

Comment les Populations Rurales Ivoiriennes Perçoivent-elles la Planification Familiale?

Aka Kouamé¹, John Amouzou¹ et Pepin Paliku Pimbo¹

RÉSUMÉ

Après s'être longtemps opposée aux programmes élargis de planification familiale, la Côte a adopté en mars 1997 sa déclaration de politique de population. Elle entend maîtriser la croissance naturelle de sa population à travers un programme élaboré de planification familiale. La réussite de ce programme dépend non seulement de la portée des efforts à fournir par le gouvernement, mais également de la prédisposition de la population à l'accepter, en raison du caractère fortement pronataliste de la société ivoirienne, notamment en milieu rural. Pour évaluer les chances de succès d'un tel programme dans ce milieu, il nous a semblé important d'y étudier ce que la planification familiale représente pour les populations. Nous avons conduit, à cette fin et pour d'autres objectifs, une enquête intitulée "development rural et fécondité en Côte d'Ivoire". L'enquête comporte un volet quantitative et un volet qualitative. Cette étude présente les résultants relatifs au thème de la représentation sociale de la planification familiale. Elle repose sur des méthodes d'analyse simples comme les tableaux de fréquences et les tableaux croisés ou les graphiques issus de ceux-ci. Les résultats des analyses effectuées indiquent que les populations rurales ivoiriennes manifestant une certaine ouverture par rapport à la planification familiale et seraient disposées à recourir aux services en la matière si ceux-ci étaient disponibles. Toutefois, la mise en oeuvre d'un programme de planification familiale en milieu rural ivoirien doit se faire avec certaines précautions: ne pas mettre en avant l'objectif de limitation des naissances, convaincre au préalable les leaders des communautés rurales, adapter l'approche de mise en oeuvre selon les régions, s'assurer de l'existence d'infrastructure socio-sanitaire, etc. (*Rev Afr Santé Reprod* 2001; 5[2]:116-129)

ABSTRACT

How do Ivorian rural populations perceive family planning? The government of Côte d'Ivoire has recently adopted its population policy. One of the objectives of this policy is to reduce the high rate of population growth through family planning. The success of the family planning program will depend not only on the strength of effort to be deployed, but also on the acceptability of the idea of family planning to the population, given the pronatalist nature of the society, especially in rural areas. The aim of this study is to assess the acceptability of family planning to the rural population. The study is based on a survey conducted in rural areas of the country on various issues including the social representation of family planning. Analyses rely on simple methods such as frequency tables and cross tabulation. The results show that rural populations, somehow, have an open mind towards family planning. They are interested in using family planning services if they are provided with them. However, implementation of family planning programs in rural areas requires some precautions — birth limitation should not be included among the objectives, at least at the beginning of the program; a preliminary advocacy program at the level of rural community leaders is required; there is need to adapt program strategies to the level of infrastructural development of the villages; etc. (*Afr J Reprod Health* 2001; 5[2]:116-129)

MOTS CLES: *Populations rurales, Ivoiriennes, planification familiale?*

¹Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Université de Yaounde II, B.P. 1556, Yaounde, Cameroun.

Correspondance: Aka Kouame, Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Université de Yaounde II, B.P. 1556, Yaounde, Cameroun. E-mail: akakouame@icnet.cm

Introduction

Après plusieurs années de tergiversations, la Côte d'Ivoire a adopté une politique nationale de population en 1997.¹ La planification familiale est un des instruments devant permettre d'atteindre les objectifs de cette politique, dans le cadre du programme de santé de la reproduction. Les programmes élaborés à cette fin ont différentes composantes dont la sensibilisation des populations et de différents types de leaders. Les programmes de sensibilisation ont pour objet de vaincre les résistances culturelles et amener ainsi les différentes catégories de population à accepter la planification familiale. Pour y parvenir, il faut avoir une idée de ce que représente ces obstacles. Cela suppose de bien connaître non seulement les facteurs et motivations qui sous-tendent les attitudes et comportements en matière de fécondité, mais également comment les populations se représentent la notion même de planification familiale.

Diverses études réalisées dans le pays depuis quelques années fournissent des informations assez riches sur les tendances de la fécondité et ses déterminants. Ces études révèlent que des motivations d'ordre culturel^{2,3} et économique^{4,6} interviennent dans les décisions des couples relatives à la procréation. Cela ressort bien d'analyses récentes que nous avons faites suite à une enquête effectuée auprès des populations rurales de la Côte d'Ivoire à qui nous avons directement posé des questions sur la représentation de la procréation et les avantages et inconvénients d'avoir une grande ou une petite famille.^{7,8} Les résultats de toutes ces études peuvent être utiles à une bonne orientation des programmes de sensibilisation, notamment ceux à destination du milieu rural où les résistances culturelles risquent d'être les plus importantes. Toutefois, pour aussi utiles qu'ils puissent être, ces résultats ne nous disent rien sur ce que les populations pensent réellement de la planification familiale. En effet, la représentation que les populations ont de la planification familiale est un facteur important du succès ou de l'échec de ce type de programme.

Une des raisons pour lesquelles certains programmes de planification familiale ont mis beaucoup de temps à décoller est liée à ce facteur.⁹

L'objet de cette étude est d'étudier la représentation que les populations rurales ivoiriennes ont de la planification familiale et de déterminer ainsi l'acceptabilité des programmes associés dans ces milieux.

