

GROUPE DE PARTENAIRES

"TRANSITION DE LA FECONDITE ET SANTE DE LA REPRODUCTION"

ANALYSE COMPARATIVE THEMATIQUE

ANALYSE DES INTERACTIONS ENTRE LA DEMANDE ET L'OFFRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Patrice VIMARD

ETAT DE LA QUESTION

Les évolutions en cours

Dans le cadre de ce programme d'analyse comparative, la planification familiale doit être appréhendée comme un objet de recherche à part entière à l'aide de nouveaux cadres d'analyse. Jusqu'à présent la diffusion de la contraception a surtout été considérée comme devant être le résultat de la modernisation attendue des pays en développement. Or si la contraception s'est rapidement diffusée dans des pays qui ont connu une forte croissance économique (en Asie particulièrement), elle s'est aussi développée dans des pays plus pauvres en pleine crise économique et sociale en Amérique latine (Colombie, Brésil...) et dans les Caraïbes (Jamaïque, Guyana...), alors que dans les pays du Moyen-Orient la croissance économique a plutôt conforté la croissance démographique, comme en Syrie jusqu'au milieu des années 1980. De même en Afrique, certains pays comme le Botswana et le Zimbabwe, encore relativement pauvres, semblent être entrés dans la transition de leur fécondité avec des taux de prévalence de la contraception voisins de 30 % des femmes en union, résultat totalement inattendu il y a quelques années.

Aussi peut-on aujourd'hui évoquer, à la suite de M. Cosío-Zavala, l'existence d'un "malthusianisme de pauvreté", conséquence de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel. Ceux-ci provoquent des déséquilibres sociaux dans la majorité des pays du Tiers-Monde, et les transformations des objectifs de la régulation familiale trouvent leur place dans les modes d'ajustement à ces ruptures économiques, sociales et culturelles.

Objet de l'analyse

Quels sont les grands facteurs qui influencent dans les pays où la croissance démographique demeure rapide d'Afrique et d'Asie, la demande d'enfants et l'offre en matière de contraception ?

En matière de demande de planification familiale, les caractéristiques de l'organisation socio-économique, agissant dans un sens pro-nataliste, sont-elles aussi enracinées et immuables que certaines observations pourraient le laisser croire ? Et sous quelles conditions les valeurs et les contraintes pro-natalistes peuvent-elles céder la place à de nouvelles influences socio-économiques favorables à des familles de petite taille ? Il s'agit ici d'apprécier, chez la femme et chez l'homme, l'état implicite et explicite et la nature de cette demande, les déterminants socio-économiques et les processus de création et de formalisation de celle-ci. Les interrelations entre cette demande et l'offre sont bien sûr essentielles à appréhender et dans ce cadre l'évolution des interdits culturels, religieux et politiques devront être analysés.

En ce qui concerne l'offre de planification familiale, quelles sont les particularités sociales, économiques et politiques des régions et des pays qui connaissent une réussite de leurs programmes de planification familiale ? Et selon quels principes et sous quelles formes les activités en matière de planification familiale influencent-elles le plus favorablement l'utilisation de la contraception moderne ? Il convient ici d'analyser les pratiques des différents intervenants, publics et privés, en ce domaine et le contenu des programmes proposés aux populations ainsi que l'impact de ces programmes de planification familiale sur la prévalence de la contraception et l'évolution de la fécondité dans les différents groupes concernés.

De quelques hypothèses

A cet égard, les hypothèses, sur l'évolution de la demande et de l'offre, actuellement développées dans la littérature scientifique récente méritent d'être étudiées à la lumière de l'expérience des pays francophones en développement à l'aube de leur transition démographique. Certains déterminants d'une diminution de la demande d'enfants doivent être examinés et discutés : baisse importante de la mortalité, évolution de l'organisation familiale avec notamment le resserrement des liens au sein du couple et un meilleur partage des décisions entre les conjoints, hausse des coûts des enfants et désir des parents de les voir prolonger leur scolarité, détérioration de la situation économique et affaiblissement des solidarités familiales...

Quant à l'offre, si l'action des organisations privées peut être efficace et utile, la mise en place de programmes publics de planification familiale, intégrés à des politiques de population, semble s'être avérée jusqu'ici indispensable en Afrique à un accroissement important de l'emploi de la contraception, mais de nouvelles expériences nationales doivent être confrontées pour valider cette hypothèse.

