

IMPACT DU PLANNING FAMILIAL ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ SUR LA CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE AU CONGO

Jean-Paul TOTO

INTRODUCTION

Les conséquences supposées ou réelles de l'évolution démographique en Afrique ont été l'une des raisons majeures ayant motivé la mise en oeuvre des politiques de planification familiale dans ce continent ; de la même façon les niveaux élevés de mortalité ont suscité le développement des systèmes et programmes sanitaires.

Les actions de planification familiale mises en place au Congo se heurtent à des contraintes socio-culturelles qui rendent hypothétiques leur impact. Dans cette communication, nous étudierons l'importance de ces facteurs et tenterons d'évaluer les chances réelles de réussite de l'expérience de planification actuellement en cours. Nous nous interrogerons également sur l'impact direct et indirect des programmes socio-sanitaires, sur les niveaux de la fécondité, en comparaison avec les actions spécifiques entreprises dans le cadre de la planification familiale.

PLANIFICATION FAMILIALE ET PESANTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIO-CULTURELLES

La prégnance des idéaux de forte fécondité

La planification familiale, pour être acceptée et devenir efficace, ne doit pas aller à l'encontre des normes socio-culturelles et économiques qui régissent les conditions de la reproduction. Les actions de planification entreprises au Congo se heurtent à ces contraintes qui rendent hypothétiques leur impact direct et indirect tant au niveau de la fécondité que de la santé de la mère et de l'enfant.

En effet, les idéaux de forte fécondité restent encore très prégnants dans la société congolaise. La place et le rôle de l'enfant dans la société traditionnelle déterminent, dans une large mesure, les comportements procréateurs des individus. L'enfant représente l'avenir de la famille et s'inscrit dans une logique communautaire fortement ancrée dans les mentalités, surtout en zone rurale. En ville, par contre, l'introduction précoce des valeurs marchandes et celle, plus accentuée, de l'école concourent à rendre les coûts sociaux et économiques de l'enfant plus onéreux. *"Le père de famille ne veut plus autant d'enfants du jour où ceux-ci lui coûtent ou dès qu'il n'a plus la pleine autorité sur eux"* (Sauvy, cité par F. Bezy, 1974).

Le statut des femmes, qui ne peuvent décider seules de leur fécondité, et leur faible niveau d'instruction constituent également un frein à l'acceptation de la contraception. En effet, étudiant la relation entre l'instruction et l'acceptation de la contraception, T. Locoh (1985) a noté *"des effets indirects et directs de l'instruction sur l'accès aux services de planification familiale"*, constatant, à partir des résultats de l'enquête fécondité du Bénin (1981), que les proportions des femmes pratiquant la contraception augmentent avec le niveau d'instruction.

Cependant, les idéaux en faveur d'une fécondité élevée peuvent persister chez les femmes éduquées. Ainsi même à Brazzaville, parmi l'élite féminine, avoir de nombreux enfants constitue toujours un élément de valorisation.

Planification familiale et normes sociales

L'étude sur la contraception et les comportements sexuels menée auprès des femmes de Brazzaville (1990) révèle qu'une descendance nombreuse constitue pour elles une forme de sécurité, une assurance pendant la vieillesse et une garantie contre la mortalité infanto-juvénile. Ce réflexe du désespoir, longtemps caractéristique des générations anciennes et analphabètes, perdue malgré les progrès enregistrés dans le domaine médical et le niveau d'instruction des femmes. L'impact des messages de régulation familiale et de parenté responsable n'est pas encore assez fort pour changer les mentalités et amener à une réduction de la fécondité.

De plus, la diffusion de l'information sur la contraception est insuffisante : le motif le plus fréquemment cité par les femmes pour justifier leur niveau de fécondité élevé est l'ignorance des méthodes contraceptives (tableau 1). Ce résultat dénote l'existence d'une demande potentielle de contraception et même de planification familiale.

Tableau 1 : Motifs cités par les femmes pour justifier une descendance élevée (% de réponses)

Motifs	% de réponses
Ignorance des méthodes contraceptives	55,1
Relève assurée par les enfants pendant la vieillesse	32,6
Garantie contre la mortalité infanto-juvénile	25,8
Estime dans la famille du conjoint	22,5
Autres	5,6
N.D	13,5

Source : Enquête sur "Contraception et comportement sexuel au Congo : le cas des femmes salariées à Brazzaville", Toto, 1990 c.

