

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN INDONÉSIE : DES SUCCÈS MAIS AUSSI DES QUESTIONS... ET DES PROBLÈMES EN DEVENIR

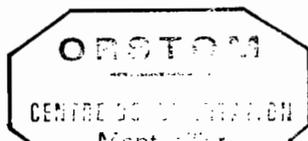
Daniel BENOIT*

L'Indonésie connaît depuis plus de 20 ans une croissance économique soutenue. Sur la même période, elle a revitalisé ou s'est lancée dans des politiques de population destinées à influencer la répartition, la structure et l'accroissement de sa population : politique de migrations organisées de Java-Bali vers les îles extérieures moins peuplées, réduction de la mortalité et de la fécondité. Les grands objectifs assignés par ces politiques n'ont pas tous été atteints avec le même succès. La grande masse de la population indonésienne réside toujours à Java-Bali. De 65 % en 1930 ce pourcentage était encore de 60 % au recensement de 1990. Si la mortalité infantile a connu une baisse de 4,3 % par an entre 1980 et 1990, selon les résultats du recensement de 1990, elle reste néanmoins avec un niveau de 65 pour 1 000 la plus élevée des pays de l'ASEAN¹. C'est aussi le cas de la mortalité maternelle qui reste malheureusement peu étudiée.

Pour la fécondité, si l'on se réfère aux résultats de la dernière enquête traitant du sujet, enquête démographique et de santé de 1991 (Biro Pusat Statistik, 1993), le seuil de remplacement est déjà atteint dans plusieurs provinces. C'est le résultat d'un rapide déclin de la fécondité qui s'est accéléré dans les dix dernières années (l'indice synthétique de fécondité a baissé respectivement de 17 % entre 1971 et 1980 et de 35 % entre 1980 et 1991) ; l'indice synthétique de fécondité s'établit maintenant à 3,02 enfants pour l'ensemble du pays. Dans la province de Yogyakarta, où l'indice de fécondité est le plus bas, il n'est que de 2,04. Ces résultats dépassent l'objectif assigné au

* Démographe, ORSTOM

1 L'ASEAN (Association of South East Asian Nations) est une organisation qui associe six pays d'Asie du Sud-Est : Malaisie, Singapour, Thaïlande, Brunei, Philippines et Indonésie.



programme de planification familiale lors de sa mise en place au début des années soixante-dix. C'est pourquoi le programme indonésien est considéré comme un modèle de programme de population pour les pays en développement.

LE PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'Indonésie, dont la population était estimée à 179 millions d'habitants au recensement de 1990, applique formellement une politique de planification des naissances depuis 1967. L'Indonésie est surtout connue comme l'exemple d'un pays où le déclin de la fécondité a précédé une amélioration économique majeure et on en a conclu que ce déclin pouvait être attribué à la planification familiale.

Les recherches en matière de planification familiale ont étudié le programme indonésien de manière isolée comme un instrument technique, cela même après que le progrès économique se soit accéléré et bien que, avec la transmigration, la planification familiale soit considérée comme un programme de développement par le gouvernement. Comme le relève Terence HULL (1991), rarement la planification familiale a été abordée dans le contexte du changement politique en Indonésie alors que les vues sur ce problème ont radicalement changé lors du passage de l'Ordre Ancien à l'Ordre Nouveau² : "le gouvernement indonésien, il y a trois décennies a clairement identifié l'accroissement rapide de la population comme un obstacle majeur au progrès économique et a clairement appelé l'ensemble de la population à réduire sa fécondité aussi rapidement que possible. Les déterminants les plus importants du programme de planification familiale résident non pas dans la formulation de la politique, la déclaration d'objectifs spécifiques mais dans la négociation de relations politiques entre les institutions gouvernementales et la

² Le 17 août 1945, SUKARNO et HATTA proclament l'indépendance de l'Indonésie encore colonie néerlandaise. SUKARNO devient le premier président de la République d'Indonésie. Jusqu'au début des années 60, le pouvoir est aux mains de SUKARNO et de l'armée. SUKARNO se rapproche alors du parti communiste (PKI). Ce dernier avec l'aval tacite de SUKARNO tente un coup d'état le 30 septembre 1965. Dès le lendemain, le général SUHARTO anéantit la rébellion. SUKARNO en disgrâce cède les pleins pouvoirs au général SUHARTO en mars 1966. SUHARTO est nommé président de la République le 27 mars 1968. L'"Ordre Ancien" fait place à l'"Ordre Nouveau".

société. Ainsi les programmes de planification familiale sont vus nécessairement comme partie intégrante du procès social, partageant les forces et les imperfections des autres activités gouvernementales."

Le programme de planification familiale, enfant de l'Ordre Nouveau, s'est greffé sur les efforts destinés à étendre et à renforcer les lignes politiques du gouvernement de Jakarta vers chaque province et chaque village du pays. Pour la mise en oeuvre de cette politique, le gouvernement s'est appuyé sur une organisation spécifique.

Un organisme original : le BKKBN ou bureau de coordination nationale de la planification familiale.

Le premier programme de planification familiale, le "Jakarta Pilot Project", a été mis en place au mois d'avril 1967 par Ali SADIKIN, un général alors gouverneur de Jakarta. Ce programme sera cité par la suite comme l'exemple que la volonté politique peut surmonter les problèmes soulevés par la religion ou l'intransigeance des communautés. Mais c'est en 1970, avec la création du Bureau de Coordination Nationale de la Planification Familiale (BKKBN) qui succède à un institut semi-gouvernemental créé en 1968, que démarre effectivement la planification familiale en Indonésie.

