

# COMMENTAIRE GÉNÉRAL DE LA SÉANCE “IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE PLANIFICATION FAMILIALE”

Toyidi BELLO

## LE POINT DES DÉBATS ACTUELS

Depuis l'échec de la première décennie du développement, un ambitieux programme de planification familiale a été initié dans quelques pays africains sous l'égide des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales. L'objectif, implicite ou explicite, de ces vastes programmes est de promouvoir la parenté responsable, d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et, à terme, d'assurer une adéquation entre le rythme de la croissance démographique et celui des ressources disponibles, de manière à accroître le mieux-être des populations concernées. L'amélioration est mesurée le plus souvent soit par un indicateur synthétique comme le revenu par habitant ou l'espérance de vie à la naissance, soit par des indicateurs socio-sanitaires et éducatifs.

Le problème qui se pose aujourd'hui est de savoir quel est l'impact réel de ces programmes de planification familiale sur la croissance et les comportements démographiques des populations visées. Cette préoccupation n'est d'ailleurs pas nouvelle. Elle était déjà présente dans la plupart des écrits des mercantilistes qui, partant du postulat selon lequel “*l'un ne perd que ce que l'autre gagne*” (Montchrestien, 1615) et assimilant les relations économiques internationales à un jeu à deux personnes et à somme nulle, faisaient de la population une variable stratégique dans le processus de la croissance et du développement.

Cette préoccupation a ressurgi avec une vigueur nouvelle au XVIII<sup>e</sup> siècle sous la forme d'un débat autour de la loi sur la population et de la “loi d'airain” des salaires énoncées par Malthus et au XIX<sup>e</sup> siècle avec la théorie ricardienne de la rente différentielle.

Au XX<sup>e</sup> siècle, la réflexion en matière de population s'est polarisée sur la théorie de la transition démographique, théorie qui s'apparente à celle de W. Rostow sur les étapes de la croissance économique.

Ce qui est véritablement nouveau, c'est la prise de conscience de plus en plus aiguë aussi bien des chercheurs, des gouvernants que des organisations internationales de la nécessité d'une politique démographique.

Aujourd'hui l'identification des relations stables et mesurables entre les comportements démographiques et les stratégies de développement est devenue l'une des priorités de la trilogie chercheurs-décideurs politiques-bailleurs de fonds, tous ayant compris, à des degrés différents, qu'une analyse des problèmes posés par le développement des pays africains exige que soient cernés les comportements et les motivations profondes des acteurs et des bénéficiaires de ce développement, en l'occurrence l'homme qui est "au début et à la fin du processus du développement".

Ce séminaire international revêt donc une importance dans la mesure où il permettra d'apporter un éclairage nouveau sur la relation entre croissance démographique et stratégie de développement en Afrique et plus particulièrement sur l'impact des programmes de santé et de planification familiale, objet de cette séance.

Les neuf communications qui sont présentées à cette occasion sont d'une densité, d'une diversité et d'une richesse telles qu'il est difficile dans un compte rendu aussi bref de ne pas omettre un certain nombre d'idées importantes. Quatre éléments majeurs se dégagent de ces communications :

- La nécessité d'une politique démographique à plusieurs volets.
- L'impact limité des programmes de planification familiale en Afrique.
- Les difficultés de mesure de l'impact des programmes de santé et de planification familiale.
- Les conditions d'une meilleure efficacité des programmes en matière de santé et de planification familiale.

## **LA POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE : UNE NÉCESSITÉ INCONTOURNABLE POUR L'AFRIQUE ?**

La communication de S. Diarra, T. Coulibaly et M. Kone, qui situe le problème de la planification familiale dans sa globalité, pose d'emblée le problème. Que ce soit en matière de performance économique ou en matière démographique, l'Afrique apparaît aujourd'hui comme le continent des "tristes records". Non contente d'être le continent le moins avancé du monde : sur les 42 pays classés par la Banque mondiale en 1988 comme pays à faible

revenu, l'Afrique en compte 27 soit 64 %, a la fécondité la plus intense du monde et les indices de mortalité maternelle et infantile les plus élevés. Selon cette communication, la mortalité infantile en Afrique sub-saharienne serait de 106 p. 1000 contre 73 p. 1000 en Asie, 56 p. 1000 en Amérique Latine et 13 p. 1000 dans les pays développés.

