

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE : BILAN ET RECOMMANDATIONS

Dieudonné BM' NIYAT BANGAMBOULOU

INTRODUCTION

De nombreuses analyses ont été réalisées pour appréhender les causes de la crise économique qui sévit dans le monde actuellement. En République Centrafricaine, comme dans beaucoup de pays du Tiers Monde, la croissance démographique rapide est considérée comme l'une des principales causes de cette crise économique : on constate dans ce pays un décalage entre le rythme annuel de croissance démographique, environ 2 à 2,5 %, et celui de la croissance économique qui n'atteint pas 2 % par an en termes réels depuis plusieurs années.

Face à ce constat, un programme de planification familiale basé sur l'esacement des naissances, en vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant et de promouvoir la parenté responsable, a été mis sur pied dans les années 1980. Après une présentation des objectifs de ce programme, nous tenterons d'analyser ici son impact, et tout particulièrement son influence sur les comportements des différentes populations face à la fécondité.

Notre étude reposera sur une analyse des résultats d'une enquête C.A.P. (Connaissance, Attitude, Pratique) sur le programme de planification familiale réalisée en 1989, et au vu de cette analyse, nous proposerons de nouvelles actions et orientations susceptibles d'accroître l'efficacité de ce programme.

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

En République Centrafricaine, l'état de santé des populations est préoccupant : le taux de mortalité générale est d'environ 15 pour 1000 et celui de mortalité infantile supérieur à 115 pour 1000. Le taux de morbidité, dû aux maladies infectieuses et parasitaires, est important. Le régime alimentaire des populations souffre d'une carence en protéine préjudiciable à la santé des enfants (Ministère du Plan, 1991).

Cette situation sanitaire risque de s'aggraver avec la crise économique et son corollaire la dégradation du fonctionnement du système sanitaire dont les ressources vont diminuer.

Face à ce constat, a été mis en place un programme de planification familiale, qui vise à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant par un espacement des naissances et une éducation pour la santé (Ministère de la Santé Publique, 1987).

Quatre objectifs spécifiques sont définis dans ce programme :

- 1) La sensibilisation, entre 1989 et 1993, de 60 % de la population urbaine et 30 % de la population rurale à la planification familiale pour que ces populations s'acheminent vers une parenté responsable. Actuellement, seulement 10 % de la population urbaine et 5 % de la population rurale sont sensibilisés à ce problème.
- 2) La formation ou le recyclage, entre 1989 et 1993, d'environ 70 % du personnel sanitaire aux méthodes de planification familiale, à la gestion d'un programme de planification familiale et à la collecte des données relatives à cette planification.
- 3) La réalisation, entre 1989 et 1993, de cinq types de recherches opérationnelles utilisables en Santé Publique sur le thème de la stérilité.
- 4) Le développement et la mise en service d'une nouvelle fiche de collecte des données sur la planification familiale pour permettre un suivi et une estimation plus fiable des femmes utilisant la contraception.

Pour l'exécution de ce programme, une Direction de la Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale (DSMI) a été créée en 1982. Cette direction a défini cinq sous-programmes dans son programme national, en vue de diminuer les mortalité et morbidité maternelles, périnatales et infantiles, comprenant :

- l'amélioration de la surveillance des femmes enceintes,
- l'amélioration des conditions d'accouchement et de la surveillance post-natale,

- l'amélioration de la surveillance des enfants de 0 à 5 ans,
- la mise en oeuvre de stratégies standards de lutte contre les principales causes de mortalité infantile,
- l'amélioration de l'accessibilité des populations aux méthodes de planification familiale.

Il importe de mesurer l'impact de ce programme pour définir les objectifs qui ont été atteints et les actions à réorienter pour l'avenir : tel est l'objet de l'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques relatives à la planification familiale réalisée en 1989 (Ministère de la Santé Publique, 1990).

