# PARTIE IV

# L'évaluation de l'efficacité des mesures prises

# 19

# L'évaluation de l'efficacité des politiques de réduction de la fécondité : modalités, critères, techniques

M. SZYKMAN<sup>(1)</sup>

Division de la Population, Nations Unies, New York, NY, États-Unis

#### Résumé

On en vient, avec cette quatrième partie sur l'évaluation des résultats, au cœur de l'évaluation et l'auteur de ce chapitre nous invite, en guise d'introduction à cette partie, à réfléchir avec lui sur l'exemple des politiques de réduction de la fécondité.

Deux modalités de mesure de l'efficacité peuvent être envisagées : on compare la fécondité observée, soit à l'objectif de fécondité du programme, soit à la fécondité potentielle. Ces comparaisons reposent sur des données dont la qualité doit être appréciée.

L'auteur nous présente ensuite les trois étapes de la mesure : la détermination du changement total de fécondité ; l'estimation des naissances évitées par le programme, le plus souvent par les méthodes par composantes, par la méthode de prévalence ou par la méthode quasi expérimentale ; la mesure des effets des facteurs sociaux et des composantes du programme.

Tout au long de ce chapitre, l'auteur convie à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Ce chapitre introductif à la quatrième partie présente un survol de quelques méthodes d'évaluation de l'effet de politiques de population qui visent une réduction de

<sup>(1)</sup> Les idées exprimées ici sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles des Nations Unies.

la fécondité. Plus précisément, il s'agit de méthodes conçues pour estimer la contribution d'un programme de planification de la famille à une diminution de la fécondité au cours d'une période donnée. Une telle réduction peut résulter tant de l'espacement que de la limitation des naissances. Les méthodes d'évaluation présentées ne distinguent pas ces deux dimensions.

L'évaluation de l'efficacité d'un tel programme est une étape importante de la mise en œuvre d'une politique démographique parce que cette évaluation permet de mesurer le succès (ou de comprendre l'échec) des mesures prises et aussi, en cas de succès, de justifier les efforts souvent coûteux consentis dans ces opérations.

Les résultats d'une telle évaluation sont parfois mis en cause pour des raisons politiques, mais aussi pour des raisons analytiques. En effet, comme la plupart des programmes d'action sociale, un programme de planification familiale est soumis aux influences d'une grande diversité de facteurs, de sorte qu'isoler l'effet spécifique d'un programme n'est pas une entreprise simple. De plus, contrairement à la plupart des programmes sociaux, la mesure de l'efficacité d'un programme de planification familiale repose sur une virtualité : établir l'effet d'un tel programme implique en effet une comparaison entre une fécondité observée à une date donnée et une fécondité qui aurait prévalu (croit-on) en l'absence du programme à cette même date<sup>(2)</sup>.

Il reste toutefois qu'une évaluation rigoureuse et objective peut démontrer, avec une probabilité plus ou moins forte, l'efficacité d'un programme, c'est-à-dire convaincre les décideurs qu'en l'absence du programme, la fécondité n'aurait pas atteint le niveau observé.

Les méthodologies examinées dans le présent chapitre concernent la mesure de l'efficacité d'un programme, et non son efficience. Les mesures efficientes sont celles qui sont les plus productives, c'est-à-dire celles dont les résultats sont les plus élevés par unité de temps ou d'effort (capitaux, personnel, équipement). Les mesures efficaces sont celles qui permettent d'atteindre de façon effective le but visé, c'està-dire une réduction de la natalité. L'efficacité d'un programme peut être mesurée à divers niveaux de sa mise en œuvre. Elle peut être mesurée par rapport à certains objectifs intermédiaires et/ou uniquement par rapport à l'objectif final. Les objectifs intermédiaires peuvent se rapporter, par exemple, au recrutement et à la formation du personnel, à l'établissement de points de distribution de procédés contraceptifs, à leur approvisionnement, au transport et au stockage, au suivi médical, aux opérations de publicité et de diffusion de l'information ainsi qu'aux activités d'éducation et de motivation, etc. Il s'agit là d'une évaluation dite administrative. On peut aussi entreprendre une évaluation sur la base d'autres objectifs intermédiaires, notamment la connaissance, l'acceptation et l'utilisation de procédés contraceptifs. L'évaluation se fait parfois sur la base des taux d'utilisation de la contraception qui jouent alors le rôle d'indice anticipé d'un changement de fécondité. L'objectif final dans le cas présent étant une réduction de la natalité au terme d'une période donnée, une évaluation se référant à cet objectif final est généralement qualifiée d'évaluation démographique.

<sup>(2)</sup> En fait, le problème est plus complexe. Bien sûr, il est important de pouvoir séparer les effets exercés par d'autres facteurs. Mais pour des raisons pratiques, il est aussi important que les éléments du programme introduits dans l'analyse soient des éléments aisément modifiables. Et bien entendu, il est fondamental que ces facteurs « modifiables » soient aussi des facteurs ayant un effet substantiel.

#### Modalités de la mesure de l'efficacité

Dans le cas de l'évaluation démographique, on peut envisager au moins deux modalités de mesure de l'impact d'un programme de planification familiale sur la fécondité. La première consiste à comparer à une date donnée la fécondité observée à l'objectif de fécondité établi par la politique de population pour cette date ; la seconde consiste à comparer la fécondité observée à la fécondité potentielle, c'est-à-dire à la fécondité qui aurait prévalu à cette même date en l'absence du programme [2]. Chacune de ces modalités incorpore des possibilités de biais. Lorsque l'effet du programme est calculé par l'écart entre fécondité observée et objectif de fécondité, l'effet du programme sera d'autant plus réduit que les objectifs établis auront été plus optimistes ; de même, lorsque l'ampleur de l'effet est calculée par la différence entre la fécondité observée et la fécondité potentielle, l'effet du programme sera d'autant plus réduit que la fécondité potentielle sera plus basse.

En pratique, on utilise le critère des objectifs préétablis lorsqu'on procède à une évaluation administrative. Pour l'évaluation démographique, les techniques d'évaluation disponibles recourent à une hypothèse de fécondité potentielle. La quantification de cette fécondité potentielle présente toutefois un problème majeur en matière d'évaluation démographique d'un programme.

Divers indices de natalité, tous complémentaires, peuvent être utilisés pour mesurer l'effet d'un programme sur un changement de fécondité. L'indice le plus commun est l'indice synthétique de fécondité. L'utilisation de taux de fécondité par âge ou groupe d'âges, en isolant des cohortes ou groupes de cohortes, facilite une analyse plus détaillée des effets de la contraception sur la fécondité. L'utilisation du taux brut de natalité permet d'élargir l'analyse et d'inclure les effets de la structure par âge, de la nuptialité et de la fécondité légitime sur les modifications de l'ensemble de la natalité.

Quel que soit l'indice utilisé, il est avantageux de convertir les réductions de fécondité (en supposant qu'il y a réduction) en nombre total de naissances évitées. En effet, ce qui préoccupe les gouvernements, c'est la croissance de la taille de leur population. Le nombre de naissances est une composante de cette croissance et l'analyse en termes de taux ne reflète pas nécessairement cet aspect des tendances de la natalité. En Afrique, par exemple, entre 1975-1980 et 1985-1990, l'indice synthétique de fécondité a diminué d'environ 9 % alors que le nombre moyen de naissances annuelles a simultanément augmenté de 44 % d'une période à l'autre [29].

#### Données requises

L'éventail des données de base nécessaires varie selon la méthode d'évaluation utilisée. Pour la mesure des changements de fécondité, les données nécessaires comprennent généralement le taux brut de natalité, la structure par âge de la popu-

lation, l'état matrimonial et la fécondité par groupe d'âges des femmes en âge de procréation. Pour la mesure de l'effet du programme, les données sur l'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréation, selon la source du procédé (dans ou hors programme), sont toujours nécessaires.

Pour des analyses plus détaillées, on peut aussi avoir besoin de données sur la prévalence de la contraception par groupe d'âges, sur les types de procédés contraceptifs utilisés, leur efficacité, les taux d'acceptation et de continuation de leur utilisation, etc. Les méthodes d'analyse multivariée nécessitent en plus des données sur les facteurs socio-économiques et sur les éléments du programme dont on veut étudier l'effet.

Un des choix critiques en matière de données est le choix de l'indice qui représentera la fécondité potentielle. Divers indicateurs peuvent être conçus selon qu'on utilise telle ou telle méthode d'évaluation : la fécondité naturelle ; une fécondité potentielle théorique ; la fécondité observée de certains sous-groupes de femmes<sup>(3)</sup>.

La moyenne annuelle du nombre de couples qui utilisent un ou plusieurs procédés contraceptifs au cours d'une période déterminée peut être obtenue de deux façons. En général, ces données proviennent d'enquêtes qui fournissent directement le nombre de couples utilisateurs à la date de l'enquête. Mais ces chiffres peuvent aussi être calculés à partir du nombre de couples accepteurs enregistrés par les points de distribution de contraceptifs. Dans ce cas, il faut convertir le nombre de couples accepteurs au temps t en nombre de couples utilisateurs au temps t + n, c'est-à-dire qu'il faut disposer de taux de continuation, par durée n et par type de procédé contraceptif [22]. Il faut alors tenir compte des « faux » abandons, c'est-à-dire de l'abandon d'une méthode pour passer à une autre, par opposition aux abandons définitifs. Le calcul du taux de continuation par « type de méthode » ou « toutes méthodes combinées » est donc requis [22].

Malgré le fait que ces données varient souvent d'une sous-population à une autre, comme c'est le cas de l'efficacité des procédés contraceptifs, les évaluateurs ont tendance, lorsque ces chiffres ne sont pas disponibles, à les emprunter là où ils existent, c'est-à-dire à des populations qui ne sont pas toujours comparables du point de vue de leur comportement contraceptif. En l'absence de données empiriques, des distributions-types sont parfois utilisées, avec les dangers que cela implique.

Bien que les données requises pour les différentes évaluations soient souvent de qualité satisfaisante, il faut reconnaître que la sous-estimation ou la surestimation (ce qui est plus fréquent) du nombre de couples utilisateurs du programme est parfois difficile à vérifier et donc à corriger. Une très grande prudence s'impose donc.

#### Techniques de mesure

Les techniques de mesure disponibles pour l'évaluation de l'effet sur la fécondité d'un programme de planification familiale vont du simple au complexe [6, 24].

<sup>(3)</sup> Dans les cas où aucun couple ne pratiquait la contraception avant la mise en œuvre initiale du programme, la fécondité potentielle équivaut à la fécondité naturelle.

L'expérience montre que l'application de différentes méthodologies à un même programme tend à fournir des résultats différents, en particulier parce que ces différentes méthodes sont fondées sur des hypothèses différentes et aussi parce qu'elles utilisent des données différentes qui, de surcroît, ne sont pas toujours de qualité analogue [25]. Comme il est souvent difficile de rendre compte de l'origine précise des différences de résultats, une solution est alors de considérer l'effet le plus grand et l'effet le plus petit comme étant les limites supérieures et inférieures de l'effet possible du programme.

La mesure de l'efficacité d'un programme est généralement conçue en trois étapes. La première consiste à mesurer la direction et l'ampleur du changement total de fécondité dans l'ensemble du pays. Il y a avantage à procéder en termes de taux brut de natalité et de nombre de naissances. Même s'il n'y a pas de diminution observée du taux brut, l'analyse peut identifier les effets compensatoires des différentes composantes démographiques du taux brut et déterminer le nombre de naissances qui ont été prévenues uniquement par le recours à la contraception toutes sources combinées (c'est-à-dire contraception fournie par le programme et hors programme). Dans les pays où le nombre d'avortements (légaux ou illégaux) ne peut être considéré comme négligeable, il faut si possible ajouter le nombre de naissances prévenues par ces avortements. Lorsque l'on se trouve en présence d'avortements illégaux, les données font malheureusement souvent défaut. La deuxième étape vise l'estimation de l'effet du programme proprement dit, c'est-à-dire uniquement les effets de la contraception et des avortements (s'il y a lieu) fournis par le programme. Au cours de la troisième étape, l'analyse cherche à distinguer les effets de quelques facteurs sociaux retenus pour l'analyse de ceux des principales composantes du programme et à déterminer quantitativement leur contribution respective à la diminution — éventuelle — de la fécondité. Cette troisième phase est la plus critique, la plus complexe et aussi la plus spéculative en raison des difficultés qu'il y a à identifier les effets directs et indirects des facteurs en jeu [19, 20].

#### Détermination du changement total de fécondité

L'approche recommandée pour cette étape est la méthode dite de standardisation [24, chap. 1]. Elle utilise soit le taux global de fécondité générale, soit le taux brut de natalité (TBN). L'ampleur de la diminution est mesurée sur la base de la différence entre le taux brut de natalité au début et à la fin de la période d'évaluation. En faisant l'hypothèse que la situation démographique serait restée inchangée, cette approche fournit un nombre total de naissances évitées à la fin de la période d'évaluation. L'effet sur la natalité des composantes du taux brut est obtenu par la décomposition classique de ce taux, à partir de la relation suivante :

TBN = F/P 
$$(\sum_{i}^{\Sigma} a_{i}.m_{i}.f_{i}.)$$

où F = le nombre de femmes en âge de procréation;

P = la population totale;

i = les groupes d'âges de 5 ans des femmes en âge de procréation (de 15 à 49 ou 54 ans);

a<sub>i</sub> = la proportion des femmes du groupe d'âges i parmi les femmes en âge de procréation;

 $m_i$  = la proportion des femmes en union chez les femmes du groupe d'âge i ; et  $f_i$  = les taux de fécondité légitime par groupe d'âges i.

Cette approche implique un nombre négligeable de naissances hors union. Lorsque celles-ci sont nombreuses, la structure matrimoniale doit inclure tous les types d'unions matrimoniales (légales et consensuelles).

Une fois le nombre total de naissances évitées réparti selon ces composantes, les naissances évitées par la réduction de la fécondité légitime (légale plus consensuelle, selon le cas) représente l'effet total de l'usage de la contraception (et de l'avortement, le cas échéant). Toutefois, pour déterminer le nombre de naissances évitées uniquement par la contraception du programme, il faut passer à l'une des techniques suivantes.

#### Estimation des naissances évitées par le programme

Les diverses techniques qui mesurent directement l'effet d'un programme de planification familiale sur la fécondité se basent sur le nombre de couples contracepteurs qui s'approvisionnent auprès du programme. Ces diverses techniques sont toutes fondées sur une relation entre le nombre de couples qui pratiquent la contraception offerte par le programme et leur fécondité potentielle. Cela sous-entend que cette pratique, à un point donné, est soit totalement efficace, soit corrigée pour les conceptions accidentelles, et que toutes les méthodes offertes par le programme sont représentées dans les données utilisées. Cette dernière condition est plus facilement réalisée pour les méthodes contraceptives à adjuvant.

En pratique, les choses ne sont pas simples. D'une part, une hypothèse de fécondité potentielle appropriée n'est pas facile à formuler. D'autre part, la détermination du nombre de couples utilisateurs du programme pose souvent problème, en particulier lorsque ce nombre est estimé à partir d'un nombre initial de couples accepteurs. De plus, il faudrait toujours prendre en considération l'efficacité de la contraception, efficacité d'usage plutôt qu'efficacité théorique.

Enfin, il faudrait aussi tenir compte de l'effet catalytique et de l'effet de substitution du programme : il y a effet catalytique lorsque les couples adoptent un procédé contraceptif provenant d'une source autre que le programme alors qu'ils ont été motivés par les activités du programme ; il y a effet de substitution lorsque des couples qui recouraient déjà à la contraception en l'absence du programme commencent à s'approvisionner auprès d'un programme [7, 13]. Selon qu'on tient compte ou non de ces deux derniers facteurs, on parle alors d'effet net ou d'effet brut du programme [1 ; 2, 20 pp. 38-39]. En général, l'information pour le calcul de l'effet net n'est pas disponible et les évaluateurs font implicitement l'hypothèse que les effets catalytiques et de substitution s'annulent.

Les techniques d'évaluation directe les plus communes sont : les deux méthodes de projection par composantes, la méthode de prévalence et les méthodes quasi expérimentales. La population de base est constituée par les femmes en âge de procréation qui utilisent la contraception ou dont le conjoint utilise la contraception. D'autres approches, comme la méthode des années-couples de protec-

tion ou la projection des tendances de la fécondité, également présentées dans le manuel des Nations Unies [19, chap. 2 et annexe II], sont jugées trop approximatives et ne sont pas décrites ici.

#### Les méthodes par composantes

Ces méthodes visent à déterminer le nombre de naissances évitées par un groupe de femmes qui pratiquent la contraception fournie par un programme au cours d'une année donnée. Ce calcul se fait en deux étapes successives : on estime d'abord le nombre d'utilisatrices (ou dont le conjoint est utilisateur) d'une méthode contraceptive, par groupes d'âges de cinq ans, au sein d'une population de femmes de 15 à 49 ans (ou 54 ans) à une date donnée ; on détermine ensuite le nombre de naissances évitées dans chaque groupe d'âges à partir d'une hypothèse de fécondité potentielle. On obtient ainsi le nombre de naissances que ces femmes auraient eues si elles n'avaient pas été infécondes en raison de leur pratique contraceptive. Ce chiffre représente le nombre de naissances évitées [24, chap. 4].

Deux techniques d'estimation sont présentées ci-dessous. La première est une procédure conçue par les chercheurs Lee et Isbister qui permet d'estimer le nombre d'utilisatrices U au cours d'une année donnée t à partir du nombre d'acceptrices au moment de l'année d'acceptation t-n et de taux de continuation propres à la méthode contraceptive utilisée. La méthode tient également compte du passage des utilisatrices, au cours des années, d'un groupe d'âges au groupe d'âges suivant mais suppose une utilisation totalement efficace de la contraception. Le nombre de naissances évitées  $E_t$ , au temps t, est alors obtenu par le produit :

$$E_{i,t} = U_{i,t-9} \times F_{p,i,t}$$

où *i* représente le groupe d'âges de 5 ans des femmes en âge de procréation (15 à 49 ou 54 ans);  $U_{i, t-9}$  représente le groupe d'utilisatrices du groupe d'âges *i* qui pratiquaient la contraception efficacement au temps *t* moins 9 mois; et  $F_{p,i,t}$  est la fécondité potentielle des femmes du groupe d'âges *i* au temps *t*.

L'autre technique, dénommée CONVERSE, est basée sur le même principe. Conçue par D. Nortman [24, chap. 3], elle est cependant plus générale, plus complexe et fondée sur un nombre beaucoup plus grand de données et d'hypothèses, ce qui fait à la fois sa force et sa faiblesse. Cette méthode utilise aussi des taux d'acceptation et de continuation et tient compte des avortements (s'il y en a), du chevauchement entre l'emploi de la contraception et la période d'infécondité temporaire post-partum, et de la stérilité. Elle permet donc d'estimer avec une plus grande précision le nombre de naissances évitées par le programme au cours d'années successives ainsi que divers autres paramètres démographiques. Toute-fois, étant donné l'incertitude parfois attachée aux hypothèses, l'interprétation des résultats requiert une grande circonspection.

#### La méthode de prévalence

Cette méthode évite certaines des difficultés associées aux techniques précédentes car elle ne s'applique que lorsque le nombre d'utilisatrices (c'est-à-dire le niveau

de prévalence) est connu (à partir d'une enquête par exemple) plutôt que déduit du nombre de couples accepteurs. Cette méthode requiert des données sur tous les couples contracepteurs, en distinguant ceux qui bénéficient du programme de ceux qui obtiennent la contraception en dehors du programme. Elle requiert également des données sur l'efficacité de la contraception et sur la stérilité des femmes. La mesure de l'effet du programme repose sur l'hypothèse de fécondité potentielle et sur une estimation de la fécondité naturelle. L'effet du programme est estimé de la manière suivante :

$$E_{p} = (f_{p} - f)F$$
  

$$E_{h} = (f_{n} - f_{p})F$$

où  $E_p$  = naissances évitées par la contraception du programme ;

E<sub>h</sub> = naissances évitées par la contraception hors programme;

f<sub>p</sub> = taux de fécondité potentielle;

f = taux fécondité observé;

f<sub>n</sub> = taux de fécondité naturelle;

F = nombre de femmes en âge de procréation.

Trois paramètres principaux sont donc nécessaires : fécondité naturelle, fécondité potentielle et fécondité observée. L'hypothèse de fécondité potentielle est déduite d'hypothèses sur la fécondité naturelle, sur l'efficacité de chaque méthode contraceptive utilisée et sur la proportion des femmes qui pratiquent la contraception (programme et hors programme). Cette méthode peut être appliquée à des groupes d'âges de cinq ans et peut donc estimer le nombre de naissances évitées par la contraception du programme, selon le groupe d'âges et le type de méthode contraceptive [20, chap. 2].

#### La méthode quasi expérimentale

Bien qu'inspirée de la méthode expérimentale classique, l'application qu'en font les évaluateurs de programmes de planification familiale n'est pas rigoureusement conforme aux conditions de l'approche classique, d'où le qualificatif « quasi expérimentale ».