Les objectifs du programme de planification familiale étaient d'institutionnaliser la norme de la famille de deux enfants et de réduire le taux brut de natalité de cinquante pour cent en vingt ans.

La première phase du programme s'est déroulée de 1970 à 1973 dans les six provinces de Java et Bali où les densités de population étaient les plus élevées et les infrastructures les plus développées. Durant la deuxième phase, 1974-1979, le programme a été étendu à 10 autres provinces des autres îles – ces provinces sont aussi dénommées les autres îles I³ –. Lors de la troisième phase, 1979-1984, les provinces restantes - appelées également les autres îles II⁴ – ont été ajoutées au programme. Au cours de la quatrième période, 1984-1989, les activités du programme ont été renforcées dans les zones de transmigration.

3 Ce premier groupe de provinces "extérieures" comprend : Aceh, Sumatra Nord, Sumatra Sud, Lampung, Kalimantan Ouest, Kalimantan Sud, Sulawesi Sud, Sulawesi Nord et N.T.B.

4 Le second groupe de provinces "extérieures" est constitué de : Riau, Jambi, Bengkulu, Maluku, Kalimantan Centre, Kalimantan Est, Sulawesi Centre, Sulawesi Sud-Est, NTT,

Le BKKBN, agence gouvernementale, est totalement responsable des activités en matière de régulation de la population et relève directement de la Présidence. Jusqu'à la formation du dernier gouvernement en avril 1993, elle était indépendante tant du ministère de la santé que du ministère de la population et de l'environnement⁵ ce qui a entraîné avec ce dernier des conflits de compétence dans l'élaboration des programmes de population. L'agence possède une représentation dans chaque capitale provinciale (ce que n'a pas le ministère de la population qui est un ministère d'état !) et dans chaque département appelé "Kabupaten". Dans tous les cantons appelés "Kecamatan", il y a un contrôleur, agent du BKKBN, responsable du programme pour cette unité administrative. Celui-ci est un fonctionnaire chargé de superviser les agents de terrain du programme de planification familiale, fonctionnaires eux-aussi, qui ont la responsabilité d'un ou plusieurs villages. Ces agents ne sont pas là pour fournir les contraceptifs, mais pour motiver les populations et encadrer les agents responsables du programme de planification familiale d'un village. Ces derniers, assistants formateurs-motivateurs villageois à la planification familiale, sont des volontaires. Au-dessous du niveau village, hameau et association de voisinage, tous les autres agents au service de la planification familiale sont aussi des volontaires. Certains reçoivent une indemnité de dédommagement pour leurs déplacements (2000 Rp/mois soit 5 francs français).

L'organisation du BKKBN du sommet à la base est parallèle à celle de l'administration générale (figure 1). Pour mieux parfaire ce parallélisme avec l'administration villageoise, le titulaire du poste d'assistant formateur-motivateur pour un village est fréquemment le secrétaire du village ou l'épouse du chef de village. Il en est de même pour les agents au-dessous du niveau village qui sont souvent l'épouse ou une fille du chef de hameau ou d'association de voisinage.

Timor Est et Irian Jaya.

5 Lors de la composition du dernier gouvernement, le ministère de la population et de l'environnement a été divisé en deux, le ministère de l'environnement d'une part, le ministère de la population d'autre part. La personne qui a pris la tête de ce dernier ministère est le directeur du BKKBN, organisation qui a été rattachée au ministère tout en gardant sa personnalité propre. Ainsi le ministre est titulaire d'une double fonction, ministre et directeur du BKKBN.

