

Démographie et différences

Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

La planification familiale au Bangladesh : inégalités rurales-urbaines

• Lyne PAQUETTE

Statistique Canada, Ottawa, Canada

La planification familiale dans le Tiers-Monde est un sujet controversé qui soulève bien des passions. Cette question prend un relief particulier au Bangladesh, où la forte fécondité menace sérieusement l'avenir socio-économique du pays. Au rythme actuel, la population atteindrait les 160 millions au tournant du siècle.

Cette courte étude tentera d'expliquer les inégalités entre les milieux rural et urbain en matière de planning familial, et essaiera de faire ressortir les obstacles au développement du programme. Afin de situer dans son contexte l'écart qui existe entre ces deux milieux, il conviendra d'abord de décrire la situation démographique de ces deux sous-populations pour en montrer les différences.

Dans un deuxième temps, on évaluera la qualité des données disponibles pour juger de la valeur des indices utilisés pour mesurer le phénomène de la contraception.

Après un bref historique du programme de planification familiale, on passera en revue les principaux facteurs qui ont fait obstacle à son développement, en soulignant les particularités dans chacun des deux milieux, rural et urbain.

Enfin, ceci conduira à envisager les moyens à mettre en œuvre pour obtenir un niveau de contraception, en milieu rural, similaire à celui qui prévaut en milieu urbain.

I.- Aperçu de la situation démographique

La population du Bangladesh s'élève à plus de 100 millions d'habitants avec la densité la plus élevée au monde, 715 habitants par km². Celles de la Chine et de l'Inde ne sont que de 110 et 228 respectivement.

Le taux de croissance, en 1985, était de 2,7%. Cependant, on constate des inégalités dans le rythme de croissance des milieux rural et urbain, comme le montre le tableau 1. Le taux de croissance varie de 5,4% en milieu urbain à 2,4% en milieu rural. La forte croissance de la population urbaine indique clairement qu'il existe une migration rurale-urbaine qui s'ajoute à l'accroissement naturel. En effet, alors que la population urbaine représentait 5% de la population totale en 1960, ce pourcentage était de 12% en 1985.

Le taux de natalité en milieu rural vaut une fois et demi celui du milieu urbain, alors que l'indice synthétique de fécondité varie et oscille autour de 6 enfants par femme pour ces deux sous-populations. La mortalité demeure à un niveau très élevé, comme en témoigne une espérance de vie à la naissance inférieure à 60 ans. Toutefois, ces indicateurs doivent être utilisés avec de nombreuses précautions.

TABLEAU 1.- DONNEES STATISTIQUES, BANGLADESH

	Rural	Urbain
		(p. 100)
Taux d'accroissement ⁽¹⁾	2,4	5,4
		(p. 1 000)
Taux brut de natalité ⁽²⁾	36,9	23,1
Indice synthétique de fécondité ⁽³⁾	6,1	5,7
Taux brut de mortalité ⁽²⁾	12,8	7,0
Espérance de vie à la naissance ⁽²⁾	54	60
Taux de mortalité infantile ⁽²⁾	123	103

Sources :

(1) *Annuaire démographique des Nations Unies*, 1985.
(2) *Statistical Yearbook of Bangladesh*, 1982.
(3) *Contraceptive Prevalence Survey*, 1985.

II.- Evaluation des données de base

Dans cette section, l'accent sera mis sur l'examen critique des sources de données, de façon à ce que l'analyse ultérieure repose sur une connaissance aussi complète que possible des limites données. En effet, celles qui sont disponibles inspirent quelques inquiétudes.

Le tableau 2 montre des écarts importants entre les valeurs suivant la source. On constate que les taux estimés par le Bureau de la Statistique du Bangladesh (B.B.S.) sont nettement plus faibles que ceux proposés par les Nations Unies. L'écart, est, par contre, très réduit entre l'indice synthétique publié par les Nations Unies et celui tiré de l'enquête sur la prévalence contraceptive présenté au tableau 1 (6,2 contre 6,1). Pour tous les autres indices, les résultats soulignent le manque de précision des données. Ils fournissent un ordre de grandeur des phénomènes plutôt qu'une estimation précise.