Méthodologie

Données

Cette étude repose sur des données provenant de l'enquête intitulée 'développement rural et fécondité' réalisée en milieu rural de Côte d'Ivoire, par l'IFORD, en collaboration avec l'Association ivoirienne de bien-être familial (AIBEF) au dernier trimestre de 1997. Les données ont été collectées auprès des ménages dans 21 communautés rurales sélectionnées de manière à ce qu'elles soient représentatives de l'ensemble du territoire national. Les 21 villages ont été sélectionnés à partir de la liste des villages de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1994. Dans chaque village, environ 16 ménages ont été sélectionnés (conformément à l'approche utilisée lors des enquêtes permanentes auprès des ménages réalisées par la Direction de la Statistique de Côte d'Ivoire et la Banque mondiale de 1985 à 1988) et leurs chefs soumis à l'interview. Le nombre de villages visités en a été déduit, et ce à partir d'une estimation de la taille de l'échantillon^a, avec une marge d'erreur de 5%. Au total, 336 ménages ont été visités, mais seulement 328 questionnaires ont pu être exploités. La composition de l'échantillon est donnée au tableau 1 ci-dessous. Il compte 270 hommes (82%) et 58 femmes (18%) et se répartit de manière équilibrée entre les groupes d'âge, soit près d'un tiers pour chacun des groupes d'âge suivant: moins de 36 ans; 36-49 ans; 50 ans et plus. L'échantillon compte 90% de mariés (avec 78% en union monogamique).

^a Au départ nous avons retenu une proportion p de 0,5 qui conduit à la taille maximale de l'échantillon pour une marge d'erreur donnée, étant donné que nous n'avions pas de chiffres précis sur la plupart des indicateurs (la proportion de chefs de ménage pratiquant la culture attelée par exemple). Cela donnait une taille de 400 personnes ou ménages à visiter. En raison du budget limité à notre disposition, nous avons dû réviser ce chiffre à la baisse, en prenant une proportion de 0,3 qui donne 336 ménages pour la même marge d'erreur (5%), l'enquête n'ayant pas une portée quantitative très prononcée.

Tableau 1 Répartition de l'Echantillon selon les Caractéristiques Démographiques

Caractéristiques de l'échantillon	%
<i>Ensemble des CM</i>	100
<i>Sexe</i>	
Hommes	82,3
Femmes	17,7
<i>Groupe d'âges</i>	
Moins de 36 ans	32,3
36-50 ans	33,8
50 ans et plus	33,9
<i>Etat matrimonial</i>	
Monogames	78,0
Polygames	11,6
Célibataires	6,1
Divorcés/séparés	1,8
Veufs	2,5
<i>Conditions de vie</i>	
Très satisfaits	13,2
Assez satisfaits	12,3
Peu satisfaits	31,7
Pas satisfaits	42,8
<i>Niveau de vie</i>	
Elevé	21,9
Moyen	29,9
Faible	27,1
Très faible	21,7
<i>Ethnie/région</i>	
Agni	14,9
Abrom/koulango	9,8
Baoulé	28,7
Krou	19,5
Djoula	17,7
Man	9,5
Effectif total (N)	328

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 1 à peu près ici

L'enquête a porté sur différents thèmes dont la perception de la planification familiale. Elle a pour objet de cerner les résistances possibles à l'introduction des programmes de planification familiale en milieu rural. Celles-ci peuvent provenir de la condition des populations (avec probablement un niveau de développement socio-économique en-

core trop faible pour induire des changements de fécondité), de leur attachement aux valeurs traditionnelles de reproduction ainsi que de la perception qu'elles ont de l'idée même de la planification familiale, compte tenu des deux facteurs précédents. Le questionnaire comporte à la fois des questions fermées et des questions ouvertes. Les réponses aux questions fermées sur la source d'information sur la planification familiale et les objectifs de la planification familiale sont suggérées aux enquêtés.

Méthode d'Analyse

Les analyses reposent sur des méthodes simples comme les tableaux de fréquence simples et croisés. Elles sont relatives à la connaissance de la planification familiale, son utilité, les besoins en la matière, les sources possibles de résistances, les conditions à remplir et les méthodes les mieux indiquées pour faire accepter un programme de planification familiale à la population.

Une Connaissance assez bonne de la Planification Familiale (PF) par les Populations Rurales

Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des enquêtés (57,2 %, soit près de six personnes sur dix) connaît ou a déjà entendu parlé de la PF (tableau 2). Ce niveau est relativement élevé si l'on tient compte du contexte spécifique (accès limité à l'information, absence de service de planification familiale, etc.) du milieu rural. On en déduit une connaissance relativement bonne de la planification familiale dans ce milieu.

Le niveau de connaissance est légèrement discriminé par le sexe, avec une proportion plus élevée chez les femmes (62,1 contre 56,2%). Cependant, la différence observée n'est pas significative. En considérant l'ethnie ou la région d'appartenance, il ressort des différences assez remarquables en matière de connaissance de la planification familiale. En effet, la connaissance de la PF semble bien plus importante dans certaines régions (Agni, Abrom/koulango, Baoulé) que dans d'autres (le Nord ou chez les Djoula). Ainsi chez les Agni, plus de 3 individus sur 4 connaissent la PF alors que chez les Djoula, c'est pratiquement l'inverse: seulement une personne sur quatre a déjà entendu parler de la PF. La connaissance de la PF est moyenne dans le groupe Krou et dans la région du

Man. Les Abron/koulangou (la région de Bondoukou) et les Baoulé ont également une connaissance relativement bonne de la PF avec respectivement 71,9 % et 68,1 % des personnes interrogées.^b

Le niveau de connaissance varie aussi d'un groupe d'âge à l'autre. Il ressort surtout une nette distinction entre les vieux et les jeunes. Le graphique 1 révèle une décroissance de la courbe de connaissance de la PF suivant le groupe d'âge. Cette décroissance traduit le fait que les anciennes

générations ont un niveau de connaissance moins élevé que les jeunes. L'adoption récente de la planification familiale par les autorités gouvernementales pourrait expliquer un tel résultat. Celui-ci peut aussi provenir de l'intérêt des différents groupes par rapport à la planification familiale ; Les générations les plus jeunes, étant encore dans leur cycle de procréation, sont plus concernées et chercheraient donc à être renseignées sur le sujet de la planification familiale

Tableau 2 Proportion d'Enquêtés Ayant déjà Entendu Parler de la Planification Familiale ou d'une Agence de Planification Familiale