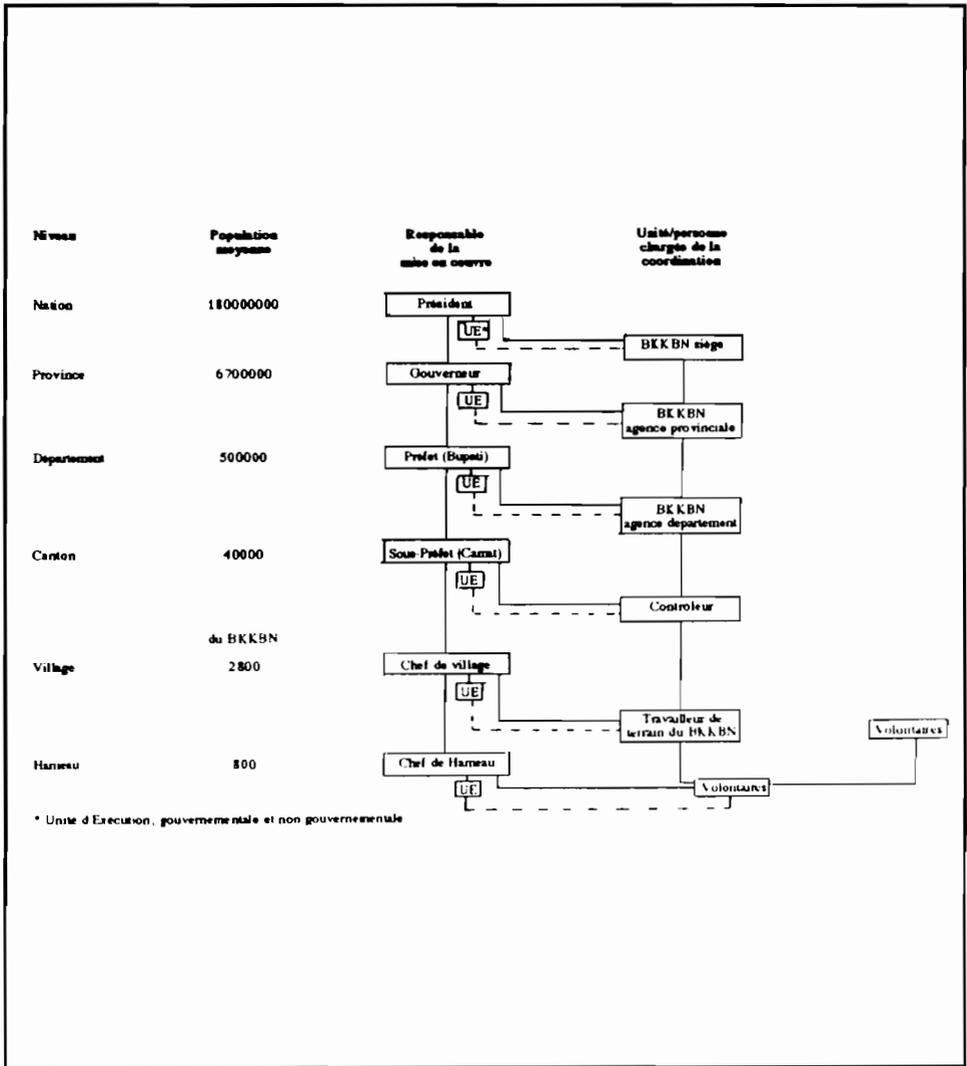


Figure 1 : Organigramme du programme de planification familiale

Cette volonté de rapprocher l'appareil de la planification familiale des populations s'exprime également dans un des critères de recrutement des contrôleurs : être né dans le canton ou y résider depuis plusieurs années⁶. Cette

6 Un autre critère est d'être diplômé du 2^e cycle du secondaire et, depuis l'année 1992, d'être titulaire d'un premier cycle du supérieur en économie ou en santé publique. La condition sur la résidence sera difficile à remplir si l'obligation d'un diplôme supérieur est maintenue.

condition doit naturellement être remplie par les candidats au poste d'agent de terrain. Par contre la recherche d'une meilleure écoute des candidates acceptrices par des fonctionnaires féminins du BKKBN n'est pas aussi manifeste, ainsi les femmes sont minoritaires jusqu'au niveau agent de terrain⁷.

La rupture avec les agents du système de santé n'est bien évidemment pas totale⁸, mais ceux-ci sont utilisés comme "assistants techniques". Le médecin du centre de santé du canton (PUSKESMAS) est le responsable "théorique" de la planification familiale pour le canton et le supérieur hiérarchique de l'agent-contôleur du BKKBN mais il n'est consulté que s'il y a un problème médical. Sinon toutes les informations sur la marche de la planification familiale sont envoyées directement au bureau du BKKBN du département.

Les infirmiers et les sage-femmes ont une double fonction de santé et de planification familiale. Une fois par mois ils consultent dans les centres de santé primaire au niveau hameau (posyandu) et accueillent les nouvelles utilisatrices recrutées par les volontaires du BKKBN. Ensuite ce sont ces volontaires qui approvisionnent les femmes acceptrices en contraceptifs (pilule et préservatif). Le travail de promotion, de motivation est du seul ressort de l'agent de terrain du programme de planification familiale assisté de ses adjoints volontaires.

Un programme marqué culturellement

Les critères de recrutement des agents du BKKBN et sa politique générale ne mettent pas le programme à l'abri des rapports inter-ethniques et des problèmes de coutumes ou religieux. Cela se traduit par des niveaux d'utilisation de la contraception et de fécondité très variables selon les régions. Les provinces où l'indice synthétique de fécondité (ISF) est voisin de deux enfants sont toutes situées dans l'île de Java. D'après les résultats de l'enquête Démographique et de Santé de 1991 les niveaux de fécondité varient dans un rapport de 1 à 1,8 entre Yogyakarta (la province où la fécondité – 2,04 enfants par femme – est

7 Dans le canton de Palas (province de Lampung, Sumatra) seulement 5 titulaires sur 12 sont des femmes, aucune dans le canton de Nipah Panjang (province de Jambi, Sumatra).

8 En 1984, un accord a été signé entre le BKKBN et le Ministère de la Santé pour lancer un programme intégré santé et planification familiale au niveau village (POSYANDU).

la plus basse et voisine du seuil de remplacement) et l'ensemble des provinces à fécondité élevée (figure 2).

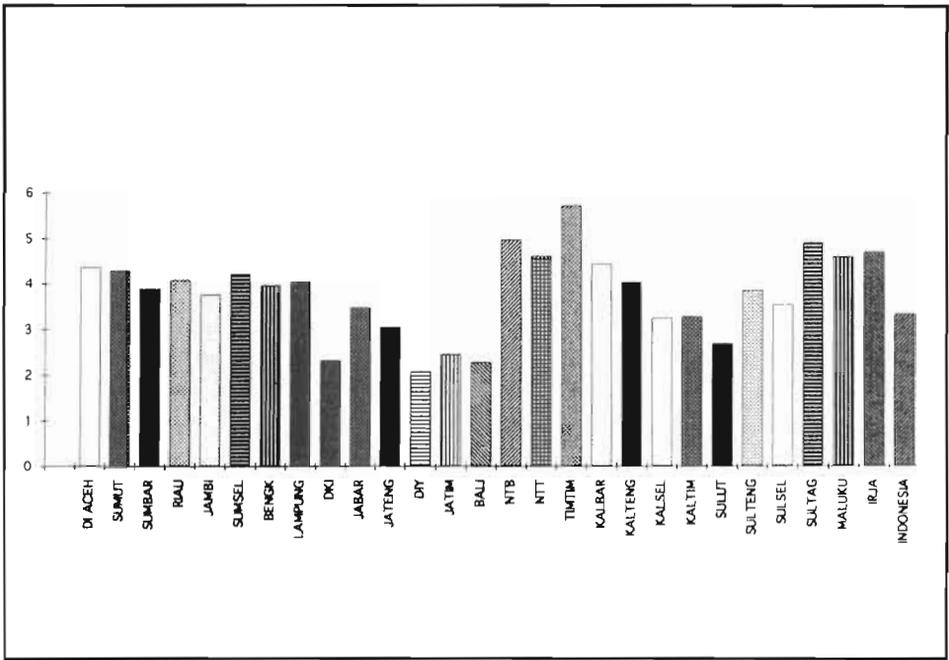


Figure 2 : Indice Synthétique de Fécondité par province (1986-1989)

