



**LES POLITIQUES DE POPULATION
EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ
DANS LES PAYS FRANCOPHONES :
L'EXEMPLE DU TOGO**

Thérèse LOCOH



**CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT
(CEPED)**
Groupement d'Intérêt Scientifique EHESS-INED-ORSTOM-PARIS VI

**LES POLITIQUES DE POPULATION
EN MATIERE DE FECONDITE DANS LES PAYS FRANCOPHONES :
L'EXEMPLE DU TOGO**

Thérèse LOCOH⁽¹⁾

LES DOSSIERS DU CEPED N° 6

PARIS, MARS 1989

-
1. Chercheur, CEPED-INED, conseillère scientifique, Unité de Recherche Démographique (Lomé, Togo)
CEPED, 15, rue de l'Ecole de Médecine, 75270 PARIS Cedex 06.
Cet article a fait l'objet d'une communication au séminaire UIESP sur "Les échanges d'expériences internationales en matière de politique de population en Afrique au sud du Sahara", Kinshasa, Zaïre (27 février-2 mars 1989).

Directeur de la publication : Francis GENDREAU

Comité de rédaction : Patrick GUBRY, responsable de la collection

Thérèse LOCOH

Jacques VERON

Ce numéro a été dactylographié et mis en forme par Livia MOLDOVAN

**Copyright CEPED 1989
ISBN 2-87762-005-0
ISSN 0993-6165**

RESUME

Les pays d'Afrique francophone ont un passé commun dans le domaine des politiques en matière de fécondité : ils ont tous connu une législation française pronataliste (la loi de 1920), ils se sont ouverts seulement récemment à la planification familiale et, à l'exception du Cameroun et du Sénégal, ils n'ont pas encore adopté de politique de population, stricto sensu. Néanmoins on y constate un accroissement rapide de la sensibilisation à ces problèmes, notamment grâce à la riche moisson de données apportée par l'Enquête Mondiale de Fécondité (EMF).

Le cas du Togo est représentatif des attitudes vis-à-vis des politiques visant à infléchir la fécondité dans ce groupe de pays. Il y a eu un accroissement rapide des connaissances démographiques, à la fois grâce aux trois recensements successifs de la période contemporaine et grâce à des enquêtes spécifiques sur la fécondité, toutes opérations qui ont bénéficié d'une assistance internationale. Deux institutions principales ont vocation à promouvoir la planification familiale : un programme national de bien-être familial soutenu par le FNUAP et une association privée, affiliée à l'IPPF.

Le gouvernement soutient ces institutions dans une optique de bien-être de la famille et de santé maternelle et infantile et non avec pour objectif de limiter les descendances. Actuellement, en raison de procédures dissuasives à l'égard des femmes non mariées et de la très faible implantation de ces services en dehors de Lomé, il y a des besoins non satisfaits de planification familiale. Des avortements illégaux et des ventes non contrôlées de "contraceptifs de marché", souvent périmés, en sont la preuve.

Les mesures visant à faciliter l'accès à la planification familiale restent limitées essentiellement aux élites urbaines. La politique du Togo en ce domaine reste prudente mais la coopération avec les agences internationales, bilatérales ou multilatérales, se développe rapidement.

Les pays d'Afrique francophone ont parfois accueilli avec quelques réticence les programmes de planification familiale. Cette attitude était due, en partie au moins, à la méconnaissance, par les intervenants extérieurs, des raisons sociales, économiques et culturelles du maintien de la fécondité à un niveau élevé en Afrique. Un grand chemin a été fait, de part et d'autre, pour une meilleure compréhension : les gouvernements africains sont maintenant plus avertis de la nécessité de prendre en compte l'évolution de la fécondité comme une variable-clé du développement et les organisations internationales sont un peu plus au fait des spécificités des sociétés africaines.

**MOTS-CLES : POLITIQUE DE POPULATION, FECONDITE, PLANIFICATION
FAMILIALE, TOGO, COOPERATION INTERNATIONALE**

SUMMARY

French-speaking countries in West-Africa have a common historical background in the field of fertility policies : they have been influenced by French attitudes and laws, they came late in the family planning field and even now, except for Senegal, they have not adopted population policy statements. Nevertheless there is a rapid improvement of knowledge, especially due to the WFS studies.

The case of Togo is a good example of the fertility policies settled in these relatively small (demographically speaking) countries. There has been an increase of demographic studies, censuses as well as surveys, partly due to international assistance. Two main institutions promote family planning : a national programme in family planning (governmental) and the togolese association for family welfare (IPPF).

The togolese government is sustaining these programmes, not for demographic goals but as part of the maternal and child health care. Only married couples have access to family planning activities. So there is an unmet need for contraception. There is illegal abortion and a lot of women buy "market contraceptives", some of them out of date, some others inefficient.

Policy fertility measures are limited to the urban elites. There is very few services in the rural areas. The policy of the togolese government is still careful but coopération with foreign agencies - multilateral as well as bilateral - is increasing.

African french-speaking countries have sometimes settled family planning programmes with some reluctance. This attitude was due to misunderstanding by foreigners of the social, economic and cultural reasons for high fertility in Africa. There is now a better understanding by foreign countries towards african attitudes and, vice versa african governments are becoming aware of the need for a population policy as part of the development process.

**KEY-WORDS : POPULATION POLICIES, FERTILITY, FAMILY PLANNING,
TOGO, INTERNATIONAL COOPERATION**

En matière de politiques visant à influencer les niveaux de fécondité toute expérience nationale ne peut qu'être singulière. Ainsi en va-t-il de l'expérience togolaise que nous présenterons ici. Elle a cependant des traits communs avec celle d'autres pays de la sous-région ouest-africaine et plus spécialement avec les petits (démographiquement parlant) pays francophones. Avec des diversités extrêmes -pays islamisés ou christianisés, zones sahéliennes ou sub-tropicales- ils ont en commun une histoire coloniale, un héritage législatif et une certaine culture de la santé de la reproduction.

Tous se caractérisent par :

1. la stabilité de la fécondité, à un niveau élevé (6 à 7,5 enfants par femme, selon les pays),
2. une implantation récente et, le plus souvent, timide de services de planification familiale,
3. l'absence d'une politique de population clairement définie, sauf au Cameroun depuis 1985 (GUBRY, 1988) et au Sénégal, où une telle politique vient d'être adoptée en avril 1988.

C'est pourquoi, avant de traiter de l'expérience du Togo nous voudrions rappeler quelle fut l'influence, directe ou indirecte, de la France sur les politiques démographiques visant à infléchir la fécondité.

I. L'EXPERIENCE DES PAYS AFRICAINS FRANCOPHONES

I. 1. L'héritage du passé colonial

On ne saurait négliger l'importance de l'héritage du passé dans les définitions des politiques d'un pays, même lorsque cette histoire est marquée par des ruptures aussi nettes que l'accès à l'indépendance. Dans le cas des pays francophones d'Afrique de l'Ouest la "tiédeur", quand ce n'est pas l'hostilité des gouvernements à l'égard des politiques visant à modérer la fécondité, est le résultat d'un double patrimoine : celui de l'idéologie traditionnelle de la forte fécondité, présente dans toutes les cultures africaines, et celui de la politique démographique populationniste de la France -tant dans l'hexagone que dans les territoires conquis en Afrique pendant la période coloniale.

Curieusement, les premières politiques en matière de fécondité qu'ont connues les pays d'Afrique francophone, sont les diverses mesures de la trop fameuse loi du 31 juillet 1920. Votée pour enrayer la "dénatalité" en France, elle mettait en place la répression pénale de l'avortement mais aussi de toute publicité sur les méthodes contraceptives et antinatales. Il fallut 50 ans et un divorce criant entre les dispositions de la loi et la pratique sociale pour qu'il soit adoptée en 1975, grâce à une lutte acharnée des mouvements féministes et malgré une opposition farouche de certains milieux, la loi Veil. Celle-ci accorde enfin (le 17 janvier 1975) le droit et le fait en matière d'avortement et de contraception et donne un cadre législatif conforme à la pratique des Français en la matière.

A l'indépendance, les pays d'Afrique francophone conservèrent la loi de 1920. Dans certains d'entre eux on est donc dans la situation paradoxale où, avec une croissance démographique très rapide, 2,5 à 3 %, est encore en vigueur une loi conçue dans un tout autre contexte politique et démographique pour lutter contre... la décroissance de la population ! Trois pays (le Cameroun, le Sénégal et la Côte d'Ivoire) l'ont tout récemment abrogée. D'autres les avaient précédés (Mali). Au Togo, on en est encore à suggérer cette abrogation dans les recommandations de colloques sur la planification démographique....

