

MAI 2009

UN ARTICLE DE
JAMES GRIBBLE ET
MAJ-LIS VOSS

Les familles des communautés où le programme a été mis en place se sont enrichies et ont amélioré leur état de santé par rapport aux familles vivant dans d'autres communautés semblables.

43 %

Pourcentage dont la valeur moyenne des maisons de la zone d'étude dépassait celle des maisons de la zone témoin.

Les femmes vivant dans la zone d'étude avaient en moyenne 1,5 enfant de moins que celles de la zone témoin.

PLANIFICATION FAMILIALE ET BIEN-ETRE ECONOMIQUE : LE BANGLADESH FAIT SES PREUVES

La planification familiale est l'une des interventions de santé les plus efficaces dans le monde en développement.¹ Depuis plusieurs décennies, la recherche montre que, moyennant un investissement relativement modeste, la planification familiale sauve des vies et améliore la santé des mères et des enfants. S'il semble aller de soi qu'un tel investissement pourrait également sortir les familles de la misère en aidant les femmes pauvres à avoir moins d'enfants, rares sont les études à démontrer cette relation. Jusqu'à aujourd'hui : une nouvelle étude menée au Bangladesh prouve en effet qu'un investissement à long terme dans un programme intégré de planification familiale et de santé maternelle et infantile contribue à accroître la sécurité économique des familles, des ménages et des communautés en leur permettant d'obtenir des revenus plus importants, d'accumuler davantage de richesses et d'atteindre des niveaux d'éducation plus élevés.² Ces mêmes preuves signifient donc que la planification familiale et les services de protection de la santé maternelle et infantile contribuent à la réduction de la pauvreté, premier but à atteindre sur la liste des Objectifs du millénaire pour le développement.³

Le présent article se base principalement sur les travaux de Shareen Joshi et T. Paul Schultz, qui ont utilisé l'étude sanitaire et socio-économique réalisée à Matlab en 1996, ainsi que les données des recensements de 1974, 1978 et 1982 pour considérer les effets d'un investissement à long terme dans le programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile à Matlab, au Bangladesh.⁴ Les conclusions de leurs travaux montrent que les familles vivant dans les communautés où le programme avait été mis en place se sont enrichies et ont amélioré leur état de santé par rapport aux familles vivant dans des communautés plus ou moins semblables au début du programme Matlab. Les auteurs vont d'ailleurs publier une série d'articles sur les avantages à long terme du programme Matlab. Il convient également de mentionner Vincent Fauveau et Ruth Levine comme autres sources importantes pour le présent article.⁵

Un investissement soutenu dans la planification familiale

Lors de la conception du programme, les directeurs du programme Matlab ont sélectionné des villages présen-

tant plus ou moins les mêmes caractéristiques. La moitié d'entre eux ont reçu des services intégrés de planification familiale et de santé maternelle et infantile (introduits progressivement, tels que planification familiale, vaccins antitétaniques pour les mères, soins prénatals, immunisation contre la rougeole, thérapies de réhydratation par voie orale, etc.), tandis que l'autre moitié, groupe témoin, a reçu les services sanitaires fournis normalement par le ministère de la santé du Bangladesh. Les données du recensement de 1974 pour cette région montraient que les niveaux d'éducation chez les enfants et les adultes,

Quelle différence le programme a-t-il faite ?

- Les familles de la zone d'étude jouissent d'une meilleure santé et d'un niveau de bien-être plus important que celles de la zone témoin. Ainsi, dans la zone d'étude, une femme de 37 ans et ses enfants sont en meilleure santé et s'en sortent mieux financièrement qu'une famille semblable dans la zone témoin :
- Cette femme a un enfant de moins (soit une réduction du taux de fécondité de 15 %).
- L'espacement entre son deuxième et son troisième accouchement était neuf mois plus long.
- Elle pèse 1,7 kilos (soit presque 4 livres) de plus.
- Son indice de masse corporelle est non seulement plus élevé, mais il dépasse en plus le seuil de 17,5 kg/m², censé être lié à une réduction significative du risque de mortalité dû à la sous-nutrition.
- Ses filles ont également un indice de masse corporelle plus élevé.
- La famille a plus de chances d'avoir un accès à l'eau à proximité de son foyer.
- La famille dispose de biens plus importants et d'une maison d'une valeur plus élevée.
- Les enfants ont plus de chances de recevoir le vaccin DTP et d'être immunisés contre la polio et la rougeole.

de même que les types de logement, étaient comparables entre les deux groupes.