Le principe en reste toutefois le même : comparaison de la fécondité d'un groupe de femmes en âge de reproduction bénéficiant des mesures du programme, dit « groupe expérimental », à celle d'un groupe de femmes comparables qui n'ont pas accès au programme, dit « groupe de comparaison » ou « groupe témoin ». On mesure la fécondité des deux groupes avant la mise en place des mesures du programme et après une certaine durée de leur mise en œuvre. L'effet du programme est mesuré par la différence de réduction de la fécondité des groupes comparés. La méthode peut également être utilisée pour mesurer les effets de programmes d'intensités différentes. La fécondité du groupe témoin joue le rôle de fécondité potentielle par rapport à celle de l'autre groupe. Les modalités de détermination des groupes comparés peuvent évidemment varier.

Le problème majeur de la méthode quasi expérimentale est la difficulté d'assurer l'homogénéité et la comparabilité des groupes comparés. Cette limitation n'est

que partiellement compensée par des stratifications, des regroupements ou des appariements. L'effet d'autosélection constitue donc un obstacle sérieux à la validité des résultats. Un deuxième type de problème est l'effet de contagion dû aux média ou aux migrations. Le changement social pendant la durée du programme peut également affecter les deux groupes différemment et l'hypothèse que tout autre facteur que le programme affecte les deux groupes uniformément n'est pas toujours valable. Toutefois, lorsque l'exécution d'une telle évaluation est effectuée avec soin, les résultats obtenus peuvent fournir des informations très utiles sur l'effet du programme.

#### Effets des facteurs sociaux et des composantes du programme

Ces techniques d'évaluation ne visent pas simplement à mesurer l'effet de la contraception en fonction de son utilisation. Elles cherchent plutôt à séparer les effets de facteurs socio-économiques spécifiques et les effets de certaines composantes du programme sur les changements de fécondité. Deux de ces méthodes sont le tableau à entrées multiples et l'analyse de dépendance. La première est un tableau à triple entrée dans lequel on classe le pourcentage de la diminution de la fécondité des pays (ou d'unités administratives) étudiés selon différents niveaux de développement social et économique et selon différents degrés d'intensité du programme de planification familiale (lorsqu'il y en a un). Des indices définissant les niveaux de développement et l'intensité des programmes de chaque unité d'observation sont établis préalablement sur la base d'une échelle quantitative.

Cette méthode a été appliquée aux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Quoique certains aspects de cette méthode soient parfois mis en question, ces applications sont les seules à avoir fourni des évaluations globales de programmes au niveau mondial [17, 18]. Ces travaux ont non seulement confirmé quantitativement l'hypothèse qu'en général, plus un pays a un niveau social avancé, plus la réduction de la fécondité est prononcée, mais aussi que pour un niveau de développement donné, la réduction de la fécondité est d'autant plus rapide que l'intensité du programme est plus élevée. Cette méthode ne permet pas de mesurer le « poids » des différents facteurs socio-économiques individuels et des différents éléments du programme ni de déterminer les effets indirects de ces facteurs. Cette approche a toutefois stimulé la mise au point d'une nouvelle méthode qui vise à fournir une mesure de l'effet net d'un programme [4]. Toutefois, comme la variable qui mesure l'effort consenti par le programme est représentée par un score qui quantifie, sans pondération, une trentaine d'éléments différents du programme, le résultat de cette estimation ne permet pas d'identifier les composantes du programme qui sont les plus ou les moins efficaces et, par suite, de proposer les mesures destinées à en améliorer l'efficacité.

On recourt à l'analyse de dépendance pour essayer de distinguer quantitativement les effets directs et d'interaction de facteurs individuels spécifiques. Diverses techniques d'analyse multivariée peuvent avoir leur application dans le domaine de l'évaluation de politiques démographiques (par exemple [8, 23]), mais les deux procédures les plus utilisées sont l'analyse de réseaux ou de cheminements (path analysis) et l'analyse contextuelle (multilevel analysis) [19, 20].

L'analyse de réseaux a l'avantage de pouvoir identifier les effets directs et indi-

rects d'un nombre limité de facteurs et permet la décomposition du coefficient de corrélation en fonction des divers facteurs intermédiaires qui exercent un effet sur la variable dépendante. Cette analyse est basée sur un modèle préalable qui définit la direction des effets de dépendance et le nombre de variables, généralement collectives, qui forment l'enchaînement des effets; elle présente aussi un certain nombre de contraintes statistiques qui rendent son application parfois problématique [14].

D'une façon générale, l'analyse de réseaux présente par rapport à l'analyse contextuelle, beaucoup plus complexe, les avantages d'une méthode d'estimation aisée et dont l'interprétation des résultats est immédiate, encore qu'il n'est pas toujours facile d'en tirer des conclusions à portée politique. De ce point de vue, les aspects les plus informatifs de ce type d'analyse sont la direction des effets étudiés, l'ampleur des effets directs des différents éléments du programme et l'identification des facteurs socio-économiques favorables à son succès dans un contexte donné.

L'analyse contextuelle, quant à elle, permet de traiter dans une même régression des variables collectives et des variables individuelles [9]. Elle est également basée sur un modèle préétabli, mais qui reflète les situations empiriques de façon plus réaliste dans la mesure où l'évolution de la fécondité est le résultat des facteurs collectifs (sociaux) et des caractéristiques individuelles [11]. Il s'agit d'une analyse de régression qui mesure l'effet des microvariables (facteurs individuels) d'une population distribuée au sein d'un certain nombre d'unités territoriales et l'effet des macrovariables qui caractérisent ces unités territoriales [20].

Les difficultés de modélisation, la complexité de l'estimation des paramètres, les restrictions théoriques liées à l'inférence statistique [16] n'ont guère facilité la dissémination et l'utilisation de cette technique. Elle mérite cependant un examen plus attentif étant donné son potentiel d'analyse [12].

\* \*

Malgré les incertitudes inhérentes aux méthodologies décrites ci-dessus, une application rigoureuse de ces procédures et une interprétation objective des résultats ne peuvent manquer de fournir des indications utiles sur l'efficacité d'un programme et éventuellement une base suffisante pour son amélioration. Bien entendu, toute évaluation démographique doit évidemment aller de pair avec une évaluation administrative et toute évaluation de l'efficacité doit être accompagnée d'une évaluation de l'efficience.

De cette description de méthodologies d'évaluation, un certain nombre de points peuvent être retenus :

- comme dans la plupart des analyses statistiques, il faut tenir compte de la grande sensibilité de ces techniques à la qualité des données utilisées. Disposer de données aussi complètes et fiables que possible est donc un préalable important, quelle que soit la technique utilisée;
- l'hypothèse de fécondité potentielle doit être judicieuse puisque c'est d'elle que dépend l'ampleur de l'effet estimé de la contraception sur la fécondité;
  - les diminutions de la fécondité observée sont mesurées avec des indices du

moment qui décrivent à la fois les effets de calendrier et d'intensité. Ces analyses ne permettent donc pas de conclusion sur la descendance finale;

— il y a avantage à évaluer l'effet d'un programme et les changement de fécondité non seulement en termes de taux mais aussi selon le nombre de naissances annuelles évitées. En effet, la gestion des affaires d'une nation se fait souvent en fonction de la taille de la population, présente et future.

Les résultats doivent évidemment être interprétés avec discernement. L'effet d'un programme peut être très prononcé dans certaines conditions et nul dans d'autres, de sorte qu'on ne peut généraliser les résultats. Du point de vue sociétal, par exemple, les systèmes de valeurs influencent considérablement les normes de procréation, déterminent l'acceptation de la contraception et affectent d'autant l'impact d'un programme<sup>(4)</sup>. De même, l'existence d'une motivation à l'espacement et/ou à la limitation du nombre d'enfants désirés facilite l'utilisation de la contraception et favorise donc le succès du programme. Du point de vue du programme, les conditions d'accès à la contraception, les choix fournis en matière de contraceptifs, le suivi médical et la prise en considération des besoins particuliers de la femme et de la famille sont des aspects cruciaux du succès d'un programme.

En pratique, il est important de planifier les activités d'évaluation. Il est aussi important de se conformer aux trois étapes indiquées. La première informe les administrateurs du programme de l'évolution générale de la fécondité; la deuxième tente de déterminer le rôle global du programme; la troisième s'efforce de différencier et de quantifier les effets de certains éléments spécifiques du programme et de certains facteurs socio-économiques.

Étant donné l'importance de l'enjeu de ces programmes et l'investissement politique, humain et financier qu'ils requièrent, la mesure de leur efficacité démographique doit nécessairement être une partie intégrante de leur mise en œuvre. Cette mesure est en effet la seule base du bien-fondé d'une politique démographique ; elle est la seule indication qui permet de suggérer une modification ou une amélioration d'un programme. C'est aussi la seule base scientifique qui permet de confirmer l'hypothèse qui sous-tend la plupart des politiques démographiques antinatalistes des pays en voie de développement, à savoir que le programme de planification familiale peut initier ou accélérer un déclin de la fécondité qui, sous l'effet du seul développement économique, aurait été probablement beaucoup plus lent.

#### Références

1. Bongaarts J. (1982). A note on the concept of potential fertility and its application in the estimation of the fertility impact of family planning programmes. In: United Nations, Evaluation of the impact of family planning programmes on fertility: sources of variance, New York.

<sup>(4)</sup> Il faut bien entendu tenir compte de la diversité culturelle des situations même lorsqu'elles n'apparaissent pas dans le modèle (voir par exemple [5]).

- 2. Bongaarts J. (1985). The concept of potential fertility in evaluation of the fertility impact of family planning programmes. In: United Nations, Studies to enhance the evaluation of family planning programmes, New York.
- 3. Bongaarts J., Mauldin W.P., James F.P. (1990). The demographic impact of family planning programs. Working Paper n° 17, New York, The Population Council.
- 4. Bongaarts J. (1993). The fertility impact of family planning programs. Working Paper n° 47, New York, The Population Council.
- 5. Caldwell J., Larson A. (1989). L'évolution des taux démographiques, des politiques et des points de vue en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie du Sud. Bulletin démographique des Nations Unies, n° 27: 53-68.
- 6. Chandrasekaran C., Hermalin A.I. (1975). Measuring the effects of family planning programs on fertility. Dolhain, Belgium, Ordina Editions.
- 7. Entwisle B. (1989). Reply [to Hernandez], Demography, vol. 26, n° 1: 81-84.
- 8. Entwisle B. (1989). Measuring components of family planning program effort. *Demography*, vol. 26, n° 1: 53-84.
- 9. Entwisle B., Hermalin A.I., William M. (1984). A model for the comparative analysis of WFS contraceptive use data. Survey analysis for the guidance of family planning programs. Ross J. et McNamara R., éds. Liège: Éditions Ordina: 127-146.
- 10. Freedman R., Freedman D. (1992). The role of family planning programmes as a fertility determinant. In: *Family planning programmes and fertility*, Phillips J.F., Ross J.A., eds., Oxford. Clarendon Press: 10-27.
- 11. Gérard H. (1983). Types d'intervention d'une politique démographique. Approche théorique. Politiques de Population. Études et Documents, vol. 1, n° 1 : 29-62.
- 12. Grady W.R., Klepinger D.H., Billy J.O.G. (1993). The influence of community characteristics on the practice of effective contraception. *Family planning perspectives*, vol. 25, n° 1: 4-11.
- 13. Hernandez D.J. (1989). Comment on « Measuring components of family planning effort », by B. Entwisle. *Demography*, vol. 26, n° 1: 77-80.
- 14. Klissou P. (1991). La multicolinéarité dans l'analyse des cheminements. Un essai d'application à la démographie. Document de travail n° 160, Louvain-la-Neuve, UCL, Institut de démographie.
- 15. Lapham R.J., Simmons G.B. (1987). Organizing for effective family planning programs. Washington DC: National Academy Press.
- 16. Mason W.M. (1986). The multi-level approach: illustrative example. Nations Unies, Additif. Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet exercé sur la fécondité par les programmes de planification de la famille, New York.
- 17. Mauldin W.P. (1990). Efficacité des programmes de planification familiale. Bulletin démographique des Nations Unies, n° 27 : 88-116.
- 18. Mauldin W.P., Ross J.A. (1991). Family planning programs: efforts and results 1982-1989. Studies in Family Planning, vol. 22, n° 6: 350-367.
- 19. Nations Unies (1980). Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet exercé sur la fécondité par les programmes de planification de la famille. New York, 171 p.
- Nations Unies (1986). Additif. Manuel IX. Méthodologie des mesures de l'effet exercé sur la fécondité par les programmes de planification de la famille. New York, 40 p.
- 21. Ofosu Y. (1992). Politique et transition de fécondité dans le tiers monde : des échecs, des réussites, de l'incertain. Communication présentée à la séance de la Chaire Quetelet : Transitions démographiques et sociétés. Des faits aux idées et politiques, Louvain-la-Neuve, UCL Institut de démographie.
- 22. Paulet C. (1990). L'évaluation d'un programme de planification familiale en termes de continuation. Annexe n° 2 du document pédagogique Problèmes de la planification familiale, Louvain-la-Neuve, CIDEP.

- 23. Schultz P.T. (1971). The effectiveness of population policies: alternative methods of statistical inference. Santa Monica, CA: The Rand Corporation.
- 24. United Nations (1978). Methods of measuring the impact of family planning programmes on fertility: problems and issues. New York, 200 p.
- 25. United Nations (1982). Evaluation of the impact of family planning programmes on fertility: sources of variance. New York, 290 p.
- 26. United Nations (1985). Studies to enhance the evaluation of family planning programmes. New York, 246 p.
- 27. United Nations (1988). The impact and efficiency of family planning programmes. Asian population studies series π° 91, Bangkok. Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique.
- 28. United Nations (1991). Guidelines on improving delivery and evaluation of population and family planning in African countries. Addis Abeba, Commission économique pour l'Afrique, 82 p.
- 29. United Nations (1993). World population monitoring. New York, à paraître.

# 20

# L'évaluation de l'impact des programmes de santé : questions méthodologiques

M. GARENNE

Harward School of Public Health, Center for Population Studies, 9 Bow Street, Cambridge MA 02138, États-Unis

#### Résumé

Ce chapitre analyse les méthodes de collecte et d'analyse des données et les types d'études disponibles pour évaluer l'impact démographique des programmes de santé visant à réduire la mortalité des enfants. L'accent est mis sur les difficultés de l'analyse des tendances et sur l'utilisation de l'information sur les causes de décès pour augmenter le degré de signification statistique et pour délimiter les effets du programme.

Une étude de cas est présentée et discutée. L'étude s'est déroulée dans une zone rurale du Sénégal qui faisait l'objet d'une surveillance démographique. Des interventions classiques se sont déroulées pendant une période de trois ans, de 1987 à 1989 : le programme élargi de vaccination des enfants (PEV), le traitement systématique des infections respiratoires aiguës (IRA) avec les antibiotiques et le traitement des diarrhées aiguës avec la réhydratation par voie orale (RVO). Par rapport aux tendances à long terme de la mortalité au cours de la période antérieure, la mortalité des enfants de 1 à 4 ans a été réduite de 29 %. La réduction de la mortalité était particulièrement prononcée pour la rougeole (– 80 %), la coqueluche (– 100 %), les maladies respiratoires aiguës (– 74 %) et les diarrhées (– 52 %). Les autres causes de décès et les causes inconnues n'ont pas diminué plus que ce qui était prévu par les tendances antérieures. Les résultats sont discutés en fonction de la méthodologie utilisée.

L'évaluation de l'impact démographique des programmes visant à réduire la mortalité des enfants est une tâche délicate. Une bonne évaluation exige une étude appropriée, une excellente qualité des données démographiques et une analyse précise de ces données.

De nombreuses évaluations de programmes de santé ont été conduites, portant notamment sur des interventions très spécifiques visant à réduire la mortalité des enfants comme la vaccination contre la rougeole [11, 17, 19], la vaccination contre le tétanos [4], la supplémentation en vitamine A [25, 28], la réhydratation par voie orale [6, 26] ou les programmes nutritionnels [3]. Plus rarement, des évaluations des programmes intégrés ont aussi été conduites, telles que le cas exceptionnel de Keneba, en Gambie [20] ou le célèbre projet de Narangwal en Inde [29].

Même lorsque l'étude est menée dans les règles de l'art, l'interprétation des données peut être parfois délicate. Par exemple, l'impact des programmes de contrôle du paludisme dans les pays en développement a été la source de nombreuses controverses, dont le cas le plus flagrant est celui du Sri Lanka [5, 14, 21-23].

Très peu de programmes lancés au cours de la dernière décennie et qui visaient à réduire la mortalité des enfants avaient prévu une phase d'évaluation [8]. Une exception cependant est à relever : le programme CCCD (Combating Childhood Communicable Diseases) qui a évalué deux de ses quatorze interventions en Afrique, l'une au Zaïre et l'autre au Liberia [7].

Ce chapitre se propose d'analyser les méthodologies disponibles pour évaluer l'impact des interventions visant à réduire la mortalité des enfants. Il présente et discute les difficultés de l'interprétation à partir d'une étude de cas réalisée dans une zone rurale du Sénégal (Niakhar).

#### Le problème statistique

Pour mesurer l'impact d'une intervention sur la mortalité des enfants, il faut prouver une réduction du niveau de mortalité par rapport au niveau attendu. En général, l'évaluation sera conduite dans un contexte de baisse générale de la mortalité, que l'on retrouve pratiquement partout dans le monde. Pour cela, il sera essentiel de prendre en compte les tendances antérieures comme le montre la Figure 1.

Mortalité	Tendance avant		I	ntervention pendant			Évaluation après
	0 0	o x	o x	Témoin O X Traiteme	o x	o x	Oqc Xqt
	t <sub>0</sub>					t <sub>1</sub>	Date

Figure I. Évolution de la mortalité, avec et sans intervention.

Avec les notations de la Figure 1, l'impact du programme peut être mesuré par l'impact absolu  $(q_c - q_l)$  ou l'impact relatif  $(1 - q_l/q_l)$ . L'impact absolu représente la réduction de la mortalité attribuable au programme. L'impact relatif mesure le pourcentage de réduction de la mortalité.

#### Procédures d'estimation

L'estimation de q<sub>t</sub> provient normalement de données démographiques. L'estimation de q<sub>t</sub> a une erreur-type due à l'erreur d'échantillonnage, une erreur de mesure, c'est-à-dire l'erreur due à la procédure d'estimation, et une composante temporelle due aux variations annuelles ou saisonnières de la mortalité. Ces variations peuvent être non négligeables dans les populations où les maladies infectieuses épidémiques sont encore des causes majeures de décès.

L'estimation de  $q_c$  peut être faite soit à partir des tendances précédentes, soit à partir d'un groupe témoin randomisé qui n'a pas reçu l'intervention. Lorsqu'elle est faite à partir d'un groupe témoin, l'estimation de  $q_c$  a les mêmes limitations que celle de  $q_t$ , la même erreur de mesure, les mêmes variations annuelles et en général approximativement la même erreur de sondage. Cependant ces biais potentiels seront en général du même ordre de grandeur et souvent iront dans la même direction (sauf pour l'erreur de sondage) et tendront donc à se compenser dans la mesure de la différence  $(q_c - q_t)$  et du ratio  $(q_t/q_t)$ . Cependant, l'usage d'un groupe témoin est rarement acceptable pour des raisons éthiques, sauf quand un nouveau traitement est testé.

Parfois une zone témoin est prise en considération à la place d'un groupe témoin randomisé. Le choix d'une zone témoin n'est jamais facile et il n'y a pas de zone témoin parfaite. En général, on choisit une zone géographique proche de la zone où se déroule l'intervention, approximativement de la même taille avec une population similaire, la même composition ethnique et socio-économique. Les différences de composition peuvent être étudiées au cours de l'étude pilote. Parfois il n'y pas de possibilité d'avoir une zone témoin, comme c'est le cas par exemple pour l'évaluation des campagnes nationales.

Lorsque q<sub>c</sub> est calculé à partir des tendances précédant l'intervention, l'estimation a aussi une erreur de mesure due à l'incertitude sur les estimations précédentes et une erreur-type due à l'ajustement. Bien que moins sensible aux fluctuations annuelles que les estimations directes, l'estimation a aussi une erreur-type due aux variations annuelles et aux fluctuations aléatoires dans l'échantillon ayant servi pour calculer la tendance. Toutes ces variances s'ajoutent.

A travers le monde, il y a eu une tendance générale à la baisse de la mortalité au cours des récentes décennies. En Afrique sub-saharienne, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué en moyenne d'environ 40 % entre 1960 et 1985 [16]. C'est pour cela que toute évaluation d'une intervention concernant la mortalité des enfants doit prendre ces tendances en considération. Faute de quoi, les différences observées avant et après l'intervention pourront être attribuées à tort au programme, alors qu'elles ne sont que le produit des tendances antérieures.

#### Échelle de temps

En théorie, dans des populations de grande taille, une seule valeur de  $\mathbf{q}_t$  et  $\mathbf{q}_c$  suffit à un seul moment en fin d'étude. En pratique cependant, la plupart des évaluations sont faites sur de petits échantillons. Il est prudent alors de faire plusieurs bilans au cours de l'intervention et de montrer les progrès au cours du temps.