Cette loi n'est pas appliquée pour tout ce qui concerne la répression de la propagande sur les méthodes contraceptives, elle l'est encore pour certains cas d'avortement suivis d'accidents. Tout cela peut paraître un peu anecdotique -au fond, le droit moderne ne gère qu'une toute petite partie de la vie des africains- mais, à y regarder de plus près, l'esprit de cette loi a contribué à la méfiance générale des gouvernements africains à l'égard des programmes de planification familiale. L'hostilité à l'égard de toute limitation des naissances, profondément ancrée dans la culture africaine, était confortée par la pratique juridique du colonisateur.

Plus encore qu'un arsenal législatif, la France a exporté vers les pays d'Afrique des cadres formés dans le contexte français, notamment les personnels de Santé : médecins, sage-femmes, dont on sait qu'en France, à de rares exceptions près, ils ont eu longtemps un comportement hostile à la diffusion de la contraception. La première génération des cadres nationaux de la Santé Publique formés en France, a été influencée par ce contexte et il n'est pas rare d'entendre encore en 1988 dans des conférences de médecins que "le stérilet rend stérile", que les pilules sont un danger grave pour les femmes etc., tous arguments sans nuances d'une fraction du corps médical qui ont été abondamment diffusés et relayés par les médias en France jusqu'en 1975.

Le natalisme qui a prévalu en France, à l'intérieur de l'hexagone, dans la première moitié du XX^e siècle, avait son équivalent dans les "colonies" africaines : un populationnisme souvent exprimé par les commandants de cercle et gouverneurs (COULIBALY, 1987) parce qu'il fallait trouver une main-d'œuvre nombreuse pour les travaux d'infrastructure (routes, chemins de fer) et la mise en valeur des territoires "conquis" (cultures de rente, extraction minière, exploitation forestière, etc.).

Ce contexte de la France métropolitaine et des préoccupations des colons n'est pas si éloigné qu'il n'ait encore des répercussions dans l'attitude des hommes politiques de la génération des indépendances. Même si la loi de 1920 tombe peu à peu en désuétude, il faut reconnaître que la propagande en faveur de la contraception et les programmes de planification familiale ont eu longtemps un petit air de clandestinité et ont été implantés beaucoup plus tardivement et plus timidement que dans les pays anglophones. Ce sont d'ailleurs les organisations anglo-saxonnes (notamment l'IPPF)⁽²⁾ qui ont introduit les programmes de planification familiale en Afrique francophone.

I. 2. Les premiers efforts de coopération internationale : Améliorer les connaissances statistiques

Pour les pays d'Afrique francophone l'ère statistique ne commence vraiment qu'au moment des indépendances. C'est d'ailleurs les services statistiques français qui superviseront les premières enquêtes démographiques et recensements menés entre 1954 et 1965 dans quatorze pays africains et malgaches (INED et al. 1967). Pour la première fois on disposait d'évaluations nationales des niveaux de fécondité. Les pays africains ne furent pas les seuls bénéficiaires de ces opérations, car elles furent également une des premières applications de grande envergure des enquêtes par sondage, et les données ainsi collectées sont à l'origine de nombreux travaux méthodologiques sur la mesure de la fécondité avec des données

imparfaites. En Afrique même, les perspectives de population publiées à la suite de ces investigations n'ont pas eu un grand retentissement.

Le FNUAP⁽³⁾, né en 1969 allait très vite s'illustrer en Afrique en lançant et en finançant le programme africain de recensement. 14 pays d'Afrique francophone (sur 22 pays au total) en furent les bénéficiaires. Les données sur la fécondité y restaient très succinctes et ne permettaient pas de faire contrepoint aux quelques médiocres enquêtes CAP⁽⁴⁾ dont les résultats, laissant apparaître une certaine aspiration à la planification familiale, étaient peu fiables (PICHE, 1976). De plus, les recensements des années 70, faute de personnel statistique en nombre suffisant, faute de services informatiques équipés, furent exploités avec un très grand retard et analysés par des démographes dans quelques pays seulement. Au Togo, la première publication concernant les niveaux de fécondité au recensement de 1970 date de 1979 (ADOGNON, 1979).

Ces données, vieillies avant d'être connues, n'incitaient pas à des décisions rapides lorsqu'elles étaient enfin publiées ! C'est l'organisation de l'Enquête Mondiale Fécondité (EMF) qui a marqué l'entrée décisive des pays africains dans l'ère des connaissances précises sur la fécondité. Alors qu'ils étaient loin derrière les pays anglophones dans l'implantation des services de planification familiale, les pays francophones furent relativement bien représentés dans ce vaste programme d'enquête⁽⁵⁾. Le Sénégal (1977) puis le Cameroun furent les premiers à s'y associer et seront suivis de la Côte d'Ivoire (1980), de la Mauritanie et du Bénin (1981-1982). Pour l'Afrique sub-saharienne 5 pays anglophones participèrent également à l'EMF.

Si on a abondamment analysé, étudié, comparé les statistiques de la fécondité ainsi obtenues on n'a peut-être pas encore suffisamment souligné l'ampleur des connaissances acquises sur la fécondité africaine. Bien que quelques pays seulement aient participé au programme, les mécanismes mis en lumière sont probablement les mêmes dans les autres sociétés. Il y a eu un accroissement soudain du niveau des connaissances. Ce que l'on décrivait à partir de statistiques précaires, peu fiables, d'intuitions, d'observations éparses, se trouvait en peu de temps confirmé. La spécificité de la fécondité africaine était aussi mise en évidence :

- * niveaux élevés mais maîtrise dans l'espacement des naissances par le biais de l'allaitement et aussi de l'abstinence,
- * désir des femmes d'avoir une nombreuse descendance, sauf dans des milieux très limités et très faible pratique de la contraception moderne.

La fécondité africaine n'était plus seulement le résultat de survivances culturelles du passé, d'un manque de savoir-faire contraceptif, un "obstacle" au développement, elle était observée scientifiquement, dans un effort d'évaluation quantitative d'abord mais aussi d'explication. Quel progrès par rapport aux enquêtes CAP ! Pour les africains, hommes politiques, médecins et démographes, ce n'était pas une mince affaire. Peu à peu on allait pouvoir troquer le dialogue conflictuel où les comportements africains, au banc des accusés, devaient être "défendus", pour un dialogue scientifique où ces comportements, mieux compris, pouvaient être soumis à un débat objectif. En mettant en lumière le rôle des comportements volontaires (abstinence, par exemple) dans l'exercice de la fécondité en Afrique, ces enquêtes ont revalorisé les attitudes des africains à leurs propres yeux, si ce n'est à ceux des experts étrangers ! Ce renouvellement du dialogue a joué un rôle important dans les échanges d'expériences sur les politiques de fécondité.

3. Fonds des Nations-Unies pour les Activités en matière de Population.

4. Connaissances, Attitudes, Pratique de la contraception.

5. Les premiers diplômés de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), destiné à former les démographes francophones, sont arrivés à cette époque dans les directions de la statistique. Cette nouvelle génération de spécialistes formés en Afrique même, a joué un rôle important dans les enquêtes mondiales de fécondité.

I. 3. Des actions concrètes mais discrètes : Du "Planning familial" au "Bien-être familial"

Dans la première décennie de l'indépendance, les mouvements français (le MFPF⁽⁶⁾, par exemple) étaient beaucoup trop mobilisés par les problèmes qu'ils rencontraient en France-même dans la mise en place des services -réputés clandestins- pour être vraiment prêts à jouer un rôle à l'extérieur et singulièrement dans les ex-colonies françaises. Des formations à la santé de la reproduction ont également été proposées en France (à l'école de Santé Publique de Rennes notamment) mais seulement au milieu des années 70.

C'est en 1971 que furent créées les deux premières associations de planification familiale en Afrique francophone de l'Ouest (Mali et Bénin). Sous l'effet de plusieurs facteurs : pressions internationales, interventions de l'IPPF (colloques, missions), retour dans les pays de jeunes démographes sensibilisés aux problèmes liés à la croissance démographique, plusieurs pays francophones vont peu à peu créer des associations de planification familiale, sans pour autant les insérer dans une politique de population. La plupart s'intitulent "associations de bien-être familial" pour éviter les rejets que pourrait provoquer le terme de "planification familiale". Certaines sont toutes récentes (1984 pour la Guinée, par exemple).