Cependant, des changements se sont produits dans la zone d'étude au cours des quatre premières années du programme : le pourcentage de femmes mariées utilisant la planification familiale avait augmenté ; les femmes de la zone d'étude avaient moins d'enfants et le nombre de décès liés à la grossesse avait baissé. A l'époque de l'étude, en 1996, les femmes de 45 à 49 ans de la zone d'étude avaient en moyenne 1,5 enfant de moins que des femmes présentant les mêmes caractéristiques dans la zone témoin. La combinaison d'une telle réduction de la fécondité et d'améliorations de leur état de santé confirmait donc les conclusions d'autres études concernant les avantages de la planification familiale.

Mais au-delà de ces conclusions, le programme a abouti également à des résultats inattendus qui ont permis une amélioration du bien-être non seulement des ménages, mais également des communautés.

TABEAU 1

Les ménages et les femmes de la zone d'étude du programme s'en sortent mieux sur le plan financier

INDICATEUR	VALEURS MOYENNES (TAKA DE 1995)	
	ZONE D'ETUDE	ZONE TEMOIN
Biens totaux du ménage	209 219	145 945
Valeur de la maison	114 827	80 160
Revenus des femmes	1 483	891

Remarque : Les valeurs figurant dans ce tableau sont des moyennes brutes.

À propos du programme Matlab

En 1977, le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh (International Centre for Diarrhoeal Disease Research ou ICDDR,B en anglais) a lancé un programme expérimental de planification familiale et de santé maternelle et infantile dans la région religieusement traditionnelle de Matlab, qui comprenait 149 villages pour une population totale de 180 000 habitants. Au début du programme, des prestataires de santé communautaires ont rendu visite à intervalles réguliers à des femmes mariées dans chaque village pour leur proposer des méthodes de planification familiale. Ces prestataires sur le terrain étaient des femmes issues de familles influentes du village ; mariées, elles avaient un niveau d'éducation d'au moins huit ans et utilisaient des méthodes contraceptives. Au fil du temps, le programme s'est étendu pour inclure également d'autres interventions rentables d'amélioration de la santé des familles, telles que les programmes de vaccination.

L'un des aspects remarquables du programme FPMCH est qu'il a permis à des hommes et des femmes sans aucun lien de parenté de travailler de manière conjointe dans un environnement professionnel plutôt que dans un univers traditionnellement ségrégué. Plus de 25 000 femmes ont ainsi été formées pour servir de conseillères à la protection de la famille et ont reçu des avantages sociaux publics généralement réservés aux hommes.

On a en effet assisté à une augmentation des revenus, des valeurs des maisons, de l'épargne et des biens, des niveaux d'éducation et de l'accès à l'eau, ainsi que de l'état de santé des personnes (voir l'encadré page 1). Dans l'ensemble, l'étude de 1996 a montré que les villages participant au programme s'en sortaient mieux. Ses résultats semblent indiquer qu'une réduction du nombre d'enfants dans les familles signifiait des revenus et une épargne plus élevés, ce qui contribuait à une augmentation de la qualité de vie.

Des revenus plus élevés, des familles plus riches

Vingt ans après le début des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile, les familles des villages du programme étaient plus prospères (voir le tableau 1). Les conclusions de l'étude révèlent, que quelque soit leur niveau d'éducation, les femmes de la zone d'étude étaient désormais en meilleure position financière. En outre, l'augmentation de leur niveau d'éducation allait de pair avec l'accroissement de leurs revenus : elles gagnaient 450 taka de plus par année d'école, soit six mois de salaire de plus que les revenus moyens des femmes de la zone témoin.

Les ménages et les familles de la zone d'étude accumulaient également des biens plus importants. En effet, selon la définition de ces biens, ceux des ménages de cette zone dépassaient de jusqu'à 43 % ceux des ménages de la zone témoin. Les ménages de la zone d'étude, surtout s'ils comptaient une femme ayant reçu un certain niveau d'éducation, avaient plus de chance de :

- Posséder davantage de terres arables
- Investir davantage dans des étangs dédiés à l'aquaculture et dans des vergers permettant des cultures pluriannuelles
- Être propriétaires de maisons de valeur plus importante
- Posséder d'autres formes d'épargne et de biens plus rentables que les terres agraires parce que nécessitant moins de travail manuel.