L'ENQUÊTE C.A.P. SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE : PRÉSENTATION ET RÉSULTATS

Présentation

La pratique de la contraception n'était en RCA connue qu'à travers les bulletins périodiques de la DDMI dont le degré de fiabilité laissait à désirer. Les données de l'enquête C.A.P. permettent de dresser un bilan plus précis de l'état de la situation.

Cette étude est une enquête par sondage réalisée dans des zones facilement accessibles, essentiellement en milieu urbain (bien que cette zone ne représente que 35 % de la population totale du pays), auprès d'un échantillon de 1365 personnes : 69 % de femmes et 31 % d'hommes. La population enquêtée est une population jeune : 57 % ont moins de 30 ans et 14,2 % seulement sont âgés de 40 ans et plus, répartie de façon assez homogène selon le niveau d'instruction, 33,1 % sont sans instruction, 33,0 % ont le niveau primaire, 32,1 % le niveau secondaire, excepté le niveau supérieur 1,8 %. Il s'agit d'une population en majorité mariée (59,2 %) ou ayant déjà contracté une union (5,8 % de divorcés et 3 % de veufs), avec environ 1/3 de célibataires.

Résultats

Cette enquête est centrée sur l'étude de la connaissance de la planification familiale, de sa pratique, des attitudes générales par rapport à cette planification, des obstacles à son utilisation et des solutions pour résoudre ces problèmes.

Avoir une information sur les méthodes contraceptives est une condition préalable à leur utilisation : ainsi 86 % des personnes interrogées ont reçu une information sur la contraception et, parmi elles, 37 % l'ont eue du

personnel de santé ; les médias jouent également un rôle positif : 27,6 % des personnes tirent leur information de la radio et de la télévision et 4 % des journaux (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des personnes interrogées selon la première source d'information sur la planification familiale citée

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Personnel de santé	509	37,3
Enseignant	32	2,3
Journaux	88	6,4
Causerie	139	14,2
Radio-TV	375	27,6
Autre animateur/éducateur	29	2,1
Non informé	183	13,4
Pas de réponse	9	0,7
TOTAL	1365	100,0

Le degré de connaissance de la contraception varie selon le type de méthode. Interrogés sur la connaissance des méthodes traditionnelles, 55 % des enquêtés déclarent connaître ce type de méthodes, particulièrement l'abstinence et la séparation du couple. Pour les méthodes modernes, 53 % connaissent au moins une de ces méthodes : les plus connues étant la pilule et la méthode d'auto-observation MAO (tableau 2).

Les objectifs de la planification familiale ne sont pas perçus correctement par l'ensemble de la population puisque seulement 57,2 % des personnes interrogées disent que l'objectif est un espacement des naissances, 4,3 % une limitation des naissances mais 10,7 % pensent que le but de la planification est de favoriser la natalité (tableau 3). L'incompréhension de ces objectifs explique certainement la proportion limitée (50 %) d'utilisateurs de ces méthodes.

Les utilisateurs de moyens contraceptifs sont plus nombreux à recourir aux méthodes modernes (49,5 % d'utilisateurs) que traditionnelles (44,6 % d'utilisateurs). Il est surprenant de constater que le principal avantage cité par les utilisateurs est "l'amélioration de la santé", 66 % des réponses, le deuxième étant "l'absence de risque dans les relations sexuelles" : 22 % des

Tableau 2 : Répartition des personnes interrogées selon le type de méthode contraceptive connue (en % d'utilisateurs d'un type de méthode, moderne ou traditionnelle)