Leurs objectifs avérés mentionnent des préoccupations de santé de la mère et de l'enfant et d'équilibre familial, et non pas des objectifs démographiques. Ces timidités, ces appellations prudentes reflètent l'hostilité de certains gouvernements et les barrages politiques, institutionnels et psychologiques qu'ont dû surmonter les associations, filiales de l'IPPF pour entrer, souvent par la petite porte, dans les divers pays.

Certains - tels la Côte d'Ivoire - sont restés jusqu'à ce jour irréductibles. D'autres ont fait tout récemment des volte-faces spectaculaires, tels le Niger qui a laissé de côté le discours hostile à la planification des naissances, a admis la création de 10 centres de planification familiale et projette une extension de ce programme.

Dans les pays anglophones d'Afrique de l'Ouest - et surtout au Ghana - les choses sont allées beaucoup plus vite. En 1969, un document définissant la politique de population y était adopté. Ce document mentionnait explicitement la nécessité de ralentir la croissance démographique et de diffuser les méthodes de planification de la famille. Ce qui est intéressant c'est de noter ici qu'au début des années 1970 il y a eu une certaine transmission "informelle" d'expérience entre pays africains limitrophes. Le Togo, par exemple, où aucun service de planification familiale n'existe, a vu se développer à sa frontière, c'est à dire dans les faubourgs même de Lomé, des campagnes d'affichage en faveur de la planification familiale et la vente de contraceptifs divers. Certains habitants de Lomé allaient s'approvisionner sur les marchés ghanéens.

II. L'EXPERIENCE DU TOGO

II. 1. Le contexte économique et social

La population togolaise, estimée à 3.750.000 habitants en 1988, s'accroît au rythme annuel moyen de 2,9 %. Elle a ainsi doublé entre 1960 et 1982 environ. A un taux de natalité de l'ordre de 45 p. mille fait pendant un taux de mortalité de l'ordre de 15 p. mille - le taux d'accroissement semble augmenter légèrement (2,6 % dans la décennie 1960-1970). La mortalité infantile est estimée à 90 p. mille. Tous ces chiffres, fondés sur les recensements, comportent donc une marge d'erreur.

La fécondité est relativement stable autour de 6,5 enfants par femme. Deux enquêtes fécondité, l'une au Sud (LOCOH, 1984), l'autre au Nord (REY, 1989) font état d'une possible augmentation de la fécondité en relation avec la diminution des pratiques traditionnelles. La mortalité est en baisse et des progrès sont sensibles dans la survie des enfants.

25 % environ des Togolais résident dans des villes (dont certaines ne sont encore que de gros villages). 13 % habitent l'agglomération de Lomé qui croît au rythme de 5 % l'an. La population est assez mal répartie sur le territoire. Certaines zones (Sud-Est, pays Kabye au Nord) sont très densément peuplées (200 habitants au Km²), d'autres par contre, sont encore presque vides d'habitants. La réforme agro-foncière (1975) qui projetait une affectation des terres en friches à des agriculteurs demandeurs de terres n'a jamais pu être mise en place.

Le Togo vit essentiellement d'agriculture (qui occupe 70 % de la population active). Une seule richesse minière, le phosphate, lui procure des recettes d'exportation auxquelles contribuent aussi les exportations de cacao, café et autres cultures de rente. Après une brève période d'euphorie (1974-1977) provoquée par la nationalisation des phosphates qui a conduit à un surendettement, l'économie du pays a été durement touchée par les mesures d'ajustement structurel, préconisées ici comme dans les pays voisins, par le Fonds Monétaire International. Chômage, arrêt du recrutement des fonctionnaires, fermeture d'entreprises ont marqué la période récente. Les Services de Santé ont été atteints et le niveau de vie des classes moyennes et pauvres notamment en ville, s'est détérioré. Le quatrième plan quinquennal 1980-1985- a dû être interrompu pour adopter des mesures d'ordre conjoncturel.

Le Togo connaît depuis 22 ans un régime présidentiel à parti unique d'où procèdent toutes les décisions. A côté du gouvernement siège une Assemblée Nationale où sont commentées et analysées les décisions législatives. En 1987 le discours d'ouverture du président de cette assemblée, le Docteur VOVOR, a été consacré aux questions de Population au Togo.

Comme dans les autres pays de la sous-région, les experts internationaux venus au chevet de l'économie en difficulté n'ont pas manqué d'insister sur la nécessité de maîtriser l'accroissement démographique - et spécifiquement le niveau de la fécondité. Les problèmes de population sont donc, de plus en plus souvent évoqués dans les discours et les rencontres internationales. Toutefois il n'y a pas encore de politique de population, au sens strict du terme, au Togo.

II. 2. La transmission des expériences en matière de politiques de fécondité

En l'absence d'une politique de population, on n'a pas de cadre législatif et réglementaire qui définirait des objectifs démographiques en termes de fécondité. La coopération internationale dans le domaine des politiques sur la fécondité est pourtant assez importante. Elle est très diversifiée et touche à quatre secteurs principaux :

- * l'amélioration des connaissances (collecte et analyse des données),
- * l'implantation de la planification familiale,
- * la formulation des politiques,
- * enfin les actions indirectes (statuts des femmes, éducation sexuelle etc.).

II. 2.1. *L'amélioration des connaissances démographiques*

C'est le domaine où la transmission d'expériences venues d'ailleurs a été la plus importante en termes financiers, la plus diversifiée, la plus efficace et la mieux accueillie. Bien qu'il ne s'agisse pas d'actions directement "politiques", l'accumulation de connaissances est un préalable indispensable à la définition des politiques. Nous avons déjà mentionné le rôle critique joué par les enquêtes mondiales de fécondité dans d'autres pays d'Afrique (voir I. 2).

Au Togo, l'amélioration des connaissances sur la fécondité a pris deux formes principales :

- * la conduite de trois recensements successifs et leur analyse (succincte en 1961 et 1971, inachevée mais plus complète pour le recensement de 1981) par les services de la Statistique d'une part,
- * la réalisation de plusieurs enquêtes-fécondité à des niveaux régionaux ou sous-régionaux soit à l'Université du Bénin (Unité de Recherche Démographique) soit à l'ORSTOM⁽⁷⁾.

C'est le FNUAP qui a été le partenaire de loin le plus important, dans le financement de la collecte et de l'analyse des données de recensements. Pour les enquêtes plus directement axées sur l'analyse de la fécondité et de ses déterminants, c'est l'aide bilatérale qui a dominé (USAID, CRDI⁽⁸⁾ et, à un degré beaucoup plus limité, la Coopération française). Il faut souligner que l'aide financière importante de l'USAID a presque toujours transité par des institutions scientifiques⁽⁹⁾ et s'est accompagnée d'une collaboration technique entre spécialistes togolais (la plupart travaillant à l'Université) et étrangers.

On note une évolution rapide de la volonté politique et de la capacité scientifique à contribuer à des programmes internationaux de recherche sur la fécondité. Alors qu'en 1977, des négociations entre la Direction de la Statistique et une mission de l'Enquête Mondiale Fécondité (EMF) n'avaient pu aboutir faute de volonté politique des partenaires togolais, en 1988, le Togo a décidé de participer au programme Westinghouse d'Enquête Démographique et de Santé (Demographic and Health Survey) avec un engagement très important des institutions nationales (Direction de la Statistique et Université du Bénin).

7. Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération.

8. Centre de Recherche pour le Développement International.

9. The Population Council, Research Triangle Institute, Université de Caroline du Nord, notamment.

En dehors du financement des recensements, le FNUAP a eu un rôle déterminant dans l'accroissement des capacités scientifiques du Togo en soutenant un programme d'appui à la recherche et à la formation en démographie à l'Université. Le CRDI et la Fondation Ford ont contribué également à un programme multinational d'étude sur la fécondité des adolescentes auquel est associé le Togo.

Le domaine où la transmission de l'expérience pour l'amélioration des connaissances est la moins avancée est celui de l'évaluation des programmes, notamment des programmes de planification familiale.

II. 2.2. *L'implantation des programmes et des services de planification familiale*

Deux actions principales ont directement touché à la planification familiale :

- * le Programme national de bien-être familial (PNBEF),
- * l'Association togolaise de bien-être familial (ATBEF).

