ZIMBABWE

L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ RELATIVE À LA REPRODUCTION DU ZIMBABWE

INFORMATIONS POUR L'ACTION DÉMOGRAPHIQUE

PN-AAZ-865 ISN

INTRODUCTION

L'Enquête sur la santé relative à la reproduction du Zimbabwe a été réalisée entre juillet et octobre de 1984 par le Conseil national du planning familial du Zimbabwe (le CNPFZ) avec l'aide du Bureau central de statistiques du Zimbabwe. On a interviewé 2.574 femmes, âgées de 15 à 49 ans, quant à 1) leur comportement et leurs attitudes en matière de santé relative à la reproduction et 2) leurs connaissances et leur pratique des méthodes de planning familial. Cette enquête révèle que les programmes de prestation de services, de fournitures, de motivation et d'information relatifs au planning familial, ceux du CNPFZ compris, ont augmenté sensiblement les niveaux de connaissance et d'usage des contraceptifs.

D'un autre côté, l'enquête montre que les niveaux moyens de fécondité demeurent plutôt elevés au Zimbabwe. Plusieurs catégories de facteurs influencent le nombre d'enfants qu'un couple aura. Pour être en état de poursuivre l'amélioration et l'expansion des programmes de planning familial, il est nécessaire d'identifier ces facteurs et d'approfondir notre compréhension de leur impact sur les taux de fecondité, sur la santé maternelle et infanto-juvénile, et sur l'utilisation du planning familial.

L'enquête a identifié cinq déterminantes importantes de la croissance de la population du Zimbabwe: 1) caractéristiques démographiques, 2) caractéristiques socio-économiques, 3) normes de reproduction, 4) habitudes sanitaires, et 5) connaissances, attitudes et pratiques en matière de planning familial. Ce livret donne un aperçu de ces facteurs et propose quelques recommandations sur le plan de l'action aux personnes qui oeuvrent à l'amélioration de la qualité de la vie au Zimbabwe.

Facteurs Demographiques

Profil des mariages — Presque toutes les Zimbabwéennes se marient à un moment ou à un autre de leur période de procréation; en fait, 80 pour cent d'entre elles ont moins de 20 ans quand elles se marient*. Bien que les Zimbabwéennes commencent à se marier plus tardivement, ce changement n'est pas encore assez prononcé pour réduire les taux de fécondité. Par conséquent, la plupart des femmes sont susceptibles de devenir enceintes pendant la quasi-totalité de leurs années fertiles. Ces mariages systématiquement universels et précoces résultent, en l'absence de l'usage efficace de méthodes de contraception, en des taux élevés de fécondité: à l'heure actuelle, la Zimbabwéenne a eu une moyenne de 7,5 naissances au terme de ses années procréatrices. Si les taux de fécondité actuels persistent, les femmes qui ont maintenant entre 15 et 19 ans auront eu en moyenne 6,5 naissances avant d'atteindre la cinquantaine.

Recommandations — Le mariage précoce et universel est typique de sociétés où les femmes perpétuent leurs rôles traditionnels. L'amélioration de la condition des femmes et l'ouverture de possibilités d'émancipation féminine par l'éducation et l'accès aux emplois du secteur moderne encouragent souvent les femmes à se marier plus tard et à réduire le nombre d'enfants qu'elles aimeraient avoir. Ainsi, l'éducation et l'emploi des femmes, en eux-mêmes d'importants objectifs de développement, sont aussi des facteurs de poids dans la réduction des taux de fécondité.

Facteurs Socio-Economiques

Education — Les niveaux de fécondité sont plus élevés chez les femmes analphabètes et chez celles qui n'ont pas terminé l'école primaire que chez celles qui ont reçu une éducation plus poussée. Le niveau d'éducation de la majorité des Zimbabwéennes (62,8 pour cent) est médiocre ou nul. (Voir Figure 1.) Ce facteur contribue à la fécondité élevée du Zimbabwe.

Recommandations — Au fur et à mesure que le développement socio-économique se poursuit en Zimbabwe, la proportion d'hommes et de femmes urbains, éduqués et nantis d'emplois s'accroîtra. Grâce au développement, on peut s'attendre à ce que la fécondité baisse progressivement au fur et à

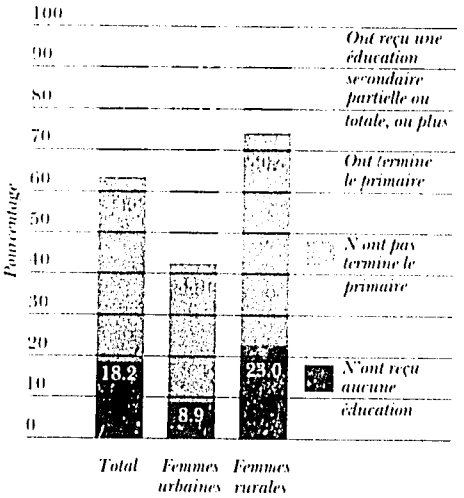
**Dans le texte qui suit, lorsque l'expression "femmes mariées" est employée, elle englobe en fait deux catégories de femmes, celles qui sont mariées et celles qui ont formé une union consensuelle. L'enquête révèle que 72 pour cent des Zimbabwéennes de 15 à 45 ans sont mariées; 11 pour cent ont formé une union consensuelle; 5 pour cent sont divorcées ou veuves; et 12 pour cent n'ont jamais été mariées.*

Emploi — Les femmes qui n'ont pas d'emploi à l'extérieur du foyer ont plus d'enfants que celles qui en ont un. D'autre part, celles qui ont un emploi professionnel ont une fécondité moins élevée que celles qui font un travail manuel. Puisque la majorité des Zimbabwéennes (65 pour cent) ne travaillent pas pour de l'argent, et que seule une maigre minorité de femmes au travail ont un emploi professionnel, technique, de cadre ou de bureau, la plupart des Zimbabwéennes s'inscrivent dans les catégories où les familles nombreuses sont la norme.

Zone de résidence — La fécondité est également plus élevée parmi les femmes qui vivent en zone rurale que parmi celles qui habitent les zones urbaines. Puisque la majorité des Zimbabwéennes vivent en zone rurale, ce facteur contribue aussi à une fécondité moyenne élevée au Zimbabwe.

Figure 1

Niveau d'Education des Femmes Actuellement Mariees — Zimbabwe, 1984



mesure que les couples désirent des familles moins nombreuses. Une diminution de la fécondité peut, à son tour, être utile au processus de développement en réduisant la proportion de personnes à charge et le nombre de personnes qui ont besoin d'éducation et de soins sanitaires. Ceci est vital, non seulement pour l'économie nationale mais aussi pour les couples qui doivent affronter les frais croissants qu'entraînent l'alimentation et l'éducation de leurs enfants. Un programme de planning familial doit faire partie intégrale du plan de développement national en vue non seulement de fournir des services aux couples dont les objectifs concernant le nombre d'enfants désirés ont changé à cause de nouvelles circonstances personnelles, mais encore en vue d'améliorer le processus de développement en touchant les familles restées en dehors du secteur moderne.

Normes de Reproduction

Objectifs de famille—Les femmes du Zimbabwe désirent avoir une famille nombreuse—six enfants en moyenne. Si cette attitude se perpétue, le taux de croissance démographique restera élevé au Zimbabwe.

La plupart des Zimbabwéennes (75 pour cent) désirent avoir d'autres enfants. Le planning familial suscite par conséquent peu d'intérêt pour ce qui est de limiter le nombre d'enfants. Cependant, l'espacement des naissances fait l'objet d'un vif intérêt chez les Zimbabwéennes qui pensent, à juste titre, qu'il est bénéfique à la santé de leurs enfants. Cet intérêt constitue l'attraction primordiale du planning familial. Le taux national de croissance démographique ne subira un ralentissement de conséquence que si les intervalles génésiques sont d'au moins trois ans, ce qui réduirait le nombre d'enfants que pourrait avoir une femme au long de ses années de procréation.

Recommandations—Les familles nombreuses sont la norme au Zimbabwe, et par conséquent les couples ressentent très vivement le besoin de s'y conformer. Les programmes de planning familial peuvent s'employer à changer cette attitude par des programmes soigneusement conçus d'information, d'enseignement et de communication qui informeront les couples sur les possibilités qui leur sont ouvertes et sur les avantages d'une nouvelle norme où les familles seraient moins nombreuses.

Facteurs de Sante Maternelle et Infanto-Juvenile

L'allaitement au sein—L'allaitement au sein est important pour la santé des bébés et des jeunes enfants. Qui plus est, l'allaitement au sein retarde la reprise de l'ovulation apres l'accouchement, diminuant ainsi le risque de grossesse chez les nouvelles mères.