Dans l'île de Java les niveaux de fécondité ne sont pas pour autant homogènes entre les cinq provinces. L'indice synthétique de fécondité est respectivement de : 2.04, 2.13, 2.14, 2.85 et 3.37 à Yogyakarta, Java Est, Jakarta, Java Centre et Java Ouest. La prise en compte de l'urbanisation, de l'éducation et de la religion est insuffisante pour expliquer ces différences. D'autres facteurs d'ordre communautaire et culturel sont plus pertinents pour analyser ces différences.

La région spéciale de Yogyakarta – ISF=2.04 – est l'héritière du sultanat de Yogyakarta. Le sultan bien que n'ayant plus de pouvoir politique n'en conserve pas moins un pouvoir moral sur les populations. Or le précédent sultan, Hamenku BUWONO IX, a déclaré, reprenant le slogan du BKKBN, qu'une famille

de deux enfants permettait un plus grand bien-être et une meilleure éducation des enfants – cet argument de l'éducation est fréquemment utilisé dans les campagnes de planification familiale –. Dans la société javanaise, très hiérarchisée, et où le contrôle social est permanent, un tel avis vaut plus qu'un conseil. Une preuve de l'efficacité de ce contrôle social est fournie a contrario par la plus grande difficulté d'implantation et le moindre succès du programme de planification familiale à ses débuts en ville, où les gens sont moins contrôlés qu'en milieu rural.

Le niveau de fécondité à Java Est – ISF=2.13 – est plus le reflet d'une situation économique paysanne difficile. En 1980, le P.I.B. pour cette province était de 95 dollars contre 520 dollars pour l'ensemble de l'Indonésie.

A Java Ouest – ISF=3.37 – peuplée à 80 % de soundanais, deux explications peuvent être avancées. L'une tient à la religion : l'islam pratiqué par les soundanais est plus rigoriste que celui des javanais chez qui l'hindouisme est toujours présent. L'autre à une forme d'opposition : les soundanais ne s'estimant pas justement représentés dans les sphères gouvernementales restent plus "natalistes".

Dans les deux groupes des provinces extérieures qui correspondent aux deuxième et troisième phases de mise en oeuvre du programme de planification familiale, la fécondité est plus élevée. L'indice synthétique de fécondité de ces groupes est respectivement de 3,5 et 3,75, et la contraception moins utilisée, la prévalence est de 59,9 et 59,5 % contre 74,7 % pour l'ensemble javano-balinais (figure 3). S'il est vrai que le programme de planification familiale n'a démarré de manière intensive que plus tard dans ces provinces, l'accroissement de la prévalence de la contraception y est plus lent. De plus, pour ces provinces il faut mettre le programme de planification familiale en perspective avec les autres politiques de population mises en oeuvre par le gouvernement central, en particulier celui de redistribution de la population : la transmigration. Deux exemples vont nous permettre de voir les relations entre ces deux volets de la politique de population indonésienne.

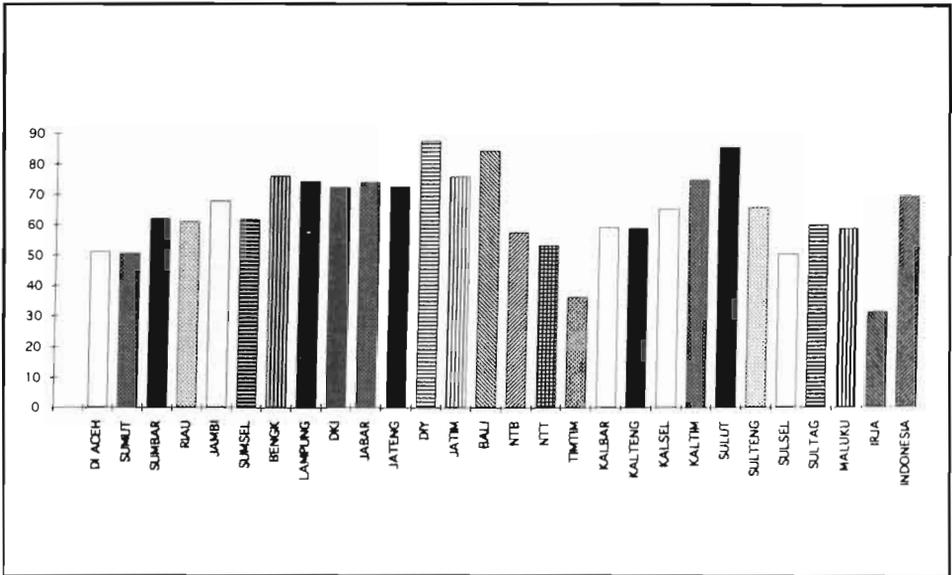


Figure 3 : Pourcentage d'utilisatrices par province (en 1991)

Le canton de Palas (Lampung, Sumatra) est une zone d'accueil de la transmigration. Il est habité par des transmigrants – javanais, soundanais et balinais – et des migrants spontanés originaires de Sumatra sud – Orang pasmah – arrivés au début du siècle et qui se considèrent comme les autochtones de la région (les Orang Lampung, les véritables autochtones n'habitent plus la région).