Enfin 80 % des décès annuels se produisent dans la population des moins de 5 ans qui représentent environ 14 % de la population totale. Dans les pays développés, cette tranche d'âge constitue seulement 8 % de la population totale et ne contribue à la mortalité générale annuelle que dans une proportion de 3 %.

De tels records, qui sont suffisamment éloquents, sont globalement confirmés par les études de cas menées au Burkina par F. Tankoano, en R.C.A. par D. Bm'Niyat Bangamboulou, au Togo par K. Kotokou, au Zaïre et au Libéria par S. Becker et A. Chahnazarian, au Congo par J.P. Toto et au Sénégal par P. Cantrelle.

La conséquence la plus directe et la plus criante de cette croissance démographique rapide est, qu'en Afrique sub-saharienne, une bonne partie de la population vit en deçà du seuil de pauvreté.

La deuxième conséquence est la pression sur les ressources indispensables non renouvelables, non substituables, notamment la terre et l'environnement naturel. Selon certains experts, l'Afrique sub-saharienne serait en voie de déforestation et de désertification rapides.

La troisième conséquence est l'augmentation du taux de dépendance qui entraîne un accroissement de la consommation des services collectifs et une réduction du taux d'investissement préjudiciable à la croissance économique. Ces conséquences illustrent la nécessité d'une inversion de tendance par la mise en oeuvre d'une politique démographique appropriée à plusieurs volets :

- mise en place d'infrastructures socio-sanitaires performantes,
- implantation de programmes de planning familial intégrés au contexte socio-culturel des populations concernées.

La planification familiale ouvre à l'humanité plusieurs perspectives :

- a) la disjonction entre la sexualité et la procréation ; disjonction qui, en libérant l'homme vis-à-vis de la fécondité, accroît sa responsabilité parentale ;
- b) la modification de la condition de la femme qui, ainsi affranchie du destin hasardeux imposé par la biologie, accède à une disponibilité et une liberté égales à celles de l'homme ;

- c) la possibilité d'une réduction de la croissance démographique par une baisse de la natalité ;
- d) la promotion de la santé maternelle et infantile.

Aussi, S. Diarra, T. Coulibaly et M. Kone démontrent que la planification familiale constitue un élément stratégique privilégié de promotion de la santé de la mère et de l'enfant :

- d'abord par la possibilité qu'elle offre d'assurer une prévention contre les risques liés aux facteurs primaires de mortalité maternelle et infantile ;
- ensuite comme médiateur d'information, de sensibilisation d'éducation en vue de l'adoption des méthodes modernes de soins de santé maternelle et infantile.

Les programmes de planification familiale implantés dans certains pays connaissent une certaine efficacité. Ainsi l'expérience du Burkina analysée par F. Tankoano et celle du Botswana, du Kenya et du Zimbabwe confirment cette thèse, puisque les taux de prévalence contraceptive semblent avoir progressé dans ces pays. Selon F. Tankoano, le jeune programme de planification familiale, malgré quelques difficultés dues aux pesanteurs économiques et socio-culturelles, a permis de relever le taux de prévalence contraceptive de 0,3 % à 6,6 %, et selon T. Locoh les taux de pratique actuelle de la contraception sont de 18 % pour le Kenya et 36 % pour le Zimbabwe pour l'ensemble des femmes et de 29 % pour celles en union au Botswana.

Mais la mise en place d'un programme de planning familial suppose l'existence d'infrastructures socio-sanitaires qui, selon J.P. Toto et T. Locoh, ont une incidence plus directe sur les comportements démographiques des populations africaines et favorisent l'émergence d'une demande de contraception. Ce concept de demande de contraception est un concept clé, mais pour devenir réelle cette demande doit rencontrer une offre de services de contraception. Ceci nous amène à nous interroger sur l'impact des programmes de planification familiale, second élément majeur qui se dégage de ces travaux.

## **LES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE : UN IMPACT LIMITÉ SUR LES COMPORTEMENTS DÉMOGRAPHIQUES EN AFRIQUE**

Tout en reconnaissant la nécessité des programmes de planification familiale appuyés par des infrastructures socio-sanitaires performantes, la plupart des intervenants admettent que leur impact sur la croissance et les comportements démographiques demeure limité. Même le succès relatif

enregistré par certains pays tels que le Zimbabwe, le Kenya, le Botswana doit être considéré avec prudence selon T. Locooh ; il serait prématuré d'y voir dans le cas de ces trois pays la marque d'un impact du programme de planning familial.