Méthode traditionnelle connue	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel	16	2,1
Ficelles	51	6,8
Racines et feuilles	48	6,4
Séparation du couple	252	33,4
Coït interrompu	–	–
Abstinence	213	28,2
Autres méthodes	22	2,9
Pas de réponse	153	20,3
TOTAL	755	100,0
Méthode moderne connue		
Contraceptifs oraux (pilule)	230	31,6
Injection	44	6,0
Stérilet	46	6,3
Spermicide	4	0,6
Condoms	60	8,2
Diaphragme	4	0,6
Stérilisation	13	1,8
Méthode d'auto-observation MAO	209	28,7
Pas de réponse	118	16,2
TOTAL	728	100,0

réponses (tableau 4). Cette manière de considérer les méthodes contraceptives est très certainement conditionnée par le discours officiel qui présente la planification comme un moyen d'espacer les naissances pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Les personnes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête justifient leur conduite par le manque d'information concernant ces méthodes et leur coût ; l'absence relative de centre de planification familiale et de personnels qualifiés en planification familiale constitue également une des causes de non utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 3 : Répartition (en %) des personnes interrogées selon l'objectif de la planification familiale

Objectifs de la planification familiale	Effectif	Pourcentage
Limiter les naissances	58	4,3
Espacer les naissances	781	57,2
Favoriser la natalité	146	10,7
Eduquer les jeunes à la maîtrise de la sexualité	104	7,6
Eviter les grossesses non désirées	100	7,3
Ne sait pas	132	9,7
Pas de réponse	44	3,2
TOTAL	1365	100,0

Tableau 4 : Proportion d'individu pratiquant la contraception selon la méthode utilisée et les avantages de la planification familiale déclarés

Méthodes utilisées	Avantages déclarés					Total
	Rapport sexuel sans risque	Santé	Economie	Autres (fertilité)	ND	
Méthode traditionnelle	9,8	83,7	1,3	1	4,2	100
Contraceptifs oraux	39,4	52,9	1	1	5,7	100
Injection	37,5	62,5	-	-	-	100
Stérilet	20	80	-	-	-	100
Spermicides	42,9	57,1	-	-	-	100
Condoms	41,2	52,9	5,9	-	-	100
Diaphragme	25	25	25	25	-	100
Stérilisation	-	33,4	33,3	33,3	-	100
M.A.O.	31,6	52,9	2,3	3,4	9,8	100
Non déclarés	7,5	40	22,5	10	20	100
TOTAL	22,0	66,0	3,2	2,3	6,5	100

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le programme de planification familiale élaboré en RCA pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant et promouvoir une parenté responsable n'a pas atteint ses objectifs. En effet, d'après les résultats de l'enquête C.A.P., les taux de connaissance et d'utilisation de la planification familiale restent faibles et les objectifs assignés à ce programme mal perçus.

Ces résultats nous amènent donc à constater un certain échec de ce programme, d'autant plus que l'enquête C.A.P. a été réalisée dans des zones privilégiées, urbaines et faciles d'accès.

Pour améliorer l'impact d'un tel programme, il convient au préalable d'analyser les perceptions de la fécondité dans les différents groupes socio-économiques : la valeur que l'on attache aux enfants, la perception du risque de mortalité qu'ils encourent, la place de l'enfant dans la famille, le lignage... sont autant d'éléments qui vont conditionner la demande d'enfants.

Une baisse de la mortalité infantile, donc une survie plus grande, peut restreindre le nombre d'enfants à mettre au monde, mais ces évolution et prise de conscience ne se feront que sur le long terme.

Il convient également d'analyser qui dans la société détient le pouvoir de décision par rapport à la fécondité : le groupe social, l'homme et/ou la femme. Cette connaissance est primordiale car elle permettra d'identifier les individus à cibler pour améliorer les impacts de ces messages.

Ce programme ne trouvera d'écho que si les moyens contraceptifs sont disponibles (approvisionnements réguliers des stocks) et accessibles (disponibilité même en zone rurale, coût acceptable), conditions qui nécessitent une amélioration dans le fonctionnement du système sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE,
1987, *Programme SMI/PF* République
Centrafricaine, Octobre 1987.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE,
1990, *Enquête C.A.P. en planification*

familiale (PF) RCA 1989, République
Centrafricaine, avril 1990.

MINISTERE DU PLAN, 1991, *Bilan
Diagnostique social de 1986 à 1990*,
République Centrafricaine, février 1991.