Sur les 23 villages du canton deux, Palas Pasmah et Palas Aji, sont habités par des sud-sumatranais. L'agent de terrain responsable du programme de planification familiale pour ces deux villages est une femme née à Palas Pasmah de parents sud-sumatranais. Cela ne l'empêche pas d'éprouver de grandes difficultés. Les gens ne viennent pas aux réunions de motivation ni dans dans les centres de santé primaire (posyandu). Les hommes souhaitent beaucoup d'enfants en raison de la coutume et il est très difficile à cette responsable de rencontrer les femmes seules.

Néanmoins les statistiques d'acceptrices transmises par les volontaires sont excellentes, trop même car certaines dépassent 100 % ! Ces données par village sont ensuite traitées pour établir une récapitulation pour le canton qui est ensuite transmise au département et les "anomalies" sont ainsi lissées.

Les volontaires, agents du programme de planification familiale les plus au contact de la population et issus de cette population, sont soumis comme elle à la coutume. Et pour répondre aux directives du programme, remplir leur contrat, ils transmettent à l'agent de terrain du BKKBN des données erronées. La pilule est la méthode contraceptive qui a le plus de succès dans ces déclarations, mais les pilules distribuées ne sont pas prises.

Dans le delta de la Batang Hari (Jambi, Sumatra) les cantons de Nipah Panjang et Rantau Rasau sont aussi des zones de transmigration. Il y a trois grands groupes de population : les Orang Melayu (autochtones), les Orang Bugis (migrants spontanés originaires de sud des Célèbes), enfin des javanais-soundanais (pour la plupart des transmigrants gouvernementaux). On trouve aussi quelques originaires de Kalimantan sud (Orang Banjar) et des populations venant de la province de Sumatra Est (Orang Minangkabau). Comme à Palas les villages à majorité non javanaise (tabl. I) sont ceux qui ont la prévalence d'utilisatrices de la contraception la plus faible et la pilule est la méthode la plus prisée, 61 % à Simpang desa et 39 % à Sungei Dusun contre 20 % pour l'ensemble des autres villages.

Tableau I
Utilisatrices de la contraception par méthode et par village - canton de Rantau Rasau (en pourcentage)

Villages	Ethnie dominante	DIU	Mop	Im-plant	Pi-quire	Pilule	total	ratio utilisatrices	enceinte %	femmes 15-49ans mariées (effectif)
Rawasari	javanais	57	1	12	9	21	100	86	4	175
Simpang	malais	6	0	10	23	61	100	66	4	285
Rantau Jaya	javanais	78	1	2	6	13	100	90	3	617
Rantau Rasau I	javanais	56	0	22	8	14	100	86	3	434
Sungai Dusun	bugis	22	0	13	26	39	100	49	11	93
Harapan Makmur	javanais	31	0	41	14	14	100	79	4	532
Bangun Karya	javanais	70	1	7	14	8	100	78	4	523
Bangun Jaya	javanais	27	1	31	7	34	100	93	3	741
Rantau Makmur	javanais	40	1	20	8	31	100	95	3	599
Rantau Rasau II	javanais	44	1	28	9	18	100	94	4	459

Source : Enquête ORSTOM-PPK 1991.

Les volontaires banjar, bugis et melayu sont les moins motivés, cela se traduit par une grande rotation. A Nipah Panjang II, une volontaire (Orang Melayu) responsable d'un hameau a seulement travaillé un an avant de partir. Des deux volontaires dont elle était responsable, l'une était sa fille qui est partie aussi, l'autre une Orang Banjar travaille depuis seulement six mois. Il est difficile dans ces conditions aux responsables du BKKBN tant au niveau département que canton de contrôler réellement la situation.

Dans les deux exemples présentés, les agents volontaires du programme de planification familiale sur lesquels repose toute la stratégie du BKKBN, et choisis pour ce faire au sein de la population afin d'être mieux intégrés, sont en réalité ses prisonniers (consentants ?), il y a pour eux une obligation de solidarité. Pour le programme plus que de difficultés on peut parler d'échec. Et pourquoi limiter sa fécondité alors que l'espace est disponible, pour preuve les projets de

transmigration mis en place, et de plus ces régions sont aussi celles qui souffrent d'une mortalité élevée.

LA MORTALITÉ UN PROBLÈME TOUJOURS LANCINANT

Des pays de l'ASEAN, l'Indonésie connaît les niveaux de mortalité les plus élevés notamment en ce qui concerne la mortalité des mères et des enfants.

Sur un sujet qui est pourtant considéré comme un indicateur de santé important : la mortalité maternelle, les données sont rares et disparates. Peu d'études ont traité du problème, Ratna BUDIARSO (1986) à partir de son enquête nationale de 1985/1986 a trouvé un taux de mortalité maternelle de 450 pour 100 000 naissances vivantes. Des enquêtes régionales ont montré quelques variations. Le taux le plus élevé (718 pour 100 000) a été relevé à Bali (1980-1982) par J. A. FORTNEY (1987). En utilisant la méthode des soeurs, Ratna BUDIARSO (1990) dans une enquête menée à Java Ouest a trouvé des taux variant de 360 à 670 pour 100 000 selon le département alors que A. ALISYHBANA (1983) à Ujung Berung (Java Ouest) ne trouvait qu'un taux de 170 pour 100 000 en 1978/1980. En 1989, à Mojokerto (Java Est), Soeharsono SOEMANTRI (1989) a trouvé, par estimation indirecte, un taux de 397 pour 100 000.