Ces deux institutions, PNBEF et ATBEF représentent les interventions les plus directes qu'ont appuyées le gouvernement togolais pour inciter la population à intervenir sur la fécondité. Elles ont l'une et l'autre une décennie d'existence. Cette période a été essentiellement consacrée à une diffusion d'informations générales sur les bienfaits de l'espacement des naissances (déjà bien identifiés dans les sociétés africaines) et à la formation de personnels médicaux, para-médicaux et enseignants aux questions de bien-être familial.

Ces services ne poursuivent d'autre objectif démographique que la baisse de la mortalité. L'espacement des naissances est prôné seulement comme élément de la santé maternelle et du bien-être familial. La planification familiale et spécifiquement les consultations de contraception ne représentent qu'une petite partie de leur activité.

II. 2.2.1. *Le programme national de bien-être familial (PNBEF)*

Le programme national de bien-être familial (PNBEF) financé depuis 1977 par le FNUAP est géré par le Ministère de la Santé et a pour objectif officiel d'implanter dans les services de santé maternelle et infantile, des conseils en planification familiale, dans une perspective d'amélioration de la santé. Bien qu'il ait onze ans d'existence, ce programme en est toujours resté à des actions de sensibilisation et de formation. Il a connu des difficultés notables avant de parvenir récemment à implanter quelques services de planification de la famille dans chacune des 21 préfectures. C'est l'ATBEF (voir plus loin) qui approvisionne les cliniques en produits contraceptifs. La fréquentation de ces cliniques est très faible et réservée aux couples mariés. En 1983 le rapport du FNUAP sur l'évaluation des besoins en population au Togo consignait :

"Le programme de bien-être familial, dans son étape actuelle, relève plus des activités liées aux affaires sociales qu'à celles de la santé. A l'exception de trois ou quatre formations qui offrent quelques services cliniques de planification de la famille, le programme ne comporte pas de volet espacement des naissances".

La situation a peu évolué et le diagnostic est encore, à peu de choses près, valable. Le programme est néanmoins reconduit et de nouveaux financements doivent être mis à la disposition du gouvernement. Le FNUAP espère qu'il pourrait prendre un nouvel essor.

Le gouvernement a joué la carte de la complémentarité entre un programme national inséré directement dans les structures de Santé (le PNBEF) et une association non gouvernementale (l'ATBEF). En fait le PNBEF souffre des lourdeurs bureaucratiques inhérentes à tout service public très centralisé et les activités de planification familiale y viennent en concurrence avec les urgences de santé maternelle et infantile qui pèsent beaucoup

plus lourd dans les préoccupations des médecins. Cela se comprend aisément. L'ATBEF pourrait avoir plus de souplesse mais seule sa clinique de Lomé peut distribuer des contraceptifs médicaux. Partout ailleurs ce sont les services de santé qui sont habilités à le faire.

II. 2.2.2. L'association togolaise de bien-être familial (ATBEF)

Filiale togolaise de l'IPPF, l'ATBEF est née en 1976 après qu'ait été organisé par l'IPPF un séminaire sur la population togolaise en 1975. C'est une organisation non gouvernementale mais les services du Ministère du Plan ont présidé à sa création et à la rédaction de ses statuts. Elle n'aurait d'ailleurs pas pu s'installer au Togo sans un accord plus ou moins officieux du gouvernement. C'est maintenant une organisation qui a pignon sur rue, y compris dans les discours présidentiels où l'ATBEF est cautionnée et incitée à "redoubler d'efforts pour l'action éducative qu'elle entreprend dans le sens de l'amélioration des conditions de la famille" (Discours du président EYADEMA, 1979).

Longtemps l'ATBEF s'est prudemment confinée à des activités de sensibilisation de milieux plutôt urbains et à la mise au point d'une infrastructure associative dans toutes les préfectures pour éviter les réactions de défiance à l'égard de toute forme de propagande en faveur de la planification des naissances, que redoutaient ses responsables. Toutefois, dans sa revue "Famille heureuse", des informations techniques sur la contraception étaient données. Actuellement l'image de marque de l'ATBEF s'est "banalisée" ... mais son discours aussi. Dans les conférences destinées au grand public on continue à prôner vigoureusement l'espacement des naissances sans dire comment y parvenir.

Depuis 1983 cependant, existe à Lomé une clinique de planification familiale gérée par l'ATBEF. N'y ont accès que les couples mariés ou les femmes dûment nanties d'une autorisation écrite de leur mari, ce qui limite singulièrement la clientèle potentielle ! Certaines catégories qui ont manifestement besoin de conseils de contraception, telles les jeunes filles en cours d'études, en sont exclues et leur seul recours est l'avortement. Il n'est pas étonnant, avec de telles restrictions que la fréquentation des cliniques de l'ATBEF reste si limitée. D'après les dernières statistiques disponibles à la direction ATBEF de Lomé les nouveaux contracepteurs enregistrés seraient passés de 8.800 en 1983 à 11.500 personnes en 1986. La moitié seulement pour une demande de "contraception moderne", avec une forte prédominance d'utilisateurs de préservatifs. 50% environ sont classés, pour la méthode utilisée, dans une rubrique "autres" désignant, apparemment, les méthodes dites naturelles (Ogino et ses dérivés) qui, en raison de leur parenté culturelle avec l'abstinence post-partum, ont la faveur de beaucoup de ménages. Les utilisatrices de la pilule sont peu nombreuses (637 en 1986). Les clients réguliers au cours d'une année sont passés de 772 en 1983 à 2.887 en 1986 (en régression par rapport à 1985).

L'ATBEF, qui est soutenue par des financements de l'IPPF et de l'USAID, pourrait connaître une expansion nouvelle mais il y a de nombreux freins au développement des services de planification familiale, le premier de tous est la décision de ne pas faire que les demandes des couples mariés. Vient ensuite l'implantation presque exclusivement urbaine des centres où l'on peut consulter. L'ATBEF signale également avoir des problèmes de disponibilité de stocks. Enfin il y a le problème beaucoup plus général du fait qu'une grande partie de la population est favorable aux descendances nombreuses, pour des raisons économiques, sociales, culturelles que l'on commence à mieux connaître et à mieux comprendre (FRANK et al., 1987, LOCOH, 1988).

Mais ce qui peut étonner, c'est que l'ATBEF et le PNBEF sont loin de couvrir la demande déjà existante de planification familiale. Etant donné leurs modes de fonctionnement, les services actuels excluent, de fait, la population rurale, les jeunes filles non mariées, les femmes qui ne peuvent obtenir l'autorisation de leur mari(10).

10. Selon une communication personnelle faite à l'auteur, une directive ministérielle supprimerait prochainement l'exigence d'accord du mari.

On voit se développer à Lomé, comme dans d'autres villes africaines, un "marché informel du contrôle des naissances" :

- * les avortements, à peine clandestins, sont de pratique courante, souvent dans des conditions déplorables.
- * les "contraceptifs de marché" sont vendus ostensiblement à Lomé, et en cachette sur les gros marchés ruraux (ASSOGBA, 1985).

Sur les étals des vendeuses en parfumerie, les plaquettes de pilules sont exposées. Elles sont vendues quatre fois moins cher qu'en pharmacie, avec des posologies fantaisistes. Elles proviennent en général de stocks périmés venus de pays anglophones voisins. On trouve aussi sur les marchés toute une gamme de produits réputés contraceptifs, la saccharine, par exemple, et diverses décoctions, à côté des préservatifs et gelées spermicides. Ces produits, d'après les vendeuses, s'écoulent bien et on peut discuter librement de leur efficacité... supposée. Il y a dans les conversations du marché une circulation intense d'informations sur les produits "dont le mari ne s'aperçoit pas".

Il y a donc, en ville mais aussi à un moindre degré, dans les milieux ruraux, des femmes qui souhaiteraient accéder à la contraception, et les institutions mises en place ne répondent qu'à une petite partie de cette demande latente. Il y a beaucoup à faire pour que la situation change : décisions politiques peut-être mais aussi et surtout évolution de l'accueil des clients, implantation plus ramifiée des services, approvisionnement régulier des stocks, évaluation régulière des activités et recherche sur l'évolution de la clientèle potentielle. Mis à part les décisions politiques, ce sont des domaines où la collaboration avec les institutions venues d'ailleurs pourrait encore se développer.

Même si les résultats du PNBEF et de l'ATBEF ne sont pas à la hauteur des espérances des institutions qui les ont parrainées (FNUAP, IPPF, USAID) elles ont le mérite d'exister et sans ce parrainage international il est certain qu'elles n'auraient pas vu le jour.