Les facteurs d'inhibition les plus souvent évoqués dans les communications s'articulent autour de cinq idées essentielles :

- 1) les pesanteurs économiques,
- 2) les pesanteurs socio-culturelles,
- 3) l'adhésion réservée des décideurs politiques au programme de planification familiale,
- 4) l'inadéquation des moyens de communication et de sensibilisation utilisés,
- 5) l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires.

S'agissant des pesanteurs économiques, le faible niveau de vie et la politique sociale de l'Etat apparaissent comme les facteurs de réduction de l'impact du programme de planification familiale sur les comportements de la population. A ces deux facteurs, il faut ajouter dans certains cas, le Congo par exemple, les coûts relativement élevés de l'accès aux contraceptifs.

Quant aux pesanteurs socio-culturelles, elles sont de plusieurs ordres. Tour à tour, ont été évoqués :

- La non intégration dans les programmes de planification familiale, des causes et des motivations profondes de la fécondité intense en Afrique : T. Locooh parle de façon imagée de programmes "martiens", "programmes venus d'ailleurs".
- La méconnaissance complète des centres de décision en matière de procréation. En Afrique, le centre de décision en matière de procréation n'est pas la famille nucléaire de type occidental mais le village, le clan, la tribu comme le signale D. Bm'Niyat Bangamboulou et J.P. Toto.
- Une mauvaise appréciation du rôle et du statut de l'enfant et de la mère. L'enfant est le "*garant de l'avenir et la femme, malgré la reconnaissance officielle de l'égalité des sexes, ne peut délibérément maîtriser sa fécondité*".
- Le niveau d'instruction, qui influence l'acceptation ou le rejet des méthodes "artificielles" de régulation des naissances comme l'a mis en évidence K. Kotokou pour la ville de Lomé.
- Les croyances religieuses qui estiment que "nos enfants ne sont pas nos enfants". Pour ces croyances, les parents ne sont que des canaux par lesquels s'exprime la vie qui est un don de Dieu ; en fonction de celles-ci, ont-ils le droit d'interrompre la vie ou d'empêcher sa manifestation ?

S'agissant des décideurs politiques, T. Locoh note un certain hiatus entre le discours politique et leurs convictions profondes. Leur adhésion réservée aux programmes de planification familiale s'explique par ce "conflit" larvé intérieur entre des traditions encore vivaces qui considèrent l'enfant comme une source de richesse et des programmes venus d'ailleurs pour lesquels l'enfant est d'abord générateur de coût.

Le quatrième facteur inhibant est constitué de la trilogie Information – Education – Communication (I.E.C). A ce propos, J. Gbenyon relate l'expérience originale du DU N'KU testée dans 7 villages du département de Yotto, dans le sud-est du Togo et qui a fait l'objet d'une évaluation récente. Cette expérience part de l'hypothèse selon laquelle chaque groupe social possède ses moyens de communication qui sont d'une étonnante efficacité pour véhiculer un message. *"Les ressources matérielles et humaines de la communication, de l'information et de l'éducation d'un milieu donné, lorsqu'elles sont bien identifiées et correctement sollicitées, persuadent avec plus d'efficacité les populations concernées d'adopter de nouvelles opinions, attitudes et de nouveaux comportements exigés par les progrès des temps modernes"*. Les résultats de cette expérience sont assez éloquents puisque selon J. Gbenyon, la plupart des objectifs spécifiques assignés au projet du DU N'KU (ou Persuadeurs de villages) ont été réalisés.

Cette stratégie alternative de communication d'information et d'éducation initiée par le centre d'études de la famille africaine (CEFA/CAFS) de Naïrobi dont l'objectif est d'identifier dans un milieu donné, les hommes et les femmes aptes à faire passer le message de la régulation des naissances suivant les règles adaptées au milieu considéré, doit être intégrée dans les programmes de planification familiale car elle répond mieux au contexte socio-culturel dans lequel évoluent 75 à 80 % des populations africaines.

Néanmoins la généralisation d'une telle expérience à d'autres contextes socio-culturels doit être faite avec prudence.

C'est d'ailleurs ce que confirme la communication de K. Kotokou sur l'adoption des méthodes contraceptives "non naturelles" au Togo. Alors que des études menées sur les méthodes contraceptives en Afrique révèlent une préférence marquée pour la pilule au détriment des autres méthodes notamment le DIU et l'injectable, la situation togolaise apparaît singulière. La plupart des femmes enquêtées ont opté en priorité pour le DIU et l'injectable, la pilule arrivant en troisième position sur la liste des méthodes contraceptives.

