

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Impact de l'environnement socio-culturel et politique sur la fécondité au Congo

Joseph Gabriel MOKIMA

Département de macro-économie appliquée, Faculté des sciences économiques,
Brazzaville, République du Congo

Le planning familial devient une préoccupation des pays africains. Ces politiques, associées à des programmes sanitaires, de développement plus anciens, sont de nature à influencer sur l'évolution des composantes de la croissance démographique. En fait, ces pays africains, qui ont mis en oeuvre une politique de planification familiale n'ont guère enregistré de fléchissement significatif de leur croissance démographique, comme ont pu en connaître d'autres populations en Asie et en Amérique latine. Leur évolution a été relativement comparable à celle des pays qui n'ont pas adopté de tels programmes.

L'environnement socio-culturel dans lequel évolue une population apparaît comme un cadre de conditionnement et de développement de la vie sociale. L'univers socio-culturel constitue donc l'un des facteurs essentiels du développement, tout en déterminant les comportements individuels, en matière notamment de fécondité et de santé. A ce propos, il importe de s'interroger sur le rôle des pressions familiales et des tabous pour comprendre l'attitude des femmes à l'égard du planning familial.

Trois points seront examinés dans la présente communication :

- identification et définition des voies prises par les sociétés pour que les couples se conforment au modèle en vigueur (haute fécondité, fécondité réduite, calendriers...),
- nature et intensité des pressions familiales,
- rôle de l'environnement socio-culturel et politique sur la fécondité.

I - Identification et définition des voies

Dans tous les pays d'Afrique au sud du Sahara, les problèmes de santé sont : les conditions médiocres d'environnement, les maladies transmissibles, la malnutrition, l'inaccessibilité à l'eau potable, l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires et du personnel qualifié.

Aujourd'hui, dans le domaine socio-sanitaire le Congo se caractérise par une recrudescence des problèmes de santé qui touchent la mère, l'enfant et les jeunes. Citons notamment, les problèmes liés aux avortements provoqués, aux maladies sexuellement transmissibles, à l'accroissement rapide du nombre des filles-mères.

Par ailleurs, le problème de la stérilité reste une préoccupation, tant pour certains couples que pour le Gouvernement lui-même, d'autant que, d'un point de vue démographique, l'optique congolaise reste profondément nataliste. C'est donc en tenant

compte de cet ensemble complexe d'interactions, qu'est apparue la nécessité de promouvoir un programme d'activités qui soit en mesure de répondre aux différents problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant.

Pour tendre vers l'objectif « santé pour tous d'ici à l'an 2000 », diverses prestations sont offertes, dont celle de la planification familiale, considérée dans le pays comme un droit fondamental.

L'expression « Planification familiale » (PF) englobe l'espacement des naissances, la lutte contre la stérilité, les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et les avortements clandestins. La planification familiale doit être prise dans le sens beaucoup plus large d'un programme visant à permettre aux couples d'avoir des enfants quand ils le désirent et, le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, en vue de garantir et de promouvoir la santé et le bien-être de la famille. Elle est donc fondée sur la protection de la famille dans un pays où l'espérance de vie à la naissance est estimée à 50 ans et où les taux de mortalité maternelle et infantile restent encore élevés.

Le plus grand problème qui reste à résoudre est celui des grossesses non désirées, non programmées par le couple.

Les grossesses non désirées sont surtout le fait de femmes âgées de 14 à 26 ans. La curiosité, plus que le désir d'assouvir un besoin psychophysique, semble à l'origine des premières relations sexuelles des jeunes filles. Mais après la première expérience, beaucoup de facteurs peuvent déterminer la vie sexuelle de celles-ci.

Introduite au Congo en 1982, la planification familiale n'a pas encore atteint de façon effective les populations concernées.

Les activités de planification familiale sont intégrées dans les services de santé maternelle et infantile.

Depuis leur création, les centres de planification familiale ont accueilli 30 000 femmes, 40 % au moins ayant utilisé une méthode contraceptive.

Les méthodes contraceptives utilisées sont : la contraception orale ou pilule, la méthode injectable, les spermicides, le stérilet, le condom et enfin les méthodes d'auto-observation.