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Connaissance de la PF	Connaissance d'une agence de PF	Connaissance de la PF	Connaissance d'une agence de PF	Connaissance de la PF	Connaissance d'une agence de PF
Agni	76,7	37,2	83,3	50,0	77,6	38,8
Abronkon	81,0	76,2	54,6	27,3	71,9	59,4
Baoulé	67,6	33,8	70,0	50,0	68,1	37,2
Krou	45,1	19,6	70,0	30,0	49,2	21,3
Djoula	23,5	19,6	42,9	57,1	25,9	24,1
Man	55,6	7,7	25,0	25,0	51,6	10,0
Ensemble	56,2	29,7	62,1	41,4	57,2	31,8

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 2 à peu près ici

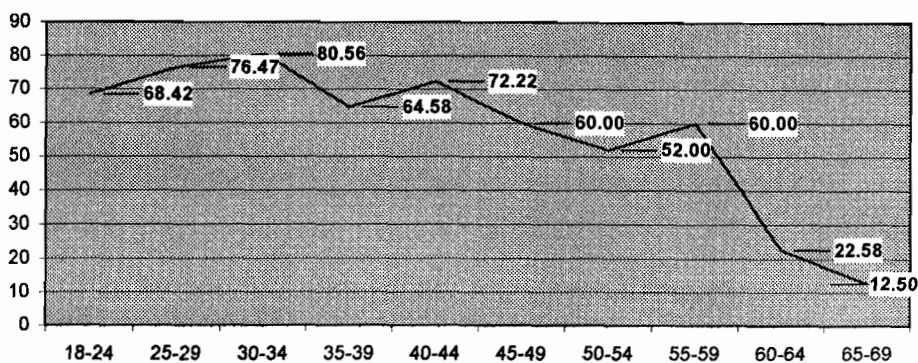


Figure 1 Connaissance de la pf Selon le Groupe d'Age

^b Il eût été intéressant de contrôler les résultats par la taille des villages, car il peut y avoir « un effet d'urbanisation » ; la connaissance de la planification familiale pouvant être plus développée dans les gros villages où le mode de vie pourrait se rapprocher de celui de la ville. Il est possible ceux-ci soient les plus touchés par les campagnes à destination du milieu rural. Malheureusement, nous n'avons pas collecté d'information sur la taille du village.

Les variations observées ci-dessus pourraient s'expliquer par celles de l'existence de services de planification et/ou de l'accès à l'information dans les zones étudiées. Dans le premier cas, on notera que si la majorité des populations rurales interrogées connaît la PF ou en a déjà entendu parlé, très peu connaissent une agence offrant des services en la matière (moins d'un tiers des répondants, soit 31,8%). Ce résultat ne surprend guère si l'on considère que c'est seulement dans trois des vingt et un villages visités qu'existe un service de planification familiale. Dans deux d'entre eux, ce service est offert dans le centre de santé. Dans le troisième où il n'existe pas de centre de santé, il a été mis en place un service de distribution de moyens contraceptifs à base communautaire par l'Association ivoirienne de bien-être familial (AIBEF). Dans les villages où ces services existent, la proportion de personnes connaissant une agence est bien plus élevée. Cela pourrait expliquer les variations régionales observées dans le Tableau 1. La proportion de personnes connaissant une agence est très faible dans la région de Man où les populations rurales semblaient, pourtant, avoir une connaissance moyenne de la PF (seulement 10% des répondants). Cette proportion est également assez faible, mais plus élevée dans les groupes Djoula et Krou (24,1% et 21,3% respectivement). Seul le groupe Abron/koulango de la région de Bondoukou semble avoir une connaissance moyenne des agences de PF.

La connaissance d'un service dépend aussi de la population cible qu'il vise. Les services de PF étant préalablement destinés aux femmes, il n'est pas étonnant de constater que ce soit ces dernières qui sont le plus au courant de l'existence des agences de PF. On note également que la connaissance d'un service de PF est plus répandue parmi les jeunes que parmi les personnes âgées. Ceci pourrait être dû à l'intérêt pour la planification familiale probablement plus grand chez les premiers que chez les derniers.

En ce qui concerne l'information, on sait qu'elle est souvent véhiculée à travers les médias, la presse écrite, les relations de pairs, les programmes de sensibilisation et d'éducation sur la PF, etc. Dans le cas présent, les médias audio-visuels, les réunions et les relations personnelles sont les sources les plus importantes d'information des populations rurales (Tableau 3). La plus forte proportion re-

marquée au niveau des médias audio-visuels pourrait provenir de la diffusion des informations relatives à la PF à la radio et la télévision à travers des sketches et des théâtres populaires ; l'exemple le plus connu étant la mini série télévisée SIDA dans la cité. De même, les réunions organisées par les agents de la PF en campagne dans les villages et celles organisées à l'occasion des séances d'animation rurale sont aussi des occasions d'informer et sensibiliser les populations rurales. Il en est ainsi d'un des villages visités, où a eu lieu une séance d'information éducation et communication (IEC) juste avant le passage des enquêteurs. Enfin, l'information reçue peut être diffusée à travers les relations personnelles.

L'importance des sources d'information varie selon le sexe. Les femmes reçoivent beaucoup plus leurs informations à travers les réunions et les relations personnelles, tandis que les hommes sont plus informés à travers les médias, y compris la presse écrite. Pour cette dernière source, il n'y a pratiquement que les hommes qui s'y réfèrent. Cela pourrait être due au faible niveau d'alphabétisation des femmes rurales et l'accès limité de la presse écrite en milieu rural.

Une Opinion Unanimement Favorable aux Objectifs de la PF sauf quand il s'agit de Limiter les Naissances

On a demandé aux enquêtés quels sont, selon eux, les objectifs de la planification familiale. Les objectifs qui leur ont été cités sont: l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, l'espacement ou la limitation des naissances et le traitement de l'infécondité et la stérilité. Chacun de ces objectifs a été effectivement reconnu comme tel par une très grande majorité des répondants. Tous les objectifs recueillent une proportion supérieure à 90%, à l'exception du traitement de l'infécondité et de la stérilité qui recueille, néanmoins, une proportion largement supérieure à 50%.