II. 2.3. *La formulation des politiques*

Le Togo considère toujours que la croissance de la population se fait à un rythme convenable (Nations Unies, 1988). Toutefois son gouvernement a adopté les positions définies à Arusha et défendues à Mexico (1984) sur la nécessité de développer la maîtrise de la fécondité et d'offrir aux couples les moyens de planifier leurs naissances. Jusqu'à présent les plans de développement ont considéré les niveaux de fécondité comme une donnée de fait sans préconiser de mesure particulière pour intervenir sur leur évolution.

Le thème de la taille de la famille, du nombre d'enfants que doivent avoir un homme ou une femme est très sensible et toute mention d'une dimension souhaitable inférieure à la moyenne actuelle suscite des réticences dans les élites gouvernementales. Suggérer que la descendance moyenne des femmes pourrait être à l'avenir de (x) enfants est ressenti comme une ingérence des experts étrangers (ce sont eux en général qui citent des chiffres) dans les affaires du pays.

Le Togo, comme d'autres pays de la sous-région est incité depuis plusieurs années à définir une politique de population. Le FNUAP a fait en 1981 le point des besoins en matière de population et préconisé une telle clarification. Mais, bien que le Togo ait participé à plusieurs conférences "politiques" sur la population, le gouvernement s'en tient à des prises de position spécifiques sur tel ou tel aspect de la dynamique démographique.

Parmi les mesures prises citons le décret de mai 1984 qui, pour tenter de résoudre un problème social, celui des grossesses d'adolescentes encore scolarisées, stipule que "quiconque aura mis enceinte une fille régulièrement inscrite dans une école ou un centre de formation

professionnelle sera puni d'un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende de deux cent à cinq cent mille francs". La "vigueur" de ce décret a été un coup d'arrêt aux quelques initiatives en vue d'informer les jeunes dans les écoles sur la planification des naissances. Un silence prudent s'est fait sur ces questions. Deux ans après néanmoins (1986) l'UNESCO (avec un financement du FNUAP) en collaboration avec le Ministère de l'Education Nationale a pu lancer un programme d'éducation en matière de population. La vie sociale togolaise est familière de ces à-coups dans le traitement des problèmes d'actualité.

En 1987 le Président de l'Assemblée Nationale a choisi de consacrer son allocution d'ouverture de la session aux problèmes de population. Ce discours allie à quelques recommandations sur l'usage des méthodes naturelles de planification des naissances, préférées aux méthodes contraceptives jugées dangereuses, une réaffirmation des joies que procurent les enfants. Le problème de savoir si le Togo sera capable de préparer l'avenir de tous ces enfants attendus, selon les perspectives démographiques, est également évoqué.

L'effort le plus important et le plus récent a été l'organisation d'un séminaire sur la population et le développement pour 90 cadres nationaux, à la suite d'une présentation du Modèle Rapid au Chef de l'Etat. Cette conférence, organisée en 1987 par le Futures Group, sur un financement conjoint du FNUAP et de l'USAID a adopté des recommandations parmi lesquelles la définition souhaitable d'une politique de population et l'abrogation de la loi de 1920.

Les perspectives démographiques présentées dans le rapport du Futures Group et les calculs économiques dérivés visaient à illustrer les "avantages" d'une baisse de la fécondité. Cette thèse a fait l'objet de débats souvent vifs entre Togolais et représentants étrangers. Ce rapport avait le mérite d'illustrer de façon simple, mais parfois simpliste, les évolutions possibles de la population togolaise. Toujours à l'invitation du Futures Group, un document technique proposant des objectifs pour une politique de population a été rédigé. Il est à l'étude.

II. 2.4. *Interventions indirectes*

Les organisations internationales ont également promu des actions qui peuvent créer un climat favorable à de nouvelles politiques de fécondité. Il s'agit des programmes d'éducation sexuelle et de diverses actions pour promouvoir le statut des femmes.

II. 2.4.1. *Programmes d'éducation sexuelle*

Un premier programme a été financé par le FNUAP et exécuté par l'UNESCO. Inspiré des modèles conçus en Europe, ce programme était très inadapté au contexte culturel togolais. Il s'est finalement limité à un renforcement de cours sur la reproduction dans le cadre de l'enseignement des sciences naturelles. Du fait du manque de préparation pédagogique, ce programme a été mal compris et a suscité des réactions hostiles des parents.

En 1986, un second programme a été mis sur pied. Il a d'abord comporté une étude sociologique des perceptions, normes et attitudes culturelles et il s'appuie sur des manuels pédagogiques conçus à l'Université du Bénin, avec l'aide du FNUAP, centrés sur l'éducation en population et non seulement sur l'éducation sexuelle.

II. 2.4.2. *L'amélioration du statut des femmes*

La coopération internationale en ce domaine est active et transite souvent par des organisations non gouvernementales (ONG) qui sont à même de mettre en place des projets bien localisés et définis. Les financements bilatéraux (Coopération française, Aide américaine et canadienne) et multilatéraux (FED, FNUAP) sont intervenus. La coopération internationale insiste sur l'amélioration du statut des femmes comme préalable aux changements en matière de fécondité.

C'est un domaine où presque tout reste à faire. Les programmes élaborés combinent souvent les préjugés des experts étrangers (en matière d'activité féminine, par exemple) et les réticences des nationaux à intervenir dans les statuts respectifs des hommes et des femmes dans leur propre culture. C'est un terrain si délicat que le féminisme militant peut être aussi néfaste que le "machisme" déguisé. Là encore le manque de connaissances est criant. Toute réussite ultérieure passe par là.

Ce sont les projets les plus "collés" au réel, partant d'une connaissance concrète du milieu qui réussissent le mieux. Les ONG, notamment religieuses, y excellent. Il faudrait tirer un meilleur parti de leur expérience, mais elles sont si ancrées au travail de terrain, que leur voix se fait peu entendre dans les capitales. Elles auraient probablement beaucoup à dire sur les besoins des femmes rurales en matière d'espacement des naissances.

III. LES LECONS DE LA TRANSMISSION DES EXPERIENCES DE POLITIQUES DE POPULATION DANS LES PAYS FRANCOPHONES

III. 1. Les institutions internationales ont joué un rôle décisif

La première constatation est d'évidence : sans la coopération internationale, les politiques et les actions mises en place n'auraient pas le statut qu'elles ont acquis dans les pays d'Afrique francophone. Les efforts de l'IPPF ont été décisifs. On retrouve son impulsion dans la création de chacune, ou presque, des associations de bien-être familial implantées. En s'adressant à la "société civile" ces associations ont créé des réseaux d'échanges d'information et de rencontres entre africains. Peu à peu se développe ainsi un discours africain sur la planification familiale.

Evidemment c'est le discours d'une petite fraction de la population : les élites urbanisées. Là est le grand problème de ces associations, arriver à dépasser le cercle des familles africaines scolarisées et déjà largement convaincues, dès le départ des associations, de l'intérêt de la planification familiale.

Le domaine de l'IPPF se situe plus dans l'application des politiques (si elles existent) que dans leur définition, encore que, par ses campagnes internationales et ses publications, elle œuvre dans ce sens. Le FNUAP, par vocation, intervient à la fois dans la formation des politiques et dans la réalisation de programmes directs d'intervention. Là encore il faut souligner que sans le FNUAP l'Afrique francophone de l'Ouest n'aurait ni les démographes, ni la moisson de données censitaires, ni les nombreux cadres sensibilisés aux problèmes de population dont elle dispose aujourd'hui. Cette institution peut s'honorer d'avoir accepté de financer dans plusieurs pays la formation des démographes et des infrastructures de recherche,

opérations peu voyantes à court terme... sauf par leur coût très élevé ! mais qui sont pourtant la base indispensable de toute politique de population. Seule une institution multilatérale pouvait faire un tel choix.

Certaines institutions bilatérales, ayant des objectifs stratégiques à moins long terme, ont préféré focaliser leur aide sur des actions qui pourraient donner rapidement des résultats tangibles. C'est pourquoi la planification familiale avait leur faveur ; les résultats les ont souvent déçus. Celles qui ont choisi le long terme de la formation et de la recherche (le CRDI, par exemple) ont très vite acquis une place de choix dans la collaboration avec les états africains.