La valeur moyenne d'une maison pour les femmes plus âgées et plus éduquées dans la zone d'étude était jusqu'à 19 % plus élevée que celle de leurs compatriotes dans les villages témoins. Ayant moins d'enfants à élever, les familles de la zone d'étude accumulaient plus de biens au cours de leurs vies. Cette relation entre familles plus réduites et richesses plus importantes souligne l'avantage d'investissements continus dans les programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile comme stratégie de réduction de la pauvreté.

Des enfants plus éduqués

La scolarisation contribue à la réduction de la pauvreté en développant l'alphabétisation et en préparant les jeunes à des emplois mieux payés, nécessitant des compétences plus importantes. Selon deux indicateurs de scolarisation (nombre d'enfants scolarisés au moment de l'entretien et niveau d'éducation moyen), les enfants de la zone d'étude s'en sortaient mieux. Les garçons de 9 à 14 ans de la zone d'étude avaient atteint des niveaux de scolarité moyens plus élevés que ceux de la zone témoin. Les filles de la même tranche d'âge dont les mères appartenaient à la zone d'étude et étaient allées à l'école avaient également plus de chances d'avoir été scolarisées que les filles des femmes de la zone témoin.

Les garçons et les filles plus âgés (de 15 à 30 ans) dont les mères appartenaient à la zone d'étude, étaient également plus éduqués, ce qui leur permettait d'obtenir de meilleures opportunités économiques. À nouveau, les garçons de cette tranche d'âge dans la zone d'étude avaient des niveaux moyens d'éducation plus élevés que ceux de la zone témoin. Les jeunes femmes de la zone d'étude, quant à elles, étaient également plus éduquées que celles de la zone témoin, surtout si leurs mères avaient fréquenté l'école.

Le lancement du programme a coïncidé avec la mise en place au Bangladesh de politiques publiques favorisant l'éducation des filles. Auparavant, les garçons étaient constamment plus éduqués que les filles. Cependant, les fils et les filles de la zone d'étude ont bénéficié d'opportunités d'éducation supplémentaires par rapport aux enfants de la zone témoin. Bien que l'éducation n'ait pas fait partie intégrante du programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile, une plus grande sécurité financière chez les familles de la zone d'étude a pu conduire à une augmentation des chances d'éducation pour les filles comme pour les garçons.

Un meilleur accès à l'eau

Autre avantage de la présence à long terme du programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile, en 1996, les ménages de la zone d'étude avaient investi dans des plans de développement de l'accès à l'eau de puits. Le tableau 2 montre une disponibilité plus grande de l'eau potable et de nettoyage dans les ménages de cette zone. L'eau étant plus facile et plus pratique à obtenir, les femmes et les enfants de ces ménages n'avaient plus besoin de la transporter depuis les rivières ou les sources plus éloignées. Ayant moins d'enfants à élever et un meilleur accès à l'eau, les femmes de cette zone pouvaient se consacrer à l'amélioration du bien-être de leurs familles : augmenter leurs revenus, obtenir et cuisiner des aliments de meilleure qualité, et améliorer la santé de leurs familles.

Amélioration de la santé des femmes

Outre les avantages économiques, le programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile a contribué à améliorer la santé des femmes et des enfants. La prospérité des femmes de la zone d'étude s'est traduite par une amélioration de l'état nutritionnel des femmes (voir le tableau 3). Les femmes de cette zone pesaient en moyenne un kilo de plus ; mais l'augmentation dans certaines tranches d'âge allait parfois jusqu'à 2,4 kilos (soit plus de 5 livres). L'indice de masse corporelle des femmes de cette zone était plus élevé, les femmes de 45 à 50 ans enregistrant l'augmentation la plus importante.⁶ Les augmentations pondérale et de l'indice de masse corporelle semblent indiquer que les ménages de la zone d'étude disposaient de revenus plus importants à consacrer à l'achat d'aliments pour l'ensemble de la famille. L'augmentation de l'indice de masse corporelle plaçait les femmes au-dessus d'un seuil à partir duquel le risque de décès pouvait baisser de jusqu'à 20 %, et pourrait correspondre à un facteur d'augmentation de la productivité économique de ces femmes.