On a ensuite demandé aux enquêtés leur opinion sur ces objectifs. Tous les objectifs semblent être approuvés par les populations rurales, à l'exception de la limitation des naissances à laquelle certains groupes semblent opposés. Les populations rurales acceptent la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère, parce que ce faisant, on réduit les cas de mortalité ma-

ternelle, on améliore le bien-être de la femme (elle se repose mieux) et des enfants (la mère peut mieux s'occuper des enfants), et aussi parce que cela réduit les dépenses de santé du ménage. Les bénéfiques pour la santé des enfants se traduisent par leur meilleur développement, leur épanouissement, plus de repos pour la mère et bien d'autres avantages non spécifiés. Pour ce qui est de l'objectif de l'espacement des naissances, il confère, selon les enquêtés, les mêmes avantages que les deux objectifs précédents. Quant à la limitation des naissances, elle ne fait pas l'unanimité parmi les populations rurales. Alors que certains groupes y sont favorables parce qu'elle permet de disposer de plus de ressources par enfant, d'autres s'y opposent parce qu'il y a un risque de ne pas avoir de progéniture (en raison probablement du niveau élevé de la mortalité infanto-juvénile) et parce que la décision relative à la taille de la famille relève de Dieu et non des humains.

Ces résultats impliquent que les programmes de sensibilisation sur la planification familiale auprès des populations rurales ne devraient pas mettre l'accent sur la limitation des naissances, du moins lors de leur lancement. La mise en exergue de cet objectif risque, en effet, de provoquer des résistances parmi les ruraux. Elle doit plutôt intervenir après que la planification familiale ait été adoptée pour les objectifs plus acceptables aux populations comme l'amélioration de la santé de la mère et des enfants, l'espacement des naissances qui renvoie d'ailleurs aux deux premiers objectifs, et le traitement de l'infécondité et la stérilité. La prise en compte de l'objectif de limitation des naissances devra se faire seulement après avoir mis en oeuvre un programme de persuasion.

Une Certain Intérêt vis à vis les Méthodes de Régulation des Naissances

L'examen du tableau 4 ci-dessous révèle qu'une proportion importante des personnes interrogées s'intéressent aux méthodes de régulation des naissances (86,5%) et une part encore plus importante souhaiteraient en être informée (88%). L'importance de cet intérêt s'observe dans les différentes régions du pays. Il s'exprime quel que soit le sexe, mais les femmes sont plus nombreuses à vouloir en savoir plus que les hommes. Ces résultats indiquent que les populations rurales pourraient être disposées à adopter la planification familiale. Ceci

pourrait constituer un atout pour la réussite de ces programmes dans ce milieu. Toutefois, il ne faudrait pas oublier la minorité de personnes qui ne veulent pas en entendre parler. Celles-ci pourraient représenter un obstacle à la mise en oeuvre du programme de planification familiale dans les campagnes. Le degré de résistance dépendra du pouvoir de cette minorité. Si elle est constituée par les membres les plus influents des communautés rurales, cette minorité pourrait être nuisible au succès du programme de PF. Le croisement par le groupe d'âge révèle que cette minorité se retrouve majoritairement parmi les plus âgés, et donc probablement parmi les personnes les plus influentes des communautés rurales. Si le fait que les autres membres de la communauté sont disposés à adopter la PF peut conduire au succès des programmes en la matière, il ne faudrait pas négliger d'entreprendre un plaidoyer auprès des aînés et autres leaders des communautés rurales pour assurer ce succès.

L'intérêt des populations rurales pour les méthodes de PF et leur désir d'en savoir plus les rend disponibles pour discuter avec les prestataires de services de PF (voir tableau 4 ci-dessus). En effet, plus de 90% des répondants ont souligné leur disponibilité à écouter les informateurs sur la PF, et ceci, quel que soit le groupe ethnique ou la région d'appartenance. Cette grande disponibilité et cet intérêt sont le signe d'une plus grande ouverture des populations rurales à la planification familiale.

Très peu de Recours mais une Opinion Relativement bonne sur la Qualité des Services

Le recours aux services de planification familiale est fortement tributaire de la disponibilité ou de l'accessibilité à de tels services. Nous avons précédemment vu que très peu des villages visités disposent de ces services en leur sein. Toutefois pour certains d'entre eux, des services de planification familiale sont offerts dans des villes voisines pas très éloignées. Par ailleurs, il existe dans d'autres villages soit un dispensaire, soit un centre de santé, soit une maternité. Dans les deux premiers, les personnes désireuses de recourir à des services de PF peuvent être référées à des centres susceptibles de les offrir tandis que dans les maternités elles pourraient bénéficier de certains services de PF.

Tableau 3 (1) Proportion d'enquêtés connaissant les sources d'information sur la planification familiale et les objectifs des programmes de la planification familiale par sexe. (2) Répartition des enquêtés selon leur opinion sur les différents objectifs des programmes de planification familiale.