III. 2. ... mais cette médaille a son revers

Du fait qu'elles ont été tenues sur les fonts baptismaux par des institutions non africaines, les politiques de fécondité, en Afrique de l'Ouest ont été, et sont encore parfois, considérées comme un "corps étranger" dans l'arsenal des politiques du pays. Les premiers efforts des zélateurs de la planification familiale ont été naïfs et maladroits. Leur dénominateur commun était une méconnaissance grave des cultures africaines et des raisons, tout à fait objectives, pour lesquelles celles-ci avaient privilégié des normes favorables à une forte fécondité.

Il a fallu des années avant que les travaux des anthropologues, de certains économistes et démographes soient pris en compte et qu'on cesse d'essayer d'appliquer des "recettes" élaborées ailleurs. Il était normal qu'à la précipitation des conseilleurs extérieurs, les hommes politiques africains opposent des stratégies fondées sur une méfiance justifiée, face à ce qu'ils jugeaient être une agression à l'égard des fondements de leur société. Ces ennuis de la décennie 1960-1970 ne sont pas encore tout à fait oubliés.

Les institutions -gouvernementales ou non- qui ont été les plus respectueuses des cultures africaines et ont cherché à dialoguer plus qu'à imposer, dans les premiers essais d'échange d'expériences en matière de population, ont à l'heure actuelle encore plus de chance d'établir des collaborations fructueuses.

III. 3. Les institutions nationales doivent avoir le savoir... et le pouvoir

Nous ne voulons pas parler ici des institutions étatiques mais de toutes les institutions, gouvernementales ou non, qui gèrent l'évolution sociale, travaillent au développement, appliquent au plus haut niveau comme au plus modeste, les politiques.

Ce qui paraît le plus prometteur lorsqu'on tente un bilan des expériences de coopération internationale c'est la formation de cadres nationaux et la création ou le renforcement des structures locales, endogènes. Là où il y a des cellules de réflexion, de recherche, de formation dirigées et gérées par des nationaux motivés (et pas seulement par des considérations financières) il y a de meilleures chances pour que des politiques adaptées au contexte soient adoptées.

Cela ne veut pas dire que ces structures peuvent se passer de la coopération internationale. Elles ne le peuvent ni ne le veulent. Les échanges qui se sont établis, avec des incompréhensions parfois, sont devenus des liens très forts, surtout entre professionnels. Les aspects financiers de la coopération sont bien entendu importants mais ils ne sont pas les seuls. Le secteur des politiques de fécondité (et notamment la planification familiale) est porteur d'une forte innovation par rapport aux traditions africaines. Il n'est pas facile d'y assumer des responsabilités. Faire partie d'une communauté internationale intéressée aux mêmes

problèmes, ayant l'expérience de difficultés similaires dans d'autres pays, est un élément capital pour les personnes qui se sont engagées dans cette voie.

Au niveau de l'élaboration des politiques, le rôle du FNUAP en tant qu'institution des Nations-Unies peut avoir un rôle incitatif puissant auprès des autorités gouvernementales. Toutefois les Commissions Nationales de Population qu'il s'efforce de créer en Afrique de l'Ouest, cherchent encore leur voie. Elles sont très timides, lorsqu'elles existent, sur les politiques de fécondité (à l'exception, toute nouvelle, du Sénégal).

III. 4. Qu'est-ce que l'expérience des pays africains peut transmettre ?

Nous avons essayé d'analyser en quoi la transmission de l'expérience internationale des politiques de population avait pu être un avantage pour l'Afrique sub-saharienne. Nous voudrions y ajouter quelques remarques sur ce que l'expérience des vingt dernières années dans les pays africains a apporté à la communauté internationale, car on ne peut penser que la transmission est à sens unique. Que nous ont appris les expériences africaines de promotion de politiques en matière de fécondité ?

1. L'analyse du maintien des niveaux élevés de fécondité nous a appris qu'il existe une "logique" de la forte fécondité, et différents modèles (notamment celui de CALDWELL) ont été proposés pour exprimer cette logique.
2. La "découverte", c'est bien le mot, par les non africains de l'importance de l'espacement des naissances et de ses déterminants proches en Afrique a conduit à reconnaître qu'il existait dans les sociétés une maîtrise de la fécondité que diverses influences au cours du processus de développement pouvaient remettre en cause (abandon des pratiques traditionnelles) entraînant une hausse de la fécondité.

Par ailleurs, l'analyse des difficultés de diffusion des programmes de planification familiale a montré que :

3. L'adoption de pratiques de limitation ou d'espacement des naissances est fortement dépendante des structures familiales et non seulement d'une diffusion de techniques contraceptives (LOCOH, 1988).
4. On peut dépenser beaucoup d'argent dans des programmes très coûteux de planification familiale sans obtenir d'effet sur les niveaux de fécondité si les actions sont mal ciblées ou trop exogènes par rapport au contexte culturel dans lequel ils sont censés intervenir.
5. Un accroissement rapide des connaissances sur les moyens modernes de contraception n'entraîne pas automatiquement un accroissement de la pratique contraceptive.
6. Les prises de positions officielles en faveur du meilleur contrôle de la fécondité ne sont que les premiers pas d'un long chemin. Elles ne conduisent pas nécessairement à une "mobilisation" des structures institutionnelles.

Même si certains de ces points peuvent passer pour des constats d'échec, il est important de les identifier. Un résultat même négatif, nous apprend quelque chose, ne serait-ce qu'à prendre, à l'avenir, des mesures différentes.

III. 5. Au "supermarché des idées", quels sont les meilleurs choix ?

De cette analyse de l'expérience togolaise que peut-on tirer pour garnir les étagères du "supermarché des idées" auquel irait s'approvisionner un décideur politique soucieux de mettre en oeuvre une politique de population ?

1. Il pourrait d'abord se débarrasser des idées anachroniques venues d'ailleurs et restées par erreur sur les rayons - à savoir, abroger enfin la loi de 1920 héritée de la France.
2. A partir du constat de l'incompatibilité, encore fréquente, entre l'impatience des promoteurs de programmes de planification familiale et la sage lenteur des décideurs et hommes politiques du pays, il pourrait conseiller que l'on développe un programme de recherche sur les déterminants économiques et sociaux de la fécondité, que l'on diffuse et que l'on commente les résultats dans des rencontres entre responsables nationaux et "experts" étrangers. D'une façon générale il devrait demander qu'on privilégie les recherches conçues et analysées avec le concours de spécialistes nationaux, dont la connaissance du milieu est indispensable.
3. Pour atténuer les réactions d'angoisse à la menace supposée que ferait courir un meilleur contrôle de la fécondité à l'expansion de la population, il devrait donner une haute priorité à la diffusion d'informations démographiques simples intégrées dans le système d'enseignement et dans la formation continue - sous forme de séminaires - des cadres de la nation. Une large publicité devrait être faite aux perspectives de population du pays sous une forme accessible au grand public. L'Université nationale pourrait jouer un rôle-clé dans ce domaine.
4. Il pourrait conseiller aux "conseilleurs" de bannir de leur panoplie les démonstrations simplistes, projections mécaniques de taux de croissance, perspectives catastrophistes (mais peu probables) illustrant les "méfaits" de la forte fécondité et autres pendules démographiques. Les dirigeants africains ne se trompent pas sur le mépris insidieux que cachent ces gadgets. On n'en obtient en retour qu'un regain de méfiance.
5. La formation en Planification familiale devrait, impérativement, faire partie du cursus des études médicales et paramédicales. Elle devrait être renforcée par des stages professionnels offerts de préférence sur place ou dans un autre pays d'Afrique, de sorte que les futurs spécialistes puissent constamment mettre les techniques et les théories qui leur sont proposées à l'épreuve du contexte culturel dans lequel ils travaillent. On éviterait ainsi des déperditions d'efficacité et le décalage entre ce qu'on apprend à l'étranger et ce qu'il est possible de dire et de faire sur place.
6. Pour permettre l'émergence d'attitudes nouvelles et desserrer le carcan des normes sociales, élaborées dans un contexte antérieur de croissance démographique faible, il faudrait instaurer un *libre discours* dans certaines instances du pays : syndicats, associations de jeunes, clubs de loisirs, groupes philosophiques, coopératives de producteurs (notamment coopératives féminines). Les conseils de planification familiale doivent pouvoir être discutés au sein des groupes de personnes partageant des préoccupations communes pour que se développe, sous des formes diverses, un débat public sur les problèmes posés par la fécondité élevée associée à la baisse de la mortalité, et sur les méthodes accessibles pour que les individus (et pas seulement les couples mariés !) puissent contrôler leur fécondité.
7. Dans certains pays, plutôt que de susciter des déclarations politiques spectaculaires qui peuvent rester sans effet, notre responsable politique pourrait chercher à organiser concrètement la tolérance institutionnelle et culturelle de l'Etat en matière de planification familiale : lever les obstacles règlementaires et législatifs, favoriser dans les services publics un secteur planification familiale, assurer une coordination légère

des différents programmes. Tout ce qui est en aval : organisation de l'accès à la planification familiale, choix des types de sensibilisation devrait être très décentralisé, laissé à l'initiative d'organismes tels que les "filiales" de l'IPPF ou d'autres ONG afin que, chacune dans son secteur, choisisse les moyens d'action les mieux adaptés à la catégorie de personnes avec lesquelles elle est en relation.