La zone d'étude a également enregistré d'autres améliorations sanitaires chez les femmes, dont une augmentation des soins prénatals et de la vaccination antitétanique chez les femmes enceintes. Par ailleurs, la baisse de la fréquence des grossesses et donc des accouchements chez les femmes de la zone d'étude signifiait également une réduction du risque de décès et d'invalidité lié à la grossesse par rapport aux femmes de la zone témoin.

Des vies d'enfants épargnées

Le programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile a mis en place des interventions visant à réduire la mortalité infantile, dont les taux, dans l'ensemble, ont baissé d'au moins 20 % chez les enfants de moins de cinq ans.

Deux interventions clés ont contribué à l'augmentation des chances de survie de ces enfants : l'espacement des naissances et les programmes de vaccination. L'un des succès du programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile fut qu'il augmenta l'espacement entre la deuxième et la troisième naissance d'au moins huit mois chez les femmes de la zone d'étude, participant ainsi à la réduction des taux de décès des nourrissons et des enfants et à l'amélioration de leur état de santé général. Bien que le programme n'ait pas eu d'effet significatif sur l'espacement entre la première et la deuxième naissance, il a permis aux femmes d'adopter la planification familiale pour espacer la troisième naissance et les suivantes et d'éviter, plus tard, des grossesses imprévues.

Les programmes de vaccination ont également joué un rôle important dans la réduction de la mortalité infantile. Dans la zone d'étude, les enfants avaient beaucoup plus de chances par rapport à ceux de la zone témoin d'être immunisés contre la polio et la rougeole et de recevoir le vaccin DTP (diphtérie/tétanos/coqueluche). Les différences relevées dans le tableau 3 soulignent les progrès possibles lorsque les programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile sont intégrés aux programmes de proximité.

Le succès de Matlab

Des investissements à long terme dans des services complets de planification familiale et de santé maternelle et infantile ont de nombreux

TABLEAU 2

Les ménages de la zone d'étude du programme ont un meilleur accès à de l'eau potable et de nettoyage

INDICATEUR	POURCENTAGE	
	ZONE D'ETUDE	ZONE TEMOIN
Eau potable	63	55
Eau de nettoyage	53	43

Remarque : Les valeurs figurant dans ce tableau sont des moyennes brutes.

TABLEAU 3

Les femmes et les enfants du programme sont en meilleure santé

INDICATEUR	VALEURS MOYENNES	
	ZONE D'ETUDE	ZONE TEMOIN
Poids	41,9 kg	40,9 kg
Indice de masse corporelle	19,0	18,4
Injection d'anatoxine tétanique (%)	21	13
Vaccin contre la rougeole (%)	80	45
Vaccin DTP (%)	90	56
Vaccin antipoliomyélitique (%)	93	61

Remarque : Les valeurs figurant dans ce tableau sont des moyennes brutes.

avantages économiques et sanitaires pour les femmes et leurs familles. L'expérience de Matlab montre que lorsqu'il est facile pour elles d'obtenir diverses méthodes de planification familiale, de nombreuses femmes pauvres choisissent d'avoir moins d'enfants ; des familles moins nombreuses leur permettent de gagner des salaires plus élevés et d'accumuler davantage de richesses. Dans une zone où les taux de fécondité étaient élevés et les installations sanitaires pauvres ou inexistantes, le programme a permis de limiter le nombre de grossesses, réduisant ainsi le risque de décès et d'invalidité lié à la grossesse et contribuant à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. En bref, c'est toute une série d'objectifs de développement que ce programme a permis d'atteindre.

Réussite pleine et entière, ce programme sert de modèle à d'autres, plus ou moins identiques, menés dans le monde entier. Pour atteindre de tels résultats, il est recommandé aux responsables politiques et aux chefs de projet de tenir compte des recommandations suivantes :

- Insister auprès des preneurs de décisions à tous les niveaux hiérarchiques pour obtenir un engagement politique vis-à-vis des programmes de planification familiale et de santé reproductive ; sans leur soutien, le programme verra ses progrès économiques et sanitaires limités en terme d'ampleur et de durée.
- Investir à long terme dans les programmes de planification familiale. Dans de nombreuses régions du monde en effet, répondre aux questions d'ordre culturel permet de susciter un nouvel intérêt pour les programmes et services de santé de reproduction.
- Reconnaître les avantages et les contributions économiques et sanitaires des investissements des programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement.
- Mettre en œuvre des approches durables pour communiquer aux membres des différentes communautés leurs options en terme d'espacement des naissances et leurs avantages sanitaires, économiques et sociaux. À Matlab, en effet, le fait que les prestataires de santé communautaires étaient des femmes des villages locaux a encouragé leurs voisins à adopter la planification familiale et a constitué une composante essentielle du programme de planification familiale et de santé maternelle et infantile.
- Développer la prise de conscience chez les femmes comme chez les hommes des avantages sanitaires, économiques et sociaux de familles de taille plus réduite.