Enfin, malgré les actions de planification familiale entreprises, la disponibilité et l'accessibilité aux contraceptifs restent limitées : l'accès aux contraceptifs fut longtemps soumis à une prescription médicale, et la tentative de libéralisation observée ces derniers temps en milieu urbain ne touche qu'une faible proportion des femmes en âge de procréer.

D'une façon générale, ces programmes recueillent difficilement l'adhésion des populations car ils vont à l'encontre de certaines normes de la société. Ainsi, comme le souligne Samman (1991), *"comment dans ce contexte, peut-on s'attendre à ce que l'enseignant, dont le conservatisme traditionnel est connu dans certains pays du Tiers-Monde, puisse véhiculer des informations ou un message qu'il ne comprend pas, ou auquel il n'adhère pas, du fait justement qu'il va à l'encontre de ses propres croyances et de celles de la communauté dans laquelle il vit, mais aussi parce que cette communauté ne manquera pas d'exercer sur lui de fortes pressions pour l'en empêcher"*.

Des facteurs économiques interviennent également comme entrave à la planification familiale chez certains salariés. L'octroi d'avantages financiers : allocations familiales, congés de maternité, indemnités d'accouchement, indexation du taux d'imposition sur le nombre d'enfants, bien qu'ils n'interviennent pas de façon déterminante dans le choix de la taille de la famille, contribue certainement à maintenir une attitude favorable à une famille nombreuse.

Face à ces contraintes socio-culturelles et économiques, l'expérience en matière de planification familiale au Congo n'a eu qu'une portée très limitée. Le contrôle de la fécondité n'exerce qu'un effet encore timide sur les

stratégies individuelles et familiales en matière de reproduction. Aussi convient-il d'étudier ici l'impact des programmes sanitaires pour juger de leur efficacité et de leurs conséquences sur la reproduction démographique.

LES PROGRAMMES SOCIO-SANITAIRES ET LEUR IMPACT SUR LA REPRODUCTION DÉMOGRAPHIQUE

L'efficacité relative des programmes socio-sanitaires

Les programmes socio-sanitaires, mis en oeuvre pour augmenter de manière soutenue l'espérance de vie à la naissance, assurer une meilleure accessibilité aux soins médicaux ainsi qu'un environnement économique favorable aux ménages urbains et ruraux, ont un impact direct sur les conditions de survie des familles. Ainsi peuvent-ils contribuer à modifier les perceptions de la valeur de l'enfant et donc favoriser l'adhésion effective des populations au discours de la planification familiale.

Au Congo, depuis l'époque coloniale, les différents plans et programmes de développement ont comporté un volet sanitaire dont les principaux objectifs visaient la lutte contre la pauvreté, la morbidité et la mortalité pour améliorer le bien-être de l'ensemble de la population et plus particulièrement des enfants.

Cependant, les prévisions en matière de santé publique n'ont pas été atteintes au cours de ces différents plans (Toto, 1990 a). La situation sanitaire était préoccupante au démarrage du plan quinquennal de développement économique et social de 1982-1986. Ainsi le FNUAP (1985) dans un rapport sur les besoins d'aide en matière de population en 1984 soulignait que : *“l'état de santé du peuple congolais n'est pas des meilleurs. En effet, la précarité des conditions d'habitat, d'assainissement, d'approvisionnement en eau potable, d'alimentation est à l'origine des maux qui frappent l'ensemble du peuple”* et il ajoutait *“la morbidité et la mortalité sont élevées, particulièrement chez les enfants, les mères et les femmes en âge de procréer, la couverture socio-sanitaire du pays est insuffisante, notamment en zone rurale, tant en ce qui concerne les structures que les ressources matérielles, financières et humaines ; les valeurs sociales et familiales traditionnelles se dégradent et l'on constate une fréquence plus grande des maladies sexuellement transmissibles et des avortements provoqués”*.

Tableau 2 : Répartition du personnel médical et para-médical par catégorie et nombre d'habitants par agent en 1984 au Congo (population : 1 909 248 habitants en 1984)

Catégories de personnel	Effectifs disponibles et en activité	Nombre d'habitants		Effectifs nécessaires selon normes OMS	Déficit observé par rapport aux normes OMS
		sit. actuelle	Normes OMS		
Médecins	302	6 322	5 000	382	- 80
Pharmaciens	49	38 964	5 000	382	- 333
Assistants sanitaires	336	5 682	300	6 364	- 6 028
Infirmiers diplômés d'Etat	795	2 402	300	6 364	- 5 569
Sages femmes principales	54	35 356	3 000	636	- 582
Agents techniques et infirmiers brevetés	879	2 172	300	6 364	- 5 485
Techniciens supérieurs	33	57 826	25 000	76	- 43

Source : Population, Santé et planification du développement économique et social en Afrique Centrale : le cas du Congo, Toto, 1990 a.