Cette singularité s'expliquerait à la fois par des facteurs "endogènes" et des facteurs "exogènes". Le niveau d'instruction, le manque d'information,

le niveau et le cadre de vie et la préférence du "prestataire de service" apparaissent comme les facteurs exogènes déterminants.

S'agissant des facteurs endogènes, la durabilité de l'effet stérilisant de la méthode, sa réversibilité, le manque d'effets secondaires réels ou supposés et le caractère discret expliquent en grande partie le choix des femmes togolaises enquêtées.

L'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires constitue aux yeux de bon nombre d'intervenants le facteur le plus inhibant. L'exemple cité en guise d'introduction par T. Locoh est assez révélateur. Quel type de "sensibilisation" est possible dans un milieu où les infrastructures sanitaires sont réduites à leur plus simple expression ? Quel type d'impact peut avoir un programme de planning familial sur une population qui n'a pas accès aux soins de santé primaire ?

Tout environnement socio-sanitaire qui rend aléatoire la survie de l'enfant à la naissance renforce les réflexes pronatalistes des procréateurs et fait échec à toute politique de planification familiale.

Ceci est vrai non seulement pour le Congo, comme le mentionne J.P. Toto, mais aussi pour toute l'Afrique sub-saharienne qui souffre non seulement d'une insuffisance d'infrastructures sanitaires mais également d'une détérioration des infrastructures existantes sous l'effet des programmes d'ajustement structurel. Selon J.P. Toto, c'est dans la trilogie "Éducation – Amélioration du cadre et du niveau de vie des ménages – Investissements dans les programmes socio-sanitaires" que réside la clé de succès de toute politique de modification des comportements démographiques. Mais si l'impact des programmes de planification demeure limité ou controversé, il n'en est pas de même des (actions) programmes élargis de vaccination qui selon P. Cantrelle et S. Becker et A. Chahnazarian ont un impact assez fort sur la mortalité infanto-juvénile.

Au Libéria, on observe un déclin important de la mortalité due au tétanos néonatal, lié à l'augmentation de la vaccination antitétanique des femmes enceintes. On assiste également à un déclin de la mortalité associée à la fièvre tandis que l'utilisation d'anti-paludéens disponibles à domicile augmente. On observe le même phénomène de déclin de la mortalité infanto-juvénile au Zaïre avec l'augmentation du taux d'utilisation des services offerts par le programme C.C.C.D. Ce programme, implanté dans 13 pays d'Afrique depuis 1981, a pour objectif de parvenir à une réduction de 25 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans par la promotion de trois services de santé primaires : la vaccination, l'utilisation de la réhydratation par voie orale

comme traitement de la diarrhée et l'utilisation d'anti-paludéens comme traitement de la fièvre.

La communication de P. Cantrelle confirme ce fort impact des actions de santé primaire sur la mortalité dans la région du Sine-Saloum au Sénégal. L'effet des premières campagnes de vaccination a été spectaculaire, arrêtant le cours des épidémies de rougeole et faisant chuter la mortalité apparente par rougeole, qui serait passée de 22 % à 1 % en 1968. Malheureusement cette couverture vaccinale n'a pas pu être maintenue dans les nouvelles générations de telle sorte qu'en 1974, le taux de mortalité apparente par rougeole est revenu à 15 %, soit au niveau de 1966. En 1982, une enquête de santé portant sur un échantillon de l'ensemble de la région de Sine-Saloum montre que, pour le groupe des enfants de 1 à 4 ans, la proportion de décès par rougeole était toujours de 15 %.

Mais, le Programme élargi de Vaccination, associé à d'autres actions de santé, a permis de réduire la mortalité générale de 1/3 à partir de l'année 1986. Cette baisse de la mortalité générale est due principalement à la baisse de la mortalité, infantile et surtout de la mortalité juvénile (de 1 à 4 ans) qui a diminué de moitié.

Pour clore ce chapitre sur l'impact limité des différents programmes, un problème méthodologique mérite d'être posé : c'est celui de la mesure de cet impact.