Les programmes de planification familiale jouent un rôle vital dans le cadre du développement durable et de la réduction de la pauvreté. Le programme mis en place à Matlab, au Bangladesh, prouve que lorsque les responsables politiques s'engagent à long terme vis-à-vis de la plani-

fication familiale et de la santé maternelle et infantile, les familles et les communautés peuvent non seulement augmenter leurs richesses, mais aussi améliorer leur santé.

Remerciements

James Gribble est vice-président du département Programmes internationaux au PRB. Maj-Lis Voss est directrice chez NorthSouth Group. Nous remercions tout particulièrement Shareen Joshi de l'université de Georgetown pour son assistance au cours de la rédaction de cet article stratégique. Nos remerciements vont également à T. Paul Schultz de l'université de Yale, Carmen Coles, Alex Todd, Gloria Coe et Mai Hijazi du Bureau de la population et de la santé de la reproduction de l'USAID, Tom Merrick de l'Institut de la Banque mondiale, Lori Ashford, contractuelle indépendante, et Erin Sines et Marya Khan, analystes politiques principaux chez PRB, pour leurs révisions des différentes versions de cet article et leurs commentaires et suggestions si perspicaces. La préparation de cet article a été financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international dans le cadre du projet BRIDGE (accord de collaboration GPO-A-00-03-00004-00).

Traduction : Pascale Ledeur Kraus

Révision : Pascale De Souza

Coordination : Sara Adkins-Blanch

Bibliographie

- 1 Rhonda Smith et al., *La planification familiale sauve des vies*, 4ème éd. (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2009) ; Population Action International, *Voluntary Family Planning : An Investment in Our World's Future* (Washington, DC : Population Action International, 2006) ; et Ruth Levine et al., << Contraception, >> dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2ème éd., éd. Dean T. Jamison et al. (New York : Banque Mondiale et Oxford University Press, 2006) : 1082.
- 2 Shareen Joshi et T. Paul Schultz, << Family Planning as an Investment in Development : Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh, >> document de travail (2007), Yale University Economic Growth Center, disponible en ligne : <http://ssrn.com/abstract=962938>.
- 3 Les Objectifs du millénaire pour le développement incluent huit objectifs concernant l'éradication de la pauvreté et l'amélioration de l'éducation, la démarginalisation des femmes, la santé et l'environnement d'ici 2015. Les leaders mondiaux ont accepté ces objectifs à la suite du Sommet du millénaire des Nations Unies en 2000. Pour de plus amples informations, veuillez de consulter : www.un.org/millenniumgoals.
- 4 Les chercheurs ont mesuré les effets de la vie dans les villages ayant bénéficié d'un programme de PF-SMI selon une série de mesures du bien-être féminin. Cette analyse prend en considération les effets de l'âge, de l'éducation de la femme et de son époux, les affiliations religieuses, la situation de famille et diverses caractéristiques des communautés. Les valeurs indiquées aux tableaux 1, 2 et 3 sont des moyennes non pondérées et ne reflètent pas les effets desdits facteurs. (Le taux de change en 1995/1996 était de l'ordre de 40,5 taka/dollar.)
- 5 Vincent Fauveau, éd., << Women, Children, and Health, >> ICDDR,B *Special Publication No. 35* (Dhaka : International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1994) ; et Ruth Levine, *Millions Saved : Proven Successes in Global Health* (Washington, DC : Center for Global Development, 2004).
- 6 L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure statistique du poids d'une personne en proportion de sa taille qui est utilisée pour déterminer si une personne se trouve en situation d'insuffisance pondérale ou de surpoids. L'IMS est exprimé en kg/m².



POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et de l'environnement et les aide à **SE SERVIR** de ces informations pour **PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE** des générations d'aujourd'hui et de demain.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 États-Unis

202 483 1100 **TELEPHONE**
202 328 3937 **TELECOPIEUR**
popref@prb.org **COURRIEL**