenya, Africa, 66(3). P. 441-447
- Wamsler, C, (2007), « Bridging the gaps: stakeholder-based strategies for risk reduction and financing for the urban poor », *Environment and Urbanization*, Vol. 19, No. 1, pages 115–142.