Pour la mortalité infantile, selon le recensement de 1990, le taux était de 69 pour 1 000 naissances vivantes pour l'ensemble du pays. Ce taux variant du niveau relativement bas de 41 pour 1 000 dans la région spéciale de Yogyakarta, à celui élevé de 145 pour 1 000 dans la province des îles de la Sonde de l'ouest (figure 4).

Ces niveaux de mortalité concernent une population jeune, ce qu'est encore la population de l'Indonésie, mais déjà on assiste à une modification de la structure de la population.

UNE NOUVELLE STRUCTURE PAR ÂGE.

La réduction de la fécondité s'est traduite par une diminution du nombre annuel des naissances. Ainsi dès 1980, les enfants âgés de moins de cinq ans étaient moins nombreux que ceux âgés de cinq à dix ans. Au recensement de 1990 ce

phénomène s'est encore amplifié, la génération des 0-4 ans étant moins nombreuse que la génération des 10-14 ans (tabl. II).

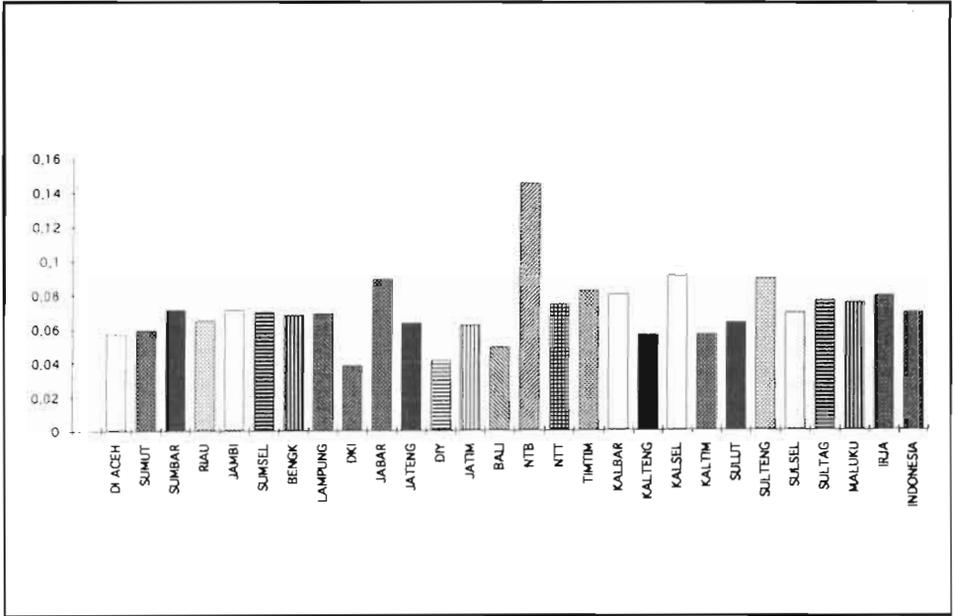


Figure 4 : Mortalité infantile par province en 1990

Tableau II
Effectifs des moins de vingt ans par groupes quinquennaux
en 1980 et 1990.

Groupe d'âge	Effectifs (en milliers)	
	1980	1990
0-4	21190,7	20985,1
5-9	21231,9	23223,1
10-14	17619,0	21482,1
15-19	15283,2	18927,0

Source : Profil Kependudukan Indonesia, Biro Pusat Statistik, Jakarta, 1993.

La baisse de la fécondité n'a pas seulement un impact sur les classes d'âges jeunes, elle a des conséquences sur la répartition par âge de l'ensemble de la

population. Ainsi entre 1980 et 1990, le pourcentage des moins de quinze ans est passé de 40,9 à 36,6 et celui des plus de 60 ans de 5,4 à 6,3. La situation est encore plus évidente pour les provinces à succès de la planification familiale : la région spéciale de Yogyakarta et Java Est. Entre 1980 et 1990, à Yogyakarta les moins de 15 ans sont passés de 35,1 % à 28,3 % de la population et les plus de 60 ans de 8,7 % à 11,0 % et à Java Est ces deux groupes d'âge sont passés respectivement de 36,5 % à 31,4 % et de 3,9 % à 4,8 % de la population.

Les provinces de Java et de Bali sont des zones de départ de la transmigration dont l'effet amplifie celui de la planification familiale. En effet, parmi les dix critères de la transmigration pour le recrutement des familles à déplacer, l'un concerne l'âge : le chef de ménage doit être âgé de 40 ans au plus ; les couples ainsi transmigrés sont des couples "féconds", avec des enfants jeunes, laissant les personnes âgées au village. Cet état de chose est encore aggravé par la migration des jeunes vers les villes. Plusieurs villages des provinces de Java Centre, Java Est et de la D.I.Yogyakarta sont ainsi habités par des personnes âgées et des femmes. Ces provinces et Bali ont déjà une structure de population vieillie (voir tabl. III).

Tableau III
Proportion des individus âgés de 60 ans et plus à Java-Bali
(en % de la population totale)
projection pour les années 1995-2005-2015

Provinces	1995	2005	2015
Java Ouest	7,6	9,4	11,5
Java Centre	12,4	17,3	22,2
DI Yogyakarta	11,5	13,1	14,4
Java Est	11,2	14,8	18,9
Bali	9,9	12,6	16,7
Indonésie	7,0	8,2	10,0

Source : Population Projection of Indonesia Provinces 1990-2020, LD-FEUI, Jakarta, 1992.