Ainsi, en 1983, le niveau de la mortalité générale au Congo a été estimé à 15 pour 1000, la mortalité infantile se maintenant à un niveau élevé : 108 pour 1000.

En milieu urbain, l'espérance de vie à la naissance a connu une légère augmentation entre 1974 et 1984, elle est passée de 53,7 à 58,0 ans, soit un gain annuel de 0,43 an. Mais les deux principales villes du pays, Brazzaville et Pointe-Noire (regroupant à elles seules 46 % de la population totale du Congo), se caractérisent par une mortalité infantile encore importante, ainsi qu'une mortalité néonatale élevée avec la prématurité comme cause principale.

Tableau 3 : Taux de mortalité infantile de 1960 à 1974 à Brazzaville (en pour 1 000)

Années	Taux de mortalité infantile
1960	78,5
1961	91,7
1962	76,2
1963	70,9
1964	70,6
1965	74,3
1966	80,3
1967	74,0
1968	64,8
1969	69,4
1970	75,4
1971	74,9
1972	86,3
1973	58,4
1974	68,9

Source : Dépouillement volets état civil, CNSEE, 1975.

La rougeole et les diarrhées sont responsables de nombreux décès infanto-juvéniles. La couverture vaccinale contre la rougeole est faible : elle évolue en dents de scie et reste inférieure à 14 % chez les enfants de moins de 10 ans (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution du nombre de vaccinations antirougeoleuses pratiquées au Congo de 1975 à 1984 chez les enfants de moins de 10 ans

Années	Nombre de vaccinations	Population de référence	Taux de couverture (%)
1975	55 146	457 925	12,0
1978	59 899	471 205*	12,7
1979	54 634	484 870*	11,3
1980	70 068	503 637	13,9
1981	53 079	541 528	9,8
1982	42 538	548 357	7,8
1983	75 698	567 815	13,3
1984	64 277	587 517	10,9

* estimations.

source : CNSEE, annuaires statistiques 1982 et 1986.

Ce bilan succinct de l'état de santé de la population congolaise, en particulier des enfants, fait apparaître une situation préoccupante. Ce constat est d'autant plus alarmant que la crise économique actuelle et les programmes d'ajustement structurel risquent de contribuer à une dégradation du fonctionnement des services de santé. Cette dégradation aura pour conséquence une aggravation des risques de mortalité infantile et de la hantise de la population de perdre un enfant, phénomènes qui ne peuvent que renforcer des réflexes pro-natalistes.

A Brazzaville, 25 % des femmes interviewées justifient la taille élevée de leur descendance comme une sécurité et une garantie contre la mortalité des enfants en bas âge. On peut penser que si les conditions nécessaires étaient remplies pour assurer un état de santé correct pour la mère et l'enfant, le désir d'avoir une descendance nombreuse, pour espérer qu'au moins un enfant atteigne l'âge adulte, s'estomperait. De même, en zone rurale, on peut supposer que la diffusion des techniques médicales comme la vaccination, le traitement de l'eau, la réhydratation orale, la lutte contre les maladies parasitaires feraient reculer la mortalité infantile et ainsi rendrait perceptible cette survie du plus grand nombre d'enfants et la nécessité de limiter la fécondité.

Le poids des contraintes sociales et économiques face à l'avenir

En milieu urbain, quelques ménages pratiquent un espacement des naissances. Mais rares sont les cas où, bien qu'un désir de limiter les naissances et une taille idéale de la famille soient énoncés, des stratégies d'arrêt définitif de la fécondité sont adoptées. Ainsi T. Locoh (1988) souligne que les mécanismes de résistance sont omniprésents et *"la fécondité des femmes reste pratiquement stable depuis que l'on a les moyens statistiques de la mesurer ; les grandes familles, même dans les villes, sont toujours là, à côté des rares familles nucléaires que l'on peut y observer"*.

La satisfaction de la demande potentielle de contraception observée à Brazzaville pourrait apporter quelques prémices de solution aux déperditions scolaires liées aux grossesses précoces des filles. En effet, à Brazzaville, où la plupart des jeunes filles ont leur premier enfant avant l'âge de vingt ans, une étude menée dès 1985 (Lallemant, Jourdain, 1985) a permis de constater un net déséquilibre numérique des sexes dans les différents cycles d'enseignement, dû au nombre important de jeunes filles ayant des grossesses en cours de scolarité.