8. Dans le registre des actions immédiates il faut faire un bilan de la demande existante en planification familiale et se fixer comme objectif prioritaire de la satisfaire même si elle n'émane pas de couples mariés ou de femmes ayant l'accord de leur mari ! Il y a, dans tous les pays d'Afrique une demande non satisfaite de planification familiale qui ne trouve d'exutoire que dans l'avortement et les "contraceptifs du marché" (voir II.2.2.2.).
9. Dans un souci d'efficacité, il faudrait veiller à ce que la création d'infrastructures bureaucratiques n'engloutisse pas l'essentiel des financements de programmes et qu'une proportion raisonnable des fonds aille à des activités de conseil en planification familiale¹¹.

VUE D'ENSEMBLE

Il faut le reconnaître, les politiques de population en matière de fécondité restent encore une zone de turbulence où pays "conseillés" -chaque pays africain- et "conseilleurs" -les pays "du Nord" et les institutions internationales qui préconisent la planification des naissances- ont souvent des points de vue divergents. En Afrique, la difficulté de concilier les points de vue est très fortement ressentie même si les discours des hommes politiques ont beaucoup évolué et si, peu à peu, les services de planification familiale ont acquis droit de cité.

* Il y a opposition entre la culture africaine de la forte fécondité et la culture du "Nord" soucieuse de limiter les descendances.

* Il y a opposition entre les objectifs de la famille lignagère africaine et ceux de la famille nucléaire.

* Il y a opposition entre l'Afrique et les pays du Nord sur le rôle des femmes et leur droit à déterminer leur fécondité.

* Il y a opposition entre les logiques économiques des uns et des autres.

Compte tenu des moyens "incitatifs" dont disposent les institutions internationales ou bilatérales pour faire prévaloir l'intérêt d'une intervention pour limiter la croissance démographique, les positions des pays africains sont maintenant plus favorables à la planification familiale, mais les réticences, profondément nourries par la culture et la sensibilité des partenaires africains, n'ont pas cédé pour autant. Elles s'expriment plus rarement haut et clair mais de façon indirecte, détournée.

11. Au Ghana, par exemple, en 1977 seuls 18 % des fonds étaient consacrés aux services de contraception eux-mêmes (NORTMAN, 1982).

C'est ce qui donne souvent cette impression de discours à deux vitesses : un discours à destination externe, avec des prises de position nettement favorables aux programmes de planification familiale, et un discours "interne", à l'intention des citoyens, beaucoup moins affirmatif avec, dans certains cas, des restrictions sévères à l'extension des activités des services. Citons deux exemples :

Aux termes d'un accord officiel (discours externe) un gouvernement accueille à bras ouverts un important financement international pour la planification familiale ... mais dans les directives d'application (discours interne) il bloque toute distribution des contraceptifs disponibles.

Un pays co-organise avec un organisme international un séminaire pour discuter des politiques à mener pour intégrer les données de la population au développement (discours externe) mais avant la tenue du colloque, on réunit les fonctionnaires et représentants du gouvernement pour leur déconseiller fortement d'évoquer toute forme d'intervention pour espacer ou limiter les naissances (discours interne).

Ces exemples un peu caricaturaux et datant de quelques années permettent de comprendre que dans le domaine très sensible des politiques d'infléchissement de la fécondité le dialogue entre pays africains et autres partenaires s'instaure à plusieurs niveaux. Un leader d'une organisation africaine de planification familiale reconnaissait lui-même récemment au cours d'un colloque, après une vigoureuse prise de position en faveur de la nécessaire autonomie de décision des femmes quant à leur fécondité : "je vous dis ça parce que c'est mon métier, mais chez moi je fais comme tous les africains avec leurs femmes". Avec un remarquable sens de l'humour, il exprimait que le double discours ... il se le tenait à lui-même. La plupart des responsables impliqués dans les programmes de planification des naissances se reconnaîtraient dans ce constat.

En Afrique de l'Ouest, dans les associations liées à l'IPPF ou dans les programmes nationaux de bien-être familial beaucoup de cadres sont encore impliqués plus "par profession" que par conviction profonde. Or, pour promouvoir une politique, fut-elle de population, il faut ajouter aux compétences professionnelles une grande conviction. Dans ce domaine, ce sont les femmes qui sont les plus convaincues, mais combien y en a-t-il aux commandes dans les organismes et services officiels africains ? Combien sont confinées à des rôles de second plan ou à des postes honorifiques, en dépit de leur motivation à aller de l'avant ? Voilà un domaine concret dans lequel la coopération internationale a joué et peut encore plus jouer un rôle important : encourager, dans les instances de planification familiale, la promotion à des postes de premier plan, de femmes compétentes et motivées.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADOGNON, K., 1979, L'évolution de la fécondité dans les années 60 (1961-1971) au Togo. Actes du colloque de démographie d'Abidjan, Vol.1, Abidjan.
2. AMOUSSOU-GUENOU, A., AGOUNKE, A., JANSSENS, M., 1988, Le contexte socio-culturel de la fécondité au Togo. Unité de Recherche Démographique, Université du Bénin, Lomé.
3. * * * Association Togolaise pour le Bien-Etre Familial (ATBEF), 1988, Communication au colloque Education, Information et Planification familiale en Afrique. UEPA, Dakar.
4. ASSOGBA, L.N., LOCOH, T., 1985, Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé. Etudes et travaux APEL, n° 5. Unité de Recherche Démographique, Lomé.
5. * * * Conférence nationale sur la population et le développement, Togo, 1987, Rapport de synthèse (RAPID), polycop.
6. COULIBALY, S., 1986, Colonialisme et migration en Haute Volta (1896-1946). In D. GAUVREAU, J. GREGORY, M. KEMPENEERS, V. PICHE éds., Démographie et sous-développement dans le Tiers-monde. Mc Gill University Press, Montréal.
7. FNUAP, 1983, Togo, Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population. Rapport n° 57, polycop., New-York.
8. FRANK, O., McNICOLL, G., 1987, An interpretation of fertility and population policy in Kenya. *Population and Development Review*, vol. 13, n° 2.
9. GUBRY, P., 1988, Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme modéré ? In P. GUBRY, M. SALA DIAKANDA éds., Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances. CEPED, Paris.
10. INED, INSEE, ORSTOM, DGRST, 1967, Démographie comparée. Afrique Noire, Madagascar, Comores. Paris.
11. JOHNSON, S.P., 1987, World Population and the United Nations Challenge and Response. Cambridge University Press.
12. KUMEKPOR, 1973, Togo. In J. CALDWELL éd., Croissance démographique et évolution socio-économique en Afrique de l'Ouest. The Population Council, New-York.
13. LOCOH, T., 1984, Fécondité et Famille en Afrique de l'Ouest. Le Togo méridional contemporain. Travaux et documents de l'INED, n° 107, P.U.F., Paris, 182 p.
14. LOCOH, T., 1985, Premiers signes d'une planification familiale différente à Lomé. Actes du Séminaire national sur les résultats de l'enquête "Arrivée du prochain enfant à Lomé" (APEL), Unité de Recherche Démographique, Lomé.