La situation de l'Indonésie dans son ensemble n'est pas encore celle d'une population âgée, mais avec la même tendance ce problème inhérent à la transition démographique se posera dans vingt ans dans tout le pays.

CONCLUSION

Parce que l'Indonésie a expressément intégré ses politiques de population dans ses programmes de développement pour des raisons économiques, le contrôle de la croissance de sa population a constitué un objectif prioritaire pour le gouvernement. Une des conséquences a été la séparation du programme de planification familiale des autres programmes, notamment de celui concernant la santé. Le slogan du programme : "deux enfants, c'est suffisant", ne s'accommodait pas du partage.

Après vingt ans d'existence de la planification familiale, l'Indonésie connaît, au niveau national, le succès dans la maîtrise de sa fécondité et, partiellement, de la croissance de sa population. Ceci ne doit pas faire oublier que toutes les régions et toutes les composantes de la population de l'archipel ne sont pas également touchées. Le phénomène des minorités, amplifié par la transmigration, est un facteur explicatif de ces différences. Néanmoins la sésure avec le programme de protection maternelle et infantile ne peut plus être ignorée. La planification familiale ne touchera toutes les couches de la population que si elle affiche un programme d'espacement des naissances avec pour objectif la protection de la mère et de l'enfant. Cela signifie que la responsabilité du programme doit être au moins partagée avec le ministère de la santé.

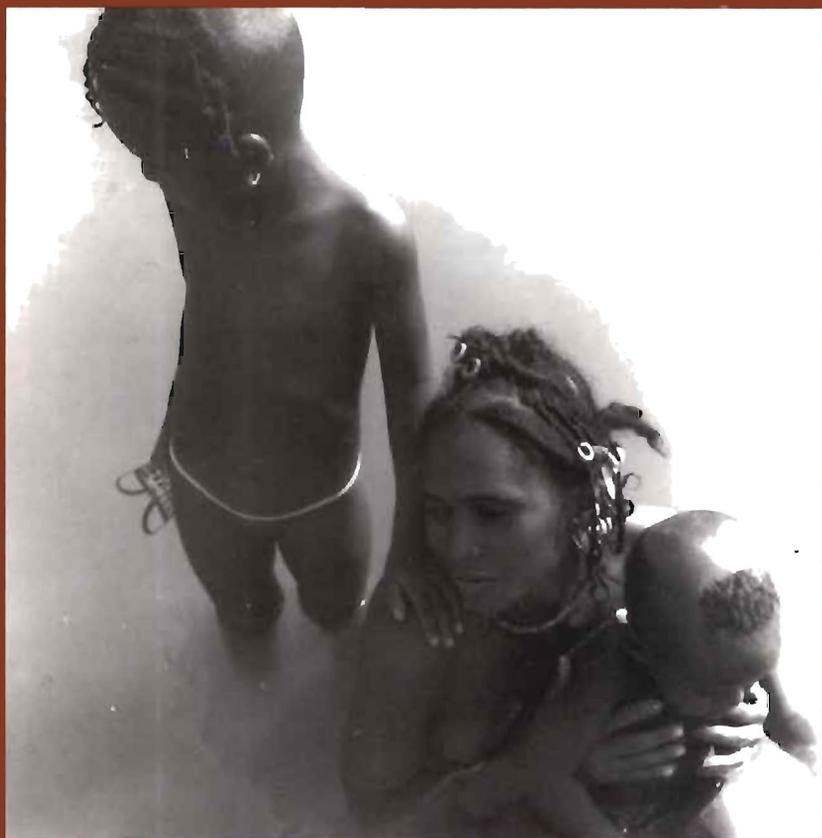
Le succès du programme indonésien de planification familiale est porteur de nouveaux phénomènes. Au niveau social d'abord, la plus grande disponibilité des femmes libérées de leur tâche de mères et l'élévation générale du niveau scolaire des enfants. A un niveau démographique ensuite, un déséquilibre et un vieillissement de la structure par âge de la population. Les conséquences sont économiques et sociales. Des modifications dans la mise en valeur de l'espace et dans l'activité des femmes sont déjà visibles dans les provinces à succès. La prise en charge des personnes âgées, qui relève traditionnellement des enfants, n'est pas encore remise en cause, mais on peut se demander pour combien de temps. Dès maintenant, des mesures peuvent être prises au niveau local dans les provinces balino-javanaises qui ont une population vieillie et sont déjà confrontées à ces problèmes. Si ces mesures connaissent le succès, elles pourront servir d'exemple pour les autres provinces qui connaîtront à leur tour la

phase post-transitionnelle. Ce serait dans l'ordre des choses que Java, pour qui le programme de planification familiale a été conçu avant de s'étendre à l'ensemble de l'archipel, mette au point des mesures pour faire face aux problèmes de la post-transition.