L'échelle de temps des évaluations est souvent de plusieurs années car les programmes atteignent rarement leurs objectifs et une bonne couverture la première année. En général il faut 3 ou 4 ans pour atteindre les objectifs principaux, même si le programme est bien organisé et réussit bien. De plus, du fait des fortes fluctuations annuelles qui sont souvent de même ordre de grandeur que l'impact, il faut plusieurs années avant de pouvoir calculer un niveau de mortalité qui soit fiable. La majeure partie des décès d'enfants dans les pays en développement est due à des maladies infectieuses qui frappent lors de grandes épidémies. Les épidémies de paludisme, rougeole, coqueluche, méningite, typhoïde, choléra sont très chaotiques, bien que des régularités saisonnières et annuelles (3 à 4 ans) puissent être trouvées. Ainsi, on ne trouvera pas d'impact à une campagne de vaccination contre la rougeole s'il n'y a pas d'épidémie l'année suivant la vaccination. Une durée de 5 ans pour réaliser une étude d'impact n'est pas un luxe, c'est même souvent une nécessité.

#### Causes de décès

La plupart des programmes sont des programmes ciblés. Leur effet sera vraisemblablement concentré sur certaines causes de décès. Les données sur les causes de décès constituent donc une source d'information très importante. Le fait de prouver une baisse de la mortalité par rougeole après vaccination est probablement plus convaincant que de documenter une réduction globale de la mortalité. Des méthodologies appropriées pour évaluer des causes de décès simples telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, la coqueluche, le paludisme, le tétanos ont été récemment développées : par exemple les autopsies verbales [1, 10, 15, 18, 27]. Elles concernent les causes de décès qui sont le plus souvent les cibles des programmes d'intervention. De plus, les données sur les causes de décès peuvent souvent aider à répondre à certaines questions théoriques. Il y a trois types d'impact que l'on peut attendre d'une intervention sur la mortalité des enfants.

Premièrement, un impact simple sur les causes de décès visées par le programme, comme si l'on avait supprimé la cause dans une table de mortalité à décroissance multiple. Un exemple classique est celui de la vaccination antitétanique des femmes enceintes, qui n'affecte que les décès par tétanos néonatal. C'est une stratégie très efficace : le vaccin est particulièrement stable, la maladie est presque toujours létale sans technologie hospitalière avancée, rarement disponible dans les pays en développement. Par conséquent, l'impact observé de cette vaccination sera équivalent à l'impact théorique de suppression du tétanos néonatal comme cause de décès.

Deuxièmement, un impact synergique : l'effet global est supérieur à celui que

l'on attendait en supprimant la maladie comme cause de décès. C'est par exemple le cas de la vaccination contre la rougeole, intervention très efficace aussi lorsqu'elle est bien menée. Mais la réduction de la mortalité après la vaccination contre la rougeole a en général un effet supérieur à celui que l'on attend d'après la fréquence de la rougeole comme cause de décès car la vaccination protège non seulement contre la phase aiguë de la maladie, mais aussi contre les conséquences à long terme, qui sont visibles par exemple dans les fréquences élevées de malnutris parmi les post-rougeoleux.

Troisièmement, un impact plus faible que prévu. Un exemple classique est celui de la malnutrition. Plusieurs études ont montré qu'environ deux tiers des décès des enfants sont attribuables à un mauvais état nutritionnel [24]. Mais un programme de supplémentation nutritionnelle sera vraisemblablement incapable de réduire la mortalité des deux tiers, même s'il est bien mené, car la malnutrition n'est bien souvent qu'un facteur de risque plutôt qu'une cause directe de décès.

Utiliser les données sur les causes de décès peut permettre d'augmenter le niveau de signification des tests statistiques. Par exemple, le Tableau I fournit quelques valeurs des différences de mortalité par cause de décès que l'on peut tester avec des échantillons de 100, 1 000 et 10 000 enfants. Ce tableau a été construit en utilisant la formule classique des quotients, c'est-à-dire : var(q) = q (1 - q)/N, où q représente le quotient (la probabilité de décéder) et N la taille de l'échantillon. Le niveau de signification a été pris à 5 %. L'impact de la vaccination est supposé direct, c'est-à-dire ni supérieur ni inférieur à la valeur attendue. Le niveau de mortalité était de 150 pour mille, et on a considéré des causes de décès représentant 35 %, 25 %, 15 %, 10 % et 5 % du total.

Tableau I. Estimation du potentiel pour évaluer l'impact des programmes de santé visant à réduire la mortalité, selon l'importance de la cause de décès et pour différentes tailles d'échantillon.

Importance de la cause % des causes : Mortalité :	de décès dan 100 % 0,150	ns l'ensemble 35 % 0,053	de la mort 25 % 0.038	alité 15 % 0,023	10 % 0,015	5 % 0,008
1) Réduction relative de	écelable avec	N enfants:				
N = 100	0,567	0,882	0,995	1,000	1,000	1,000
N = 1000	0,200	0,340	0,399	0,501	0,596	0,786
N = 10 000	0,065	0,115	0,136	0,175	0,213	0,295
2) Réduction absolue in N = 100 N = 1 000 N = 10 000 N = 10 000	0,085 0,030 0,010	réduction de 0,046 0,018 0,006	la cause: 0,037 0,015 0,005	0,023 0,011 0,004	0,015 0,009 0,003	0,008 0,006 0,002
3) Réduction relative de	la mortalité	pour toutes	causes confe	ondues indui	te par la réc	luction de
N = 100	0,567	0,309	0,249	0,150	0,100	0,050
N = 1000	0,200	0.119	0,100	0,075	0,060	0,039
N = 10000	0,065	0,040	0.034	0.026	0.021	0,015

NB: - Réductions décelables au seuil Alpha = 0,05.

Ces cas de figure peuvent s'appliquer à différentes situations dans les pays en développement. La première partie du tableau présente le déclin relatif minimum

Les valeurs de la mortalité et les pourcentages de chaque cause sont arbitraires et n'ont que valeur d'exemple.

décelable. Par exemple, avec un échantillon de 1 000 enfants, on peut déceler un déclin de 20 % de la mortalité générale et un déclin de 50 % de la mortalité par rougeole, si la rougeole représente 15 % des décès. La seconde partie permet de déduire le déclin absolu pour chaque cause. Par exemple un déclin relatif de 50 % de mortalité par rougeole implique un déclin de 11/1 000 de la mortalité générale. La troisième partie du tableau présente le déclin relatif de la mortalité pour toutes causes confondues induit par le déclin d'une seule cause. En poursuivant le même exemple, un déclin absolu de 11/1 000 de la mortalité générale, résultant d'un déclin relatif de 50 % de la mortalité par rougeole, impliquerait un changement relatif de 7,5 % de la mortalité générale, qui ne serait pas décelable avec un échantillon de 1 000 enfants.

En résumé, le schéma idéal pour évaluer une intervention inclurait une estimation des tendances antérieures dans la même population, une étude montrant le changement au cours de l'intervention, par exemple sur une période de 5 ans, un groupe ou une zone témoin et des données sur les causes de décès qui étaient la cible de l'intervention. Cependant toutes ces conditions sont rarement réunies et en général les conclusions doivent être tirées d'une information partielle.

#### Collecte et analyse des données démographiques

La collecte et l'analyse des données démographiques pour l'évaluation des interventions visant à réduire la mortalité des enfants exigent des soins spéciaux et posent des problèmes méthodologiques spécifiques.

#### Précision

Mesurer des variations demande plus de précision que mesurer un niveau de mortalité ou évaluer l'importance des différentiels de mortalité. Par exemple, pour évaluer une réduction de 25 % de la mortalité, il faut au moins une précision de 5 % avant et après l'intervention et des biais allant dans le même sens, qui sont toujours présents dans les estimations de la mortalité.

#### Études rétrospectives et prospectives

Il y a deux méthodes pour évaluer q<sub>c</sub> et q<sub>i</sub>: la méthode rétrospective et la méthode prospective. Les études rétrospectives sont en général moins onéreuses. La méthode la plus courante est de recueillir des histoires des maternités des femmes en âge de procréer, comme cela a été fait dans les études du Zaïre et du Liberia. Cependant les études rétrospectives peuvent conduire à une omission d'événements et produisent en général une médiocre estimation des dates des événements, car l'intervalle entre un événement (décès ou naissance) et l'entrevue peut être assez long, de plusieurs années par exemple. De plus, les études rétrospectives présentent toujours des biais car une partie de la population résidente

pendant la période d'intervention sera partie. Enfin les histoires des maternités sont rarement validées. Pour assurer un contrôle de qualité, il faudrait réinterroger un sous-échantillon immédiatement après comme on le fait pour les études de validation des recensements.

Les études prospectives pour enregistrer les naissances et les décès au cours du temps sont équivalentes à un système d'état civil. Elles ont donné de bons résultats dans ce qui a été appelé les « laboratoires de population », c'est-à-dire les études prospectives à long terme de petites communautés, comme Matlab au Bangladesh. Peut-être le meilleur moyen de procéder à des études prospectives de ce genre est de mettre à jour les histoires des maternités des femmes résidentes. Si elles sont bien réalisées, les études prospectives sont très précises et fournissent toute l'information nécessaire pour les évaluations. La périodicité des visites peut varier d'une fois par semaine à une fois par an en fonction du degré de précision désiré pour les dates des événements. Une mise à jour annuelle du recensement, comme cela a été réalisé à Ndémène et Ngayokhème (Sénégal) pendant près de 20 ans [13] est suffisante pour maintenir un enregistrement précis des événements vitaux. Bien entendu, cette approche est plus coûteuse qu'une étude rétrospective.

#### Cohorte et période

L'analyse des données doit prendre en compte la nature des effets escomptés des programmes, qui peut être soit un effet de période, soit un effet de cohorte. Par exemple, une campagne de vaccination de masse contre la rougeole aura en général un effet immédiat sur la mortalité du moment car elle va interrompre la transmission de la maladie. Un programme d'immunisation des femmes enceintes aura un effet décalé dans le temps de plusieurs mois, jusqu'à la naissance des premières cohortes issues de mères vaccinées. En revanche, un programme de supplémentation nutritionnelle aura en général un effet à long terme sur les cohortes ayant participé au programme.

#### Méthodes directes et indirectes

Plusieurs méthodes indirectes ont été développées au cours des 30 dernières années pour estimer des niveaux de mortalité à partir de questions rétrospectives. Ces méthodes sont basées sur des modèles et une série d'hypothèses. En plus des erreurs dues à la nature rétrospective des données, ces méthodes ont aussi une erreur type due à la méthode d'ajustement, qui est rarement prise en compte dans l'estimation finale. De plus, la datation des estimations, c'est-à-dire le moment auquel elles s'appliquent, est aussi le produit d'un modèle et reflète une tendance moyenne et non une estimation précise en un point. Enfin les estimations pour les années récentes sont fortement biaisées par sélection des premières naissances, qui ont une mortalité d'environ 30 % supérieure à la moyenne. Cela rend les méthodes indirectes pratiquement inutilisables pour des estimations précises de la mortalité à différents points dans le temps, ce qui est indispensable pour l'évaluation des interventions.

#### Complémentarité des données rétrospectives et prospectives

Les données démographiques rétrospectives peuvent être utilisées d'une manière très efficace pour évaluer la mortalité avant intervention et dans une certaine mesure pour évaluer les changements au cours du temps. Un recensement complet juste avant et juste après l'intervention fournira la population par sexe et âge. On pourra utiliser le recensement pour enregistrer des histoires de maternités complètes qui fourniront une estimation des tendances de la mortalité au cours des 15 ans précédant l'étude et pourront permettre l'installation d'un enregistrement continu. L'histoire des principales maladies au cours des 5 ou 10 années précédentes dans le même ménage, comme la rougeole, la coqueluche, le tétanos pourra aussi être enregistrée au même moment avec des questions simples. Cette information sera très utile pour l'analyse ultérieure.

Les autopsies verbales pourront aussi fournir une information importante, par exemple sur les causes de décès au cours de l'année précédant le recensement. Pour certaines maladies, on pourra même remonter à cinq ans auparavant. Un système complet avec un recensement avant et après intervention et un enregistrement continu des événements au cours du programme semble être la méthode la plus appropriée pour évaluer l'impact des interventions visant à réduire la mortalité des enfants.

#### Un exemple: Niakhar 1987-1989

#### Données

Une étude a été récemment conduite à Niakhar (Sénégal) dans une population d'environ 25 000 habitants. L'intervention s'est déroulée entre 1987 et 1989 [12]. Elle a commencé en décembre 1986 avec une campagne de vaccination de masse, suivie par une série de vaccinations de routine, conduite tous les mois pour les nouvelles cohortes de naissances. La couverture vaccinale a été de 80 % à l'âge de 12 mois. En plus des vaccinations, un médecin à plein temps et un médecin à temps partiel ont été mis à la disposition de la population. Ils ont été rejoints par un second médecin à plein temps en 1988 et un troisième en 1989. Les médecins ont fourni des traitements de base à l'aide de médicaments essentiels et évacué les cas graves dans les hôpitaux de la région ou de Dakar. Une attention particulière a été apportée au traitement des diarrhées par la réhydratation par voie orale (RVO) et au traitement des maladies respiratoires par antibiotiques. Cela constituait une amélioration par rapport à la situation antérieure où la couverture vaccinale était inférieure à 5 %, aucun médecin n'était disponible, la RVO était très peu pratiquée et les antibiotiques manquaient très souvent. L'intervention a eu un effet notable sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans et tout particulièrement sur la mortalité des 1-4 ans, objet de cette étude.

Le système de surveillance démographique était basé sur un recensement annuel par mise à jour des résidentes et des histoires des maternités, et sur un relevé continu des événements par visite hebdomadaire dans chaque ménage. Les cau-

ses de décès étaient analysées au moyen d'un questionnaire extensif d'autopsie verbale de 12 pages qui était revu par deux médecins indépendants [10].

Dans ce cas particulier, les données de base disponibles avant l'intervention étaient considérables puisque la mortalité du groupe d'âge considéré était connue avec précision depuis 1963. Les variations annuelles étaient bien documentées et l'erreurtype des estimations de la tendance (0,075) pouvait être décomposée en 20 % pour les fluctuations aléatoires et 80 % pour les variations annuelles authentiques. Pour des raisons d'éthique, il n'y avait pas de groupe témoin ni de zone témoin. A cause de cela, l'analyse d'impact n'est basée que sur la comparaison des tendances avant intervention avec le résultat final après intervention.

#### Résultats

La mortalité des 1-4 ans (le quotient de mortalité noté habituellement 4q1) était significativement plus faible en 1989, troisième année de l'intervention, que pendant les trois années de base : 1984-1986 (procédure 1 dans le Tableau II). Cette différence était en partie due au déclin historique de la mortalité. Pour analyser l'effet net, on a comparé la valeur observée en 1989 avec la valeur attendue d'après la tendance précédente. Cette différence était encore statistiquement significative (procédure 2), mais elle ne prenait pas en compte l'écart-type des variations annuelles. Lorsque celui-ci était pris en compte, la différence n'était plus significative (procédure 3). En d'autres termes, la valeur faible de 4q1 en 1989 pourrait aussi être expliquée par une année à mortalité particulièrement faible, mais non exceptionnelle, par rapport à la tendance précédente. Mais si l'on conduit une analyse des tendances au cours de l'intervention (procédure 4), les résultats redeviennent significatifs : le déclin de la mortalité au cours de la période 1987-1989 ne s'explique pas par le hasard des fluctuations annuelles par rapport à la tendance de 1963-1986.

**Tableau II.** Comparaison de quatre procédures de test pour comparer les valeurs observées de la mortalité entre 1 et 5 ans (4q1) pendant la période d'intervention (1987-1989) avec les valeurs tirées des tendances au cours de la période précédente (1963-1986), Niakhar, Sénégal.

Année	Obs Moyenne	ervé St. Dev.	Atte Moyenne	endu St. Dev.	T-test	P(2T)	% réduction
Procédure	1 : Valeur ob	servée par 1	rapport à la	moyenne	1984-1986		
1987	0,1578	0,0114	0,2036	0,0074	-3,372	0,0008	-22,5
1988	0,1084	0,0097	0,2036	0.0074	-7.792	0,0000	-46.7
1989	0,0957	0,0092	0,2036	0,0074	$-9,15\overline{2}$	0,0000	-53,0
Procédure		-	rapport à la	tendance	1963-1986 san	s tenir com	pte des fluc-
	tuations a	nnuelles					
1987	0,1578	0,0114	0,1543	0,0000	0,309	0,7574	+ 2,3
1988	0,1084	0,0097	0,1446	0,0000	-3,718	0,0002	-25,0
1989	0,0957	0,0090	0,1348	0,0000	4,264	0,0000	-29,1
Procédure	3: Valeur of	bservée par	rapport à la	tendance	1963-1986 en	tenant com	ote des fluc-
	tuations a	nnuelles					
1987	0,1578	0,0114	0,1543	0,0270	0,120	0,9044	+ 2,3
1988	0,1084	0,0097	0,1446	0,0286	-1,195	0,1320	-25.0
1989	0,0957	0,0092	0,1348	0,0303	-1,237	0,2160	-29,1
Procédure	4: Pente obs	ervée en 19	87-1989 par	rapport à	la tendance 19	963-1986	
87-89	-0.0311					0.0484	-33.6

Pour mieux documenter l'impact de l'intervention, une analyse des valeurs attendues de la mortalité par cause de décès a été réalisée. La structure de quatre des principales causes de décès n'a pas changé de manière significative au cours des années 1963-1986 : la diarrhée représentait environ 31,6 % des décès, les infections respiratoires aiguës (IRA) 8,3 %, la rougeole 10,8 % et la coqueluche 6,3 %. Mais cette composition a changé de manière frappante durant l'intervention (Tableau III). Les valeurs des taux de mortalité par cause ont été comparées à celles de la période pré-intervention en tenant compte de la tendance et des variations annuelles. Cette fois encore, en utilisant un test bilatéral, les différences étaient statistiquement significatives pour la rougeole (p = 0,0078), la coqueluche (p = 0,0002), les IRA (p = 0,0192) et dans une moindre mesure les diarrhées (p = 0,0788). En revanche, les autres causes de décès ne révélaient aucune différence significative, une preuve de plus que l'intervention avait bien eu un impact essentiellement sur les maladies « cibles ».

Tableau III. Comparaison des valeurs observées de la mortalité de 1-4 ans au cours de l'intervention (1987-1989), par rapport aux valeurs attendues d'après les tendances précédentes (1963-1986), selon la cause de décès, Niakhar, Sénégal.

Cause	Observé		Atte	endu	T-test	D(AT)	0 <b>7</b> o
de décès	Moyenne	St. Dev.	Moyenne	St. Dev.	1-test	P(2T)	réduction
Rougeole	0,0029	0,0017	0,0145	0,0040	-2,661	0,0078	79,8
Coqueluche	0,0000	0,0000	0,0085	0,0023	-3,616	0,0002	100,0
Diarrhée	0,0205	0,0044	0,0426	0,0118	-1,758	0,0788	51,9
IRA	0,0029	0,0017	0,0112	0,0031	-2,341	0,0192	73,8
Autres	0,0693	0,0079	0,0580	0,0160	0,629	0,5294	- 19,4
Total	0,0957	0,0092	0,1348	0,0373	-1,020	0,3078	29,1

En conclusion, il y a une preuve statistique très nette que la mortalité a diminué au cours des trois années du projet et que cette diminution est attribuable au déclin de la mortalité pour les quatre maladies « cibles ». L'impact net (par rapport à la tendance) a été estimé à 29 % en trois ans, en plus de la tendance à la baisse de 34 % au cours de la même période. 40 % de ce déclin est attribuable au programme de vaccination (rougeole et coqueluche) et 60 % à l'amélioration de la prise en charge de la diarrhée et des IRA. Cette conclusion aurait été difficile à obtenir sans tenir compte de tous les paramètres mentionnés cidessus et en particulier sans la connaissance des causes de décès.

#### Discussion

Les procédures fiables d'évaluation prennent beaucoup de temps et sont donc coûteuses. Une bonne évaluation peut représenter un pourcentage important du coût total du programme. Cependant l'évaluation est un élément important des projets et peut jouer un rôle majeur pour sélectionner les interventions les plus efficaces et les moins coûteuses; elle peut donc permettre d'épargner des sommes considérables à long terme.

Il semble plus difficile de maintenir sur une longue période la qualité des données dans un système de surveillance démographique que d'assurer la qualité d'une enquête rétrospective. Une des clefs du maintien de la bonne qualité des données démographiques réside dans le choix, la formation et le contrôle des enquêteurs, la fréquence de la supervision et la possibilité de vérification immédiate des données avec un système de saisie intégré et continu.

Des enquêtes spéciales sur la morbidité, les causes de décès et l'utilisation des services de santé peuvent fournir des informations précieuses sur les détails de l'impact. Cependant ces enquêtes demandent des qualifications autres que celles requises pour les enquêtes démographiques classiques. Les interactions avec les médecins, la connaissance des langues locales et la discussion des cas difficiles sont d'importants déterminants de la qualité du travail et de la qualité de la preuve finale apportée par l'étude.