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	%	N	%	N	%	N
<i>Source d'information sur la PF^a</i>						
Presse écrite	19,2	(145)	4,2	(34)	15,7	(179)
Média audio-visuel	65,4	(145)	41,7	(34)	59,8	(179)
Relation personnelle	41,0	(145)	45,8	(34)	42,2	(179)
Réunion	43,6	(145)	45,8	(34)	44,1	(179)
<i>Objectifs des programmes^a</i>						
Améliorer la santé de la mère	95,0	(176)	93,9	(46)	94,8	(222)
Améliorer la santé des enfants	94,2	(174)	93,8	(45)	94,1	(219)
Espacer les naissances	93,6	(176)	96,9	(45)	94,2	(221)
Limiter les naissances	93,7	(179)	97,1	(47)	94,3	(226)
Soigner l'infécondité et la stérilité	67,4	(166)	71,4	(41)	68,1	(207)
<i>Opinions sur les objectifs des programmes de pf^b</i>						
<i>Améliorer la santé de la mère</i>						
Mère en bonne santé peut mieux s'occuper de ses enfants	45,4		57,4		47,9	
Mère se fatigue moins	3,4		3,7		3,5	
Evite les décès maternels	5,8		1,9		5,0	
Mère en bonne santé entraîne moins de dépenses	2,4		1,9		2,3	
Autres	43,0		35,2		41,4	
Total	100,0	(207)	100,0	(54)	100,0	(261)
<i>Améliorer la santé de l'enfant</i>						
L'enfant se porte bien	25,6		26,9		25,9	
L'enfant se développe mieux	15,5		11,5		14,7	
L'enfant ne fatigue pas sa mère	5,3	11,5	6,6			
Autres	53,6		50,0		52,9	
Total	100,0	(249)	100,0	(58)	100,0	(307)
<i>Espacement des naissances</i>						
L'enfant se porte bien	12,2		9,6		11,8	
L'enfant se développe mieux	13,7		19,2		14,8	
Grossesses trop rapprochées entraîne des maladies pour les enfants	4,9		3,9		4,1	
L'enfant est épanoui, heureux	4,9		5,8		5,1	
La femme a le temps de se reposer	21,0		34,6		23,4	
Autres	43,9		26,9		40,5	
Total	100,0	(205)	100,0	(52)	100,0	(257)
<i>Limitation des naissances</i>						
Bonne car on peut mieux s'occuper des enfants	36,4		46,3		38,5	
Seul Dieu décide du nombre d'enfants à faire	8,3		3,7		7,3	
Risque de ne pas avoir de progéniture	3,9		11,1		7,3	
Autres	51,5		39,0		48,7	
Total	100,0	(206)	100,0	(54)	100,0	(260)

Note: A les réponses ont été citées ; b les réponses sont spontanées.

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997.

Tableau 4 Répartition (%) par Sexe des Enquêtés selon leur Intérêt pour la PF, le Désir d'en Savoir plus sur la PF et la Disposition à écouter les Informations sur la PF

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Intérêt pour les méthodes	Désir en savoir plus	Disposé à écouter	Intérêt pour les méthodes	Désir en savoir plus	Disposé à écouter	Intérêt pour les méthodes	Désir en savoir plus	Disposé à écouter
Agni	79,1	83,7	85,7	100,0	100,0	100,0	81,6	85,7	87,5
Abronko	81,0	81,0	81,0	90,9	100,0	100,0	84,4	87,5	87,5
Baoulé	91,9	91,9	90,5	95,0	95,0	95,0	92,6	92,6	91,5
Krou	82,4	84,3	91,8	90,0	90,0	90,0	83,6	85,3	91,5
Djoula	88,2	88,2	93,9	85,7	85,7	85,7	87,9	87,9	92,9
Man	77,8	81,5	88,7	100,0	100,0	100,0	80,7	83,9	90,3
Ensemble	85,0	86,5	89,7	93,1	94,8	94,8	86,5	88,0	90,6

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997.

Cette absence de service de PF dans la plupart des villages peut limiter les possibilités d'y recourir. Néanmoins, ces possibilités existent, si l'on se fie à ce qui précède. Ainsi, 14,2% des personnes interrogées ont déjà eu à utiliser les services de PF, avec une proportion légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (17,2% contre 13,5%). Cette proportion est assez élevée chez les jeunes (22,8%) comparativement aux adultes qui n'ont recouru aux services de PF que dans une proportion de 12,4%. De manière générale ces niveaux sont faibles, mais ils reflètent bien l'environnement de la PF en milieu rural ivoirien. Cet environnement est déterminé d'abord par l'introduction récente de la PF. En effet, jusqu'à présent, les activités de PF qui ont démarré dans le pays au milieu des années 80, ont été essentiellement concentrées en milieu urbain. Il y a en outre l'absence de service évoquée ci-dessus. On notera que les proportions de recours à la PF sont bien plus élevées dans les villages où il existe des services de PF (37,5% et 43,8% à Yaou et à Waraniene respectivement) que dans les autres. De la même manière, les proportions de recours à la PF sont relativement élevées dans certains villages ayant un centre de santé, un dispensaire ou une maternité. C'est le cas notamment de Boboua et de Gonate où un tiers des répondants a déjà eu à recourir aux services de PF. Les variations régionales ou ethniques

en découlent naturellement ainsi que le révèle le tableau 5 ci-dessous. De tous les groupes considérés ici, les Agni sont ceux qui ont le plus recouru aux services de planification familiale (22,5%), suivis des Krou (19,7%), des Djoula (16,3%), de la région de Man, des Baoulé et enfin des Abron/Kouloungou.

En plus de ces facteurs, on peut mentionner aussi le contexte culturel caractérisé par un attachement aux normes et valeurs traditionnelles de reproduction par une partie relativement importante de la population (Kouamé, 2000). Il y a encore parmi les populations rurales une frange importante favorable à une taille élevée de la famille (Kouamé et Schellekens, forthcoming). Néanmoins, comme nous l'indiquons plus haut, une orientation des programmes vers les objectifs de santé maternelle et infantile et d'espacement des naissances pourrait aider à vaincre les résistances possibles provenant de cet attachement aux normes traditionnelles. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'enquête. En effet, ceux ayant déjà eu à recourir aux services de PF l'ont justifié par la nécessité d'espacer les naissances, la santé de l'enfant, et soigner l'infécondité, et non pour limiter les naissances. Ces faibles proportions appellent des actions plus vigoureuses en matière de planification familiale en milieu rural ivoirien. Celles-ci doivent tenir compte de l'organisation sociale et des nor-

mes et valeurs en vigueur dans chaque groupe en vue de dresser des programmes d'accompagnement dont le but seraient la levée d'un certain nombre de barrières culturelles et sociales.