BIBLIOGRAPHIE

- ALISYAHBANA (A.), *et al.* 1983 – The Pregnancy Outcome in Ujung Berung, West Java. Perinatal mortality and morbidity survey and low birth weight. Final report V. Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran, Bandung.
- ANCOK (D.), 1984 – Incentive and disincentive programs in Indonesian family planning, Working paper series n°26, Population studies center, University of Gadjah Mada, Yogyakarta.
- ANCOK (D.), 1991 – The role of traditional organization on family planning acceptance in Indonesia, *Populasi*, 1(2) 1991, Population studies center, University of Gadjah Mada, Yogyakarta, pp.25-35.
- BIRO PUSAT STATISTIK, 1993 – Profil Kependudukan Indonesia, Jakarta.
- BIRO PUSAT STATISTIK, 1993 – Profil Kependudukan Propinsi D.I. Yogyakarta, Jakarta.
- BIRO PUSAT STATISTIK, BKKBN, DEPLES DAN MACRO INTERNATIONAL, 1993 – Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991, Jakarta.
- BALAI KORDINASI KELUARGA BERENCANA NASIONAL 1992 – The International Training Program of the Indonesian Planning Program. Jakarta.
- BUDIARSO (L. Ratna), *et al.* 1986 – Survei Kesehatan Rumah Tangga, 1986. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I, Jakarta.
- BUDIARSO (L. Ratna), *et al.* 1990 – Survei Mortalitas Ibu di Jawa Barat, 1989. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I, Jakarta.
- FORTNEY (J.A.), SUSANTI (Inne and I.B.), ASTAWA, 1987 – Maternal mortality in Bali, Indonesia. Paper presented at Lokakarya PKP & KB2L Perinisia-DepKes RI, Cipanas June 19-21.
- HULL (T.H.), 1991 – Government and society in southeast Asian family planning programs : the cases of Indonesia, Vietnam and the Philippines. Paper presented to the 1991 annual meeting of the population association of America, march 21-23, 43p.

- HULL (T.H.), 1991 – An investigation of reports of coercion in the Indonesian vasectomy program. Development papers n°1, Australian International Development Assistance Bureau, 21p.
- HULL (T.H.), 1993 – East Java's Family Planning Revolution, 1961-1987. In East Java Ed., Oxford University Press, Singapore, pp. 34-74.
- HULL (T.H.), and LAL DASVARMA (G.), 1988 – Fertility trends in Indonesia 1967-1985. B.I.E.S. vol 24 n°1, april 1988, Jakarta, pp. 115-122.
- HULL (T.H.), and SINGARIMBUN (M.), 1989 – The sociocultural determinants of fertility decline in Indonesia 1965-1976, Working Papers series n°31, Population studies center, University of Gadjah Mada, Yogyakarta.
- KASTO, 1993 – Analisa perkembangan kependudukan menurut sensus penduduk 1990 : dinamika mortalitas. Kerjasama KLH dengan Pusat penelitian kependudukan UGM, Yogyakarta.
- LEMBAGA DEMOGRAFI-FEUI, 1992 – Population Projection of Indonesian Provinces 1990-2020, LD-FEUI, Jakarta.
- MCNICOLL (G.), 1982 – Recent Demographic Trends in Indonesia. Population and development review 8, n°4 (december 1982), pp.811-819.
- SANTOSO (S.H.), 1992 – Community participation and the role of leaders (the Indonesian experience), BKKBN, Jakarta.
- SOEMANTRI (S.), 1989 – Population based estimates of maternal mortality in Mojokerto, East Java. Bul. Penelit. Kesehat. 17 (4) 1989, Surabaya, pp. 21-32.
- WARWICK (D.P.), 1986 – The Indonesian Family Planning Program : Government Influence and Client Choice. Population and development review 12, n°3 (september 1986), pp. 453-489.



POPULATIONS DU SUD ET SANTÉ

PARCOURS ET HORIZONS

ORSTOM
Editions

TABLE DES MATIÈRES

***	Sommaire.....	3
J. Némó	Préface.....	5
***	Présentation.....	9

PREMIÈRE PARTIE PIERRE CANTRELLE, L'HOMME ET LE CHERCHEUR

F. Gendreau, P. Livenais J. Vaugelade	Itinéraire Scientifique de Pierre Cantrelle.....	13
H. Domenach	L'"homo démographicus cantrellus" - Clin d'oeil scientifique à visage humain.....	21
F. Gubry	La nouvelle vie des anciens livres de démographie africaine.....	27
***	Bibliographie de Pierre Cantrelle.....	37

DEUXIÈME PARTIE L'OBSERVATION, DOMAINE D'INNOVATION

M. Garenne	La morbidité et les causes de décès - La contribution du démographe.....	57
C. Z. Guilmoto	Trente ans plus tard le long du fleuve Sénégal... L'enquête de la MISOES à l'épreuve du temps.....	73
P. Guillaumont	Pour des séries longues d'observation - L'analyse des relations entre politiques d'ajustement et migrations internes.....	95
Ch. Scott and J. Cleland	Surveys on sexual behaviour in relation to AIDS - Problems of methodology.....	105
F. Gendreau	Pour un renouveau de l'observation démographique en Afrique au Sud Sahara.....	117

TROISIÈME PARTIE
COMPLEXITÉ DES SITUATIONS, DIVERSITÉ DES ANALYSES

P. Gazin	La mortalité infanto-juvénile et ses causes dans deux communautés rurales de l'ouest du Burkina Faso.....	135
A. Briend	Allaitement au sein, état nutritionnel, espacement des naissances et survie de l'enfant au Bangladesh.....	145
P. Gubry	Contribution à l'histoire de la mortalité au Cameroun (1890-1914) - L'apport de Kuczinsky.....	157
A. Franqueville	La mortalité infantile en Bolivie - Les raisons d'un retard à la baisse.....	169
B. Delpech	Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et de Surinam.....	183
A. Guillaume, N. G. Koffi, P. Vimard	Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire.....	201
J. Caldwell and P. Caldwell	The beginning of fertility decline in Sub-Saharan Africa.....	233
A. Froment	Biométrie contre génétique, ou comment aborder la variabilité biologique chez l'homme.....	245

QUATRIÈME PARTIE
POLITIQUES DE POPULATION ET RECHERCHE DÉMOGRAPHIQUE

D. Benoit	La planification familiale en Indonésie : des succès mais aussi des questions... et des problèmes en devenir.....	269
A. Bahri	Politiques de population en Afrique.....	287