Dans les quelques pays africains où elle a baissé de façon notable, la quasi universalité de la diminution de la fécondité (qui atteint dans le même temps tous les rangs de naissance, à la différence de ce qui a pu être constaté en Amérique latine et en Asie, l'ensemble des niveaux d'instruction, les zones rurales comme les milieux urbains...) semble démontrer que les déterminants de la baisse ont une forte composante centrale, les facteurs socio-économiques et géographiques individuels et communautaires n'intervenant à la marge que sur l'intensité relative de la baisse de la fécondité. Mais ce modèle, mis en évidence à partir de l'expérience de pays de l'Afrique australe et de l'Afrique de l'est (Botswana, Kenya, Zimbabwe), mérite d'être examiné à la lumière d'autres évolutions de pays d'Afrique sub-saharienne, notamment de l'évolution des milieux urbains de l'Afrique de l'Ouest où une baisse récente de la fécondité est notée.

Quant à l'intensité relative de la diminution de la fécondité elle apparaît tout particulièrement liée à l'utilisation différentielle de la contraception ; celle-ci pouvant être associée à des caractéristiques individuelles, familiales et collectives sur lesquelles les analyses demeurent contradictoires ou peu précises et qui par conséquent doivent être développées. Notamment les analyses les plus récentes menées à une échelle fine en Afrique francophone montrent la diversité des évolutions de la fécondité en terme d'intensité du moment, de déterminants proches, comme de référence idéologique dans différentes communautés ; tendance qui semble contradictoire avec ce qui a pu être noté en Afrique australe et de l'est. Il convient donc de s'interroger sur les facteurs de cette diversité.

En définitive la baisse de la fécondité semble aujourd'hui dépendre d'une confrontation entre la permanence de facteurs socio-économiques favorables à une forte natalité (polygamie, solidarités familiales, mode de production agricole...) et des progrès dans différents domaines (éducation des femmes, mortalité des enfants, urbanisation, développement de programmes publics de planification familiale...) favorables à une utilisation accrue de la contraception : confrontation qu'il convient d'analyser pour différents contextes économiques, culturels et politiques.

PROPOSITIONS D'ANALYSE

On propose de mener deux types d'analyse : une analyse de type agrégé, à partir de la comparaison dans le temps de deux ou n sources de données auprès d'une même population ; une analyse de type individuel à partir du suivi d'un même échantillon d'individus (femme, homme, couple...).

Analyse de type agrégé

Il est nécessaire de disposer d'au moins deux sources de données auprès d'une même population, à l'échelle nationale ou régionale. Il peut s'agir par exemple des enquêtes du projet EMF et du projet EDS, d'enquêtes fécondité. Ces données d'enquête peuvent être complétées par les indices issus des recensements, afin d'affiner la connaissance des tendances, dans la mesure où les données enregistrées lors de ceux-ci permettent de calculer l'ISF et la fécondité cumulée.

Le minimum demeure de disposer de deux observations, suffisamment éloignées dans le temps pour permettre de saisir une évolution ; mais la disponibilité de davantage d'observations permet un enrichissement de l'analyse.

L'évolution mesurée, à partir de la comparaison des indicateurs obtenus à différentes dates (cf. infra), doit être mis en relation avec une analyse de la politique démographique et de la mise en place des programmes de planification familiale dans l'espace (national ou régional) étudié. Cette analyse de la planification familiale doit porter sur les objectifs, la nature et l'efficacité des programmes (type de contraceptif diffusé, nombre d'utilisatrice, abandon des méthodes...). L'objectif est dans ce cas de mettre en relation les tendances de la fécondité, de la pratique contraceptive et du désir d'utilisation de la contraception avec l'évolution des programmes eux-mêmes (montée en puissance, stagnation...).

Les indicateurs

les indicateurs doivent être calculés selon l'âge et l'état matrimonial des femmes et au moins selon les variables socio-économiques suivantes : milieu de résidence (métropole, autres villes, rural), niveau d'éducation de la femme, niveau d'éducation du mari, activité de la femme, activité du mari.

L'évolution de la fécondité doit être mesurée à l'aide des indicateurs suivants :

- Fécondité par âge et fécondité cumulée
- Indice synthétique de fécondité
- Probabilité d'agrandissement
- Taux de fécondité du moment par âge à différentes périodes (à partir de l'histoire génésique des différentes générations de femmes)

- Descendance atteinte selon l'âge dans les différentes générations de femmes

Les attitudes de fécondité peuvent être appréciées par les indicateurs suivants :

- taille idéale de la descendance souhaitée
- % de femmes ne désirant ne plus avoir d'enfant
- Taux de la fécondité désirée (ensemble ; pour les cinq années précédant l'enquête)

- Taux de la fécondité non-désirée (ensemble ; pour les cinq années précédant l'enquête)

- % de naissances non-désirées, parmi l'ensemble des naissances (ensemble ; pour les cinq années précédant l'enquête)

L'évolution de la contraception (demande et pratique) doit être évaluée à l'aide des indicateurs suivants.