Les différents lieux de recours aux services de planification familiale soulignés par les enquêtés sont les centres de santé et les centres de planification familiale. Seuls les hommes ont évoqué la pharmacie, mais en faible proportion. Les femmes vont plus dans les centres de planification familiale que les hommes. On retrouve 77,8% de femmes dans ce cas contre 25,0% d'hommes. Ceci n'est pas surprenant quand on sait que les centres de PF tels que conçus jusqu'à présent s'adressent essentiellement aux femmes. Par ailleurs, plus de 90% des hommes ayant recouru aux services de PF ont déclaré être satisfaits de leur qualité tant en ce qui concerne l'accueil et que les prestations de service. De même, les informations reçues sont satisfaisantes pour la grande majorité de ces personnes (81,1%).

Des Résistances Possibles aux Messages de Planification Familiale

Les milieux ruraux regorgent d'énormes obstacles à l'installation des programmes de planification familiale. Ces obstacles proviennent essentiellement du conservatisme des personnes clés et respectées telles le chef du village, les prêtres traditionnels, les patriarches, etc. dans ces milieux. Ces personnes sont garantes du respect des normes et valeurs traditionnelles régissant toute la communauté et aucune action allant à l'encontre de ces normes ne peut être menée sans leur accord. Pour venir à bout de ces résistances, on élabore généralement des programmes de plaidoyer et d'IEC pour convaincre et obtenir l'adhésion des leaders et des populations. L'élaboration de ces programmes requiert la connaissance de l'environnement dans lequel ils doivent être mis en œuvre, de même que celle des groupes à cibler. Pour avoir une idée de ces groupes, nous avons demandé aux chefs de ménage s'il pourrait exister dans leurs communautés des résistances à la planification familiale et les sources de ces résistances.

Les réponses à cette question indiquent que de telles résistances pourraient effectivement exister. De façon générale, un enquêté sur trois pensent ainsi (voir Tableau 6). Ces résistances semblent

plus importantes parmi les Krou et les Djoula dans l'Ouest et le Nord du pays. Dans ces groupes, les femmes semblent plus pessimistes que les hommes. Elles sont beaucoup moins importantes dans les autres régions, mais elles y existent aussi. Dans ces dernières, les femmes semblent plus optimistes que les hommes. La variation des différences hommes/femmes entre régions pourraient être due aux rapports de genre. Il est possible que chez les Agni, Abron et dans la région de Man, les relations de genre soient moins contraignantes que chez les Djoula et les krou. On notera toutefois que même parmi les hommes la proportion de ceux qui pensent qu'il pourrait y avoir des résistances est aussi plus élevée dans ces deux groupes. Il est donc possible que le contexte culturel de ces deux régions conduise non seulement à une plus forte résistance, mais également à une plus grande subordination des femmes.

Pour ce qui est de la source de ces obstacles, les anciens de la communauté constituent le groupe le plus cité par les enquêtés. Ce résultat n'est guère surprenant. Il révèle, en outre, que les générations les plus jeunes pourraient adopter plus facilement la planification familiale. Ces positions contradictoires des jeunes et de leurs aînés pourraient éventuellement nuire au succès de programmes de PF si des efforts de plaidoyer ne sont pas faits pour convaincre les derniers. Les autres sources possibles d'obstacles à la PF citées par les enquêtés sont les leaders religieux et les personnes n'ayant pas d'enfants. Les premiers font partie des cibles à viser par les programmes de plaidoyer. Quant aux dernières, les services de PF pourraient les aider à régler leurs problèmes d'infécondité ou de stérilité.

Comment Faire Passer les Messages de Sensibilisation?

Il a été demandé aux enquêtés comment présenter les messages afin qu'ils rencontrent moins de résistances. Ce genre d'information permet plus d'efficacité dans les interventions. Des réponses telles que passer par le chef, les réunions, les lettres, les films et autres ont été recueillies. Parmi celles-ci, les réunions semblent être les plus prisées par les populations rurales. Elles considèrent, en effet, que celles-ci constituent le meilleur moyen de faire passer les messages. Trois enquêtés sur quatre ont souligné la nécessité d'organiser des réunions dans

le cadre de l'information sur la planification familiale. Toutefois, des préalables semblent nécessaires à celles. L'obtention de l'aval des leaders de la communauté comme le chef du village, les prêtres traditionnels, les leaders religieux, etc. est une condition nécessaire à la réussite des campag-

nes. Au cours des réunions, l'utilisation de techniques modernes telles que les projections de films semble également un bon moyen de faire passer le message, comparée surtout aux affiches. Ces conditions ont été évoquées dans des proportions à peu près identiques par les différents groupes.

Tableau 5 Proportion de Chefs de Ménage ayant déjà recouru aux Services de PF selon Différentes Caractéristiques

	Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Recours aux services de PF</i>			
Ethnie ou région	23,3	16,7	22,5
Agni	0,0	9,1	3,1
Abronkou	8,1	10,0	8,5
Baoulé	17,7	30,0	19,7
Krou	11,9	42,9	16,3
Djoula	19,1	0,0	16,0
Man	13,5	17,2	14,2
Ensemble			
<i>Raisons du recours</i>			
Espacement des naissances	44,1	30,0	40,9
Faire un enfant, soigner l'infécondité	5,9	—	4,6
Améliorer la santé de l'enfant	2,9	—	2,3
Autres	47,1	70,0	52,3
<i>Lieu du recours</i>			
Centre de santé	37,5	22,2	35,0
Centre de PF	25,0	77,8	37,0
Parmacie	6,3	—	4,9
Autres	31,3	—	24,4
<i>Opinion sur la qualité des services</i>			
Accueil			
Bien	92,9	88,9	91,9
Mauvais	3,6	11,1	5,4
Autres	3,6	—	2,7
<i>Prestation</i>			
Bien	92,9	100	94,6
Mauvais	3,6	—	2,7
Autres	3,6	—	2,7
<i>Information reçue</i>			
Satisfaisant	78,6	88,9	81,1
Insuffisant	7,1	11,1	8,1
Autres	14,3	—	10,8

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 5 à peu près ici

Tableau 6 Proportion d'Enquêtés ayant évoqué la Possibilité de Résistance aux Messages de Planification Familiale

	Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Ethnie ou région</i>			
Agni	24,5	—	24,3
Abrankou	33,3	10,0	24,0
Baoulé	28,6	21,4	27,0
Krou	47,6	50,0	47,8
Djoula	52,8	60,0	53,7
Man	40,0	—	30,8
Ensemble	37,0	21,6	34,2
<i>Personnes pouvant s'opposer aux messages de PF</i>			
Personnes sans enfants	2,9	—	2,6
Vieux	47,8	87,5	52,0
Religieux	11,6	—	10,4
Autres	37,7	12,5	35,1

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 6 à peu près ici

Tableau 7 Répartition des Chefs de Ménage selon le Moyen Idéal de Diffusion de l'Information Evoqué par Sexe et Ethnie/Région

	Chef	Reunions	Lettres	Films	Autres
<i>Sexe</i>					
Hommes	7,1	75,8	5,4	10,8	17,5
Femmes	7,3	76,4	7,3	1,8	9,2
<i>Ethnie ou région</i>					
Agni	11,6	72,1	—	11,6	11,6
Abrankou	20,0	73,3	6,7	20,0	6,7
Baoulé	4,5	70,8	5,6	7,9	9,0
Krou	1,9	84,9	1,9	3,8	28,3
Djoula	9,6	73,1	17,3	9,6	25,0
Man	—	60,7	—	7,1	32,1
Ensemble	7,1	75,9	5,9	9,2	17,6

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 7 à peu près ici

Tableau 8 Pourcentage des Enquêtés Suivant les Souhaits de Prestation et les Programmes d'Accompagnement aux Programmes de Planification Familiale selon l'Ethnie ou la Région

	Agni	Abron/ Koulango	Baoulé	Krou	Djoula	Man	Ensemble
<i>Prestation souhaitée</i>							
Service de PF à part entière	52,9	87,5	50,0	46,7	61,9	52,9	54,8
Service de PF intégré au SMI	19,4	7,1	34,1	37,0	23,3	23,5	27,8
Service de PF intégré santé	41,9	21,4	26,7	37,8	33,3	47,1	34,7
Autre	—	7,1	8,9	76,2	38,1	35,3	17,8
<i>Programmes d'accompagnement</i>							
Electrification/equipement en eau	—	—	12,7	—	14,3	—	6,5
Infrastructure routière	—	—	1,3	2,2	6,1	—	1,9
Equipement socio-sanitaire	19,5	16,7	29,1	20,0	40,8	52,0	29,9
Programme de vaccination/ médicament de première nécessité	12,2	4,2	20,3	42,2	10,2	28,0	20,2
Equipement socio-culturel, éducatif et sportif	7,3	4,2	11,4	6,7	22,5	—	10,3
Programme de développement rural	43,9	54,2	29,1	8,9	12,2	4,0	24,7
Octroi de crédit	2,4	—	5,1	6,7	2,0	—	3,4
Autres	14,6	14,6	5,1	17,8	14,3	16,0	12,9

Source: Enquête développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire, 1997. Tableau 8 à peu près ici

Quelle Approche de Prestation de Service Utilisée?

Le débat sur les formes de prestation des services de planification familiale est encore en vigueur. Pour certains, une meilleure façon de faire face aux problèmes pudiques entraînant un blocage dans l'accès aux centres de planification familiale est d'intégrer les services de PF aux centres de santé. De cette façon, l'individu venant au centre de santé pour n'importe quel mal peut profiter pour recevoir des conseils et services en matière de contraception et autres buts visés par la planification familiale. Pour d'autres, il serait mieux d'intégrer ces services à ceux de santé maternelle et infantile. Le risque ici est l'isolement des hommes dans la mesure où la santé maternelle et infantile concerne en premier chef les femmes. Un troisième groupe favorise l'approche verticale. Toutes ces formes de prestation peuvent être toutes aussi efficaces les unes que les autres selon le contexte. Nous avons pris le soin de demander aux personnes interrogées l'approche qui leur conviendrait le mieux. On peut

remarquer que dans la majorité des cas celles-ci ont une préférence pour l'approche verticale. En effet, 54,8% des enquêtés souhaiterait cette forme de prestation par rapport aux services intégrés aux centres de santé ou aux services de santé maternelle et infantile. Ces deux dernières formes de prestation n'ont été souhaitées que par 34,7% et 27,8% des enquêtés respectivement. Cette préférence pour l'approche verticale a été exprimée quelle que soit l'ethnie ou la région. Il faut néanmoins souligner l'importance relative des souhaits pour les centres de planification intégrés aux centres de santé dans certaines ethnies comme chez les Agni et dans la région de Man où les proportions sont respectivement de 41,9% et 47,1%.

Quels Programmes Parallèles Mettre en Œuvre pour Assurer le Succès de Celui de la PF?

Les programmes de sensibilisation et d'éducation à eux seuls ne suffisent pas à obtenir l'assentiment de la population pour la planification familiale; il

faut les soutenir par d'autres programmes de développement de manière à régler un certain nombre de priorités chez les populations paysannes. On peut remarquer dans le tableau 8 ci-dessus que de manière générale, trois types de programme sont cités par les populations rurales. Il s'agit des programmes d'équipement socio-sanitaires, de vaccination et de mise en disponibilité des médicaments de premiers soins et des programmes de développement rural. L'ordre de priorité de ces différents programmes diffère suivant la région. Ainsi remarque-t-on que chez les Agni, les Abron/Koulango et dans une moindre mesure les Baoulé, la mise en place de programmes de développement rural requiert une plus grande importance alors que chez les Djoula et dans la région de Man ce sont les programmes socio-sanitaires qui sont plus demandés. Les Krou, par contre, préféreraient les programmes de vaccination et la disponibilité des médicaments essentiels. Ces choix pourraient dépendre du niveau d'équipement des différentes communautés. L'accent mis par les Agni, Baoulé et Abron/koulango sur le développement rural ne signifie pas qu'ils ne privilégient pas les infrastructures socio-sanitaires, au contraire. C'est probablement dû au fait qu'ils disposent déjà de telles infrastructures. En effet, la plupart des villages disposant d'un centre de santé sont situés dans ces régions. Ceci implique que dans la définition de leur priorité de développement, les villageois privilégient l'infrastructure socio-sanitaire par rapport à l'amélioration de l'équipement agricole. Celui-ci n'est envisagé que lorsque les besoins sociaux sont satisfaits. Les programmes de PF ne peuvent donc être envisagés dans les campagnes ivoiriennes qu'après la mise en place d'une infrastructure socio-sanitaire minimale. Mais ils peuvent être parallèles à des programmes de développement agricole.

Conclusion

De ce qui précède, on retiendra que les populations rurales ont une connaissance assez bonne de la planification familiale. Toutefois, elles sont très peu informées de l'existence de structure pouvant offrir des services en la matière. Cela est dû non seulement à l'absence de service de PF dans la plupart des villages, mais également à l'insuffisance de l'information sur cette question. Les efforts à faire ici

doivent donc permettre d'universaliser la connaissance de la planification familiale en milieu rural et informer la population sur les lieux où elle peut accéder aux services en la matière. Cet effort d'information est d'autant plus nécessaire que les ruraux ont une opinion favorable sur la plupart des objectifs de la planification familiale et qu'ils manifestent un grand intérêt pour les méthodes de régulation des naissances. L'intérêt qu'il manifeste traduit une certaine volonté d'utiliser les services de planification familiale. Déjà, une minorité de la population le fait, et celle-ci est non négligeable dans les villages où ces services existent. L'extension des services de planification familiale dans les villages pourrait amener plus de résidents du milieu rural à y recourir. Toutefois, cela doit se faire avec certaines précautions. Dans l'immédiat, l'objectif de la limitation des naissances doit être mis en veilleuse en ce qui concerne le milieu rural, car il ne recueille pas l'assentiment de la majorité des chefs de ménage. Par ailleurs, l'idée même de planification familiale rebute certains groupes, notamment parmi les plus âgées. Ces groupes sont susceptibles de constituer un obstacle à la mise en œuvre du programme de planification familiale en milieu rural. Il conviendra donc de faire plaider auprès des aînés et autres leaders ruraux (notamment les leaders religieux) avant d'installer des services de planification familiale dans les villages, et ce même pour des objectifs autre que la limitation des naissances. Par ailleurs, les campagnes de sensibilisation doivent prendre la forme d'un contact direct avec les populations par l'organisation de réunions qui elles-mêmes doivent être précédées d'activités de plaider auprès des leaders du village. Quant à l'approche de mise en œuvre, elle semble variable. La plupart des gens préfèrent l'approche verticale, mais l'approche intégrée a été suggérée par une proportion non négligeable de personnes. Il conviendrait donc d'adapter l'approche selon les régions. Une autre précaution à prendre est de s'assurer que d'autres programmes de développement ont été déjà réalisés dans le village ou sont en cours de réalisation. Ces programmes dépendent du niveau de développement du village. Dans les villages où l'infrastructure sociale et sanitaire est faiblement développée, des programmes visant à corriger cet état de chose peuvent être de bons compléments à ceux de planification familiale. Dans ceux disposant déjà de telles infrastructures, l'amélioration

des conditions de production agricole est considérée comme pouvant compléter utilement les activités de planification familiale pour renforcer le bien-être des populations.

Remerciements

Cet article est extrait d'une recherche intitulée « développement rural et fécondité en Côte d'Ivoire » conjointement exécutée par l'IFORD, l'université hébraïque de Jerusalem et le Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI) et financée par le Netherlands- Israel Development Research Program (NIRP, NUF-FIC/HAIGUD). Nous tenons à remercier les autorités de toutes ces institutions dont la collaboration a rendu cette étude possible. Les opinions exprimées ici n'engagent, toutefois, que les seuls auteurs.

REFERENCES

1. Bunap. Déclaration de la politique nationale de population, Abidjan, 1997.
2. Koffi N. Facteurs de fécondité dans une société en mutation: le cas de Memni-Montezo, en milieu rural forestier de Côte d'Ivoire, Paris, 1990, 345 p.
3. Vimard P, A Guillaume and A Quesnel. Singular fertility patterns in rural Africa. Socio-economic differentiations and transformations of fertility in West Africa. Dans: Loco H and Hertrich H (Eds). *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*. IUSSP, 1994, 193-220.
4. Ainsworth M. Socio-economic determinants of fertility in Côte d'Ivoire. *Living Standards Measurements Study Working Paper* 1989; (53): 54.
5. Montgomery M et A Kouamé. Fertility and child schooling: is there a trade-off? In: Human Resources and Poverty Division, Africa Technical Department. *The World Bank Technical Working Paper* 1993; (11): 62.
6. Kouamé A et Rwenge M. Structure de production et comportement procréateur en Côte d'Ivoire. *Les dossiers du CEPED* 1996; (36) : 36.
7. Kouamé A. Attitudes des populations rurales à l'égard des normes traditionnelles de reproduction: une étude auprès des chefs de ménage en milieu rural de Côte d'Ivoire. Rapport de recherché, manuscrit non publié, Yaoundé, IFORD, 2000, 28 p.
8. Kouamé A et Jona Schellekens. Développement rural et attitudes à l'égard de la taille de la famille, rapport de recherche, manuscrit non publié, Yaoundé, IFORD, (forthcoming), 17 p.
9. Prakash R. Social representation of birth control and family welfare: an Indian study. Thèse de doctorat, Université de Londres: The London School of Economics and Political Science, 1989.