#### Références

- 1. Alonso P.L., Bowman A., Marsh K., Greenwood B.M. (1987). The accuracy of the clinical histories given by mothers of seriously ill african children. *Ann Trop Paediatr*: 187-189.
- 2. Bang A.T., Bang R.A., Tale O., Sontakke P., Solanki J., Wargantiwar R., Kelzarkar P. (1990). Reduction in pneumonia mortality and total childhood mortality by means of community based intervention trial in Gadchiroli, India. *Lancet*: 201-206.
- 3. Beghin I., Vanderveken M. (1983), Les programmes nutritionnels. In: La lutte contre la mort: influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité. Vallin J., Lopez A., eds. Paris: PUF. Cahier de l'INED n° 108.
- 4. Berggren W.L., Berggren G.M., et al. (1971). Changing incidence of fatal tetanus of the newborn. A retrospective study in a defined rural Haitian population. Am J Trop Med Hyg, n° 20: 491-494.
- 5. Cohen J.E. (1988). Estimating the effects of successful malaria control programs on mortality. *Population Bulletin of the United Nations*, n° 25: 6-26.
- 6. El Rafie M., Hassouna W.A., Hirschhorn N., Loza S., Miller P., Nagaty A., Nasser S., Riyad S. (1990). Effect of diarrhoeal disease control on infant and childhood mortality in Egypt. *Lancet*: 334-338.
- 7. Foster S., et al. (1993). Impact of health programs on child mortality in Africa: evidence from Zaire and Liberia (à paraître).
- 8. Gadomski A., Black R. (1988). Child survival programs: issues for the 1990's. Impact of the direct interventions. Department of International Health, Johns Hopkins University.
- 9. Garenne M. (1985). Le concept de l'étude longitudinale et ses implications pour la collecte des données : exemple d'un questionnaire informatisé pour améliorer l'enregistrement des décès précoces au Sénégal. Actes du Séminaire de l'Institut du Sahel, Bamako, 20-24 août 1984, IDRC publication, 17 p.
- 10. Garenne M., Fontaine O. (1986). Assessing probable causes of deaths using a standardized questionnaire. A study in rural Senegal. Proceedings of the IUSSP seminar on morbidity and mortality, Sienna, 7-10 July, 1986: 123-142.
- 11. Garenne M., Cantrelle P. (1986). Rougeole et mortalité au Sénégal. Étude de l'impact de la vaccination effectuée à Khombole 1965-1968 sur la survie des enfants. In: Esti-

- mation de la mortalité du jeune enfant (0-5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement. Séminaire INSERM, vol. 145 : 515-532.
- 12. Garenne M., Leroy O., Beau J.P., Sene I., Whittle H., Sow A.R. (1991). Efficacy, safety and immunogenicity of two high titer measles vaccines. A study in Niakhar, Senegal. Final report, ORSTOM, UR Population et Santé, Dakar, 230 p.
- 13. Garenne M., Cantrelle P. (1993). Three decades of research on population and health: Niakhar 1963-1992. A paraître: Das Gupta et Garenne, ed. *Prospective community studies in developing countries*, IUSSP, Liège.
- 14. Gray R.H. (1974). The decline of mortality in Ceylon and the demographic effects of malaria control. *Population Studies*, n° 28 (2): 205-229.
- 15. Gray R.H., Smith G., Barss P. (1989). The use of verbal autopsy methods to determine selected causes of death in children. Report on a seminar on verbal autopsies held in Baltimore, March 13-15, 1989.
- 16. Hill Althea (1991). Infant and child mortality: levels, trends and data deficiencies. In: Feachem R., Jamison D., eds. Disease and mortality in Sub-Saharan Africa, New York, World Bank/Oxford University Press.
- 17. Holt E.A., et al (1989). Child survival in Haïti: the protective effect of measles vaccination. Pediatrics.
- 18. Kalter H.K., Gray R.H., Black R.E., Gultiano S.A. (1992). Validation of postmortem interviews to ascertain selected causes of death in children (draft, Johns Hopkins University).
- 19. Koenig M.A., Khan M.A., Wojtyniak B., Clemens J.D., Chakraborty J., Fauveau V., Phillips J.F., Akbar J., Barua U.S. (1990). The impact of measles vaccination on childhood mortality in Matlab, Bangladesh. Population Council Working Papers, Programs Division.
- Lamb W.H., Foord F.A., Lamb C.M.B., Whitehead R.G. (1984). Changes in maternal and child mortality rates in three isolated Gambian villages over ten years. Lancet: 912-914.
- 21. Meegama S.A. (1967). Malaria eradication and its effect on mortality levels. *Population Studies*, n° 21 (3): 207-227.
- 22. Newman P. (1977). Malaria and mortality. J Am Stati Assoc, n° 72: 257-263.
- 23. Payne D.B., Grab R.E., Fontaine J.H.G., Hempel (1976). Impact of control measures of malaria transmission and general mortality. *Bulletin of WHO*, n° 54: 369-377.
- Puffer R.R., Serrano C.V. (1973). Patterns of mortality in childhood. Washington, PAHO.
- 25. Rahmathullah L., Underwood B.A., Thulasiraj R.D., Milton R.C., Ramaswamy K., Rahmathullah R., Babu G. (1990). Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A. N Engl J Med, 323 (14): 929-987.
- 26. Rashad H. (1988). Measuring the demographic impact of oral rehydration therapy: learning from egyptian experience. Population Council Regional Papers. West and North Africa, September 1988.
- 27. Snow R.W., Armstrong R., Forster D., Winstanley M.T., Marsh V.M., Newton C.R.J.C., Waruiru C., Mwangi I., Winstanley P.A., Marsh K. (1992). Childhood deaths in Africa: uses and limitations of verbal autopsies. *Lancet*, ii, 340: 351-355.
- 28. Sommer A., Tarwotjo I., Djunaedi E., West K.P., Loeden A.A., Tilden R. (1986). Impact of vitamin A supplementation on childhood mortality. A randomized controlled community trial. *Lancet*, 1: 1169-1173. And critique by: Ron Gray and Costello. *Lancet*, 19 July 1986; Samuel H. Preston (mimeo).
- 29. Taylor C.E., Sarma R.S.S., Parker R., Reinke W.A., Faruqee R. (1983). Child and maternal health services in rural India: the Narangwal experiment, vol. 1 et 2. Johns Hopkins University Press.

# 21

### L'évaluation de l'efficacité des mesures prises pour maîtriser la croissance démographique en Algérie

D. SARI

Université d'Alger, Les Asphodèles, BP 1193, 16030 El Biar (Alger), Algérie

#### Résumé

L'évaluation de la politique démographique algérienne doit être menée dans un cadre global et intégrer en particulier une approche sociologique pour apprécier le rôle des mutations de la société algérienne dans l'évolution démographique. Cette approche sociologique met en évidence les effets d'un phénomène nouveau : l'émergence du célibat qui a coïncidé avec l'arrivée en masse des générations issues du baby-boom, c'est-à-dire les bénéficiaires de politiques hardies mises en œuvre en vue de la démocratisation de l'enseignement et de l'accessibilité aux soins. Dans ces conditions, l'efficacité de la politique d'espacement des naissances prônée au milieu des années 80 est très réduite alors qu'elle aurait dû être une contribution à l'allègement du poids de la crise, particulièrement dans les milieux les plus démunis.

Plus que jamais, après des années d'expériences de maîtrise de la croissance démographique poursuivies à travers de nombreux pays anciennement colonisés, une évaluation objective s'impose. Dans le cas d'un pays comme l'Algérie, c'est même un impératif catégorique dans la conjoncture présente [10, 11].

Or dans cet exemple précis l'approche s'avère difficile. En effet, si l'on constate bien une nouvelle phase de la transition à partir de 1986, soit peu après la mise en œuvre de la politique d'espacement des naissances, le rapport de cause à effet n'est pas aisé à établir. D'autant plus qu'antérieurement, et dès les débuts

des années 70, le pays s'est attelé à une politique hardie de transformations socioéconomiques avec une priorité accordée à la démocratisation de l'enseignement et à la gratuité des soins.

En conséquence, il convient de cerner non seulement l'impact de la politique poursuivie au milieu de la décennie écoulée mais aussi les effets des politiques qui l'ont précédée, en prêtant l'attention à ce phénomène capital de la démographie algérienne récente qu'est l'arrivée en masse des générations de l'indépendance sur le marché matrimonial et sur celui de l'emploi.

Aussi une approche multidisciplinaire et principalement sociologique est-elle indispensable pour mettre en évidence les mutations récentes et les nouveaux comportements face à l'évolution récente et en cours. De plus, si l'impact de la politique d'espacement des naissances s'avère très limité, il convient aussi et surtout d'en relever les raisons et d'analyser les lacunes de cette politique. Mais n'y auraitil pas aussi d'autres causes à l'origine notamment de la marginalisation de la femme ? N'en est-il pas ainsi en particulier du code de la famille ?

L'approche doit donc être globale, tenir compte de toutes les données statistiques disponibles et procéder par analyses multisectorielles. Pour cela nous développerons trois points : l'examen de la mise en œuvre de la politique d'espacement des naissances, l'approche sociologique et l'analyse des obstacles et contraintes du présent.

#### La mise en œuvre de la politique d'espacement des naissances

Cette approche doit tenir compte non seulement des moyens mis en œuvre mais aussi et surtout de leur impact réel à partir de l'appréciation directe de certains indicateurs démographiques.

#### L'évolution de l'utilisation des contraceptifs

Suivre cette évolution n'est pas toujours aisé compte tenu de l'insuffisance des statistiques et de leur déficience générale. Tout au plus peut-on avoir une idée d'ensemble. C'est ainsi qu'il y lieu de se référer à la quantité commercialisée en 1978 et émanant d'une source crédible, la Pharmacie Centrale Algérienne, seul organisme chargé de l'importation et de la distribution. A cette date, on relève 2,25 millions de cycles de contraceptifs, soit la quantité théorique pour 173 000 femmes-années ou 5,2 % de la population féminine en âge de procréer.

Pareille proportion ne doit point surprendre car, durant toute cette décennie, c'est toujours l'esprit de Bucarest<sup>(1)</sup> qui s'impose alors que le réseau de protection maternelle et infantile (PMI) est encore très lâche et demeure le seul cadre légal d'expérimentation en matière de contraception, si l'on exclut les initiatives privées et limitées alors aux familles privilégiées en raison avant tout de leur niveau culturel.

<sup>(1)</sup> Voir dans cet ouvrage le chapitre 17 rédigé par Claude Paulet.

Quant à l'évolution postérieure, consécutive au lancement de la politique d'espacement des naissances (1983), elle fait apparaître un impact somme toute réduit. En effet, en dépit d'une médiatisation soutenue, l'utilisation de contraceptifs ne se monte qu'à 10 millions de plaquettes en 1987. Or comme durant la période 1978-1987, la population féminine en âge de procréer s'est accrue de 50 % (de 3,358 à 5,038 millions de femmes), la proportion des utilisatrices a seulement triplé, passant de 5,2 % à 15,3 % et demeure donc encore faible. A partir de 1990, la restriction drastique des importations, y compris celle des médicaments, a affecté d'une façon ou d'une autre les familles en général et celles attachées aux méthodes de restriction des naissances en particulier.

De plus, contrairement à ce que l'on observe ailleurs, comme en Tunisie, les moyens utilisés sont des contraceptifs oraux dans plus de 90 % des cas. On devine ainsi leurs inconvénients dans la conjoncture présente alors que stérilet et stérilisation (ligature des trompes) auraient ignoré les pénuries présentes en maintenant leur efficacité.

Dans de telles conditions, la dernière statistique relevée en 1992 et faisant état de 42,3 % de femmes utilisant une méthode de contraception doit être considérée avec beaucoup de réserves.

L'impact général de la contraception est donc forcément limité et de plus en plus contrarié par les pénuries durables de produits pharmaceutiques, dont les contraceptifs.

#### L'évolution de certains indicateurs démographiques

C'est à ce niveau que l'on peut mettre en évidence le faible impact de l'utilisation des contraceptifs. N'en est-il pas ainsi des naissances et dans une certaine mesure de la mortalité infantile même si d'incontestables progrès sont patiemment enregistrés ?

#### Le ralentissement du nombre des naissances

Après une augmentation continue durant les décennies 60 et 70, les naissances n'ont commencé à décroître qu'à partir du milieu des années 80. Du reste, la natalité a accusé le taux le plus bas en 1991, soit 30,1 pour mille contre 39,5 pour mille en 1980 et... 50,1 pour mille en 1970 (Tableau I).

Tableau I. Mouvements démographiques naturels.

Année	Naissances (milliers)	Taux (‰)	Décès (milliers)	Taux (‰)	Excédent naturel (milliers)	Taux (‰)
1985	864	39,5	183	8,4	681	31,1
1986	781	34,7	165	7,3	616	27,3
1987	800	34,6	161	6,9	639	27,6
1988	806	33,9	157	6,6	649	27,3
1989	755	31,0	153	6,0	602	25,0
1990	755	31,0	151	6,0	604	25,0
1991	773	30,1	155	6,0	618	24,1

Source: [9, p. 3, tableaux 1 et 2].

#### La signification réelle de la mortalité

La mortalité générale continue de décroître en passant de 16,9 pour 1 000 en 1975 à 6,0 pour 1 000 depuis 1989. En revanche, la mortalité infantile, dont les effets directs sur les naissances mêmes ne doivent pas être perdus de vue, inspire encore quelques inquiétudes (Tableau II).

Tableau II. Évolution de la mortalité infantile.

Année	% par rapport à la mortalité générale	Taux de mortalité infantile (%)
1980	34,1	86,5
1981	33,9	84,7
1982	32,9	83,7
1983	34,1	82,7
1984	34,3	81,4
1985	25,0	78,3
1986	20,8	70,7
1987	20,0	64,4
1988	18,3	60,4
1989	18,9	58,1
1990	17,9	57,8
1991	17,9	56,9

Source: [5, p. 23, tableau 15] et [8, p. 27, tableau 13].

En effet, le dernier taux relevé, soit en 1991, a été de 56,9 pour mille contre 86,5 pour mille en 1980. De plus, par rapport à la mortalité générale, la part de la mortalité infantile ne représente plus que 17,9 % en 1991 contre 34,1 % en 1980. Les progrès sont donc indéniables mais doivent se poursuivre, compte tenu de l'écart existant entre ces valeurs et celles des pays intermédiaires. Il y a lieu aussi de tenir compte d'autres formes de mortalité (mortalité néo-natale...), mais qui sont difficiles à cerner faute de statistiques et qui laissent entrevoir une évolution difficile.

#### L'évolution de la fécondité

Le taux global de fécondité générale (Tableau III) est passé de 186 pour mille en 1981 à 134 pour mille en 1990 et la descendance finale par femme de 6,4 à 5,2 de 1981 à 1988. Pour ce qui est des taux par groupe d'âge (Tableau IV), les valeurs élevées concernent les tranches comprises entre 25 et 34 ans, soit respectivement 26 % et 20 %. Quant à la tranche 20-24, son taux est de 17,5 %. Or comme il tend à diminuer par suite de l'élévation de l'âge moyen au mariage (pour les femmes), pareil phénomène doit retenir dès à présent l'attention qui doit s'intéresser à l'approche sociologique (2e partie).

Tableau III. Évolution de la fécondité.

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Taux global (‰) Descendance finale	186 6,4	183 6,4	182 6,3	183 6,3	178 6,2	158 5,3	155 5,2	152 5,2	136	134

Source: [4, p. 29] et [8, p. 44].

Tableau IV. Évolution de la fécondité (%).

Groupe d'âges	1984	1985	1986	1987	1988
15-19	47	43	35	32	33
20-24	239	240	212	190	175
25-29	322	298	263	260	260
30-34	293	308	272	254	250
35-39	202	236	212	200	202
40-44	104	101	86	101	104
45-49	20	22	17	20	18

Source: [8, p. 44].

Quoi qu'il en soit, la moyenne nationale demeure toujours élevée tout en masquant aussi et surtout les disparités d'ordre social et géographique. Dans de telles conditions, il convient de s'interroger sur les limites et lacunes de la politique en question.

#### Limites et lacunes de la politique d'espacement des naissances

L'analyse approfondie met en évidence l'ambiguïté du discours politique et la non-identification précise des populations ciblées par la médiatisation.

#### L'ambiguïté du discours et les lacunes de la médiatisation

Si d'importants moyens ont été mobilisés en matière de médiatisation pour mieux sensibiliser les familles, des lacunes sont à relever au niveau de la formulation et surtout des techniques de communication. Il en est ainsi de... l'intitulé du programme : « espacement des naissances ». Au niveau de la perception des masses, les spots de la télévision perpétuent l'espacement, soit l'étalement de la période séparant deux grossesses consécutives. Du reste, l'image comme les commentaires insistent bien sur cette période. Or cette la période ne dépasse guère celle de l'allaitement, soit encore celle déjà observée depuis des siècles... Par conséquent, l'espacement ne peut s'identifier aux objectifs recherchés, c'est-à-dire la limitation des naissances. Il aurait fallu aussi et surtout déterminer le nombre maximum de naissances (deux à trois).

#### La non-identification précise des populations à cibler

La médiatisation n'a pas tenu compte du portrait-type de la consultante des services de PMI et de son évolution récente : mère âgée de 26 ans, analphabète ou peu instruite, mais ayant déjà cinq naissances. En conséquence, l'espacement ne peut avoir d'effet puisque pour toutes ces mères, la contraception est déjà recherchée. Pour les autres, soit les jeunes mariées et celles dont l'âge est compris entre 25 et 35 ans, la médiatisation se répercute par l'espacement seulement. La limitation ne peut s'observer que chez les couples réellement convaincus.

L'impact de la politique est donc forcément limité. De plus, cet impact ne se confond-il pas avec d'autres phénomènes allant dans le même sens ?

#### L'approche sociologique

Cette approche doit s'intéresser à l'arrivée en force à l'âge adulte de la génération du baby-boom dès les débuts des années 80 et à son comportement vis-à-vis du fondement de la vie conjugale : le mariage.

#### La croissance relativement modérée des mariages et le renforcement du célibat

Nuptialité et population en âge de se marier connaissent des évolutions divergentes. Le taux d'accroissement du nombre annuel de mariages est en baisse régulière. Pareille évolution doit beaucoup à celle qui caractérise de plus en plus le célibat.

Cette mutation identifiable à la génération du baby-boom s'explique en premier lieu par l'élévation de l'âge moyen au premier mariage (Tableau V). Il est passé de 18,3 à 23,7 ans de 1966 à 1987 pour le sexe féminin et de 23,8 à 27,6 ans pour le sexe masculin. De plus, l'écart d'âge entre les deux conjoints a diminué: 3,9 en 1987 contre 5,5 en 1966. Cette évolution souligne une décision plus grande des intéressé(e)(s) dans le choix du conjoint(e), autre indice des mutations propres aux générations montantes.

Tableau V. Évolution de l'âge moyen au premier mariage (en années).

Sexe	1966	1970	1977	1987
Femmes Hommes	18,3 23,8	19,3 24,4	20,9 25,3	23,7 27,6
Écart	5,5	5,1	4,4	3,9

Source: [5, p. 10, tableau 4].

Le Tableau VI confirme ce qui précède : l'accroissement de la population mariée féminine est moindre que celui de la population féminine en âge d'être mariée. C'est ainsi que de 1966 à 1977 et de 1977 à 1987, les taux d'accroissement respectifs de la première sont 18 % et 28 % contre 34 % et 50 % pour la seconde. Ainsi l'évolution d'ensemble tend à amenuiser la base de la pyramide des conjoints, en éliminant peu à peu les tranches d'âge qui sont les plus prédisposées à la procréation la plus rapprochée et la plus répétée [3].

Tableau VI. Évolution de la population féminine.

Indicateur	1966	1977	1987
Femmes âgées de 15 à 49 ans (milliers)	2 493	3 358	5 038
Accroissement absolu (milliers)		865	1 680
Taux d'accroissement (%)		34	50
Femmes mariées (milliers)	1 867	2 211	2 846
Proportion des femmes mariées (%)	74	65	56
Accroissement absolu (milliers)		344	635
Taux d'accroissement (%)		18	28

Source: [7, p. 3, tableau 5].

Quant au relèvement de l'âge au mariage, il ne constitue pas un phénomène isolé; il faut le situer dans son contexte socioculturel. C'est à l'amélioration du niveau d'instruction qu'il importe de le confronter, autre facteur-repère propre aux jeunes couples.

#### L'amélioration du niveau d'instruction des conjoints

Le tableau VII qui concerne la période 1981-1988 ne permet pas de suivre l'évolution la plus récente. Néanmoins il fait bien apparaître les progrès au niveau des couples, même si la conjointe est toujours moins instruite, séquelle durable du passé colonial. C'est ainsi que l'illettrisme la touche encore en 1988 dans une proportion de près de la moitié (44,2 %) alors que pour son conjoint la proportion tombe à moins d'un tiers (30,2 %).

Tableau VII. Évolution du niveau d'instruction des couples (en %).