Face aux difficultés d'implantation du planning familial et aux modifications des comportements matrimoniaux (avec l'augmentation du célibat)

l'on assiste à l'amplification du phénomène des enfants de la rue à Brazzaville. Le sort des enfants nés hors union et/ou non désirés s'apparente à celui des enfants orphelins, abandonnés ou adultérins. A Talangaï, un arrondissement de Brazzaville, parmi les 4 947 naissances survenues puis déclarées à l'état civil, 68,6 % des enfants sont nés hors cohabitation parentale. En outre, lors de l'enquête menée depuis 1988 à Brazzaville, on a constaté que la moitié des enfants de la rue sont issus de familles monoparentales (Toto, 1990 b).

Parallèlement aux programmes socio-sanitaires, la multiplication de ces marginalités et les difficultés socio-économiques risquent d'amener les populations à prendre conscience de la nécessité d'un meilleur contrôle de la procréation. Mais l'utilisation de méthodes contraceptives modernes pour accentuer la baisse de la fécondité ne pourra intervenir que lorsque la scolarité prolongée des filles, le recul de l'âge au mariage, la mécanisation de l'agriculture, auront créé un environnement favorable à l'acceptation de ces méthodes (Bahri, 1988).

CONCLUSION

Au Congo, comme dans plusieurs autres pays africains, les idéaux d'une forte fécondité s'imposent à la société pour des raisons d'ordre culturel et économique. Dans ce contexte caractérisé par une mortalité infantile élevée, ces idéaux se trouvent confortés et rendent difficile l'adoption des programmes de planification familiale.

L'amélioration de l'état de santé des populations et, de manière plus spécifique, la lutte pour la survie des enfants en bas âge, sont certainement au Congo des éléments qui agiront davantage en faveur d'une limitation de la fécondité que les actions du programme de planification. Les conditions socio-économiques prévalant dans le pays risquent d'induire des changements dans les mentalités et les comportements mais ceux-ci ne produiront des effets que dans le long terme. Cependant, qu'ils s'agissent des politiques sanitaires ou de planification familiale, leur chance de réussite est conditionnée par leur adaptation au contexte socio-culturel.

BIBLIOGRAPHIE

- BAHRI A., 1988, L'Afrique du 21^e siècle, in *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Editions l'Harmattan, Paris, 1988.
- BEZY F., 1974, *Démographie et sous-développement. Propositions anti-malthusiennes*, Louvain, Belgique, 1974.
- CNSEE, 1975, *Dépouillement des volets d'état-civil, Mouvement naturel de la population à Brazzaville de 1960 à 1974*, Brazzaville.
- FNUAP, 1985, *Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population*, rapport n°75, FNUAP, New York, 1985.
- LALLEMANT M., JOURDAIN G., 1985, La grossesse impossible chez les filles scolarisées à Brazzaville, rapport d'enquête, *Cahiers des Sciences Humaines*, ORSTOM, Paris.
- LOCOH T., 1985, *Les obstacles à l'acceptation de la planification familiale en Afrique de l'Ouest*. Communication au séminaire "Societal influences on family planning program performance", OCHO RIOS Jamaïca, 10-13 avril 1985.
- LOCOH T., 1988, Structures familiales et changements sociaux, in *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*. Ed. l'Harmattan, Paris, 1988, pp. 441-478.
- REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO, 1981, *Le plan quinquennal de développement économique et social 1982-1986. Document de présentation générale*. Brazzaville, 1981.
- SAMMAN M.L., 1991, *L'action éducative en matière de population : facteurs et conditions de l'impact* - Communication aux IV^e Journées Démographiques ORSTOM, Paris, 11-13 septembre 1991.
- TOTO J.P., 1990 a, *Population, santé et planification du développement économique et social en Afrique Centrale : le cas du Congo*, Communication à la Chaire QUETELET, Louvain-la-Neuve, Belgique, Octobre 1990.
- TOTO J.P., 1990 b, *Les enfants de la rue à Brazzaville : Education, famille et stratégie de survie*, Communication aux IV^e Journées démographiques de l'ORSTOM, Paris, 11-13 Septembre 1990.
- TOTO J.P., 1990 c, *Contraception et comportement sexuel au Congo : le cas des femmes salariées à Brazzaville*, Rapport d'Enquête, CNSEE, Brazzaville.