## **LES DIFFICULTÉS DE MESURE DE L'IMPACT DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE PLANIFICATION FAMILIALE**

D'une manière générale, deux types d'approches sont souvent utilisés dans la littérature économique pour évaluer les effets des programmes d'ajustement structurel : l'approche théorique et l'approche empirique. C'est cette dernière qui a été utilisée dans le cas du Zaïre et du Libéria par S. Becker et A. Chahnazarian. Cette approche dénommée approche des zones cas-témoins consiste à estimer un certain nombre d'indicateurs dans deux zones : une zone cas, dans laquelle le programme de santé est implanté et une zone-témoin qui est une zone similaire sur tous les plans (climatologique, économique, culturel, etc.) mais qui ne dispose ni du programme de santé ni de son équivalent. Une nouvelle estimation des indicateurs est effectuée dans les deux zones après une durée de fonctionnement satisfaisant du programme. La comparaison de ces indicateurs permet de mesurer l'impact net du programme, elle combine l'approche avec programme/sans programme et l'approche ex-ante/ex-post.



Bien qu'intéressante, une telle approche n'en présente pas moins des difficultés dont la plus importante est la délimitation de la zone-témoin et les difficultés d'établir un lien de cause à effet entre le programme implanté et les modifications de comportements démographiques observées.

Ainsi dans le cas du Libéria, l'étendue de la zone programme était telle qu'il était difficile de trouver une zone-témoin similaire sur tous les plans.

Dans le cas du Zaïre une fusion imprévue, au moment de la mise en place du programme, a été réalisée entre la zone programme et la zone sélectionnée comme zone-témoin. Toutes ces difficultés n'ont pas permis de mesurer l'impact net du programme selon cette méthodologie appropriée. Les auteurs se sont contentés d'une mesure des indicateurs dans les zones programmes.

## **QUELLES SONT LES CONDITIONS D'UNE AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE ?**

Pour réussir, les programmes de planification familiale doivent être appuyés par des actions énergiques en matière de santé, une infrastructure socio-sanitaire performante, l'accès de tous aux soins de santé primaire, des actions de sensibilisation des décideurs politiques, des actions de communication, d'information et d'éducation adaptées au contexte socio-culturel des populations, des actions portant sur une élévation du niveau de vie de la grande majorité des populations et des recherches de plus en plus poussées sur les déterminants de la croissance et des comportements démographiques.

De façon concrète, si l'on exclut la contrainte qui, selon T. Loco, suppose une infrastructure policière impressionnante et un "*quadrillage systématique de la population*", les conditions d'une efficacité accrue passent par quatre éléments fondamentaux.

### **La sensibilisation à trois niveaux**

Cette sensibilisation doit s'adresser aux décideurs politiques, aux élites nationales, qui doivent prendre le relais du discours politique, ainsi qu'aux populations concernées.

### **La formation et l'éducation**

La formation du personnel sanitaire et des agents de santé est indispensable à la mise en oeuvre de toute politique de planification familiale. La définition et l'introduction dans les établissements scolaires et dans les universités et

écoles supérieures d'un programme d'éducation en matière de population et de planification familiale apparaissent également indispensables.

### **La transformation du statut de la femme**

La transformation du statut de la femme s'effectue grâce à des mesures législatives, des actions économiques, sanitaires et de promotion de la femme. Cette transformation serait, selon T. Locoh, un préalable à l'émergence d'un intérêt pour la planification familiale.

### **L'insertion des programmes de planification familiale**

Cette insertion doit se réaliser dans le cadre général du développement économique et social, ou dans les projets de développement, notamment par l'intermédiaire des O.N.G.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'en matière de comportements démographiques, les populations africaines cherchent à maximiser une fonction de préférence radicalement différente de celle des occidentaux. Dans cette fonction de préférence le profit individuel tel qu'il est conçu par la théorie néo-classique à très peu de place.

Seuls le profit communautaire, le prestige, la sécurité, l'aversion pour le risque, la pérennité du clan et la perpétuation du nom apparaissent comme les véritables variables-arguments de cette fonction d'utilité.

Toute politique ou stratégie de développement et tout programme de planification familiale devrait peut-être commencer par l'étude de la fonction de préférence des populations africaines. C'est à cette condition que ces programmes, pour reprendre l'expression imagée de T. Locoh, cesseront d'être "*des programmes venus d'ailleurs*".

## **BIBLIOGRAPHIE**

MONTCHRESTIEN (de) A., 1615, *Traité d'Economie Politique dédié au Roi et à la Reine*, éditions de la Rivière.