Niveau	Conjoints		Conjointes	
	1981	1988	1981	1988
Illettrés	38,8	30,2	57,8	44,2
Primaire	27,9	29,5	19,4	32,1
Secondaire	17,5	30,4	7,4	18,4
Supérieur	4,3	5,0	1,3	2,1
Non déclarés	11,5	4,9	14,1	3,2

Source: [4, p. 23] et [8, p. 41].

En revanche, au niveau du primaire, les taux sont presque inchangés pour les époux (respectivement 28 % et 29 %). Les épouses dépassent légèrement ce dernier taux en 1988, soit 32 % contre seulement 19 % en 1981. Pour ce qui est du secondaire, les progrès sont nets pour les deux conjoints mais le poids du passé pénalise encore les épouses. C'est la même observation qui caractérise le supérieur mais les proportions sont négligeables.

Quant à l'emploi, principalement féminin, il doit être considéré à son tour en raison de ses incidences sur les naissances rapprochées.

#### Un très faible taux d'emploi féminin

Même si elle accuse une forte croissance de 1977 à 1987 (le nombre de femmes occupées passant de 138 234 à 365 094), l'activité féminine recensée demeure encore très faible [6, p. 26]. En effet, les taux respectifs sont de 5,9 % et 8,8 % seulement, soulignant ainsi la grande masse des épouses au foyer, et par voie de conséquence soumises, bon gré mal gré, aux grossesses multiples et rapprochées. De plus, la situation a dû s'aggraver après 1986 (contre-choc pétrolier) puis au cours de ces dernières années avec la fermeture du marché d'emploi pour les jeunes, principalement pour les jeunes diplômés. Dans de telles conditions, c'est à une évolution régressive qu'il faut s'attendre avec une remise en cause de certains acquis.

Ainsi, hormis ces effets de la crise, l'approche sociologique fait apparaître un processus de mutations récentes et en cours, directement identifiables chez les générations montantes, celles qui arrivent en masse non seulement sur le marché de l'emploi mais aussi et de plus en plus à l'âge du mariage. Or de toutes ces mutations, ce sont bien l'émergence et le renforcement du célibat qui ont agi sur la baisse ou le ralentissement du nombre des naissances à l'origine de la présente phase de transition. Dans de telles conditions, il convient de serrer de près les obstacles et contraintes majeurs qui s'opposent à ces mutations.

#### Les obstacles et contraintes du présent

L'aggravation et la persistance de la crise, économique puis politique, s'opposent directement aux efforts déployés ainsi que la reconsidération du statut de la femme.

#### Les effets directs de l'aggravation de la crise

Persistante et de plus en plus insupportable, la crise économique s'exprime clairement à travers le surendettement puisque depuis 1989, le seul service de la dette représente 70 % de la valeur des exportations et que le montant total ainsi déboursé a dépassé le niveau de la dette (respectivement 35 et 26 milliards \$ US), en dépit d'un reprofilage intervenu à la fin de 1992. Les effets du contre-choc pétrolier de 1986 se poursuivent toujours, d'autant plus que les cours du pétrole continuent à baisser.

Aussi sur les plans social et sanitaire, les conséquences sont-elles très graves. La compression prolongée des dépenses affecte directement et gravement les populations les plus concernées par les exigences de toute maîtrise de la croissance démographique. Des statistiques récentes font état de près de 30 % de la population au-dessous du seuil de pauvreté. La paupérisation naguère fort restreinte et très localisée, ne cesse de se renforcer. Elle s'impose à travers la prolifération du secteur informel et la généralisation de l'emploi des enfants, du travail au noir des femmes, de la mendicité... Quant au désœuvrement sous toutes ses formes, il se manifeste partout avec force. Bien plus, il se caractérise de plus en plus par l'inactivité des jeunes diplômés des deux sexes.

#### La réduction drastique des dépenses de santé publique

Comme les autres dépenses relatives à des secteurs vitaux, celles destinées à la santé publique accusent des compressions drastiques et prolongées. C'est ainsi que la moyenne nationale annuelle par habitant qui s'élevait à 120 \$ US en 1990 est tombée à 60 en 1992<sup>(2)</sup>. Pareille situation entrave la vie quotidienne des habitants comme le montre en particulier la disqualification des établissements hospitaliers.

<sup>(2)</sup> Analyse fine faite par un responsable d'un CHU, le Pr F. Chaoui dans le quotidien *El Watan*, Alger, 24/09/1992, p. 7.

Les contraceptifs ne sont pas épargnés. Leur pénurie durable s'est généralisée jusqu'aux préservatifs. L'irréparable a eu lieu, à savoir l'abandon forcé de la contraception par les populations les plus défavorisées mais concernées au premier chef. Il en est ainsi quand il y a rupture des stocks, quand les prix accusent subitement une hausse vertigineuse consécutive à la dévaluation de la monnaie nationale à la suite des injonctions du FMI (1992), quand des populations de régions entières sont privées de contraceptifs.

C'est ainsi que dans la wilaya (département) d'Annaba, région ne s'identifiant pas aux zones les plus déshéritées, les contraceptifs distribués sont tombés de 529 594 plaquettes en 1991 à 127 094 en 1992. Les prix y ont plus que quadruplé. De plus, au sein même de la wilaya, la distribution a été discriminatoire, privant plutôt les zones les moins urbanisées. Ce sont donc les familles les plus nécessiteuses qui sont pénalisées. Du reste, même dans les zones « privilégiées », les besoins n'ont pas été correctement satisfaits<sup>(3)</sup>.

#### L'absence de politique globale de population

Une réelle maîtrise de la croissance démographique ne peut être obtenue sans une politique globale de population. D'autant plus qu'en Algérie, un problème de fond a été toujours occulté, celui de la place et du rôle de la femme dans la société.

Après bien des dérives, le discours politique continue de cultiver l'amalgame et l'ambiguïté. C'est toujours à travers le prisme déformant des « traditions » et à travers la référence faite « aux valeurs et éthiques de notre société » que l'on tente de développer des idées nouvelles<sup>(4)</sup>. Bien plus, aucune référence n'est faite aux implications scientifiques de la démographie, à ses rapports directs avec l'économie.

De même, des problèmes aussi vitaux que ceux relatifs à l'adoption ou à l'avortement demeurent toujours tabous, exposant ainsi les personnes concernées à des problèmes complexes<sup>(5)</sup>. Enfin de nouveaux problèmes et fléaux envahissent le pays, comme les maladies sexuellement transmissibles et la drogue, dans un environnement général de crise multiforme, très affecté par l'intégrisme.

#### La reconsidération du statut de la femme

Paradoxalement, c'est au début de la médiatisation du programme gouvernemental d'espacement des naissances qu'a été promulgué le code de la famille (1984), code en retrait sur les acquis et les transformations sociales.

<sup>(3)</sup> El Watan du 8/02/1993, p. 25.

<sup>(4)</sup> C'est ce qui ressort de l'un des derniers discours du ministre de la Santé et de la Population (El Watan du 24/09/1992).

<sup>(5)</sup> Celui qui a consacré entièrement sa vie et son combat de tous les jours à ces problèmes vient d'être sauvagement assassiné par les intégristes (15/06/1993), le crime ayant été revendiqué par l'un des porte-paroles notoire de l'intégrisme en Europe. Le Pr Boucepci, psychiatre de renommée mondiale et lauréat de nombreux prix, a beaucoup sensibilisé l'opinion nationale et internationale à ces problèmes. Son sacrifice ne sera pas vain.

Adopté par une Assemblée Nationale désignée par le parti unique d'alors et composée dans sa quasi-totalité d'hommes (quatre députés seulement de sexe féminin), ce code « minorise à vie » la femme algérienne [2] en vertu des articles 11 (conclusion du mariage subordonné au tuteur matrimonial, soit le père ou l'un de ses proches) et 12 (faculté du père de pouvoir s'opposer au mariage de sa fille « bikr », soit vierge... majeure, si tel est l'intérêt de sa fille). En ce qui concerne la polygamie, l'article 37 la reconnaît explicitement (« agir en toute équité envers ses épouses s'il en a plus d'une ») [1].

Quant au divorce, s'il peut intervenir par consentement mutuel (mais est, dans les faits, bien plus facile à obtenir pour les hommes que pour les femmes), il peut résulter aussi de « la volonté de l'époux » (art. 48). Ce code accentue la primauté de l'homme au-delà des préceptes de la loi islamique elle-même...

Certes, la constitution de 1989 adoptée après des émeutes d'octobre 1988 rétablit l'égalité des droits entre l'homme et la femme (art. 28), reconnaît les Droits de l'Homme et du Citoyen (art. 31) et garantit les libertés individuelles et collectives (art. 32). C'est une reconnaissance très tardive dans un climat de tension qui ne règle pas par exemple la situation dramatique des divorcées et de leurs enfants qui se retrouvent bien souvent sans logis et sans moyen de subsistance.

\* \* \*

Ainsi la phase de transition observable à partir du milieu des années 80 n'est pas en rapport direct avec la politique d'espacement des naissances mise en application à partir de 1983. Cette politique dont les lacunes ont été soulignées n'a eu qu'un impact très limité.

L'approche sociologique nous permet de constater tout un processus de mutations socioculturelles. Il en est ainsi dans une société si attachée au mariage, de l'émergence du célibat avec l'arrivée en masse des générations de l'indépendance dès les débuts de la décennie écoulée. Des générations certes en butte au chômage et à la crise de logement, mais aussi et surtout ayant bénéficié des politiques de démocratisation de l'enseignement et de santé.

Or avec la persistance et l'aggravation de la crise multiforme provoquée par le contre-coup pétrolier de 1986 et son corollaire — le surendettement —, on assiste à une remise en cause des acquis, notamment en matière de santé publique avec les pénuries généralisées de médicaments dont les contraceptifs. Cette remise en cause touche plus particulièrement les plus démunis et réduit l'efficacité de la politique d'espacement des naissances.

#### Références

- Algérie (1984). Code de la famille, Loi n° 84-11 du 9/06/1984, Journal Officiel du 12/06/1984.
- 2. L'Aslaoui (1989). Lettre ouverte à M. le Ministre des Affaires Religieuses. Algérie-Actualités, Alger, n° 1231 du 18 au 24 mai 1989.

#### Maîtriser la croissance démographique en Algérie

- 3. Ladjali M. (1985). Espacement des naissances dans le tiers monde, l'expérience algérienne. Alger, OPU, 145 p.
- 4. ONS (1987). Annuaire statistique de l'Algérie, n° 13.
- 5. ONS (1989). Démographie algérienne. Collections statistiques, Alger, n° 17.
- 6. ONS (1989). Recensement général de la population (1987). Séries analyses, vol. 1, Alger.
- 7. ONS (1990). Données statistiques, nº 106.
- 8. ONS (1991). Annuaire statistique de l'Algérie, Alger, n° 15.
- 9. ONS (1992). Données statistiques, Alger, n° 157.
- 10. Sari D. (1990). L'indispensable maîtrise de la croissance démographique en Algérie, Monde arabe, Maghreb, Machrek, Paris, juill-sept. 1990, n° 129 : 23-46.
- 11. Sari D. (1993). Politique de population en Algérie, Communication au XXII<sup>e</sup> Congrès Général de la Population, Montréal, 24/08-1/09/1993.

# **22**

# Un examen critique des programmes de maîtrise de l'urbanisation et de redistribution spatiale de la population au Congo

G. TATI

IFORD, BP 1556, Yaoundé, Cameroun

#### Résumé

Depuis longtemps les autorités congolaises considèrent que les déséquilibres de la répartition spatiale de la population et la forte croissance urbaine liée aux migrations des populations rurales vers les deux grandes villes constituent des obstacles majeurs au développement régional harmonieux du pays. En réponse à cette préoccupation, des programmes de redistribution spatiale de la population ont été mis en œuvre. La méthode d'évaluation de ces programmes consiste à suivre quelques indicateurs importants de la migration, de l'urbanisation et de la distribution spatiale de la population en les reliant aux perceptions politiques des tendances observées. C'est donc une évaluation a posteriori dont le but est de voir si les modifications observées dans le système spatial vont dans le sens des objectifs que s'est fixé la puissance publique. L'application de cette méthode d'évaluation fait globalement ressortir un constat d'échec si l'on s'en tient aux indicateurs retenus. L'interprétation des résultats qui prolonge le modèle d'analyse conduit à douter de l'efficacité des mesures prises.

De l'indépendance à la décennie 90, la distribution spatiale de la population n'a cessé de préoccuper les autorités administratives congolaises. Les raisons d'une telle préoccupation tiennent pour l'essentiel à la situation du Congo caractérisée par :

- un exode rural très important avec pour corrolaire un taux d'urbanisation élevé : 52 % de la population en 1984 (dernier recensement);
- une concentration des hommes et des activités économiques sur 7 % du territoire compris entre Brazzaville et Pointe-Noire considéré comme un « axe de polarisation » ;
- une disparition accélérée des villages, liée à l'enclavement très prononcé de l'arrière-pays depuis des années [2].

Actuellement, le Congo s'attèle à mettre en œuvre une politique de population dans laquelle la distribution spatiale occupe une très grande place<sup>(1)</sup>. Ce n'est pas une idée nouvelle car depuis des années les pouvoirs publics participent à la réalisation d'actions visant à remédier à la situation caractérisée ci-dessus. A maintes reprises, on a observé des prises de position de l'autorité politique suivies parfois de mesures ponctuelles ou de programmes pour tenter de modifier cette situation dans un sens plus compatible avec les objectifs du développement général. Toutefois, lorsqu'on considère ces mesures ou programmes et leurs objectifs, on se heurte à la difficulté de les rattacher à une politique de population globale prenant en compte la fécondité, la mortalité et les migrations puisqu'une telle politique n'a pas encore été définie. Cependant cette difficulté est contournable car ces mesures et programmes sont identiques à ceux préconisés dans les interventions de redistribution spatiale figurant dans la politique de population en cours d'élaboration. Ce constat justifie alors la démarche qui consiste à évaluer leur efficacité afin d'en tirer des enseignements pour la politique de population au Congo dont la problématique de la répartition spatiale de la population constitue un aspect central.

La démarche suivie dans ce chapitre consiste d'abord à présenter les perceptions politiques exprimées au cours du temps. En effet, il n'est pas possible de juger de l'efficacité des mesures et par conséquent, de la réalisation des objectifs sans une prise en compte de ces perceptions. Étroitement liée à cet aspect est la nature des mesures prises par les autorités congolaises pour agir sur les courants migratoires et sur l'urbanisation afin de modifier la distribution spatiale de la population. Il sera ensuite nécessaire d'évaluer ces mesures à travers leurs objectifs en choisissant quelques indicateurs de la migration, de l'urbanisation et de la distribution spatiale de la population. La technique d'évaluation sera de type ex post consistant en une analyse des effets démographiques.

## Perceptions politiques des problèmes liés à l'urbanisation

Il n'est pas du tout exagéré de dire que les perceptions de l'autorité publique concernant l'urbanisation, l'exode rural et la distribution spatiale de la population sont totalement alarmistes. Aucun des gouvernements qui se sont succédé au Congo depuis l'indépendance n'a jugé positivement l'un ou l'autre de ces éléments. Constamment, la distribution spatiale de la population a été considérée de façon catégorique comme n'étant pas appropriée aux objectifs de développement.

<sup>(1)</sup> Voir à ce sujet les chapitres 13 et 16 de cet ouvrage rédigé respectivement par V. Ongoto-Epouma et J.-P. Toto.

Dès les premières années de la décennie 60, les pouvoirs publics et perçu l'exode rural comme l'un des plus importants problèmes à résoudre et tenté de l'arrêter ou de l'inverser afin de réduire le nombre croissant de citadins sans travail particulièrement dans la capitale Brazzaville. Dans les années 70 et jusqu'à la mi-1980, le « boom pétrolier » qui a permis au Congo de bénéficier d'une rente pétrolière considérable et d'accroître l'offre des biens et services a atténué cette perception négative du développement urbain. Mais le second choc pétrolier de 1983, caractérisé par la baisse du prix du pétrole, a fait resurgir avec force l'image négative de l'urbanisation accélérée. Le climat de dégradation sociale et économique qui a prévalu par la suite, particulièrement dans les deux grandes villes, a ravivé la prise de conscience des problèmes posés par une urbanisation accélérée et non maîtrisée comme celle que le pays connaît depuis 1960. Le taux de croissance urbaine est considéré comme trop important (environ 7 % par an) et le poids démographique grandissant de Brazzaville et de Pointe-Noire, alors que l'essor démographique dans le reste du pays demeure faible, renforce ces inquiétudes. Cette croissance essentiellement induite par des flux migratoires constitués de jeunes ruraux amène les autorités politiques à redouter, entre autres conséquences, une diminution et un vieillissement de la population rurale. Cette perspective est d'autant plus grave que le développement urbain s'accompagne d'une baisse constante des disponibilités alimentaires produites localement, en plus de la détérioration continue des conditions de vie dans les villes. Les autorités congolaises considèrent également que la forme de l'urbanisation crée un déséquilibre démographique profond dans l'occupation du territoire national. Le sud du pays dans lequel on trouve quatre des six villes (dont les deux plus grandes) est largement plus peuplé que le nord dont la superficie est beaucoup plus grande. Cette considération suscite des déclarations officielles répétées en vue de réduire ce déséquilibre, la polarisation observée dans l'espace habité étant considérée comme l'un des obstacles majeurs à l'aménagement du territoire.

Cette polarisation doit être prise en compte dans les plans et programmes de développement en utilisant certains instruments comme la création de pôles régionaux de développement, la redynamisation des activités agricoles et la décentralisation administrative. Ce dernier aspect a été souligné par l'actuel Président de la République lors de son discours d'investiture en septembre 1992, signe que la distribution spatiale de la population continue de préoccuper les autorités politiques.

Au regard de cette perception politique, constamment négative et souvent alarmiste, du fait urbain et du mode de peuplement du territoire national, on est en droit de se demander quelles ont été les actions entreprises par la puissance publique en vue de modifier la situation observée.

# Les programmes de redistribution spatiale mis en œuvre

Disons-le d'emblée : la répartition spatiale de la population n'est pas seulement perçue comme non appropriée, mais elle est depuis longtemps l'objet d'un nombre appréciable d'interventions publiques qui visent à la rendre plus harmonieuse.

Deux types d'interventions dominent : celles à orientation urbaine et celles à

orientation rurale. Dans les premières, il y a les programmes qui essaient de réduire les migrations vers les grandes villes et ceux qui tentent d'améliorer les conditions de vie des citadins. Les secondes comprennent essentiellement les programmes visant à promouvoir le développement rural intégré afin d'améliorer le niveau du revenu paysan tout en réduisant le niveau de l'exode rural; ce second type d'interventions met en œuvre une approche pluri-sectorielle pour assurer un développement économique aux populations rurales.

#### Objectifs des interventions politiques

La dernière esquisse d'aménagement du territoire fait ressortir un objectif fondamental : réduire les flux de migrants ruraux dans les grandes villes et atténuer le déséquilibre entre les villes et les campagnes en revalorisant les conditions d'existence dans ces dernières tout en contribuant au réaménagement spatial. Cet objectif général comporte des objectifs de premier niveau qui concernent le peuplement de la région septentrionale du pays, la mise en valeur des ressources des régions de l'intérieur, la promotion du dynamisme régional grâce à l'implantation d'équipements et services en privilégiant chaque chef-lieu de région et l'accroissement de la capacité de communication inter-régionale en améliorant le réseau routier. A ces objectifs, sont rattachés des objectifs de second ordre tels que la maîtrise de la croissance démographique de Brazzaville, le renforcement du rôle régional de villes comme Loubomo (ex-Dolisie) et N'Kayi (ex-Jacob), le renforcement du potentiel de rayonnement régional des chefs-lieux de régions, la modernisation du milieu rural et la réduction de l'inégalité des revenus entre régions. Ces différents objectifs ont nécessité la mise en œuvre de mesures dont nous dégageons ici les principaux contours en les situant dans le temps.

#### Mesures visant à restreindre la migration vers les grandes villes

Les premières mesures furent adoptées dans les années 1960. Pour freiner l'exode rural qui accroissait le nombre d'urbains sans travail, le gouvernement envisagea en 1966 de refouler tous les « sans travail » et leur famille de Brazzaville dans leur district d'origine. Mais cette décision fut rapidement abandonnée, son caractère autoritaire étant susceptible de nuire aux dirigeants politiques.

On privilégia par la suite le renforcement de certains centres urbains secondaires de petite taille en les élevant au rang de chefs-lieux de région pour qu'ils servent de centres de promotion régionale. Cette mesure administrative entraînait la représentation de toutes les administrations centrales et dès 1965, on observa une politique de décentralisation administrative caractérisée par une certaine redistribution géographique des fonctionnaires de l'État.

Au cours de la période 1970-1984, on ne note pas de mesures significatives susceptibles de réduire l'exode rural dans les grandes villes. Cela est peut-être dû à l'euphorie économique liée au premier choc pétrolier de 1973. Toutefois, on note une poursuite des actions visant à améliorer les infrastructures sociales des centres urbains secondaires notamment en les dotant d'écoles primaires et secondaires afin de réduire les migrations scolaires des ruraux vers les grandes villes.