Heureusement, presque toutes les mères du Zimbabwe allaitent leurs bébés relativement longtemps—pendant 19 moins en moyenne. Parmi les femmes urbaines et éduquées, la période d'allaitement est de plus courte durée—à peu près 15 mois.

Recommandations—Aucun effort ne doit être épargné pour encourager toutes les femmes à continuer leur habitude d'allaiter leurs enfants au sein, d'un bout à l'autre du pays.

Soins maternels—Des soins médicaux adéquats au cours de la grossesse, à l'accouchement, et pendant les semaines qui suivent l'accouchement sont

essentiels à la santé de la mère et de l'enfant. Presque toutes les femmes du Zimbabwe reçoivent au minimum quelques soins prénatals et la plupart (75 pour cent) accouchent sous supervision médicale. Cependant, 40 pour cent seulement reçoivent des soins post-natals. En outre, les femmes urbaines sont plus susceptibles que les rurales de recevoir des soins prénatals et post-natals et d'être sous observation médicale pendant l'accouchement.

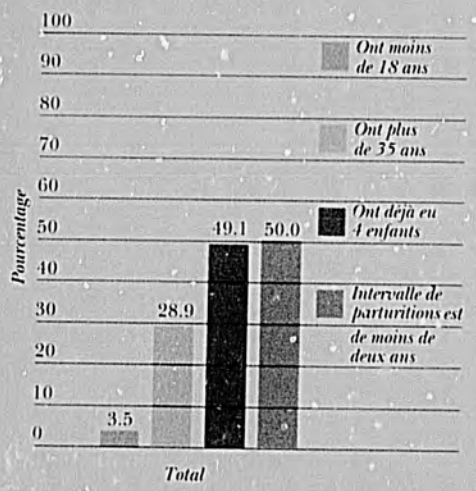
Recommandations — Il est important d'améliorer la prestation des soins maternels, surtout des soins post-natals; ces services rehausseront le niveau de santé des mères et des enfants et constitueront une occasion parfaite pour la promotion du planning familial. On doit veiller tout spécialement à ce que les services sanitaires soient plus étendus et plus approfondis, surtout dans les zones rurales.

Prévalence de grossesses à haut risque — Les risques de maladie et de mort associés à la grossesse sont les plus élevés chez les femmes de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans, chez celles qui ont déjà eu quatre enfants ou plus, et chez celles dont le dernier accouchement remonte à moins de deux ans. Malheureusement, de nombreuses Zimbabwéennes s'inscrivent dans l'une ou même plusieurs de ces catégories à haut risque, augmentant par là le risque de maladie ou de mort liée à la maternité. (Voir Figure 2).

Recommandations — Le nombre de morts et de maladies liées à la maternité peut être diminué en éliminant les grossesses à haut risque, en fournissant les soins nécessaires au cours des grossesses et des accouchements normaux, et en envoyant aux institutions médicales les cas d'accouchements compliqués. Les femmes ont besoin de savoir que le planning familial constitue un moyen très efficace de réduire leurs risques de mort et de maladie puisqu'il les aide à éviter des grossesses à haut risque. Le planning familial sauve des vies et devrait être présenté comme un élément essentiel des soins de santé maternelle et infantile.

Figure 2

Pourcentage de Femmes Actuellement Mariées dans les Catégories de Grossesses à Haut Risque — Zimbabwe, 1984.



Taux élevés de mortalité infantile—Les taux de mortalité infantile sont encore très élevés au Zimbabwe. Environ 79 bébés sur 1000 (1 sur 13) meurent avant la fin de leur première année. Les taux de mortalité sont considérablement plus élevés en zone rurale qu'en zone urbaine.

Un taux de mortalité infantile élevé est considéré l'un des facteurs déterminants d'un taux de fécondité élevé. Là où la mortalité infantile est élevée, les parents ont beaucoup d'enfants, peut-être pour assurer la survie du nombre d'enfants désirés.

Recommandations—Tout effort doit être tenté pour réduire le taux de mortalité infantile et assurer la survie des enfants. Une stratégie nationale pour la survie de l'enfant devrait inclure:

1. *l'allaitement au sein pour la bonne nutrition des bébés et pour un espacement naturel des naissances;*
2. *des vaccinations systématiques pour protéger les enfants de maladies mortelles;*
3. *les traitements de réhydratation administrés par voie buccale pour sauver les enfants qui souffrent de maladies diarrhéiques;*
4. *la surveillance continue de la croissance pour déceler les éventuels problèmes nutritionnels des enfants;*
5. *l'espacement des naissances d'un minimum de trois ans par l'utilisation efficace de contraceptifs pour donner aux bébés et aux enfants un bon démarrage dans la vie;*
6. *l'éducation en matière de vie familiale pour aider les femmes à participer aux décisions familiales et communautaires qui affectent leur vie et celle de leurs enfants.*

Facteurs Lies aux Programmes de Planning Familial

Connaissances et attitudes relatives au planning familial—L'enquête révèle que la plupart des Zimbabwéens sont au courant des méthodes de planning familial, et que les efforts du Conseil national de planning familial du Zimbabwe et de divers pourvoyeurs de planning familial ont eu un impact considérable sur les attitudes vis-à-vis du planning familial. A peu près 90 pour cent des femmes mariées peuvent citer au moins une méthode de contraception; 84 pour cent approuvent le planning familial, et 71 pour cent savent où l'on peut obtenir des contraceptifs.

L'approbation masculine du planning familial paraît elle aussi très étendue, bien que 17 pour cent des femmes actuellement mariées déclarent que leur partenaire n'approuve pas le planning familial. L'attitude des hommes détermine en grande partie si un couple adoptera la pratique du

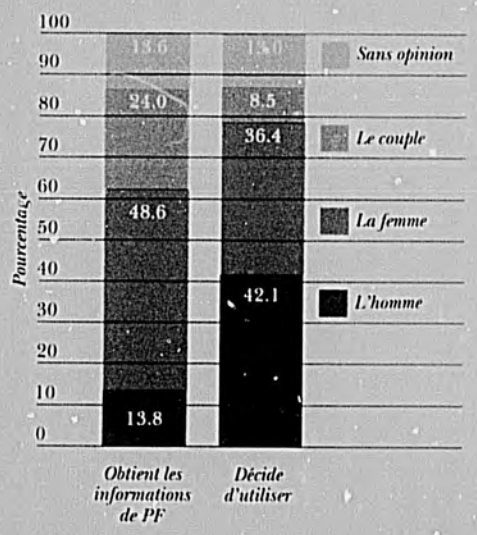
Recommandations—D'une manière générale, on repère de toutes parts au Zimbabwe une attitude favorable au planning familial et une connaissance de ses méthodes. Cependant, il reste plusieurs problèmes à résoudre: 29 pour cent des femmes ne savent pas où obtenir les contraceptifs; 16 pour cent n'approuvent pas le planning familial; 17 pour cent pensent que leur partenaire n'approuve pas le planning familial; et seulement 8,5 pour cent pensent que les décisions de planning familial devraient être prises

planning familial. Quarante-deux pour cent environ des femmes actuellement mariées pensent que la décision de pratiquer ou non le planning familial revient à l'homme et à lui seul, tandis que 36 pour cent pensent que la décision revient à la femme, et moins de 10 pour cent pensent que le couple devrait décider d'un commun accord. (Voir Figure 3.)

Plus de la moitié des femmes mariées entendent des émissions à la radio sur le planning familial; un tiers voient des brochures sur le planning familial, et 15 pour cent regardent des émissions télévisées sur le planning familial. Plus de 80 pour cent des femmes ont indiqué que de plus amples informations sur le planning familial les intéresseraient; la responsabilité d'obtenir de telles informations est considérée le domaine pratiquement exclusif de la femme.

Figure 3

Distribution Par Pourcentage de la Responsabilité D'obtenir les Informations de Planning Familial et de la Responsabilité de la décision D'utiliser une Méthode — Zimbabwe, 1984.



d'un commun accord entre l'homme et la femme. C'est au CNPFZ, et aux autres parties que cela intéresse, qu'incombe la responsabilité de créer des programmes d'information, d'éducation et de communication qui adresseront ces problèmes et notamment celui d'accroître la participation des hommes aux décisions de planning familial.

DSR

Pratiques de planning familial—L'utilisation de contraceptifs est chose courante parmi les Zimbabwéennes. Soixante-six pour cent des femmes mariées du Zimbabwe ont pratiqué au moins une méthode de planning familial, moderne ou traditionnelle, à un moment de leur vie. Ceci dit, la proportion de femmes qui pratiquent le planning familial à l'heure actuelle est beaucoup moins élevée. A peu près 38 pour cent des femmes mariées utilisent soit une méthode moderne (27 pour cent) soit une méthode traditionnelle (11 pour cent). (Voir Figure 4.)

Parmi les utilisatrices actuelles, 85 pour cent prennent des contraceptifs oraux. Ceci est la conséquence directe du choix très limité de contraceptifs que propose le programme national de planning familial. La pilule est la méthode principale offerte par les deux stratégies en vigueur du CNPFZ, celle des dispensaires et celle qui est axée sur la communauté.

Recommandations—Le taux de prévalence de contraception au Zimbabwe est relativement élevé comparé aux autres pays de l'Afrique sub-saharienne et reflète les efforts fructueux du CNPFZ et de divers autres pourvoyeurs, visant à encourager la mise en pratique du planning familial dans le pays entier. Il n'en demeure pas moins que les taux de fécondité du Zimbabwe sont toujours fort élevés. On doit donc oeuvrer à:

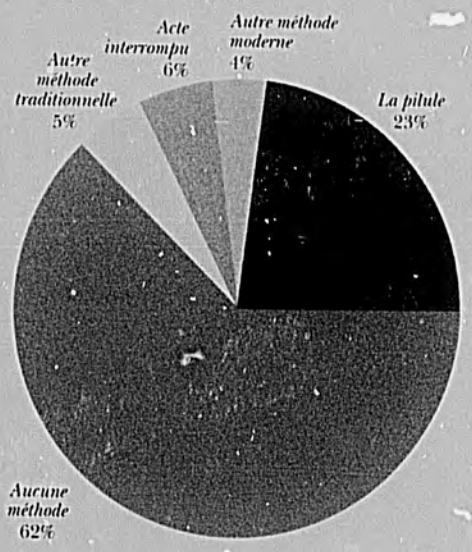
1. Accélérer les programmes de développement social et économique, surtout dans les domaines des soins de santé maternelle et infantile, de l'éducation féminine, et de l'emploi des femmes dans le secteur moderne;

L'écart profond entre les pourcentages de femmes qui ont à un moment ou à un autre pratiqué la contraception (66 pour cent) et de celles qui la pratiquent actuellement (38 pour cent) implique que beaucoup de femmes qui avaient adopté le planning familial ont cessé de le pratiquer. L'écart supplémentaire entre les connaissances et attitudes favorables des femmes envers le planning familial et leur usage actuel de contraceptifs montre que les Zimbabwéennes ne mettent pas encore en pratique courante leurs connaissances et leurs attitudes en matière de planning familial.

La raison principale que citent les femmes pour la non-utilisation ou l'interruption de l'utilisation de contraceptifs est le désir d'avoir un autre enfant. Parmi d'autres raisons invoquées pour n'avoir jamais utilisé de contraceptifs figurent l'ignorance des moyens de les obtenir et l'inquiétude concernant leur efficacité et innocuité. Une deuxième raison principale pour

Figure 4

UTILISATION ACTUELLE DU PLANNING FAMILIAL PAR MÉTHODE (FEMMES ACTUELLEMENT MARIÉES) —ZIMBABWE, 1984.



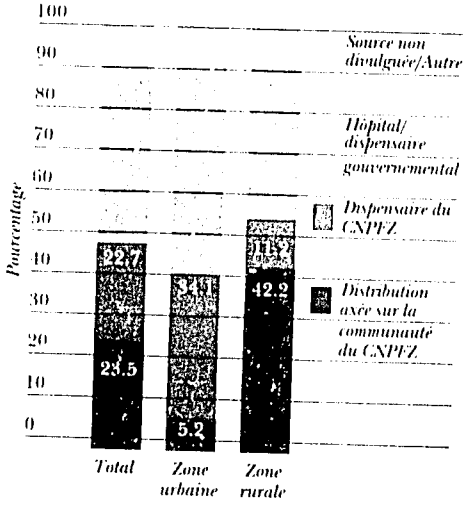
2. Intensifier les programmes d'information, d'éducation et de communication en matière de planning familial, qui inciteront la population à une réduction progressive de l'idéal de la famille nombreuse;
3. Faciliter l'accès aux services de planning familial et renseigner la population sur leurs emplacements;
4. Encourager un choix plus diversifié et mieux équilibré de méthodes de contraception.

l'interruption de l'utilisation de contraceptifs concerne les problèmes ou l'appréhension d'effets secondaires liés aux contraceptifs.

Services de planning familial — Au Zimbabwe, les services de planning familial sont dispensés par les cliniques du CNPFZ, par les animateurs de communauté du CNPFZ, par des hôpitaux et cliniques gouvernementaux et privés, et par des programmes privés. (Voir Figure 5.) Soixante-quinze pour cent de tous les utilisateurs de planning familial se procurent leurs provisions de contraceptifs soit en les recevant à domicile d'un animateur de communauté, soit en se rendant à leur point de vente préféré, situé en général à moins d'une demi-heure de chez eux. Cependant, il existe encore des femmes pour qui les services de planning familial sont inaccessibles. Il se trouve aussi que certains hôpitaux et dispensaires gouvernementaux et privés ne jouent pas un rôle actif dans la promotion des services de planning familial.

Figure 5

DISTRIBUTION PAR POURCENTAGE DES UTILISATEURS ACTUELS PAR OBTENTION DE MÉTHODE ET PAR ZONE DE RÉSIDENCE — ZIMBABWE, 1984



RECOMMANDATIONS — Pour servir tous les habitants qui désirent des services de planning familial, les hôpitaux et cliniques qui ne disposent pas encore de services de planning familial devraient être mieux à le faire. Par ailleurs, d'autres méthodes de distribution axée sur la communauté — dépôts de villages, et vente commercialisée de contraceptifs — devraient être essayées à titre expérimental. Des approches innovatrices qui conjuguent les programmes de planning familial avec d'autres programmes communautaires, par exemple des activités rémunératrices, des programmes d'alphabétisation pour adultes, et des projets pour les femmes devraient également être essayées. Un assortiment de méthodes de contraception devrait être offert, surtout dans les hôpitaux et les cliniques.

Conclusion

Le Premier plan quinquennal du développement national du Zimbabwe (1986-1990) proclame: "Les programmes de planning familial, d'éducation sanitaire, etc, qui viennent d'être instaurés visent à ralentir l'essor démographique effréné et à améliorer la qualité de la vie de la mère et de l'enfant en particulier."

Les objectifs déclarés du planning familial, notamment l'amélioration de la situation démographique, de la santé et du bien-être, représentent un grand défi lancé au Zimbabwe. Les efforts prodigués jusqu'ici, et en particulier ceux du CNPFZ, constituent un remarquable premier pas en direction de l'accomplissement de ces objectifs. La continuation de ces progrès dépendra de l'exécution des actions suivantes:

1. Mise en vigueur de mesures sociales, économiques, et sanitaires appropriées pour affecter les facteurs démographiques, normatifs et socioéconomiques analysés dans le présent ouvrage.
2. Renforcement d'un programme vigoureux et soigneusement étudié d'information, d'education et de communication concernant le planning familial pour modifier peu à peu la norme prépondérante d'une fécondité élevée et pour encourager la pratique du planning familial.
3. Rehaussement de la qualité des services de planning familial des cliniques et de la distribution axée sur la communauté.
4. Expansion et amélioration des services de planning familial par des programmes très variés—cliniques gouvernementales ou privées, services sanitaires du secteur privé, organisations non-gouvernementales, et programmes innovateurs de prestation axée sur la communauté.

Il n'y a aucun doute que le Zimbabwe est capable de relever le défi. L'enquête sur la santé relative à la reproduction du Zimbabwe a permis d'identifier les facteurs critiques de la vie culturelle et socioéconomique du Zimbabwe pour guider le CNPFZ et les divers pourvoyeurs de planning familial dans leurs efforts visant à améliorer leurs programmes déjà très dynamiques.

*Ce livret a été préparé par IMPACT, un projet du Bureau de référence sur la population, à Washington, D.C. Il se base sur le rapport du sommaire de l'enquête intitulée l'*Enquête sur la Santé Relative à la Reproduction du Zimbabwe de 1984 *(Zimbabwe National Family Planning Council and Westinghouse Public Applied Systems, June 1985) et sur des renseignements supplémentaires fournis par le Conseil de planning familial du Zimbabwe. Les fonds nécessaires proviennent de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.*