La mesure de la contraception a été établie à partir des données de l'enquête sur la prévalence contraceptive qui nous semble fournir la meilleure estimation du phénomène. Les données provenant des rapports mensuels du système de gestion de l'infor-

TABLEAU 2.- COMPARAISON DE CERTAINS INDICES DEMOGRAPHIQUES SELON DEUX SOURCES DE DONNEES, BANGLADESH, 1983

	BBS	Nations Unies
		(p. 100)
Taux d'accroissement	2,4	2,7
Taux brut de natalité	35,0	44,8
Indice synthétique de fécondité	5,1	6,2
Taux brut de mortalité	12,3	17,5
Espérance de vie à la naissance	53	48
Taux de mortalité infantile	117,5	128,0

Sources : BBS. *Statistical Yearbook of Bangladesh*, 1984.
Nations Unies. *Annuaire démographique des Nations Unies*, 1985.

mation du gouvernement (M.I.S.) conduisent à une estimation des taux. En effet, le M.I.S. estime les taux d'usage des condoms et des contraceptifs oraux à 7,1 % et 3,8 % respectivement, alors que les estimations de l'enquête sont de 2,7 % et 3,3 %, seulement. Cette différence est attribuable, en partie, aux déclarations des agents responsables de la distribution des contraceptifs. Ceux-ci semblent avoir tendance à majorer le nombre de contraceptifs distribués dans le but de montrer qu'ils atteignent les quotas fixés par le gouvernement.

En outre, une partie de l'erreur a pour origine la conversion du nombre de produits distribués en personne protégées par ces produits. Elle donne lieu à une mesure appelée « protection en couple-année ». On suppose que la distribution de 100 condoms ou de 13 boîtes de pilules anovulantes correspond à une protection d'un couple pendant une année. Dans son simplisme, cette mesure minimise les pertes, le gaspillage et la mauvaise utilisation des contraceptifs; de sorte qu'elle surévalue la protection réelle. On a donc préféré utiliser les données des enquêtes de prévalence contraceptive, même s'il apparaît, qu'à certains égards, ces données manquent de fiabilité.

Nous avons aussi consulté les résultats de plusieurs études effectuées par des organismes non-gouvernementaux (O.N.G.) dans diverses régions rurales. En général, ces données proviennent d'un échantillon de quelques milliers de femmes et semblent relativement fiables.

Il n'est toutefois que trop évident que les données doivent être considérées avec les plus grandes précautions car le Bangladesh ne dispose pas des moyens permettant d'effectuer des collectes statistiques valables.

III.- Evolution du programme de planification familiale

Le « planning familial » ne se résume pas à l'offre de services contraceptifs. On entend aussi par ce terme « une consultation médicale et l'utilisation de techniques médicales et autres permettant à un couple d'avoir le nombre d'enfants qu'il veut, quand il le souhaite, compte tenu de ses moyens, de ses aspirations sociales, de ses croyances religieuses et ethniques » (Pradervand, 1974, p. 16). D'autre part, les politiques de population peuvent être définies comme des « mesures législatives, des programmes administratifs et toute autre action gouvernementale destinée à modifier les tendances et la composition actuelles de la population dans l'intérêt du bien-être national » (Pradervand, 1974, p. 13).

La crise économique et la forte croissance démographique des vingt dernières années ont incité le gouvernement du Bangladesh à concentrer ses efforts sur le développement d'une infrastructure sanitaire et sur l'organisation d'un réseau de services de planification familiale. Mais, jusqu'à présent, le programme n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés.

En effet, la planification familiale est gênée du fait, qu'en milieu rural, l'infrastructure sanitaire est quasiment inexistante. Les centres médicaux (sans eau courante, ni électricité) sont mal équipés, mal gérés et souvent très éloignés des villages. Il en résulte que les gens y recourent rarement. Par ailleurs, les statistiques (B.B.S.) révèlent qu'il n'y a approximativement qu'un médecin pour 7 500 personnes et que la vaste majorité d'entre eux exercent leur profession en ville où se concentrent plus de 50 % des lits d'hôpitaux. La grande majorité de la population n'a donc pas accès aux soins médicaux.

Jusqu'à présent, ce pays n'a pas connu de véritable politique de population mais a subi seulement une propagande effrénée, qui s'est traduite par une avalanche désordonnée de contraceptifs divers. Devant la faiblesse des résultats, on a recouru à la stérilisation massive, mais elle n'a pas eu, non plus, le succès désiré. Au contraire, cette initiative a eu pour conséquence d'accroître la méfiance à l'égard de la contraception.

On comprend mieux ainsi, pourquoi le programme de planification au Bangladesh n'a réussi à atteindre qu'une minorité de privilégiés, habitant principalement en ville et une mince fraction de la population rurale desservie par les O.N.G. Par ailleurs, le gouvernement n'est pas intervenu pour réduire la rapide croissance démographique.

IV.- Inégalités rurale-urbaine en matière de planification familiale

Les taux de prévalence contraceptive révèlent des écarts importants entre les milieux rural et urbain. En effet, on constate (tableau 3) que le pourcentage de femmes utilisant la contraception est deux fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. On note également des variations importantes entre les méthodes. Ainsi, en milieu urbain, la pilule, la tubectomie et les condoms sont, dans l'ordre, les méthodes les plus utilisées, alors qu'en milieu rural la tubectomie occupe la première place suivie de la pilule et de la vasectomie. Ces taux montrent bien les effets de la campagne de stérilisation, tant chez les hommes que chez les femmes, en milieu rural.

Il est certain que les différences entre mondes rural et urbain sous-tendent des différences de classes socio-économiques et que la population urbaine est plus scolarisée et renferme une plus forte proportion de personnes à revenu élevé que la population rurale. Bien des études ont insisté sur le rôle de ces facteurs socio-économiques dans le succès de toute planification familiale. On tentera donc plutôt de montrer que les services offerts sont aussi un facteur important dans l'explication des différences en matières de planification familiale.

Le projet de planning familial mis en œuvre à Matlab (région rurale) par le Centre international de recherche en maladies diarrhéiques (I.C.D.D.R.B..) a montré que l'on

TABLEAU 3.- TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE DES FEMMES MARIEES DE MOINS DE 50 ANS
MILIEU RURAL OU URBAIN, 1985

Méthode	Milieu	
	Rural	Urbain
	(p. 100)	
Pilule	3,9	15,8
Condom	1,4	5,5
Devise	1,1	4,6
Tubectomie	7,7	9,0
Vasectomie	1,6	0,8
Autre	7,4	8,5
Total	23,1	44,2

Note : La catégorie "autre" regroupe les injections, les crèmes vaginales et les méthodes traditionnelles.
Source : Contraceptive Prevalence Survey, 1985.

peut atteindre un taux de prévalence contraceptive en milieu rural identique à celui du milieu urbain, sans modifier ni le revenu ni l'éducation de la population. De fait, on est parvenu à un taux de prévalence contraceptive de 40% en 1983, alors que celui estimé pour l'ensemble du milieu rural était de 17,3%. Ce projet a d'ailleurs mis en évidence les nombreuses entraves au développement du programme. La liste suivante en fait état :

- insuffisance d'agents de terrain, leur formation limitée et leur manque de matériel médical ;
- pénurie d'équipements et de médicaments dans les centres de santé ;
- médiocrité du système de supervision ;
- absence de coopération entre le secteur de la santé et celui du planning familial.

Nous allons maintenant analyser chacun de ces facteurs afin d'expliquer les inégalités entre les milieux rural et urbain.

Insuffisance d'agents de terrain, leur formation limitée et leur manque de matériel médical ;

La démonstration du rôle de l'agent de terrain pour assurer les services de planification familiale en milieu rural, n'est plus à faire. Cependant, ce facteur est d'autant plus important dans un pays qui est caractérisé par la ségrégation des sexes et la réclusion des femmes. Dans la société rurale traditionnelle du Bangladesh, une honnête femme ne peut que très rarement quitter son entourage immédiat (mari). Les femmes dépendent, par conséquent, des agents de terrain pour l'accès aux services du planning familial. Ainsi, la fréquence des visites contribue à augmenter l'utilisation des contraceptifs. Lorsque l'agent ne visite sa cliente qu'une fois tous les trois ou cinq mois, il s'ensuit que celle-ci risque de ne pratiquer la contraception que de façon sporadique.

Les résultats d'une étude (Simmons, Phillips et, Rahman, 1984) ont révélé que seulement 40% des femmes avaient été visitées par un agent au cours des trois derniers mois ; or, selon l'enquête de prévalence contraceptive, le tiers des femmes avaient obtenu leurs contraceptifs de l'agent de terrain. Dans ces conditions, le suivi médical est inadéquat et la motivation de la population au planning familial virtuellement impossible. De plus, en raison de leur formation limitée et du manque de produits médicaux, les agents ont habituellement peu à offrir à la population. Par exemple, seulement 12% des femmes visitées par l'agent avaient déclaré l'avoir réellement rencontré. Dans la plupart des cas, l'agent ne faisait que remettre les contraceptifs.

Le nombre insuffisant d'agents conduit chacun d'eux à couvrir une aire géographique plus grande et réduit ainsi la fréquence des visites. Il semble bien que le nombre limité d'agents représente un obstacle majeur à la diffusion des méthodes de planification familiale en milieu rural.

En ville, par contre, près des deux tiers des femmes se procurent leurs contraceptifs dans les centres de santé, les pharmacies et les « petites boutiques ». Les cliniques sont mieux équipées, mieux gérées et surtout abondent en produits contraceptifs et médicaux. En ville, il est toujours possible de se procurer une quantité supplémentaire de pilules, d'obtenir un avortement dans des conditions sanitaires satisfaisantes ou d'avoir un suivi médical.

Pénurie d'équipement et de médicaments dans les centres de santé

En milieu rural, seulement 10% des femmes se procurent leurs contraceptifs dans les centres médicaux, selon les données de l'enquête sur la prévalence contraceptive. Une conclusion du projet du planning familial dans la région rurale de Munshiganj (Phillips, Koblinski, 1984) montre d'ailleurs que l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs est davantage liée aux visites des agents qu'à la proximité d'un centre médical.

Une étude faite par I.C.D.D.R.B. dans quatre régions rurales indique également que, dans le cas d'enfants malades, seulement 5% des femmes avaient recours à un centre médical. Plus des deux tiers se rendaient plutôt chez la praticienne du village, et le quart consultaient une personne dans leur entourage immédiat. A la mauvaise performance des centres, s'ajoute leur éloignement, pour expliquer leur sous-utilisation. Il n'est donc pas étonnant, qu'en milieu rural, les femmes ne pratiquent pas la planification familiale. En ville, comme nous l'avons déjà mentionné, l'infrastructure sanitaire est beaucoup plus adéquate.

Médocrité du système de supervision

L'étude faite par I.C.D.D.R.B. a insisté sur la nécessité d'une bonne supervision pour assurer le succès du programme. ON entend par supervision, la planification, l'organisation et le contrôle du travail des agents. Les auteurs d'une autre étude (Joicep, 1979) sont parvenus à la même conclusion. Malgré l'existence de personnes responsables du programme, aucun système adéquat de supervision n'a été mis en place et l'aide aux agents de terrain est limitée.

Absence de coopération entre le secteur de la santé et celui du planning familial

Aucune action sérieuse n'a été entreprise pour intégrer les services de santé et ceux du planning familial sur le terrain. Ainsi, les agents des deux secteurs travaillent indépendamment les uns des autres, chacun dans son domaine, alors qu'une coopération accroîtrait l'efficacité des services existants. On pourrait par exemple, par cette mesure, augmenter la fréquence des visites à domicile.

A Matlab, les agents sont des femmes mariées, éduquées, respectées et pratiquant le planning familial. Elles visitent les ménages qui leur sont assignés toutes les deux semaines, afin d'offrir les services de planification familiale. Elles sont aussi en formation continue par des rencontres mensuelles avec leurs collègues et les responsables du projet. Ainsi s'explique l'atteinte d'un taux de prévalence contraceptive, en milieu rural, identique à celui constaté en milieu urbain (40%).

Conclusion

Cette analyse sommaire explique quelque peu les différences entre le taux de prévalence contraceptive en milieu rural et en milieu urbain. Le faible nombre des agents de terrain, leur formation limitée, l'absence de supervision ainsi que la pénurie de médicaments et de produits contraceptifs nuisent considérablement à la qualité et à la quantité des services offerts et compromettent la réussite du programme de planification familiale.

Certes, il est peu probable que l'on puisse reproduire, à l'échelle nationale, le projet de Matlab, mais on pourrait facilement gagner du terrain dans la réduction des inégalités rurale-urbaine en matière de planification familiale.

Il faut déplorer le manque de volonté politique pour entreprendre un programme de planning familial efficace. En effet, il apparaît possible d'accroître les services en milieu rural par des mesures simples et peu coûteuses. On pense, entre autres, à l'intégration des secteurs de la santé et du planning familial et au rôle que pourraient jouer les sages-femmes dans la diffusion des techniques contraceptives et dans la prévention de la mortalité maternelle et infantile.

En somme, il reste encore beaucoup de chemin à faire avant la mise en place d'un programme de planification familiale efficace au Bangladesh, sachant que la population rurale constitue 89 % de l'ensemble de la population.

BIBLIOGRAPHIE

- Bangladesh, Bureau of statistics (1986) *Statistical Pocket Book of Bangladesh*, Statistics division, Ministry of planning, Dhaka, Bangladesh, 676 p.
- MITRA & Associates (1987) *Contraceptive Prevalence Survey 1985*, Dhaka, Bangladesh, 305 p.
- DUMONT R. (1985) « Finis les lendemains qui chantent... Bangladesh, Népal » - « L'aide contre le développement », Seuil, *L'histoire immédiate*, Coll. numéro 3, 285 p.
- PRADERVAND P. (1974) *Population et dynamique de développement*, Institut de coopération internationale, Ottawa, Ontario, 63 p.
- JOICEP (1979) *Report on the Study Team Visiting 5 Countries Implementing the IPPF/Joicep Program*.
- KOBLINSKI M., SIMMONS R., PHILLIPS J.F., YUNUS M. (1984) *Barriers to Implementing an Effective National MCH-FP Program*, Paper for the National Council for International Health and Family Planning, Dhaka, Bangladesh, 15 p.
- PHILLIPS J.F., KOBLINSKI M. (1984) *MCH-FP Research for Programme Development*, ICDDR'B, Dhaka, Bangladesh, October, 56 p.
- SIMMONS R., PHILLIPS J.F. ET RAHMAN M. (1984) *Strengthening Government Health and Family Planning Programs : Findings from an Action Research Project in Rural Bangladesh*, Studies in Family Planning, vol. 15, number 5, (September/October 1984), 212-221.
- ZAHMAN M.A., ISLAM S.M.S. (1984) *A Case Study of Factors Contributing to a Rapid Increase in Contraceptive Prevalence in a Low Prevalence Union*, Bangladesh Fertility Research Program, Dhaka, Bangladesh, November, 15 p.