A partir de 1985, les effets de la crise économique et financière se font sentir : baisse importante des recettes pétrolières, détérioration du marché du travail, montée en flèche du chômage des jeunes. Pour réguler le marché urbain du travail dans le contexte de l'ajustement structurel, les autorités gouvernementales lancèrent à la fin de l'année 1987 une campagne de « retour à la terre » en incitant les jeunes urbains sans emploi à se tourner vers l'agriculture.

Actuellement une politique de décentralisation est en cours avec un ministère chargé de la décentralisation. Il faut enfin signaler que dans les villes des actions gouvernementales sont constamment entreprises en vue d'organiser l'espace urbain avec certains aspects dissuasifs pour l'occupation foncière anarchique.

#### Mesures visant à promouvoir le développement rural intégré

C'est dans le domaine du développement rural que les interventions pour agir sur la redistribution spatiale de la population ont été les plus évidentes. Comme nous l'avons indiqué plus haut, ces interventions avaient un triple objectif : accroître les revenus ruraux, freiner l'exode rural et assurer l'autosuffisance en produits agricoles ; le ralentissement de l'exode étant lié à la répartition spatiale de la population.

La stratégie du développement rural a impliqué plusieurs formes d'actions. Jusqu'en 1984, ce furent : la création des sociétés d'État (offices) chargées de la collecte et de l'achat des produits agricoles afin d'en assurer la commercialisation à un prix fixé d'avance ; l'organisation des paysans au sein de coopératives : la création de fermes d'État.

Le gouvernement décida en 1984 de concentrer ses efforts sur un nombre limité de villages choisis pour leur dynamisme économique et pour des raisons géographiques et démographiques. Ces villages appelés « villages-centres » sont au nombre de 400. Dans chaque « village-centre » des projets de développement intégré comportaient un volet infrastructures (construction de dispensaires, d'écoles et d'adduction d'eau, électrification) et un volet production (développement de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche).

Toujours dans les années 80, les grandes orientations du quatrième plan quinquenal (1982-1986) se sont concrétisées par l'exécution de grands travaux d'infrastructures rurales (construction de plusieurs axes routiers, de ponts, d'adduction d'eau potable). Ces travaux visaient la dynamisation des économies régionales afin d'atténuer le poids trop important des deux grandes villes dans la structure urbaine du pays et le déséquilibre des densités entre le sud et le nord du pays.

En revanche, depuis le début des années 90, on remarque un certain essouflement dans les interventions des pouvoirs publics du fait des difficultés financières, même si le retour à la terre est toujours encouragé.

En définitive, la puissance publique entreprend ou encourage (à travers les opérateurs privés) constamment des actions, surtout en milieu rural, afin de freiner la migration vers les grandes villes en dynamisant les économies régionales, en atténuant l'importance de Brazzaville et de Pointe-Noire et en réduisant les déséquilibres considérables entre les régions du sud et celles du nord. Les interventions se font sous forme de décentralisation administrative et de développement rural intégré.

## Évaluation des résultats des interventions

Pour apprécier l'efficacité des mesures prises, il est important de préciser la méthode d'évaluation en choisissant des indicateurs et un modèle d'analyse.

#### Choix des indicateurs

Dans le cadre limité de ce chapitre, nous faisons le choix de quelques indicateurs simples :

- indicateurs d'urbanisation (villes principales) : taux de croissance urbaine, taux d'urbanisation, indices de primacité, migration urbaine nette, indices de concentration urbaine, contribution de la migration à la croissance urbaine ;
- indicateurs d'urbanisation (centres urbains secondaires) : taux de croissance de la population, poids démographique, effectifs de migrants ;
- indicateurs de peuplement rural : taux de croissance de la population rurale, taux de croissance de la population agricole, indice de vieillissement, indice de féminisation ;
- indicateurs de distribution spatiale de la population : densité, différence entre les taux de croissance en zone urbaine et en zone rurale, indice de primacité rurale, indice de sortie vers les villes, ratio urbain/rural;
- indicateur d'efficacité des mesures : degré de satisfaction exprimée par les pouvoirs publics par rapport à chacun de ces indicateurs.

#### Méthode d'évaluation

Elle consiste à suivre ces indicateurs en les reliant aux perceptions politiques des tendances observées. Les niveaux de ces indicateurs sont connus aux dates des opérations de collecte réalisées. La période d'observation qui va de 1960 à 1992 a été découpée en intervalles de temps dont les bornes coïncident avec la réalisation des opérations de collecte et entre lesquelles les mesures décrites précédemment ont été mises en œuvre. Si la période qui sépare une intervention d'une opération de collecte est trop courte, les résultats de l'intervention seront appréciés à travers l'opération de collecte suivante. Les niveaux ont été rapprochés du degré de satisfaction exprimé sur ceux-ci par les pouvoirs publics. C'est donc une évaluation a posteriori avec deux volets d'analyse : un volet « qualitatif » qui fera ressortir le degré de satisfaction exprimé par rapport aux indicateurs observés et un volet « quantitatif » qui devra comparer ces niveaux afin de faire ressortir le chemin qui reste à parcourir pour atteindre les objectifs.

#### **Évaluation qualitative**

Cette évaluation est aisée à établir. En effet, dans la mesure où les décideurs politiques jugent constamment la croissance urbaine « trop rapide », l'exode rural

« trop important » et la répartition spatiale de la population « trop déséquilibrée » et « très inappropriée », on peut conclure sans trop se tromper que les interventions politiques, qu'il s'agisse de celles à orientation urbaine ou de celles à orientation rurale, ont eu pour eux peu d'effets. Cette conclusion est aussi soutenue par l'inquiétude que la montée du chômage dans les grandes villes et la déliquescence du secteur agricole suscitent au sein des autorités gouvernementales.

## Évaluation quantitative

#### Villes principales

Il faut dire d'emblée que loin de décroître, le niveau des indicateurs d'urbanisation relatifs aux grandes villes reflète au contraire une hausse significative alors que celui des indicateurs relatifs aux centres urbains secondaires et à la population rurale accuse une baisse (Tableaux I à III).

Tableau I. Population des villes principales, des centres urbains secondaires (CUS) et population rurale.

Indicateur	Année, période	Villes principales	CUS	Rural	Total
Population	1960	198 822	52 100	520 178	771 100
•	1974	500 360	116 453	702 977	1 319 790
	1984	992 097	173 984	743 167	1 909 248
Taux d'accroissement	1960-74	6,6	5,7	2,1	3,8
annuel moyen (%)	1974-84	6,8	3,9	0,5	3,6

Tableau II. Croissance de la population des villes principales (taux annuel moyen en %).

Villes	1960-1974	1974-1984
Brazzaville	6,4	6,6
Pointe-Noire	5,3	7,4
Loudomo	6,0	5,4
N'kayi	9,5	2,3
Mossendjo	•	1,9
Ouesso		2,6
Ensemble	6,6	6,8

Tableau III. Indices de primacité (concentration urbaine) par période.

Année	Brazza	ville	Brazzaville et Pointe-Noire		
	Effectif	0/0	Effectif	%	
1960	124 030	62	178 839	90	
1974	302 459	60	442 826	89	
1984	585 812	59	880 015	89	

Durant la période 1974-1984, l'écart en terme de taille de la population entre les deux grandes villes et les autres villes principales n'a guère varié. L'indice de primacité de Brazzaville observé en 1984 est en une légère baisse depuis 1960 mais l'indice de primacité des deux grandes villes, Brazzaville et Pointe-Noire, stagne. Le déséquilibre démographique au sein de l'armature urbaine s'est renforcé, faisant de Brazzaville une ville de « polarisation ». Loin de diminuer, le taux d'urbanisation a connu une hausse significative au cours de la période 1960-1984. Entre 1974 et 1984, les mouvements migratoires vers Brazzaville et Pointe-Noire n'ont pas connu une baisse mais au contraire se sont renforcés, comme en témoigne la proportion d'immigrés dans ces deux villes. Cependant il semble que durant la période 1974-1984, l'immigration ait été plus forte à Pointe-Noire qu'à Brazzaville. La migration nette reste de loin la principale composante de la croissance urbaine. Sa contribution dans cette croissance est de 81 % en 1974 et de 67 % en 1984, se plaçant ainsi loin devant celle due au mouvement naturel (Tableau IV).

Tableau IV. Parts des composantes de la croissance urbaine (1974 et 1984).

Composantes	1974	1984
Accroissement total de la population urbaine	100	100,0
Effet de l'inclusion de localités dans le milieu urbain	0	5,4
Migration nette	81	67,4
Accroissement annuel	19	27,2

Un autre fait majeur qu'on observe au cours de cette période est la perte de vitesse démographique de N'kayi, ville autrefois prospère. Sa croissance annuelle au cours de la période 1974-1984 traduit sans nul doute les effets d'une forte émigration vers les deux grandes villes nettement plus favorisées par les retombées de la rente pétrolière.

#### Centres urbains secondaires

Si globalement la population des centres urbains secondaires a doublé de 1960 à 1974, il n'en a pas été de même entre 1974 et 1984. Leur taux de croissance a baissé et leur poids démographique au sein de l'armature urbaine a diminué. Cependant, certains centres urbains secondaires connaissent un essor démographique significatif tandis que d'autres, en plus grand nombre, connaissent un ralentissement de la croissance de leur population.

Par ailleurs, la population issue du milieu rural environnant s'avère relativement importante (contrairement aux grandes villes) ainsi que la population issue des grandes villes (notamment Brazzaville), ce qui témoigne d'une certaine attraction migratoire [7].

#### Population rurale

Non seulement, le taux de croissance de la population se situe nettement en dessous de celui observé en milieu urbain mais son évolution reflète aussi une baisse très significative entre 1960-1974 et 1974-1984. C'est là un signe que le déclin démographique est évident et persiste.

Par ailleurs, le vieillissement et la féminisation de la population agricole ne font que se renforcer depuis 1960 (Tableau V).

Tableau V. Évolution de l'indice de féminisation et de vieillissement de la population rurale (en %).

Indice	1960	1974	1984
Indice de féminisation	109	111	126
Indice de vieillissement	5	7	10

#### Distribution spatiale de la population

C'est au niveau des densités par région que la conclusion selon laquelle les mesures ont eu peu d'effets semble devoir être nettement nuancée. En effet, on observe pour chacune des neuf régions (à l'exclusion du Pool) une hausse de la densité. La hausse est plus significative entre 1960 et 1974 qu'entre 1974 et 1984. Mais dans l'ensemble, les régions du nord restent largement moins peuplées que celles du sud (même si l'on ne tient pas compte de la population des grandes villes). Les écarts entre les densités se sont même renforcés dans le temps (Tableau VI).

Tableau VI. Densité de la population rurale (hab/km²) par région.

Régions	1960	1974	1984	
Kouilou	3,4	5,4	5,5	
Niari	3,5	3,8	4,2	
Lekoumou	2,6	2,8	3,3	
Bouenza	4,2	9,6	12,3	
Pool	7,4	5,5	5,4	
Plateaux	0,6	2,5	2,9	
Cuvette	1,7	1,5	1,8	
Sangha	0,6	0,7	0,7	
Likouala	0,4	0,4	0,8	
Ensemble	1,7	2,5	2,7	

L'écart entre la population rurale et la population urbaine va en s'accentuant. Par exemple, le recensement de 1984 indique qu'il y a 157 urbains pour 100 ruraux alors qu'il y en avait 88 en 1974 et 48 en 1960 (Tableau VII).

**Tableau VII.** Évolution de l'importance de la population rurale (R) par rapport à la population totale (T) et urbaine (U) (principales villes et CUS).

Années	Ratio T/R	Ratio U/R
1960	1,48	0,48
1974	1,88	0,48 0,88
1984	2,57	1,57

En définitive ce constat (non exhaustif) révèle une évolution des indicateurs dans un sens non souhaité par les autorités politiques. Cela signifie-t-il qu'il y a eu échec total des mesures prises? Bien que la réponse soit globalement OUI, plusieurs interprétations des résultats sont possibles.

#### Interprétation des résultats observés et perspectives

Pour mieux apprécier les résultats, il convient de dissocier les interventions à orientation urbaine de celles à orientation rurale.

Il est clair que les premières n'ont pas eu d'effets du fait que la plupart ont été très vite abandonnées par manque de soutien populaire. Il s'agit notamment des expulsions en 1966 et de la campagne politique de « retour à la terre » en 1987 pour les jeunes diplômés. Il n'y pas eu de « retours à la terre » significatifs. Seule la décentralisation administrative semble s'être poursuivie en direction des centres urbains secondaires. Malheureusement cet effort gouvernemental n'a pas obtenu les résultats escomptés comme en témoigne le faible essor démographique de ces petites villes dont l'existence est d'ailleurs menacée par de nombreux problèmes liés à leurs infrastructures délabrées et à la base étroite de leurs activités sociales et économiques. Le poids démographique trop important de deux villes, Brazzaville et Pointe-Noire, ne semble pas du tout s'atténuer du fait de l'importance administrative, politique, sociale, économique et culturelle que les pouvoirs publics leur accordent depuis longtemps. A l'exclusion de quelques fonctionnaires urbains, les centres urbains secondaires demeurent des relais vers les villes principales, malgré quelques actions gouvernementales ponctuelles de mise en valeur. Le déclin de ces centres s'explique en grande partie par le fait que leur influence régionale est demeurée faible.

Pour les secondes (à orientation rurale), les résultats ne sont pas significatifs pour plusieurs raisons. L'échec du mouvement coopératif au Congo tient plus à des erreurs de gestion et à la méconnaissance complète du paysannat qu'à l'image que les ruraux ont de la ville. La destructuration sociale causée par l'introduction en milieu rural du modèle idéologique sous-tendant ce mouvement a compromis les initiatives endogènes provenant des paysans eux-mêmes en vue d'accroître la productivité rurale. La modernisation de la paysannerie a tourné court du fait de la faillite des fermes d'État. Par la suite, les paysans mobilisés en grand nombre dans ce mouvement, coupés de leurs méthodes de travail précédentes, n'ont eu pour alternative que d'émigrer vers la ville à la recherche d'un bonheur illusoire.

Le bilan exhaustif de l'opération « village-centre » est difficile à établir pour le moment. Mais on peut déjà dire qu'elle a suscité beaucoup d'intérêt parmi les paysans si l'on en juge par l'enthousiasme avec lequel ils participent aux travaux. En outre, quelques flux de population, y compris de jeunes, sont constatés en direction des « villages-centres », sous forme de migrations internes à la région ou en provenance de centres urbains. En dépit de certaines critiques (marginalisation des femmes, problèmes de communication...), cette opération (qui est toujours en cours) demeure un espoir pour redynamiser l'économie agricole du pays et pour freiner l'exode rural. D'autres espoirs pointent à l'horizon, notamment la revitalisation de l'épargne rurale et la mise en place d'un organisme crédit agricole.

\* \*

Au terme de cette analyse, il apparaît que la plupart des mesures prises afin

de réduire la croissance urbaine, de freiner l'exode rural et de mieux répartir spatialement la population se sont soldées par des échecs ou ont obtenu des résultats très peu significatifs. Ce constat négatif met en évidence des problèmes majeurs dans la formulation des mesures, dans leur mise en œuvre et dans la détermination de leurs implications. L'échec des divers programmes visant à « harmoniser » la répartition spatiale de la population est lié à la formulation trop générale des objectifs et à une absence de suivi (coordination et supervision) institutionnel dans leur mise en œuvre. Il faudra dans l'avenir clarifier et donner une plus grande importance à ces aspects dont dépend la réussite des programmes.

Par ailleurs, il est nécessaire d'entreprendre une recherche approfondie sur certains aspects de la mobilité spatiale en relation avec ses déterminants et ses implications. Il est étonnant de constater que pour un pays comme le Congo, qui connaît de graves problèmes de déséquilibre régional, aucune enquête approfondie sur la mobilité spatiale n'a été entreprise jusqu'ici. Les données de recensement. on ne le dira jamais assez, ne peuvent pas révéler les multiples facettes du problème. Il est urgent de connaître les changements dans la mobilité spatiale, surtout durant les années récentes caractérisées par la crise socio-économique et l'ajustement structurel. On doit étudier dans les zones de départ et de destination des migrants l'impact socio-économique des différentes interventions visant à agir sur la répartition spatiale de la population. Il y a aussi un besoin urgent d'étudier les rapports, notamment monétaires, que les émigrants ruraux entretiennent avec leurs familles restées dans les campagnes car les transferts monétaires éventuels sont des facteurs de développement rural que l'État peut encourager. Cette recherche d'impact exige que la collecte des données, opération statistique de base, soit renforcée, permanente et multi-sectorielle.

#### Références

- 1. Goldstein S., Sly D.F. (1975). The measurement of urbanization and projection of urban population. IUSSP Working paper 2. Brussels: Editions Ordina.
- 2. Guérin C., Okemba H. (1989). Congo: un village pour les paysans. *Le Courrier* n° 114, Bruxelles: 15-16.
- 3. Iford (1980). Rapport final du Séminaire sur les politiques de population en Afrique. Lomé, 12-16 mars 1979, Yaoundé.
- 4. Le courrier (1992). Dossier sur la crise urbaine, n° 131, Bruxelles : 49-77.
- 5. Politique Africaine (1991). Politiques de population n° 44, Khartala, Paris.
- 6. Politique Africaine (1991). Le Congo, Banlieue de Brazzaville, n° 31, Khartala, Paris.
- 7. Tati G. (1989). Aspects et implications démographiques de l'urbanisation au Congo (1960-1984). Une contribution au développement régional équilibré. Mémoire de DEA. Institut de démographie de Paris, juin 1989.
- 8. United Nations (1981). Population distribution policies in development planning. Papers of the United Nations/UNFPA Workshop on Population Distribution Policies in Development Planning. Bangkok, 4-13 September 1979. New York.
- 9. Vennetier P. (1991). Les villes d'Afrique tropicale. 2e éd. Paris : Masson.

# 23

# Pour une évaluation du programme de planification familiale au Togo

K. KOUWONOU(1)

URD, Université du Bénin, BP 12971, Lomé, Togo

#### Résumé

De nos jours, plusieurs pays africains admettent la nécessité d'un programme de planification familiale. C'est ainsi que dans les années 70, le gouvernement togolais a parrainé la création de l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF) et mis en place le Programme National pour le Bien-Être Familial (PNBEF). Axées essentiellement sur la pratique de l'espacement des naissances, les actions de l'ATBEF et du PNBEF ne semblent toucher qu'une minorité de la population togolaise qui continue de concevoir la planification familiale comme étant la limitation des naissances. Le bien-fondé de l'implantation des services de planification familiale demeure moins convaincant que les arguments culturels en faveur d'une forte fécondité. Nous sommes ainsi amenés à nous interroger sur l'efficacité des activités de l'ATBEF et à proposer quelques pistes de recherche afin d'en améliorer l'impact.

Dans le but de limiter la croissance de leur population et/ou d'améliorer la santé maternelle et infantile, les gouvernements africains demandent l'assistance technique et financière de divers organismes internationaux. Les efforts de ces organismes sont essentiellement consacrés à l'implantation et à la mise en œuvre de programmes de planification familiale.

<sup>(1)</sup> Nous remercions le Pr Hubert Gérard pour ses remarques et suggestions qui nous ont été très utiles pour l'élaboration de ce texte.

Pays d'Afrique de l'Ouest, le Togo n'est pas resté insensible à ces préoccupations. Ainsi dans les années 70, deux institutions ont été créées : l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF) et le Programme National pour le Bien-Être Familial (PNBEF) qui ont pour vocation la promotion de la planification familiale au Togo. Organisation non gouvernementale, l'ATBEF partage avec le PNBEF, organe du ministère de la Santé publique, les diverses activités en matière de bien-être familial. Bien qu'un organe suprême de coordination de l'ATBEF et du PNBEF n'ait pas encore été créé, il n'est pas exagéré de parler déjà d'un programme togolais de planification familiale.

La description de ce programme fera l'objet de la première partie de ce chapitre. L'enfant étant le ciment des couples qui se forment, nous mènerons dans la deuxième partie une réflexion sur les normes sociales et la fécondité. Enfin, nous passerons à une tentative d'évaluation du programme.

## Le programme de planification familiale

Élaboré par de bonnes volontés issues de divers horizons (médecins, enseignants, juristes, travailleurs sociaux, démographes, responsables communautaires...), le programme togolais de planification familiale a vu le jour en mai 1975 après un séminaire sur le bien-être de la population togolaise organisé en mars de la même année par l'IPPF (International Planned Parenthood Federation). Comme dans beaucoup de pays africains, le discours des autorités togolaises au sujet de la planification familiale a beaucoup évolué depuis cette initiative. Bien qu'encourageant les activités en matière de planification familiale, le gouvernement togolais n'est pas arrivé à définir une politique de population, stricto sensu.

« Le programme compte faire passer à 15 % en l'an 2000 la proportion de femmes utilisant régulièrement les méthodes modernes de contraception estimées à 3 % en 1988 par l'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST). A la même date, le taux de mortalité infantile — qui est déjà passé de 107 pour mille à 80 pour mille entre les périodes quinquennales de 1973-1977 et 1983-1988 — devrait être ramené à 50 pour mille » [8]. Le programme ne poursuit donc aucune autre finalité que l'amélioration qualitative de la vie de la population togolaise.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays, le programme togolais n'aborde guère la question de la croissance de la population : « Le gouvernement du Togo considère que le taux de croissance actuel est satisfaisant »<sup>(2)</sup> [22].