II - Nature et intensité des pressions

L'évolution d'un individu se fait dans un milieu organisé et structuré dont il subit l'influence. Il est déterminé par les phénomènes ou les institutions sociales qui forment son environnement, notamment, la société en général (avec ses lois, ses coutumes, ses traditions et ses modes etc.), le milieu familial, le milieu scolaire et celui de la rue. De nombreuses études ont souligné le rôle central de la femme - donc la mère - dans le fonctionnement social en Afrique. Certains chercheurs, comme Mpassi (1988), ont tenté d'y voir la cause de la fécondité élevée : « *le rôle socio-économique que l'enfant joue dans sa communauté a toujours été considéré comme l'une des principales causes de fécondité élevée des pays en développement* ».

Dans la littérature, généralement deux mondes s'opposent : le monde traditionnel et le monde moderne, chacun ayant pour ambition de modeler les couples à son image. Mais, ces derniers sont partagés entre les deux.

Au Congo, la fécondité a toujours été précoce mais contrôlée par le groupe social. Cependant les femmes ont une conception claire de ce qui constitue un espacement normal entre les naissances.

Les questions sur la dimension idéale de la famille laissent les femmes perplexes et la plupart des réponses se réfèrent à la « volonté de Dieu ». Par contre, demandez-leur comment elles veulent espacer leurs enfants ou retarder l'arrivée d'une prochaine grossesse et vous recevrez une réponse beaucoup plus précise.

Traditionnellement, cette préoccupation prend une place importante dans la vie reproductrice de la femme congolaise. Le concept d'espacement des naissances est aussi vieux que le monde. Il a engendré, depuis l'origine des temps, la pratique de l'espacement des naissances avec toutes les précautions requises contre la tentation des conjoints.

La femme congolaise en milieu rural vit dans le strict respect des règles traditionnelles de l'espacement des naissances. En effet, la non-observation des interdits et des tabous l'expose à la réprobation de la famille. Elle peut de ce fait être bannie de la société.

Parmi les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, on note : l'éloignement de la nouvelle accouchée du lit, de la chambre et souvent du foyer conjugal, l'abstinence sexuelle prolongée, le coït interrompu, le recours aux techniques magico-religieuses. A ces méthodes, il convient d'ajouter la durée de l'allaitement maternel qui varie de 2 à 5 ans.

III - Rôle de l'environnement socio-culturel et politique sur la fécondité

L'environnement socio-culturel des femmes en matière de fécondité est spécifiquement caractérisé au Congo par des pressions familiales dont l'impact peut favoriser ou limiter les effets escomptés en matière de planification familiale, de fécondité et même de formation d'unions.

Dans sa mouvance, la famille tisse des ramifications au-delà des époux et englobe ces derniers dans une sphère communautaire élargie, tant dans la prise des décisions essentielles au niveau conjugal, que des choix y afférant en matière de procréation.

Ainsi, comme l'affirme Th. Locoh (1988), « *la fécondité des femmes reste pratiquement stable depuis qu'on a les moyens statistiques de la mesurer ; la polygamie, elle aussi, résiste* ». Au Congo, cette observation se traduit par un taux de natalité de 45,9 ‰ et un taux global de fécondité de 198,3 ‰ en 1984.

Il ressort de l'enquête menée auprès des femmes salariées du secteur public à Brazzaville que les parents parlent très peu de la contraception à leurs filles. Il est fort possible que ces parents soient nés dans des générations anciennes. Or dans ces dernières, parler à ses enfants du sexe et de tout ce qui s'y rattache demeure un véritable tabou. Les valeurs culturelles ayant présidé à la « socialisation » de ces parents constituent un blocage à ce type de dialogue. « Ce trait de culture perpétue et assure la survie des normes sociales dont la densité soumet à rude épreuve l'émergence d'attitudes nouvelles et l'adhésion des structures familiales » au message et autres campagnes de sensibilisation en faveur du planning familial (Toto, 1990).

Parmi les sources d'information des femmes sur la contraception, on peut retenir :

- discussion avec les amis	14,4 %
- centre de santé maternelle et infantile	11,5 %
- cinéma, lecture	15,8 %
- radio, télévision	12,5 %
- parents	15,7 %
- organisations juvéniles	12,4 %
- séances religieuses	3,3 %

Malgré cela la descendance moyenne des femmes pratiquant la contraception est quasiment identique à celle des non-utilisatrices. Ce qui peut paraître paradoxal d'autant plus que :

- les femmes non-utilisatrices des moyens contraceptifs sont les plus jeunes et donc, encore dans leur cycle de procréation active,
- les femmes utilisatrices des moyens contraceptifs sont celles parvenues en fin de cycle de procréation ou ayant un âge plus avancé et ayant un nombre d'enfants jugé idéal.

Même si la connaissance du planning familial en général, et des contraceptifs en particulier, est répandue parmi les femmes salariées à Brazzaville, leur usage actif n'intervient que de manière limitée au cours de la période de procréation.

Dans les deux cas, la descendance finale n'en est que peu perturbée. Les femmes enquêtées ici semblent constituer l'élite féminine par rapport à celles plus nombreuses mais socialement et économiquement plus défavorisées. Cette élite devrait pourtant vulgariser ces méthodes de régulation de la natalité. Mais, elle reste encore sous l'emprise des anciennes générations.

Si les congolaises ont plusieurs enfants, c'est pour 55 % d'entre elles par ignorance des méthodes contraceptives. Ce résultat témoigne de l'existence d'une demande potentielle de contraception et même, de planning familial qu'il importe d'éveiller de manière intelligente, de cibler avec exactitude et de satisfaire. Pourtant, ces mêmes femmes estiment que d'autres raisons (socio-culturelles et économiques) justifient leurs attitudes dans le choix de leur descendance.

Il s'agit principalement :

- de la garantie d'une descendance nombreuse en prévision de la mortalité élevée des enfants en bas âge (25,8 %),
- du souci des parents de préparer et d'assurer leur relève, pendant la vieillesse, par une forte progéniture (32,6 %),
- du désir de bénéficier de l'estime des parents du conjoint grâce à une descendance nombreuse (22,5 %).

La crainte qu'inspire la mortalité élevée des enfants se répercute sur le comportement des femmes dans le choix de la taille de leur descendance. Cet avis renforce l'opinion selon laquelle une descendance nombreuse est une première forme de sécurité et de garantie contre la mortalité infantile et juvénile. Ce réflexe du désespoir, longtemps caractéristique des générations anciennes et analphabètes, semble survivre au-delà du temps, de l'instruction, des progrès évidents enregistrés par la médecine et même des

efforts consentis par les pouvoirs publics pour la protection de la santé maternelle et infantile.

La deuxième forme de sécurité qu'apporte une descendance nombreuse tient, d'une part, à la nécessité ressentie par les femmes interrogées de s'assurer d'une relève pendant la vieillesse et, d'autre part, au désir de bénéficier de l'estime de la famille du conjoint. Ici, l'enfant est perçu comme élément de sécurité et de positionnement social. Ne pas en avoir conduit à la dévalorisation et l'insécurité. La représentation socio-culturelle de l'enfant semble encore bien vivace dans les familles et parmi les femmes, même lorsque celles-ci ont atteint un niveau d'instruction élevé et jouissent, grâce à leur activité économique, d'une certaine autonomie financière.

Le poids de la famille est important parmi les raisons qui sous-tendent encore une logique de fécondité élevée. Plus du tiers des femmes interrogées mettent en cause les mécanismes de fonctionnement et de contrôle des familles congolaises qui continuent à prédominer sur le rôle des femmes et, à supplanter leur droit à définir, elles-mêmes, leur modèle de fécondité.

Il existe une série d'attitudes féminines marquées par une triple censure :

- l'opposition sociale dont la capacité insoupçonnée de résistance et de survivance défraie encore l'usure du temps ainsi que le pouvoir corrosif des nouvelles valeurs d'importation introduites par l'école et les médias,

- l'opposition de la famille étendue, véritable force de régulation qui, loin des objectifs de la famille nucléaire, continue à imposer une attitude de refus à tout comportement novateur en matière de fécondité,

- l'opposition la plus rapprochée de la femme, celle de son conjoint.

Au regard des observations qui précèdent, et en tenant compte de l'univers enquêté, la mise en oeuvre d'une politique de planification au Congo doit au préalable se préoccuper de la conciliation des objectifs visés avec les valeurs, les symboles ainsi que les normes qui régissent le fonctionnement socio-culturel de cet environnement.

Leur force est réelle même si l'ouverture et les connaissances acquises par les femmes interrogées jouent un rôle de contrepois. C'est la « libération socio-culturelle et économique » des femmes qui pourrait assurer la promotion de tous les ingrédients chargés de soutenir cette politique.

Cet enseignement pourrait éclairer deux autres bases essentielles d'une démarche éventuelle de planification de famille au Congo. De 5,5 enfants pour les femmes du cycle primaire, la taille souhaitée de la famille descend à 4,9 enfants et 4,2 enfants pour celles ayant suivi les enseignements secondaire et supérieur. La demande d'enfants chez les femmes instruites ne semble pas élevée.

Or, l'alphabétisation et l'instruction féminines à Brazzaville, et même sur l'étendue du territoire national, atteint actuellement des taux élevés. On est en droit de penser que le renforcement de l'éducation, en entraînant le recul de l'ignorance parmi les femmes, peut ouvrir des perspectives nouvelles et intéressantes au planning familial.

Mais, pour le moment, cette politique doit faire face à nombre de résistances et a besoin d'un nouvel effort de dynamisation. Persistent en effet les attitudes et les convictions que l'on se propose de transformer. Il est normal de voir, dans un tel contexte, que les femmes jeunes ou plus âgées aspirent à avoir de nombreux enfants. D'après

les résultats de l'enquête, même lorsque son premier accouchement intervient à un âge avancé, comme à 30-34 ans, la femme souhaite malgré tout au moins quatre enfants.

Enfin, il ressort que 93,3 % des femmes interrogées sont favorables au contrôle des naissances. Cette imposante majorité des réponses positives est la manifestation d'une volonté de ces femmes de devenir maîtresses de leurs maternités même si, pour le moment, leur propre environnement les enserre dans un ensemble de contraintes et de restrictions plus ou moins acceptées.

Conclusion

Au terme de cette réflexion, la recherche en matière de planification familiale s'est plutôt bornée jusqu'à présent à la représentation des programmes et à la prévalence contraceptive. L'on sait que son acceptation est liée aux facteurs socio-culturels et politiques. Mais l'utilisation de la contraception est aussi largement commandée par les préférences en matière de taille de la famille, les institutions sociales, les contraintes culturelles et politiques. Il existe des interdits et des tabous portant sur les différentes pratiques contraceptives.

Toutefois, il existe des tremplins sur lesquels peuvent se déployer des actions propres à encourager le planning familial au Congo en général et dans les villes en particulier. De plus en plus, les choix individuels se trouvent coincés entre la censure et le poids de la société d'une part, et, de l'autre, les nouvelles exigences de la vie moderne en ville. Ces données se conjuguent dans l'ambiguïté et empêchent, pour l'heure, l'apparition d'un comportement type susceptible d'être repris, en guise de modèle ou de référence, par l'ensemble des citadines.

Dans la perspective d'une politique démographique en harmonie avec les progrès économiques en cours, le planning familial peut devenir l'instrument stratégique de demain, en matière de réduction du niveau de fécondité au Congo. Dans les pays en voie de développement, les programmes pour la régulation de la fécondité devraient être plus efficaces et les prévisions de la pratique contraceptive plus précises, mais seulement, lorsque les déterminants sociaux, culturels et politiques seront connus, leurs conséquences jaugées et leurs éventuelles tendances, prévues.

BIBLIOGRAPHIE

- CALDWELL J.C., MEDONAL P., 1982. Influence of maternal education in infant and child mortality - levels and causes, health policy and education, vol 2.
- CANTRELLE P., 1989. Politique de santé. Vues d'Afrique, séminaire sur « *Echanges d'expériences internationales en matière de politique de population en Afrique au sud du Sahara* » U.I.E.S.P., Kinshasa (Zaïre) 27 février - 2 mars.
- DINI C., 1984. *Aspects socio-culturels de la mortalité infantile et juvénile en Afrique*, Notes et Documents n° 2, Avril, IFORD Yaoundé.
- ERNY P., 1968. *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Ed. Le livre africain, Paris.
- LOCOH T., 1988. *Structures familiales et changements sociaux*, in Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara, sous la direction de D. Tabutin, éd. L'harmattan - Paris.
- LOKO-MAFOUTA et autres, 1986. *La stérilité du couple : à propos de 100 cas observés au CHU de Brazzaville*, Brazzaville.
- MADZOUKA J., NZABA P., 1989. *L'avortement en milieu urbain, cas de Brazzaville*, CRDI, Brazzaville.
- MPASSI J.R., 1989. *Les programmes nationaux de planning familial en Afrique tropicale : l'influence des différentes idéologies*, Institut de Démographie (UCL), Louvain-la-neuve (Belgique).
- VALLIN J., 1984. *Les facteurs de la mortalité infantile dans les pays en développement*, in 47 réunions techniques sur les EMIJ, IFORD, Yaoundé.
- TOTO J.P., 1990. *Contraception et comportement sexuel au Congo : le cas des femmes salariées à Brazzaville*, CNSEE, Brazzaville.
- UNICEF, 1984. *La situation des enfants dans le monde*, Rapport 1983, Paris.
- Déclaration d'Amsterdam, une vie meilleure pour les générations futures, 1989. Forum international sur la population au 21^e siècle, Amsterdam (Pays-Bas), 6-9 novembre.