- % ayant utilisé au moins une fois une méthode contraceptive
- % ayant utilisé au moins une fois une méthode contraceptive moderne
- % utilisant au moment de l'enquête une méthode contraceptive
- % utilisant au moment de l'enquête une méthode contraceptive moderne
- répartition des méthodes contraceptive utilisée au moment de l'enquête¹
- % connaissant une méthode contraceptive
- % connaissant une méthode contraceptive moderne
- % de femme enceinte au moment de l'enquête
- caractéristiques des femmes n'utilisant pas la contraception²
- motif invoqué pour l'interruption de la contraception

- % de femmes n'ayant jamais pratiqué la contraception, déclarant avoir l'intention de l'utiliser dans le futur

- % de femmes ne pratiquant pas la contraception au moment de l'enquête, déclarant avoir l'intention de l'utiliser dans le futur

- Pratique contraceptive des femmes ne voulant plus d'enfant
- Motif de non-utilisation de méthode contraceptive
- Motif invoqué pour avoir d'autres enfants
- Motif invoqué pour ne pas avoir d'autres enfants

Il semble également important d'évaluer l'évolution des *moyens traditionnels d'espacement des naissances* par les indice suivants :

- durée moyenne d'abstinence post-partum
- durée moyenne d'allaitement
- durée moyenne d'aménorrhée post-partum.

¹ Les modalités de cette variable peuvent être : stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, stérilet, injection, spermicide, préservatif, retrait, cycles, abstinence, autre méthode.

² Les modalités de cette variable peuvent être : stérile-ménopausée, enceinte, célibataire, divorcée-veuve-séparée, mariée désirant un enfant, mariée ne désirant pas d'enfant.

- durée de non-prédisposition post-partum à la conception (soit par abstinence soit par aménorrhée post-partum)

Enfin *l'influence de la contraception sur la fécondité* peut être appréciée par les indices suivants :

- Taux de fécondité (estimé par le nombre de naissances pour 100 années féminines d'exposition au risque de concevoir) selon la méthode contraceptive et l'intention reproductive (naissance désirée-naissance non désirée)

Analyse de type individuel

Il s'agit dans ce cas d'utiliser les données d'une observation suivie (dans le cadre d'un observatoire, d'un laboratoire de population...) auprès d'une population qui se trouve "confrontée" à un programme de planification familiale (de quelque nature qu'il soit : public, privé...) pour mener une analyse longitudinale (associant l'observation rétrospective à l'observation suivie) de la pratique contraceptive et du désir d'utilisation de méthodes contraceptives des individus ; l'analyse pour les femmes et pour les hommes étudiés séparément gagne en ce cas à être complétée par une analyse des attitudes et des comportements croisés des conjoints.

Outre les indicateurs de la rubrique précédente, une telle observation suivie doit fournir les indicateurs suivants nécessaire au développement des analyses :

- proportion de naissances suivies de contraception (selon la promotion de mariage et la durée de mariage ; selon le groupe d'âge à la fin de la période quinquennale et l'année centrale de la période) (*par le rétrospectif et le suivi*)

- distribution des femmes ayant pratiqué la contraception selon la parité atteinte au moment de la première utilisation et le groupe d'âge lors de l'enquête (*par le rétrospectif et le suivi*)

L'articulation de l'observation rétrospective et de l'observation suivie doit permettre d'obtenir les quatre probabilités et les deux proportions suivantes (calculées sur des femmes en première union, exposées au risque de procréation durant la même période)³ :

- probabilité de pratiquer la contraception et de rester à la même parité
- probabilité de pratiquer la contraception sans rester à la même parité
- probabilité de ne pas pratiquer la contraception et de rester à la même parité
- probabilité de ne pas pratiquer la contraception et de ne pas rester à la même parité
- proportion d'utilisatrice à une parité donnée
- proportion de femmes qui ne progressent plus dans chaque parité

L'ensemble de cette analyse doit être complété de l'étude du développement des programmes de planification familiale dans l'espace étudié. Dans ce cadre, cette étude des programmes de PF doit être menée au sein des centres dispensateurs des activités. Aux enquêtes auprès des personnels doit être liée une analyse des fiches de suivi des consultants (critères de choix des méthodes, abandon et changement de méthode, effets secondaires...) qui permet d'affiner les analyses menées auprès de la population.

³ Pour plus de détails sur la construction de ces indices et l'interprétation qui peut en être faite, on pourra se reporter à l'article de A. Kouaoui : Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987, *Population*, 4, 1993, 859-884.

GROUPE DE PARTENAIRES

"TRANSITION DE LA FECONDITE ET SANTE DE LA REPRODUCTION"

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN), ENSEA, INS (COTE-D'IVOIRE)
CEPED, ORSTOM (FRANCE), DPS (SENEGAL), URD (TOGO)

avec la collaboration du GIDIS-CI

**SANTE DE LA REPRODUCTION DANS LES PAYS A CROISSANCE
DEMOGRAPHIQUE RAPIDE : APPROCHES METHODOLOGIQUES**

Atelier d'Abidjan du 10 au 13 mai 1995