Enfin, le gouvernement et les responsables du programme de planification familiale comptent atteindre leur finalité par la pratique convenable de l'espacement des naissances. Bien que le concept d'espacement des naissances n'ait pas un équivalent adéquat dans les dialectes du pays (mina, moba, kabyè, cotokoli...),

<sup>(2)</sup> Rappelons que la population togolaise a évolué à un rythme annuel moyen de 2,9 % entre 1970 et 1981. Actuellement les Nations Unies estiment ce taux à 3,2 %.

il ressort de plusieurs recherches que « dans la société togolaise, la pratique de l'abstinence sexuelle liée à l'allaitement destinée à assurer un intervalle convenable entre les naissances, ne vise que la survie du plus grand nombre d'enfants possible » [8, p. 34].

Reposant à son ouverture sur une poignée de médecins, infirmiers, enseignants et responsables communautaires, le programme de planification familiale jouit aujourd'hui de l'appui d'un important groupe de volontaires constitué au fil des années et du travail des prestataires de divers services et des administrateurs. Les volontaires reçoivent une formation sur le tas et travaillent à temps partiel. L'information-éducation-communication (IEC) centrée sur l'idée de l'espacement des naissances pour une meilleure santé de la mère et de l'enfant et pour un meilleur équilibre de la famille constitue leur tâche principale. Cette campagne d'IEC semble avoir permis de clarifier un peu le concept de planification familiale. C'est ainsi qu'au fil des jours, tant du côté des autorités politiques que de celui de la population, on enregistre un discours plus favorable à l'adoption de la planification familiale. De 1983 à 1986, l'ATBEF seule a enregistré une croissance notable de ses clientes, faisant passer l'effectif annuel des femmes sous DIU ou Noristérat de 772 à 2 887.

Mais comme le mentionne T. Locoh [14], « nombreux sont ceux qui doivent assumer une situation conflictuelle, défenseurs par profession de la planification des naissances, ils ont parfois quelques difficultés à adhérer pleinement aux conceptions nouvelles qu'elle véhicule en matière de statut de la femme, du rôle des enfants dans la famille,... ». Une réflexion sur la conception du risque de procréer doit donc être menée comprendre ce blocage.

## Les normes sociales et la fécondité

La fécondité est la résultante d'un certain nombre de forces qu'il convient d'identifier. Dans l'ensemble des éléments pouvant conditionner la fécondité, on distingue deux niveaux : celui de l'individu ou du couple et celui de la structure socioculturelle. Nous aborderons ici le second niveau pour situer le contexte de la reproduction au Togo.

Au Togo, le mariage est une institution sociale quasi universelle, le célibat définitif est exceptionnel et la naissance ou la procréation est la première vocation du mariage. L'infécondité<sup>(3)</sup> et la sous-fécondité de la femme conduisent « naturellement » le mari à contracter une autre union. Ainsi le fait de ne pas avoir eu d'enfants dans son existence est un problème crucial. « Les proverbes, les chansons, y compris les chansons contemporaines, évoquent à tout propos la bénédiction de la femme féconde et la malédiction de la femme stérile » [11]. Il apparaît alors dangereux de toucher à ce bien précieux et mystérieux qu'est la capacité de mettre au monde un enfant qui survit. La structure familiale est hostile

<sup>(3)</sup> Il s'agit de l'état d'une femme ou d'un couple qui, volontairement ou non, ne met pas au monde de naissances vivantes. Le concept de sous-fécondité paraît plus compliqué. Le lecteur peut se référer entre autres à [19].

à la stérilité et favorise la forte fécondité. Dans les ménages polygames, l'épouse ayant eu la « bénédiction » d'avoir le plus d'enfants survivants est généralement la mieux lotie. C'est pourquoi des conseils de famille demandent des comptes quelquefois à une femme ou à un couple qui ne participe pas « activement » à la survie de la société par la procréation.

Dans ces conditions, la « programmation » de la constitution de la descendance — pour autant qu'il existe un projet familial — n'est pas du seul ressort de la famille biologique. Elle est l'œuvre de toute la famille ou de tout le clan. Il faut toutefois souligner que si la procréation est un devoir pour la survie du groupe, elle ne saurait être anarchique ou incontrôlée. Voilà pourquoi différentes mesures sont observées, comme le respect d'un intervalle intergénésique d'au moins deux ans ou la solidarité familiale qui amortit le poids de la charge (financière, éducationnelle...) de l'enfant. A ces normes sociales, il faut ajouter la méfiance de l'homme quant aux tendances à l'infidélité que pourrait avoir l'épouse utilisatrice de contraceptifs. Toutes les conditions semblent être réunies pour que l'adoption de la planification familiale conduise parfois à une certaine rupture avec la communauté et surtout avec les chefs de famille. Le bien-fondé de l'implantation des services de planification familiale demeure moins convaincant que les arguments culturels en faveur de la forte fécondité.

Après ces aperçus du programme de planification familiale et du contexte de la reproduction au Togo, nous allons maintenant nous interroger sur l'efficacité des activités de planification familiale dans le but d'une amélioration du bienêtre et de la qualité de la vie.

## Vers une évaluation du programme

Dans un premier temps, il s'agira de se rendre compte si des stratégies viables sont mises en œuvre pour atteindre le bien-être social. Nous tenterons ensuite d'identifier les résultats obtenus grâce à l'implantation du programme. Toutefois comme le mentionnent Mauldin et Acsadi [15]: « L'évaluation de nombreux programmes est contrariée par le manque de données fiables sur les niveaux et tendances de la fécondité. » Il apparaît alors indispensable de dire un mot des données utilisées pour notre évaluation.

#### Sources de données

Vu les exigences d'une activité d'évaluation, il serait souhaitable de mener une opération de terrain dans les situations où les projets ne tiennent pas de statistiques fiables. Dans le cas qui nous concerne ici, nous allons utiliser d'une part les quelques publications du ministère de la Santé Publique, de l'ATBEF, du PNBEF et les données de l'EDST, d'autre part une observation que nous avons menée à la clinique pilote de l'ATBEF à Lomé pendant le premier trimestre de l'année 1990.

#### Évaluer, à l'aide de quelles données?

Portant souvent sur les années 90, les rapports publiés par le ministère de la Santé Publique et/ou la Direction de la Santé Familiale traduisent plus des intentions que la réalité de ce qui se fait sur le terrain. Du côté de l'ATBEF et du PNBEF, le système de collecte est également loin de répondre à nos attentes. Les infirmières (qui n'ont aucune formation statistique) chargées d'assurer l'enregistrement des caractéristiques des clientes n'accordent aucune importance à cette activité. Les clientes elles-mêmes se soucient plus de la préoccupation majeure qui les a amenées au centre que de donner des informations fiables à ces infirmières. A cela, il faut ajouter l'important lot de clientes qui ne reviennent pas pour les contrôles périodiques et dont on perd toutes traces. De telles sorties d'observation ne permettent pas par exemple de calculer certains indices tels que les taux d'échecs ou les taux de continuation des méthodes contraceptives.

Quant à l'enquête EDST, il faut souligner que l'objectif premier des organisateurs de cette enquête n'est pas la collecte d'informations spécifiques sur la contraception et encore moins sur les programmes de planification familiale. De ce fait, les données fournies par l'EDST se révèlent insuffisantes pour notre analyse. Par ailleurs, l'EDST étant la seule enquête démographique d'ampleur nationale disponible, il est alors difficile d'estimer les tendances en matière de fécondité, santé maternelle et infantile.

#### Une observation participante

En allant à l'ATBEF en janvier 1990, notre objectif était de travailler sur les dossiers des clientes (acceptrices) et non de porter un regard sur l'organisation et la mise en œuvre des activités de cette institution. Nous y étions dans le cadre du projet « Étude préliminaire des dossiers des acceptrices de l'ATBEF » commun à l'Unité de Recherche Démographique (URD) et à l'ATBEF et financé par la Fondation Ford. Au fil des jours, tout en travaillant sur les dossiers des acceptrices (de DIU, Noristérat et pilule), nous nous sommes intéressés au personnel du centre et à ses activités. Notre immersion dans la vie quotidienne du centre nous a permis de recueillir des informations sur le personnel et les volontaires du projet. Certains membres du personnel et les volontaires que nous avons eu la chance de rencontrer n'ont pas hésité à nous livrer leur point de vue personnel sur les activités du centre et sur la manière dont les acceptrices perçoivent ces actions. En l'absence d'une enquête spécifique sur le programme, cette observation nous a donné quelques éclaircissements sur certains points tels que l'organisation des volontaires, la qualité de leur formation en matière de planification familiale, l'attitude des prestataires médicaux...

Face au manque de données chiffrées et vu le contenu de nos entretiens à l'ATBEF, nous avons opté pour une approche plus sociologique que statistique dans notre démarche évaluative et notre propos sera axé sur les deux points suivants :

- la congruence entre les actions du programme et les opinions et attitudes de la population ;
  - l'efficacité des actions menées par le programme.

## Analyse des opinions et attitudes de la population vis-à-vis des mesures prises dans le cadre du programme

Les mesures prises ne favorisent pas toujours les diverses couches utilisatrices des services du PNBEF et de l'ATBEF. En effet des mesures restrictives (autorisation maritale, aval du tuteur pour les jeunes filles célibataires...) constituent des obstacles pour certaines jeunes femmes ou adolescentes qui doivent alors avoir recours aux avortements illégaux dont les conséquences sont dramatiques. Il faut signaler aussi la faible disponibilité en services et en produits contraceptifs et l'état de l'infrastructure sanitaire. Pourtant selon T. Locoh [14], « plus les infrastructures sanitaires sont satisfaisantes, meilleures seront les chances de réussite des services de prévention des naissances ».

De plus, bien que les autorités politiques et les responsables du programme se déclarent favorables à l'adoption de la planification familiale, certains actes semblent montrer le contraire. Citons ici deux exemples :

- Au Togo, le nombre maximum d'enfants pris en charge au titre des allocations familiales est fixé à six. Même si seuls les salariés du secteur moderne bénéficient de cette disposition législative, cette limite supérieure risque de conduire les couples à opter pour une famille de six enfants, d'autant plus que le fonctionnaire constitue un « modèle » pour ses frères du village. Est-il judicieux de garder cette disposition tout en cherchant à ramener à 4 enfants par femme l'indice synthétique de fécondité (estimé à 6,6 par l'EDST) comme cela a été consigné dans un document de projet adressé au FNUAP ? Cette aide matérielle aux familles traduit-elle des tendances pro-natalistes ou s'agit-il simplement de considérations d'ordre moral ?
- Par ailleurs, « il y a au niveau des structures nationales un double discours vis-à-vis de la planification familiale qui déconcerte certains observateurs de passage : les déclarations d'intention, les prises de position au sein d'instances internationales sont de plus en plus favorables aux programmes de planification familiale mais, sur le terrain, l'engagement concret est souvent en retrait par rapport à ces déclarations » [14]. D'après nos observations, on peut douter de la conviction des divers praticiens : pour la plupart, il s'agit d'un discours professionnel qu'il faut faire passer pour garantir son « pain quotidien ».

Enfin, si ceux qui pratiquent la planification familiale optent aussi pour la diminution des solidarités traditionnelles vis-à-vis du clan ou du lignage, il faut s'interroger sur le bien-fondé du travail des leaders du programme.

#### L'évaluation des effets

Portant sur le degré de réalisation des objectifs fixés par le programme, l'évaluation des effets est celle qui retient le plus l'attention dans le cadre d'un programme déjà implanté. Les effets observés ne pouvant pas être toujours portés à l'actif du programme, il est souvent recommandé de veiller à ce que les « autres effets », comme le souligne H. Gérard [7], soient neutralisés. On fera ici état de deux types de résultats : l'information en matière de planification familiale et la pratique contraceptive.

#### L'information en matière de planification familiale

Jusqu'aux années 70, « la seule méthode pour empêcher la venue d'un enfant était l'avortement qui, quoique illégal et réprimé par la loi, avait fait la fortune de certaines personnes peu scrupuleuses en même temps qu'il a détruit pour toujours la chance de procréer pour de nombreuses victimes » [9]. Il a fallu l'implantation de l'ATBEF pour que l'information, l'éducation et la communication de la collectivité entrent dans une phase plus active et plus organisée.

Selon les données fournies par l'EDST, une proportion de femmes en union allant de 73,8 % à 83,7 % selon le groupe d'âges connaît une méthode de contraception et une source d'approvisionnement. La situation est semblable pour toutes les autres femmes. En dépit de cette proportion non négligeable des couches les plus exposées, le programme doit combattre les fausses rumeurs selon lesquelles l'utilisation des contraceptifs entraîne une stérilité définitive ou des malformations congénitales. Une information objective en matière de planification familiale pourrait rassurer ceux et celles qui hésitent encore à adopter les méthodes contraceptives.

#### La pratique contraceptive

Outre l'obstacle constitué par les fausses rumeurs, les normes sociales de leur côté n'encouragent guère la pratique contraceptive. Bien que plus de 70 % des femmes en union déclarent connaître une méthode contraceptive et une source d'approvisionnement, 3 % seulement utilisent effectivement la pilule, le condom, le noristérat et les méthodes vaginales. Étant donné la durée du programme, il y a lieu de noter que l'utilisation des contraceptifs ne tente qu'une faible proportion de la population. Ce résultat illustre par ailleurs le niveau pratiquement stationnaire de la fécondité, une femme ayant en moyenne entre 6 et 7 enfants au cours de sa période de procréation.

De son côté, la mortalité infantile est passée de 107 pour mille en 1973-1977 à 80 pour mille en 1985-1988. Il est vrai que le gouvernement togolais met un accent particulier sur la protection maternelle et infantile mais il serait trop simpliste d'attribuer l'intégralité de cette baisse à l'utilisation des services de planification familiale. Il nous reviendra de distinguer les effets nets des autres effets comme nous l'avons déjà souligné.

\* \*

Du fait des lacunes des statistiques disponibles, il nous est apparu quasi impossible de procéder à l'évaluation du programme togolais de planification familiale. Il est d'ailleurs étonnant de constater qu'après bientôt vingt ans d'activités, l'évaluation des effets de ce projet n'intéresse ni les scientifiques ni les responsables de l'ATBEF et du PNBEF. Cette attitude ne remet-elle pas en cause le bien-fondé de ce programme? Ne faut-il pas insister sur la lutte contre le paludisme et assurer un suivi régulier jusqu'à terme des grossesses par exemple plutôt que de mettre sur pied un programme de planification familiale dont les objectifs ambitieux ne correspondent pas aux priorités de la population concernée?

Deux études seraient utiles pour l'avenir de la planification familiale au Togo : un diagnostic de la situation actuelle du système de collecte des informations relatives au programme en vue d'y apporter les améliorations nécessaires et une analyse des besoins en matière de planification familiale afin d'évaluer la pertinence de l'implantation du programme.

#### Références

- 1. Agounke A., Assogba M., Anipah K. (1988). Enquête démographique et de santé au Togo. Columbia, Maryland : IRD, 169 p.
- Alkin M. C. (1972). Evaluation theory development. In: Weiss C. (ed.). Evaluation action programs: readings in social action and education. Boston, London: Allyn and Bacon, Inc: 105-117.
- 3. Beaudry J. (1987). L'évaluation de programme. In : Gauthier B. (ed.). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. PUQ, Québec : 389-415.
- Chandrasekaran C. (1975). Acceptor data. In: Chandrasekaran C., Hermalin A., eds. Measuring the effect of family planning programs on fertility. Ordina Editions, Belgium: 17-53.
- 5. FNUAP. Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population. Rapport n° 57, polycop., New York.
- 6. Freedman R., Easterin R.A. et al. (1983). In: Bulatao R.A. and Lee D.R., eds.. Determinants of fertility in developing countries, vol. 1, New York, Academic Press: 1-26.
- Gérard H. (1983). Type d'intervention d'une politique démographique: approche théorique. Politiques de population Études et Documents: 29-62.
- 8. Kouwonou K. (1992). Évaluation des stratégies de planning familial au Togo. Thèse de maîtrise en démographie, UCL, 68 p.
- Kwassi (1990). Historique de la planification familiale au Togo, Séminaire de dissémination de l'EDST, Kara.
- Locoh T. (1990). Changement social et situations matrimoniales: les nouvelles formes d'union à Lomé. Études Togolaises de Population, n° 15, URD, Lomé: 7-33
- 11. Locoh T. (1984). Fécondité et famille en Afrique de l'Ouest : le Togo méridional contemporain. Travaux et Documents Cahier n° 107, Paris : INED, PUF.
- 12. Locoh T. (1991). Une baisse durable de la fécondité est-elle en œuvre en Afrique subsaharienne? Le temps des incertitudes. Séminaire The course of fertility transition in Subsaharan Africa, Hararé, Zimbabwe, UIESP, Liège, 29 p.
- 13. Locoh T. (1992). Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne. Les Dossiers du CEPED, n° 19, Paris, 29 p.
- Locoh T. (1985). Les obstacles à l'acceptation de la planification familiale en Afrique de l'Ouest. Séminaire on Societal influences on family planning program performance, Ocho Rio (Jamaica), 10-13 April, 36 p.
- 15. Mauldin P.W., Acsadi J.G. (1975). Introduction in Chandrasekaran C. et Hermalin A., eds. *Measuring the effect of family planning programs on fertility*. Ordina Editions, Belgium: 1-15.
- Mensah K. (1990). Historique de la planification familiale au Togo. Séminaire de dissémination des résultats de l'EDST, Kara.
- 17. Riecken H.W. (1972). Memorandum on Program Evaluation. In: Weiss C.W., ed. *Evaluation action programs: readings in social action and education*, Boston, London: Allyn and Bacon, Inc: 85-104.

#### Évaluer le programme de planification familiale au Togo

- 18. Rossi P.H., et al. (1989). Evaluation: a systematic approach. 4e éd. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 495 p.
- 19. Sala-Diakanda M. (1988). L'infécondité de certaines ethnies. In : Tabutin D., éd. *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Paris : L'Harmattan : 191-216.
- 20. Szykman M. (1985). Problèmes d'évaluation des politiques antinatalistes. In : Politiques de population Études et documents, vol. II, n° 2 : 7-56.
- 21. Szykman M. (1989-1990). Document pédagogique du CIDEP Module 1.3.5. Problèmes de la planification familiale, CIDEP, Louvain-la-Neuve, 97 p.
- 22. United Nations. (1990). World population policies, vol. III, New York, 146 p.

# 24

# Un essai d'évaluation d'un programme de planification familiale en milieu urbain à Madagascar

#### W. RASAMOELINA

Service provincial, Banque des données de l'État, BP 494, Toliara, Madagascar

#### Résumé

L'objectif de ce chapitre est l'évaluation d'un programme de planification familiale réalisé en milieu urbain, après dix années d'activité. Se basant sur le critère « impact-efficacité », l'évaluation a couvert différents niveaux : les activités (sensibilisation, prestations de services, suivi), les moyens mis en œuvre, les réalisations (espacement des naissances et amélioration de la santé de la mère et de l'enfant), l'environnement du programme. Ce travail a été confronté aux problèmes posés par les lacunes constatées en matière de tradition statistique et de conservation des archives et par l'absence de suivi de certains indicateurs socio-démographiques au niveau des réalisations. Il est dès lors délicat d'apprécier l'impact réel du programme par rapport aux objectifs formulés au départ. L'analyse des résultats a mis en lumière une faible participation de la population au programme et un taux d'abandon très élevé, la moitié des abandons se produisant l'année même de l'adhésion au programme.

L'objet de ce chapitre est de présenter la méthode adoptée pour évaluer un programme de planification familiale et d'en donner les résultats sommaires.

Cette méthode ne prétend nullement cerner d'une manière complète tous les aspects d'un programme aussi complexe. De plus, le manque de moyens et de temps nous a amené à limiter notre étude au seul centre de Toliara.

Notre exposé comprendra une description succincte du programme, une présentation de la méthode d'évaluation et des difficultés rencontrées, et une esquisse des résultats de cette évaluation.

## Le programme de planification familiale

Le but principal du programme est l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant par la mise en œuvre de l'espacement des naissances.

Ce programme est initié par la FISA (Fianakaviana Sambatra ou « Famille heureuse »), organisation non gouvernementale affiliée à l'IPPF (Fédération Internationale pour la Planification Familiale).

Le programme a vu le jour en 1982 à Toliara, le chef-lieu de province (90 000 habitants en 1991) où est installée l'antenne régionale du programme.

L'équipe permanente du centre de Toliara comprend un coordonnateur, un animateur, un médecin, une personne d'accueil, et un secrétaire administratif et financier. Un comité constitué de membres volontaires définit avec l'équipe les grandes orientations concernant les activités du centre. Celles-ci se résument en un travail d'information-communication-sensibilisation de la population sur la planification familiale et sur son intérêt pour le bien-être de la famille, une prestation de services (assistance médicale et contrôle-suivi des conditions d'utilisation des méthodes contraceptives par les membres) et une politique de développement des ressources du centre (autofinancement).

Un point de repère historique doit être signalé pour mieux apprécier les résultats de l'évaluation. Il s'agit d'un changement introduit par les responsables dans la stratégie globale du programme. Jusqu'en 1985 seuls les couples mariés pouvaient bénéficier des services dispensés par le centre. Depuis 1985, ces services ont été étendus aux membres célibataires de plus de 18 ans avec les exceptions suivantes : membres de moins de 18 ans mais mariés, membres de moins de 18 ans accompagnés par leurs parents, mères célibataires de moins de 18 ans.

# L'évaluation du programme

#### Le cadre logique

Pour mieux définir les critères, les objectifs et les différents niveaux de l'évaluation, nous avons essayé de tracer un cadre logique résumant le fonctionnement du programme et de relever quelques éléments de son environnement pouvant favoriser ou contrecarrer ses activités. Ce cadre se présente schématiquement de la manière suivante :

#### Problématique

— constat des problèmes : mauvais état de santé de la femme et de l'enfant ayant une implication probable sur le niveau de bien-être général de la famille ;

— détermination des causes : grossesses rapprochées, nombre d'enfants élevés, âge à la procréation, rang de naissance ;

- suggestion d'une solution : planification familiale basée sur l'espacement des naissances, lequel constitue le principal objectif du programme ;
- buts à atteindre : amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, principal but du programme.

#### Activités à mener pour réaliser les buts et les objectifs

- information-communication-sensibilisation de la population. L'objectif consiste à inciter la population à adhérer au programme puis à l'accepter avec un suivi régulier. Le programme s'est assigné comme objectif l'accroissement annuel du nombre des adhérents d'un taux de 30 % par rapport à l'effectif précédent;
- prestation de services : assistance médicale puis contrôle-suivi des conditions d'utilisation des méthodes contraceptives ;
  - appui aux activités : allocation des moyens matériels et budgétaires.

#### Environnement du programme

Les éléments suivants sont à prendre en compte : modèles culturels, législation en vigueur, politique de population, prises de position des synodes...

#### Critères et objectifs globaux de l'évaluation

Le critère de notre travail d'évaluation est celui de « l'impact-efficacité » du programme. Notre démarche consiste à chaque fois à essayer de déterminer les niveaux de réalisation par rapport aux objectifs assignés au départ et d'identifier les raisons des échecs partiels ou totaux.

# Les différents niveaux d'évaluation, les objectifs partiels et les méthodes d'approche

Au niveau des activités (sensibilisation, prestation de services, suivi), déterminer l'impact réel du programme

- informations : nombres d'adhérentes, d'abandonnantes, de femmes stériles ; leurs profils socio-économique, sanitaire, démographique ; flux d'entrée et de sortie ; comportements des adhérentes vis-à-vis des méthodes contraceptives et de la stratégie du centre ; problèmes rencontrés ;
- mode d'investigation : dépouillement exhaustif des fiches individuelles des adhérentes sur une période de dix ans ; consultations des registres ; entretien avec les responsables.

#### Au niveau des moyens mis en œuvre, déterminer le niveau de soutien aux activités

- informations : inventaire des moyens matériels et logistiques ; montant et système d'allocation des ressources budgétaires ;
- mode d'investigation : consultation des dossiers et entretiens avec le personnel administratif et financier.
- Au niveau des réalisations (espacement des naissances et amélioration de la santé de la mère et de l'enfant), déterminer le changement apporté par le programme au groupe concerné
- informations : nombre de femmes ayant satisfait leur besoin d'espacement des naissances ; baisse du taux d'avortement ; diminution de la mortalité maternelle liée à l'accouchement ; baisse du taux de grossesses à risque ; réduction de la mortalité infantile et des maladies liées au sevrage précoce ; amélioration des conditions socio-économiques ;
  - mode d'investigation : enquête auprès des adhérentes.
- Au niveau de l'environnement du programme, identifier les facteurs de stimulation ou de résistance
- informations : modèles culturels relatifs à la procréation, au rôle de la femme et à la perception de l'enfant ; législation en vigueur en matière d'avortement ; politique en matière de population ; méthodes traditionnelles de contraception ; prises de position des synodes... ;
- mode d'investigation : entretien avec des informateurs spécialisés et auprès de la population.

#### Les difficultés rencontrées

La principale difficulté concerne l'absence d'une tradition statistique qui se traduit par de nombreuses lacunes dans la collecte des données :

- niveau activité et appui : insuffisance des soins apportés à la conservation des dossiers d'archives, non-exploitation des données disponibles, imprécision des renseignements contenus dans les fiches individuelles (date de naissance, décès des enfants, néonatals ou intra-utérins, avortements provoqués ou spontanés), renseignements insuffisants sur le conjoint, non-disponibilité de données budgétaires rétrospectives, insuffisance de données rétrospectives sur l'utilisation des méthodes contraceptives;
- niveau réalisation : inexistence des données résultant des activités de suivi souvent négligées au profit de la simple évaluation de l'accroissement du nombre des adhérentes ; absence d'un échantillon suivi sur une période assez longue pour apprécier les changements apportés par le programme.

#### Les résultats

Fin 1992, le centre touchait 1 101 adhérentes, soit environ 4,8 % de la population féminine de Toliara en âge de procréer. Un an plus tôt, fin 1991, le centre ne comptait que 710 adhérentes : on peut donc noter un accroissement très sensible du nombre des adhérentes. En fait on observe un tel accroissement depuis 1990, année à partir de laquelle l'objectif d'accroissement annuel de 30 % a été atteint ou dépassé.

Ce bond quantitatif s'est accompagné de changements qualitatifs dans la population des adhérentes avec l'apparition des jeunes de moins de 25 ans (plus de 30 % en 1992 contre 25 % en 1991) et la percée des célibataires (27 % en 1992 contre 20 % en 1990). Les ménagères sont très favorables au programme puisqu'elles représentent plus de 50 % des adhérentes. Parmi les adhérentes ayant un emploi, les personnes travaillant dans le secteur tertiaire demeurent les participants les plus assidus au programme (plus de 77 % des adhérentes ayant un emploi) contre 1,5 % seulement pour les adhérentes travaillant dans le secteur secondaire. Plus de 66 % des adhérentes ont effectué leurs études secondaires, mais une montée timide des adhérentes de niveau primaire est observée ces dernières années. Plus de 60 % des femmes mariées adhérant au programme ont un niveau d'instruction au moins égal à celui de leur mari alors que plus de 60 % ont un niveau d'emploi inférieur à celui du mari.

Sur le plan démographique et sanitaire, les adhérentes ayant un nombre d'enfants compris entre 1 et 4 sont les plus représentées (plus de 60 %) (Tableau I). Cela traduirait-il le besoin de limiter le nombre d'enfants à ce niveau ? Le nombre moyen d'enfants par adhérente est de 2,9.

Tableau I. Répartition des adhérentes selon leur nombr
--

Nombre d'enfants	0	1	2	3	4	5	6	7	8 et +	Total
Nombre de femmes Proportion	173 15,7	210 19,1		157 14,3		74 6,7	60 5,5	51 4,6	71 6,4	1 101 100,0

Près de la moitié des adhérentes n'ont jamais eu d'avortement alors que plus de 50 % en ont déjà eu. Plus de 70 % n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives avant leur adhésion au centre alors que près de 30 % en avaient déjà fait l'expérience. Plus de 85 % ont déjà eu des antécédents obstétricogynécologiques. Les adhérentes stériles représentent 10,8 % des effectifs du centre.

En ce qui concerne les sources d'information sur le centre, près de 40 % ont été informées par leurs amis, 28 % par l'animateur du centre et plus de 15 % par des médecins.

Le taux d'abandon est très élevé. Les 1 101 adhérentes actuelles correspondent à 3 008 adhésions enregistrées depuis la création du centre. Cela signifie qu'il y a eu 1 907 abandons (Tableau II).

Tableau II. Répartition des adhésions et des abandons selon l'année d'adhésion.

Année d'adhésion	Nombre d'adhésions	Nombre d'abandons	Nombre d'adhérentes au 31/12/92
1982	71	65	6
1983	214	173	41
1984	268	219	49
1985	201	168	33
1986	151	124	27
1987	238	184	54
1988	348	280	68
1989	278	189	89
1990	289	197	92
1991	402	232	170
1992	548	76	472
Total	3 008	1 907	1 101

Plus de 50 % des abandons ont lieu après une durée d'adhésion de moins d'un an. Plus de 70 % ne sont pas restées membre plus de deux ans (Tableau III).

Tableau III. Répartition des abandons selon le nombre d'années d'adhésion.

Nombre d'années d'adhésion	Nombre d'abandons	Proportion (%)	
0	966	50,6	
1	435	22,8	
2	189	9,9	
3	110	5,8	
4	78	4,1	
5	46	2,4	
6	40	2,1	
7	28	1,5	
8	11	0,6	
9	4	0,2	
10	0	<del>-</del>	
Total	1 907	100,0	

Les données disponibles ne nous ont pas permis de porter un jugement précis sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Il semble en général que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ne pose pas trop de problèmes chez les adhérentes. L'apparition d'effets secondaires conjuguée aux rumeurs freine énormément la participation au programme. Quant au choix des méthodes, les adhérentes préfèrent les pilules et les injectables. Les prix de ces produits ne sont pas des facteurs prohibitifs pour l'adhésion au programme.

En ce qui concerne l'appui aux activités, le problème essentiel reste l'insuffisance des moyens matériels (moyen de déplacement) et budgétaires (indemnités de déplacement).

Pour ce qui est des résultats attendus du programme, l'insuffisance des données ne nous permet pas de formuler de conclusions précises. Cependant lors d'entretiens réalisés avec quelques adhérentes, il est apparu que la plupart d'entre elles voulaient limiter le nombre de leurs enfants et ont pu le réaliser grâce au programme. Sur huit femmes interrogées, cinq ont pu limiter le nombre de leurs

enfants. Parmi les adhérentes de 1987, sur cinq femmes interrogées, une avait pu espacer les naissances de ses enfants.

L'environnement joue également un rôle considérable pour la réussite ou l'échec du programme en produisant des éléments de résistance ou d'incitation. Jusqu'à maintenant, les facteurs de résistance semblent l'emporter. Actuellement il existe une certaine tolérance vis-à-vis de l'avortement illégal. Le modèle culturel en matière de procréation et vis-à-vis de l'enfant constitue également un obstacle majeur. L'enfant reste toujours une assurance-vieillesse et la femme « une machine à procréer qu'il faut exploiter au maximum ». L'absence d'une politique au niveau national semble être un élément défavorable au programme.

# ANNEXES Les journées de Bangui

#### ANNEXE I

# **Présentation**

Les premières Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'UREF se sont tenues à Bangui (Centrafrique) du 2 au 4 juin 1993. Leur thème était : « L'évaluation des politiques et programmes de population : méthodes et résultats ». Elles ont été organisées en collaboration avec l'UDEAC et l'Université de Bangui et avec l'appui de la Représentation de l'ORSTOM en Centrafrique. Elles ont bénéficié d'un soutien financier du FNUAP et du ministère français de la Coopération.

COMITÉ SCIENTIFIQUE: Ahmed Bahri, Francis Gendreau (Président), Hubert Gérard, Denis Nzita Kikhela, Victor Piche, Daniel M. Sala-Diakanda, Maurice Szykman, El Mostapha Yassin

#### PRÉPARATION DES JOURNÉES ET ÉDITION DES ACTES: Valérie Guérin

**BUREAU**: Simon Bedaya-Ngaro (Président), N'Guessan Koffi (Vice-président), Denis Nzita Kikhela (Rapporteur général)

**PREMIÈRE SÉANCE** — Cadre général : objectifs de l'évaluation, concepts utilisés, problématiques

Président : Séraphin Ngondo a Pitshandenge

Organisateur: Hubert Gérard Rapporteur: Antoine Kamdoum

**DEUXIÈME SÉANCE** — L'évaluation des objectifs, de leur précision et de l'adéquation des moyens prévus (institutionnels, financiers...)

Président : Mongi Bchir

Organisateur : Daniel M. Sala-Diakanda Rapporteur : Jean-Paul Danagoro

TROISIÈME SÉANCE — L'évaluation de la mise en œuvre des programmes (implantation, déroulement, obstacles rencontrés, coordination)

Président : Danièle Limbassa Organisateur : Ahmed Bahri Rapporteur : Clément M'Bairam

**QUATRIÈME SÉANCE** — L'évaluation de l'efficacité (critères, indicateurs, données, techniques)

Président : Joseph Boute

Organisateur: Maurice Szykman Rapporteur: Bruno M'Banzoulou

## ANNEXE II

# Liste des participants

Yao Ahade

Centre d'Études de la Famille Africaine

PO Box 60054 Nairobi, Kenya

Bafouka-Mouanda

**UPP** 

Ministère du Plan

**BP 64** 

Brazzaville, Congo

Noël Bagaza **SESP UDEAC BP 969** 

Bangui, Centrafrique

Ahmed Bahri

Division de la Population

**CEA** 

PO Box 3005

Addis Abeba, Éthiopie

Louis Baïnilago

Département de Philosophie-Sociologie

Université de Bangui

**BP 1037** 

Bangui, Centrafrique

Antoine Bayonne

Service des Relations Publiques

**UDEAC BP 969** 

Bangui, Centrafrique

Mongi Bchir

Faculté de Médecine

9 bis, rue Khaled Ibn El Oualid Mutuelleville 1082 — Tunis, Tunisie Simon Bedaya-Ngaro

Organisation interafricaine pour la qualité

de la vie BP 2170

Bangui, Centrafrique

Clément Bélibanga

Faculté de Droit et des Sciences

Économiques Université **BP 346** 

Bangui, Centrafrique

Rachel Bilo

**UPP** 

Ministère du Plan

BP 696

Bangui, Centrafrique

Alphonse Blagué Université

BP 1450

Bangui, Centrafrique

Dieudonné BM'Niyat Bangamboulou

SPES **UDEAC** BP 1543

Bangui, Centrafrique

Joseph Boute Institut Catholique

BP 11628

Yaoundé, Cameroun

Georges Bray Bureau Afrique **AUPELF-UREF** BP 10017 Liberté Dakar, Sénégal

#### Annexes

Christian Coméliau IUED 7, route de Meyrin CH — 1202, Genève, Suisse

Jean-Paul Danagoro Université BP 1037 Bangui, Centrafrique

Alain Delage Faculté de Droit et des Sciences Économiques Université BP 1037 Bangui, Centrafrique

Ibrahima Diop UEPA BP 21007 Dakar/Ponty, Sénégal

Alexandre Ewango FNUAP BP 1096 Bangui, Centrafrique

Claire Fournier Département de démographie Université de Montréal CP 6128, Succ. A Montréal, Canada, H2V 4K9

Michel Garenne Harvard School of Public Health Center for Population Studies 9 Bow Street Cambridge MA 02138, États-Unis

Denis Gbaguete DGPES Ministère du développement rural BP 786 Bangui, Centrafrique

Francis Gendreau ORSTOM 213, rue la Fayette 75480 Paris Cedex 10, France

Hubert Gérard CIDEP/SPED 1, place Montesquieu, bte 4 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Antoine Kamdoum UPP Ministère du Plan Yaoundé, Cameroun N'Guessan Koffi ENSEA 08 BP 3 Abidjan 08, Côte-d'Ivoire

Jean Koudou Université BP 1450 Bangui, Centrafrique

Kodjovi Kouwonou URD Université du Bénin BP 12971 Lomé, Togo

Georges Kpizingo Ministère de l'Enseignement Fondamental Radio-Télévision scolaire Bangui, Centrafrique

Alain Leroy Université de Bangui BP 1616 Bangui, Centrafrique

Danièle Limbassa Présidence de la République BP 635 Bangui, Centrafrique

Alain Massiera IUGE Université BP 2067 Bangui, Centrafrique

Paul-Théodore Mbaguia UPP Ministère du Plan BP 696 Bangui, Centrafrique

Clément M'Bairam Ministère du développement rural BP 786 Bangui, Centrafrique

Bruno M'Banzoulou Service des Statistiques et de la Prospective UDEAC BP 1418 Bangui, Centrafrique

Andrea Menchiari CRIPASO Université Piazza San Francesco, 17 53100 Sienne, Italie

#### Annexes

Théodore Moïnga

Division des statistiques et des

études économiques Ministère du Plan Bangui, Centrafrique

Robert Ndamobissi Direction de la Statistique

Ministère du Plan

BP 696

Bangui, Centrafrique

Ndéfo UDEAC BP 969

Bangui, Centrafrique

Mathias Ngendakumana

ONAPO BP 914 Kigali, Rwanda

Séraphin Ngondo a Pitshandenge Département de démographie Université de Kinshasa

Université de Kinshasa BP 176 Kinshasa IX, Zaïre

Denis Nzita Kikhela PNUD/FNUAP

BP 872

Bangui, Centrafrique

Gilbert Okombi

DRSP UDEAC BP 1004

Bangui, Centrafrique

Valentin Ongoto-Epouma

**UPP** 

Ministère du Plan

BP 64

Brazzaville, Congo

Claude Paulet FNUAP BP 823

Alger 16000, Algérie

Luciano Petrioli Université

Piazza San Francesco, 17 53100 Sienne, Italie

Micheline Quétier

Association « Education à la maîtrise

de la fécondité »

BP 335

Bangui, Centrafrique

Willy Rasamoelina Service provincial

Banque des données de l'État

BP 494

Toliara, Madagascar

Daniel M. Sala-Diakanda

IFORD BP 1556

Yaoundé, Cameroun

Djilali Sari Université d'Alger

Les Asphodèles BP 1193 16030 El Biar (Alger), Algérie

Suzanne Sobela

Ministère de la Santé Publique

BP 411

Bangui, Centrafrique

Maurice Szykman

Division de la Population

Nations Unies

New York, NY 10017, États-Unis

Gabriel Tati IFORD BP 1556

Yaoundé, Cameroun

Jean-Paul Toto

Service des Études Démographiques

CNSEE BP 2031

Brazzaville, Congo

Jeanne Wodobode

Association Centrafricaine pour le Bien-Etre Familial

BP 738

Bangui, Centrafrique

Pierre Yalimendet

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines

Université BP 1037

Bangui, Centrafrique

Alphonse Yango

Bureau Central du Recensement

BP 696

Bangui, Centrafrique

Brigitte Zami

Direction de la Promotion Féminine

BP 397

Bangui, Centrafrique
Philippe Zémingui

Philippe Zémingui UPP, Ministère du Plan

BP 696

Bangui, Centrafrique

La collection *Universités francophones*, créée en 1988 à l'initiative de l'UREF, propose des ouvrages de référence, des manuels spécialisés et des actes de colloques scientifiques aux étudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle universitaire ainsi qu'aux chercheurs francophones et se compose de titres originaux paraissant régulièrement.

Leurs auteurs appartiennent conjointement aux pays du Sud et du Nord et rendent compte des résultats de recherches et des études récentes entreprises en français à travers le monde. Ils permettent à cette collection pluri-disciplinaire de couvrir progressivement l'ensemble des enseignements universitaires en français.

Enfin, la vente des ouvrages à un prix préférentiel destiné aux pays du Sud tient compte des exigences économiques nationales et assure une diffusion adaptée aux pays francophones.

Ainsi, la collection Universités francophones constitue une bibliothèque de référence comprenant des ouvrages universitaires répondant aux besoins des étudiants de langue française.

Les problèmes de population font partie des préoccupations de nombreux gouvernements ; depuis les années cinquante, et plus récemment en Afrique francophone, des politiques de population ont été élaborées dans de nombreux pays, des programmes ont été mis sur pied et réalisés, des financements importants ont été mobilisés. L'évaluation de ces politiques et de ces programmes soulève des questions scientifiques que les démographes se doivent d'examiner.

Les premières Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'UREF ont été organisées sur ce thème à Bangui en juin 1993. Le présent ouvrage qui en est tiré constitue une contribution à la réflexion collective et à la sensibilisation de la communauté scientifique, des responsables politiques et des bailleurs de fonds sur cette question de l'évaluation.

Les différents chapitres de cet ouvrage sont de deux types : exposés méthodologiques sans référence géographique particulière ou études de cas présentant un bon éventail de situations et de problèmes, notamment du point de vue géographique, même si le champ couvert est africain. En outre, alors que l'on réduit trop souvent les politiques et programmes de population à la seule planification familiale, d'autres aspects sont abordés ici : les politiques et programmes de santé, les migrations et l'urbanisation, l'information-éducation-communication et la planification de la population et du développement.

Les approches sont variées et les éclairages complémentaires, les auteurs étant eux-mêmes de professions très diverses : chercheurs, enseignants, démographes travaillant dans des structures ministérielles ou dans des organismes d'intervention.

Francis GENDREAU, coordonnateur du réseau Démographie, est directeur de recherche à l'ORSTOM. Denis NZITA KIKHELA, membre du Comité du réseau, est conseiller technique principal de l'Unité de Population de la République centrafricaine. Valérie GUÉRIN est l'assistante du réseau.

160,00 FF 40,00 FF – UREF / Prix préférentiel : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti

59.4638.9