15. LOCOH, T., 1988, La planification familiale en Afrique à la croisée des chemins : Obstacles et perspectives. Communication au colloque "Education, Information et Planification familiale en Afrique", UEPA, Dakar.
16. NORTMAN, D., 1982, Evaluation of the impact of family planning programmes on fertility : sources of variance. UN Population Studies, n° 76, New-York.
17. PICHE, V., 1976, Les enquêtes de fécondité en Afrique Tropicale ou le principe du double-standard. *Population et Famille*, 37, 1.
18. République du Sénégal, Ministère du Plan et de la Coopération, Direction des ressources humaines, 1988, Déclaration de la politique de population. Dakar.
19. REY, S., 1989, Schéma de la reproduction, statut de la femme et transformation des milieux en pays Moba-Gurma. Polycop. à paraître.
20. SALA DIAKANDA, M., 1988, Transmission internationale en Afrique Sub-saharienne de l'expérience en matière de politique de population. UN-IUSSP expert group meeting on the international transmission population policy experience, New-York, 31 p.
21. STILLMAN, D.G. and J.B., 1974, Politiques influençant la population au Togo. In S.H. OMINDE and C.N. EJILOGU éds., L'accroissement de la population et l'avenir économique de l'Afrique. The Population Council, New-York.
22. UNITED NATIONS, 1988, World Population Trends and Policies, 1987 Monitoring report. UN Population Studies, n°103, New-York.
23. VOVOR, M., 1987, Le Togo face au problème de la démographie. Du rôle des élus du peuple. Discours d'ouverture de la première session ordinaire de l'Assemblée Nationale, polycop., 7 avril 1987.

LES DOSSIERS DU CEPED

La collection des *Dossiers du CEPED* est une collection de "documents de travail" destinée à accueillir des articles scientifiques se rapportant au domaine de la population et du développement.

Aucune condition n'est posée quant à l'origine ou l'organisme d'appartenance des auteurs. *Les Dossiers du CEPED* sont prévus pour une diffusion limitée mais rapide et "ciblée", en fonction du sujet traité. Ces articles ont vocation à être publiés également, en totalité ou en partie, sous la même forme ou sous une forme modifiée, dans des revues internationales. Aucune autorisation préalable n'est donc à demander au CEPED pour une nouvelle publication.

Les auteurs intéressés sont invités à envoyer au CEPED un texte, rédigé en français, de 15 à 50 pages dactylographiées sur papier blanc 21 x 29,7 cm, marges de 2,5 cm sur le pourtour, prêtes à être reproduites telles quelles (bonne qualité d'impression et taille des caractères suffisante pour une réduction à 16 x 24 cm). Il est souhaité que la pagination figure en haut (numéros impairs sur la droite, numéros pairs sur la gauche). En tête de l'article, après la page de titre, doit obligatoirement figurer un résumé en français accompagné des mots-clés, ainsi que la traduction du titre, du résumé et des mots-clés en anglais. L'envoi simultané d'une disquette enregistrée sur traitement de texte, avec les précisions techniques nécessaires, est souhaité mais non obligatoire. Les auteurs conservent la responsabilité de la présentation et du contenu du texte qu'ils ont envoyé.

Le projet d'article reçu est soumis à deux lecteurs, intérieurs ou extérieurs au CEPED. Celui-ci peut en conséquence l'accepter ou le rejeter pour des raisons de forme ou de fond, ou encore demander des modifications. Il se réserve la possibilité d'effectuer lui-même des corrections de forme, ainsi que le regroupement de plusieurs articles dans le même numéro des *Dossiers*. Les matériaux reçus ne sont pas renvoyés à leurs auteurs, qui sont donc invités à en conserver le double.

Chaque auteur recevra 25 exemplaires du numéro contenant son (ou ses) article(s), s'il y a un seul auteur et 15 exemplaires par auteur s'il y en a plusieurs.

Les présentes instructions remplacent celles qui ont pu paraître antérieurement. Elles sont réputées être modifiables à tout moment en fonction des nécessités nouvelles.

PARU PRÉCEDEMMENT DANS LES DOSSIERS DU CEPED

N° 1 - CLAIRIN (Rémy), GENDREAU (Francis) - 1988 - La connaissance des effectifs de population en Afrique. Bilan et évaluation. Hommage à Rémy Clairin.

N° 2 - GUBRY (Patrick), Mpembele SALA DIAKANDA - 1988 - Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances.

N° 3 - LOCOH (Thérèse) - 1988 - La fécondité en Afrique Noire : un progrès rapide des connaissances, mais un avenir encore difficile à discerner.

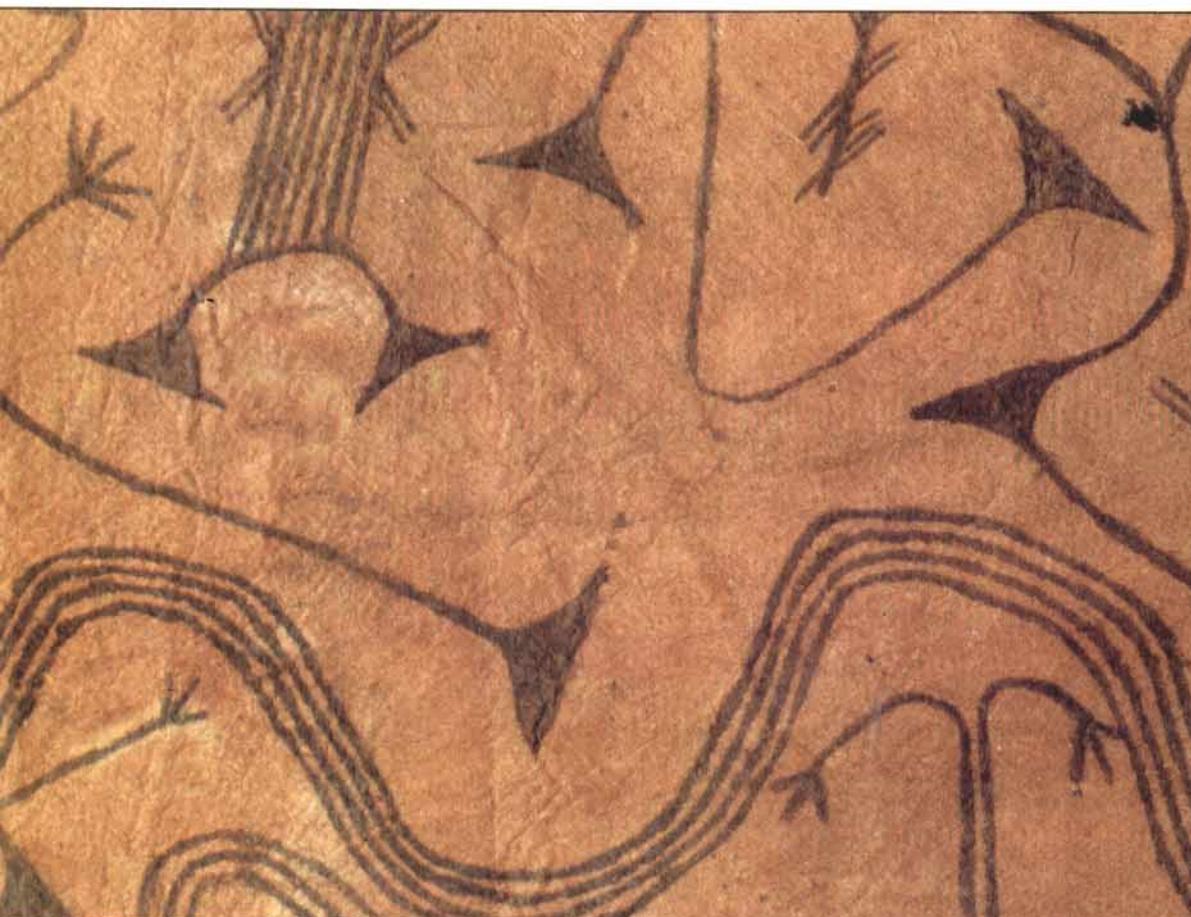
N° 4 - CHASTELAND (Jean-Claude) - 1988 - Etat et besoins de la recherche démographique dans la perspective des recommandations de la conférence de Mexico et de ses réunions préparatoires.

N° 5 - GUBRY (Patrick) - 1988 - Rétention de la population et développement en milieu rural : A l'écoute des paysans mafa des monts Mandara (Cameroun).

Composition : CEPED

Reproduit par INSTAPRINT S.A.
1, levée de la Loire - LA RICHE
B.P. 5927 - 37 059 TOURS Cedex
Tél. : 47 38 16 04

Dépôt légal 2ème trimestre 1989



CEPED
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 PARIS Cedex 06
Tél. : (1) 46 33 99 41

Photo de couverture : écorce battue,
art Mangbetu (Zaire oriental).
Reproduit avec l'aimable autorisation
du Musée Royal de l'Afrique Centrale
(Tervuren, Belgique).
Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM