



CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT



VINGT ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Thérèse LOCOH



CENTRE FRANCAIS SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT
(C E P E D)
Groupement d'Intérêt Scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS VI

VINGT ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE
EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Thérèse LOCOH¹

LES DOSSIERS DU CEPED N° 19

PARIS, FEVRIER 1992

(1) Démographe de l'INED, CEPED

Conseillère scientifique de l'Unité de Recherche Démographique (URD),
Université du Bénin, Lomé, Togo.

Cet article est une version remaniée d'une communication au séminaire international sur "Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique" (ENSEA, ORSTOM), Abidjan (26-28 novembre 1991). Cette communication était intitulée : "Quelles politiques en matière de fécondité pour l'Afrique sub-saharienne ? Leçons de vingt années de programmes de planning familial".

Locoh, Thérèse

Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne/ Thérèse Locoh.
– Paris : Centre français sur la Population et le Développement, 1992.– 27 p. ; 24 cm.
– (Les Dossiers du CEPED ; 19).

Directeur de la publication : Francis GENDREAU
Comité de rédaction : Patrick GUBRY, responsable de la collection
Thérèse LOCOH
Jacques VERON
Diffusion : Pierre ELIE

Ce numéro a été dactylographié par l'auteur
et mis en forme par Sylvie DELCROIX et Patrick GUBRY
Traductions par Magali BARBIERI

Copyright CEPED 1992
ISBN 2-87762-039-5
ISSN 0993-6165

R E S U M E

Les vingt dernières années ont vu une évolution progressive des prises de position officielles des gouvernements africains en ce qui concerne la maîtrise de la fécondité. Plus concrètement, des programmes favorables à la planification familiale se sont implantés dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, mais seuls quelques pays semblent amorcer une baisse durable de leur fécondité. Cet article examine quelles sont les leçons à tirer des réussites et des échecs des expériences menées depuis 1970 et tente de définir ce que pourrait être une stratégie globale pour promouvoir des politiques cohérentes en matière de fécondité, incluant la sensibilisation aux décideurs, des actions vigoureuses pour améliorer la condition féminine, l'amélioration de la santé des enfants et des prestations directes de planification familiale.

MOTS-CLES : FECONDITE, PLANIFICATION FAMILIALE, POLITIQUE DE POPULATION, CONDITION FEMININE, SERVICE DE SANTE, POLITIQUE SANITAIRE, AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

S U M M A R Y

[Twenty years of family planning in Sub-Saharan Africa]

During the past twenty years, african government's official positions regarding fertility control have progressively evolved. More specifically, programmes have built up in most countries of Sub-Saharan Africa in favour of family planning although only a few countries have experienced a significant fertility decline. This article analyses the successes and failures of programmes that have been implemented since 1970 in an attempt to define a global strategy to promote consistent fertility reduction policies. Such a strategy would include an increased awareness of policy-makers, vigorous actions to improve women status, child health improvement and interventions towards family planning.

KEY WORDS : FERTILITY, FAMILY PLANNING, POPULATION POLICIES, WOMEN STATUS, HEALTH CARE, HEALTH POLICIES, SUB-SAHARAN AFRICA

SOMMAIRE

I. Des programmes aux réalités, un exemple en guise d'introduction	7
II. Les politiques en matière de fécondité en Afrique	9
Un discours politique plus favorable au contrôle de la fécondité	9
Des déclarations aux actions concrètes, le chemin est long	11
Des programmes venus d'ailleurs	11
Au-delà de l'implantation des services de planification familiale, quelques mesures indirectes sont adoptées	12
L'amélioration des connaissances scientifiques sur la fécondité en Afrique devrait jouer un rôle crucial	13
III. De la demande d'enfants à la demande de contraception	14
Premiers signes d'une croissance de la demande de contraception : Botswana, Kenya, Zimbabwe	14
Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, la demande d'enfants reste élevée et la pratique de la contraception faible	17
Un "besoin non satisfait de planification familiale" de grande ampleur en Afrique ?	17
IV. Les politiques de fécondité doivent dépasser l'implantation de programmes de planification familiale	20
Une stratégie globale pour promouvoir des politiques de maîtrise de la fécondité .	20
Les actions à développer	20
Sensibiliser les décideurs	21
Faire changer la condition féminine	21
Assurer à toutes les familles l'accès aux soins de santé primaire	23
Actions directes en matière de planification familiale	23
V. Vue d'ensemble	25
Bibliographie	26

I. DES PROGRAMMES AUX REALITES, UN EXEMPLE EN GUISE D'INTRODUCTION

Un groupe d'experts en population visitent, au nord d'un pays d'Afrique subsaharienne, un foyer pilote de sensibilisation à la planification familiale. Sur place le foyer, en dépit de son titre, se réduit à une pièce munie de quelques bancs, une infirmerie tenue par deux agents de santé dépourvus de tous moyens de soigner, excepté leur grande bonne volonté et une parapharmacie financée par les villageois eux-mêmes. Si une femme vient accoucher là, elle ne trouvera ni eau, ni électricité, ni médicaments. Pourtant -la dénomination du foyer est là pour l'attester- un financement international a été accordé pour développer des actions de sensibilisation à la planification familiale... Il s'est égaré quelque part entre un Ministère et le village et les experts, perplexes, se demandent quel type de "sensibilisation" serait possible dans un tel dénuement.

Dans la capitale du pays, à peu près au même moment, d'autres experts, de la Banque Mondiale, au cours d'une négociation avec les responsables du gouvernement, déclarent avoir fixé, pour l'an 2000, le taux de pratique contraceptive à 25 % des femmes en âge de concevoir...

Cet exemple, qui date de 1991, illustre bien le gouffre qui existe entre les décisions technocratiques et la pratique quotidienne, dans le domaine des politiques de population.

Les programmes de planification familiale en Afrique -c'est à eux qu'on pense d'abord lorsqu'on parle de programmes en matière de population- associent encore dans bien des pays ces deux réalités à la fois : des programmes ambitieux, clés en main, proposés avec une insistance croissante aux gouvernements par des organismes internationaux et une absence quasi-totale des infrastructures les plus modestes pour réaliser ces programmes. Mais le même décalage entre les ambitions affichées et leurs effets concrets dans la vie quotidienne pourrait s'appliquer sans peine à d'autres secteurs censés agir sur les familles.

L'adéquation entre les objectifs d'une politique démographique et les comportements des individus et des familles est partout problématique. Il suffit de penser à la France dont la politique en faveur de la natalité est une constante depuis cinquante ans et qui a bien du mal à maintenir le "cap" d'une fécondité suffisante pour assurer le renouvellement des générations.

Il n'est pas très étonnant que la mise en oeuvre de programmes efficaces pour infléchir les comportements démographiques des familles constitue une gageure dans des pays où les structures étatiques sont faibles, les infrastructures régionales déficientes, les équipements sanitaires, scolaires, administratifs notoirement insuffisants.

Pourtant beaucoup de progrès ont été acquis, même dans des pays du Tiers-Monde où, hier encore, on doutait de la possibilité de voir fléchir rapidement la fécondité. L'Amérique latine, de nombreux pays d'Asie ont adopté des politiques de réduction du niveau de la fécondité et ont obtenu des résultats remarquables en ce sens. Il faut dire que leur exemple n'est pas directement transposable à l'Afrique. La plupart sont mieux lotis en ce qui concerne le niveau moyen d'éducation des habitants et les infrastructures sanitaires et certains ont adopté des politiques coercitives (en Chine

mais aussi de façon plus insidieuse en Amérique latine) qui ne sont pas transposables en Afrique -et c'est heureux- compte-tenu de la faiblesse des infrastructures et de la couverture administrative des régions.

L'Afrique sub-saharienne, avec les pays du Proche et du Moyen-Orient fait partie des pays à très forte fécondité et l'on est de plus en plus conscient, sur le continent même, de la nécessité de mieux contrôler l'accroissement démographique et, partant, la fécondité.

II. LES POLITIQUES EN MATIERE DE FECONDITE EN AFRIQUE

Un discours politique plus favorable au contrôle de la fécondité

Depuis la Conférence d'Arusha (janvier 1984) qui préparait les prises de position africaines à la conférence de Mexico (août 1984) et l'adoption du programme d'action de Kilimandjaro, les milieux politiques africains s'affirment beaucoup plus favorables que dans les deux décennies précédentes à la planification des naissances, conçue comme un droit au "bien-être" et un élément important d'une politique de santé (Gubry, 1988 ; Sala-Diakanda, 1991). L'expérience africaine des dix dernières années -sécheresse, désertification, récession économique, urbanisation rapide, chômage des jeunes- a renforcé l'intérêt pour la maîtrise de la croissance démographique. Il ne faut pas pour autant croire que les déclarations officielles dans une enceinte internationale valent modification des règlements, des lois, des prises de position qui contrôlent, dans la vie quotidienne d'un pays, l'accès à la planification des naissances et les mesures visant l'infléchissement de la croissance démographique. Il existe une grande diversité des attitudes dans les décisions concrètes au sein de chaque pays. Il arrive même que les positions officielles, prises à l'extérieur, soient très peu ressenties à l'intérieur du pays (Locoh, 1989).

Ceci étant, il faut reconnaître que les politiques en matière de fécondité sont orientées de façon plus réaliste qu'auparavant vers une prise en considération des problèmes liés à la croissance démographique rapide, en bonne partie grâce au dialogue international qui s'est développé dans de grandes conférences mondiales (Bucarest et Mexico), aux efforts de la communauté des démographes et aux importants programmes de l'aide internationale en ce domaine (Sala-Diakanda, 1990 ; Locoh et Wolfson, 1989).

Pour s'en tenir à la dernière enquête des Nations-Unies (voir tableau I, où figurent également les pays d'Afrique au Nord du Sahara), seuls 3 pays (Gabon, Congo et Guinée Equatoriale) estiment trop bas leur niveau de fécondité. 17 pays le considèrent comme satisfaisant et 31 pays comme trop élevé. Parmi ces derniers, 21 (77 % de la population concernée) ont des politiques pour réduire le niveau de la fécondité. Par rapport à 1983 ce groupe de pays est en nette augmentation. 74 % des gouvernements accordent un soutien direct aux activités de maîtrise de la fécondité.

Parmi les 27 pays qui ont des politiques en matière de fécondité, seuls 5 les ont traduits en objectifs quantifiés (Egypte et Tunisie pour l'Afrique du Nord ; Ghana et Rwanda pour l'Afrique Noire, Maurice pour les Iles) mais l'Algérie, le Burundi, le Kenya et la Zambie s'appêtent à le faire et, tout récemment, le Nigeria s'est hardiment engagé lui aussi dans cette voie, puisqu'un document national de 1988² adopte, entre autres objectifs, la réduction de 50 % des femmes mariées avant 20 ans d'une part, et des femmes ayant plus de quatre enfants d'autre part, en 1995. Il ne faut pas être grand clerc pour penser que ces objectifs ont peu de chances de se réaliser à la date prévue !

Peu de gouvernements restent maintenant complètement en dehors des programmes de planification familiale. Seuls 7 pays ne leur donnent aucun soutien. Six pays leur offrent un soutien indirect et 38 pays un soutien direct. Il faut souligner que la plupart des gouvernements acceptent et soutiennent ces programmes dans une optique "d'espacement des naissances" et non de "limitation des naissances".

(2) Federal Republic of Nigeria, National Policy on population for development unity, progress and self-reliance, 1988.

TABLEAU I : Estimations générales des gouvernements des taux de croissance de la population et interventions destinées à influencer les taux selon le niveau de développement, la région de responsabilité des commissions régionales et les régions géographiques. Juillet 1986

Rates too low			Rates satisfactory			Rates too high		
No direct intervention reported (1)		Intervention to raise rates (2)	Intervention to maintain rates (3)	No direct intervention reported (4)	Intervention to lower rates (5)	No direct intervention reported (6)	Intervention to lower rates (7)	Total number of countries (8)
6	22	5	14	World 57	1	52	13	170
1	7	2	10	Developed countries 19	—	—	—	39
5	15	3	4	Developing countries 38	1	52	13	131
A. AREA OF RESPONSIBILITY OF THE ECONOMIC COMMISSION FOR AFRICA								
Eastern Africa								
—	—	—	—	Djibouti Mozambique Somalia	—	Burundi Comoros Kenya Mauritius Rwanda Seychelles Uganda Zimbabwe	Ethiopia Madagascar Malawi United Republic of Tanzania Zambia	16
Middle Africa								
Congo	Equatorial Guinea Gabon	—	Sao Tome and Principe	Angola Chad Zaire	—	—	Cameroon Central African Republic	9
Northern Africa								
—	—	—	—	Libyan Arab Jamahiriya Sudan	—	Algeria Egypt Morocco Tunisia	—	6
Southern Africa								
—	—	—	—	—	—	Botswana Lesotho South Africa	Swaziland	4
Western Africa								
—	—	Côte d'Ivoire Mauritania	Mali Togo	Benin Burkina Faso Cape Verde Guinea Guinea-Bissau	—	Gambia Ghana Niger Nigeria Senegal	Liberia Sierra Leone	16
TOTAL								
1	2	2	3	13	—	20	10	51

Source : World Population Trends and Policies, 1987, Monitoring report, United Nations, 1988.

L'objectif visé est, pour la plupart, une meilleure santé de la mère et de l'enfant. En Afrique sub-saharienne peu de pays se fixent des objectifs quantifiés de diffusion de la planification familiale.

Des déclarations aux actions concrètes, le chemin est long

Lorsqu'un gouvernement se décide à faire des déclarations en faveur d'un meilleur contrôle de la croissance démographique, les nombreux consultants internationaux qui se pressent au chevet de la démographie africaine, proposent des solutions d'offre de planification familiale. On encourage alors la distribution de prestations de contraception, la création de vastes programmes de planning familial, en général implantés dans les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Leur discours est souvent réducteur et tient peu compte des contraintes socio-économiques et culturelles de l'Afrique sub-saharienne.

De leur côté les hommes politiques et les différents responsables nationaux de la planification économique ou de la santé, tout en reconnaissant maintenant, mieux qu'il y a 20 ans, le bien-fondé d'une maîtrise de la croissance démographique, ne sont pas toujours favorables à une action d'envergure qui modifierait profondément les comportements reproducteurs. Ils sont les héritiers d'une culture qui a toujours privilégié la forte fécondité. Ils constatent aussi que la grande majorité de la population désire une nombreuse descendance tant pour des raisons économiques que pour des raisons culturelles et que, seule, une petite minorité est intéressée à limiter la taille de la famille.

Quand on passe des déclarations de principe à la mise en oeuvre d'actions directes, les réticences plus ou moins ouvertes ne sont pas rares.

Des programmes venus d'ailleurs

L'implantation de politiques en matière de fécondité doit se faire en Afrique dans un milieu fortement marqué par une "culture de la forte fécondité" qui a des racines historiques et sociales mais aussi des justifications économiques et politiques. Les sociétés africaines ont été "orientées" pendant des siècles à la préservation d'une fécondité élevée pour assurer leur simple survie démographique. Les régimes matrimoniaux, le statut des femmes, la valorisation des descendances nombreuses, l'organisation des familles devaient, avec des options diverses bien entendu, contribuer à l'expansion démographique, toujours problématique.

Dans les villes, dans les milieux ruraux où une proportion importante de la population vit de revenus liés au secteur moderne de l'économie, cette optique est en train de changer, mais les valeurs transmises par les cultures et par les religions traditionnelles continuent de marquer les comportements (Caldwell J.C. et Caldwell P., 1987).

En milieu rural, par contre, la logique de la forte fécondité garde toute sa validité. Ce sont toujours les enfants qui sont les seuls garants du statut d'une femme dans son lignage comme dans celui de son mari, et de sa sécurité à venir. Ce sont les enfants qui constituent la main-d'oeuvre d'appoint toujours nécessaire dans un type d'exploitation agricole où la houe reste l'instrument de travail principal, voire exclusif (Frank et McNicoll, 1987). Ce sont eux, enfin, qui permettent au lignage de participer

à la "prospérité" supposée des revenus urbains, par une stratégie migratoire élaborée plus par des collectivités familiales que par des individus (Gauvreau et al., 1986).

Proposés de l'extérieur, les programmes de planification familiale sont longtemps apparus suspects aux yeux des gouvernements. La "générosité" financière des grands donateurs pour des actions de ce type contribuait elle-même à la méfiance des responsables. Certains gouvernements, au début des années 70 ont eu des propos très durs à l'égard des tentatives des donateurs étrangers. On n'en est plus là maintenant. Un climat de coopération s'est peu à peu instauré, mais les réticences, pour être mises en veilleuse, n'en sont pas moins encore présentes.

Le discours sur la planification familiale a été longtemps reçu comme celui de l'extérieur, opposé au discours "Africain" sur la famille, la valeur sociale de la fécondité, la solidarité entre jeunes et vieux.

Pour bien des décideurs africains l'adhésion à la planification familiale reste conflictuelle. Dans certains petits pays, l'optique d'expansion n'est pas absente des choix démographiques. Avoir quelques millions d'habitants en plus permettrait, pensent leurs dirigeants, d'avoir une voix plus forte dans les débats internationaux.

Au-delà de l'implantation des services de planification familiale, quelques mesures indirectes sont adoptées

Dans l'arsenal des mesures qui dépendent du "politique" pour agir sur la fécondité figurent des mesures législatives et réglementaires. Elles sont diversement mises en oeuvre selon les pays d'Afrique sub-saharienne. Citons le retard de l'âge légal au premier mariage (Sénégal en 1973, Togo, 1982, etc.). Ces mesures sont de peu d'effet en Afrique Noire où la pratique sociale ne se conforme que très lentement aux nouvelles législations.

On peut citer, bien qu'elles participent plus d'une politique sociale que d'une politique démographique, les mesures fiscales et les allocations diverses mais en tout état de cause, elles ne peuvent avoir d'effet que sur la petite frange de la population qui participe au secteur moderne de l'économie. Les gouvernements africains sont d'ailleurs réticents à utiliser l'arme des taux dégressifs et suppressions d'allocations pour infléchir la fécondité. En Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc) les allocations sont versées jusqu'à quatre enfants seulement ; en Afrique Noire le seuil est, en général, de six enfants ("Loi" Lamine Gueye).

Dans le domaine de l'éducation, des tentatives ont été faites pour introduire des connaissances dans le domaine de l'éducation sexuelle et de la "vie familiale". Plusieurs programmes d'éducation sexuelle ont vu le jour, avec des fortunes diverses. Souvent conçus par des personnes extérieures aux cultures africaines, ils ont été mal implantés et mal reçus par la population. C'est pourtant un domaine capital.

Plus largement l'éducation scolaire en matière de population, qui paraît une mesure facilement acceptable par les gouvernements, n'a pas encore reçu beaucoup d'attention.

Autre domaine important dans ces interventions indirectes, celui du "statut de la femme". Mais là, tout ou presque reste à faire. Et pourtant c'est certainement là que se trouve la clé de l'évolution vers un nouveau régime de fécondité. Beaucoup de

programmes, de projets ont été lancés mais bien peu avaient des objectifs réalistes et moins encore ont pu les réaliser. Par contre, certains projets ambitieux de développement rural semblent avoir eu des effets pervers, qui n'avaient pas été prévus, sur la situation des femmes (Rey, 1989 ; Lingen et al., 1991). En effet, dans de nombreux projets d'aménagement agricole, du fait de la division traditionnelle du travail qui perdure alors que changent les méthodes agricoles, les "bénéfices" des améliorations culturelles vont plutôt aux hommes alors qu'ils se traduisent plutôt par une augmentation des temps de travaux pour les femmes.

L'amélioration des connaissances scientifiques sur la fécondité en Afrique devrait jouer un rôle crucial

Si les conférences d'Arusha et de Mexico ont été l'occasion de déclarations qui ont marqué un tournant, en réalité c'est une évolution lente, une meilleure compréhension progressive des problèmes démographiques et surtout une amélioration décisive des connaissances sur les niveaux de fécondité³ qui ont peu à peu modifié les attitudes des hommes politiques africains.

La formation de nouvelles générations de démographes, d'économistes, de sociologues africains a certainement été décisif pour une information plus endogène et donc plus "recevable" par les décideurs africains. Le fait que les enquêtes mondiales de fécondité ont mis en lumière l'importance des mécanismes de régulation de la fécondité dans les comportements reproducteurs valorisés en Afrique (allaitement prolongé, abstinence post-partum, recherche d'un espacement long entre deux naissances) a permis un dialogue plus fructueux entre décideurs et scientifiques africains. Il reste beaucoup à faire en ce domaine et l'attention parfois exclusive qui est portée à la mise en place de programmes de planification familiale et à leur adoption détourne l'attention d'autres initiatives et directions de recherche aussi, voire plus importantes.

(3) P. Gubry (1988) cite l'exemple du Cameroun, où l'estimation de la population totale à un effectif plus élevé qu'attendu, lors du recensement de 1976 et une meilleure appréciation du niveau de fécondité, plus élevé que prévu, lors de l'Enquête Mondiale Fécondité (1978) ont contribué à assouplir la position du gouvernement en matière de planification familiale.

III. DE LA DEMANDE D'ENFANTS A LA DEMANDE DE CONTRACEPTION

Bien que la pratique de la contraception progresse de façon significative dans quelques pays elle reste faible si on la compare aux efforts déployés par les programmes qui sont censés mettre les services de contraception à la disposition des couples. Comme l'a nettement souligné O. Frank (1990) le problème essentiel du ralentissement de la fécondité n'est pas un problème de mise à disposition des moyens de contraception mais un problème d'émergence d'une demande de ces services dans la population.

Dans les années soixante, on avait pourtant escompté que le désir de planifier la famille et l'accès aux techniques modernes de contraception suivraient "naturellement" l'urbanisation, la scolarisation et, plus largement ce qu'on recouvrait du terme mal défini de "modernisation". Certes, l'accès au mode de vie urbain entraîne un ensemble de changements dans les comportements familiaux, mais on avait trop vite supposé une relation forte entre l'urbanisation et le désir de limiter les naissances. La pratique de la contraception, même là où existent des services, c'est-à-dire essentiellement en milieu urbain, n'a pas atteint, loin de là, l'ampleur que l'on escomptait et l'évolution, là où on peut l'observer, est beaucoup plus lente qu'on ne l'attendait.

Premiers signes d'une croissance de la demande de contraception : Botswana, Kenya, Zimbabwe

On cite abondamment les taux de prévalence contraceptive de trois pays qui semblent avoir progressé plus rapidement que les autres, dans la décennie 80 : le Botswana, le Kenya et le Zimbabwe, dont les taux de pratique actuelle de la contraception parmi les femmes en union sont respectivement de 29 %, 18 % et 36 %, d'après les enquêtes DHS⁴ (voir tableau II).

Le Kenya a depuis 20 ans des programmes très soutenus de planification familiale au niveau national et a, jusqu'en 1985, défrayé la chronique avec ses records du monde de fécondité (8 enfants par femme). Si, au vu des résultats de l'enquête DHS, certains observateurs commentent à l'envi le début probable de la baisse de la fécondité du Kenya, c'est en raison directe de l'étonnement qu'ils éprouvaient, jusqu'en 1985, de la "résistance" de la fécondité kenyane aux changements socio-économiques, résistance dont Frank et McNicoll (1987) ont proposé une interprétation très éclairante, insistant sur le rôle crucial joué par le statut des femmes dans le lignage et dans la production.

Le Zimbabwe est un des pays d'Afrique sub-saharienne qui a expérimenté la baisse la plus remarquable de la mortalité dans l'enfance (64 pour mille ; Barbieri, 1991) et une des augmentations les plus rapides de la scolarisation des femmes.

Le Botswana, petit pays d'Afrique australe, offre des particularités socio-économiques frappantes. Depuis plusieurs générations les hommes vont vendre leur force de travail en Afrique du Sud, et les femmes chefs de ménage sont en grand nombre. Particularité étonnante : il y a plus de femmes scolarisées que d'hommes (Timaeus et Graham, 1989).

(4) Demographic and Health Survey

TABLEAU II : Pourcentage des femmes actuellement en union utilisant actuellement une méthode contraceptive

AGE	Botswana*	Burundi	Ghana	Kenya	Liberia	Mali	Ondo St. (Nigeria)	Senegal	Zimbabwe	Togo	Ouganda
15-19	14.3	0.6	2.3	6.7	2.0	1.3	1.7	0.4	28.4	2.1	1.2
20-24	31.2	0.7	3.4	11.8	4.9	1.4	2.1	0.9	41.6	1.9	1.1
25-29	38.7	1.4	4.3	16.8	6.7	1.6	3.0	2.3	43.9	2.5	1.9
30-34	36.4	1.5	6.9	22.2	6.3	1.5	4.3	4.9	43.2	3.7	2.6
35-39	35.1	1.3	5.9	22.9	5.1	1.4	5.3	3.8	30.7	4.7	6.0
40-44	29.0	1.0	9.0	21.2	5.7	0.8	4.0	1.2	26.1	4.2	5.2
45-49	11.9	1.6	4.2	17.5	7.1	0.3	3.4	2.4	17.3	3.4	2.5
Total	28.9	1.2	5.2	17.9	5.5	1.3	3.7	2.4	36.1	3.1	2.5

Source : Rapports récents des Enquêtes Démographique et de Santé : Botswana, 1989 ; Burundi, 1988 ; Kenya, 1989 ; Liberia, 1988 ; Mali, 1989 ; Ondo State, Nigeria, 1989 ; Sénégal, 1988 ; Togo, 1989 ; Ouganda, 1989.

Note : * Pour le Botswana, il s'agit de toutes les femmes.

TABLEAU III : Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le désir d'avoir d'autres enfants et l'âge actuel

AGE	Bots- wana	Bu- rundi	Ghana	Kenya	Liberia	Mali	Ondo St.	Senegal	Togo	Ouganda
<i>Ne veut plus d'enfants</i>										
15-19	10.8	1.1	0.6	9.3	1.0	1.1	0.0	1.2	1.0	0.9
20-24	10.4	2.4	3.9	18.3	6.9	3.6	0.9	1.7	4.3	3.3
25-29	26.6	10.8	11.2	39.3	9.1	5.7	2.4	7.6	9.1	11.4
30-34	32.1	23.2	23.7	56.0	19.5	13.0	9.1	19.4	28.1	22.0
35-39	45.3	38.4	35.3	67.0	25.2	22.1	19.8	36.5	40.6	37.8
40-44	48.0	46.6	48.4	78.4	35.0	44.7	44.1	50.5	56.4	50.7
45-49	52.6	60.7	55.4	81.4	47.6	56.4	71.5	59.0	68.4	59.8
<i>Veut attendre au moins deux ans</i>										
15-19	39.8	69.1	67.2	53.8	38.2	42.2	61.7	-	60.9	43.8
20-24	49.2	76.1	69.0	55.2	44.3	47.9	59.2	-	72.9	48.3
25-29	38.1	69.9	57.8	35.9	40.2	42.6	59.3	-	61.3	41.9
30-34	34.1	52.0	45.9	17.8	32.7	34.9	47.0	-	42.2	30.6
35-39	17.8	38.4	27.9	11.8	24.4	22.4	34.7	-	32.4	17.1
40-44	9.2	22.5	14.8	2.0	16.5	5.9	14.7	-	14.8	9.3
45-49	1.4	10.2	6.0	0.8	11.6	4.0	7.3	-	8.7	0.4

Source : Rapports récents des Enquêtes Démographique et de Santé : Botswana, 1989 ; Burundi, 1988 ; Kenya, 1989 ; Liberia, 1988 ; Mali, 1989 ; Ondo State, Nigeria, 1989 ; Sénégal, 1988 ; Togo, 1989 ; Ouganda, 1989.

Ces trois pays ont en commun une baisse importante de la mortalité dans l'enfance et un taux élevé de scolarisation féminine. L'annonce de la baisse de la fécondité y est si récente qu'il faut encore la considérer comme provisoire (Van de Walle et Foster, 1990).

Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne la demande d'enfants reste élevée et la pratique de la contraception faible

Tous les autres pays d'Afrique sub-saharienne pour lesquels on a des observations récentes affichent une quasi stabilité de leur niveau de fécondité et une faible pratique de la contraception. Qui plus est, la contraception, lorsqu'elle est pratiquée, semble être destinée plutôt à espacer les naissances qu'à les limiter puisqu'elle augmente peu avec l'âge des femmes observées (Van de Walle et Foster, 1990).

Dans les récentes enquêtes DHS, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfants est inférieure à 25 % jusqu'à 35 ans au Burundi, au Liberia, au Mali, dans l'Ondo State (Nigeria), au Sénégal, au Ghana et en Ouganda (voir tableau III).

Un "besoin non satisfait de planification familiale" de grande ampleur en Afrique ?

Les difficultés d'implantation de programmes de planification familiale sont bien plus celles de la demande que celles de l'offre.

Pourtant le concept de "demande non satisfaite de planification familiale" est appliqué en Afrique et d'après les analyses proposées par Westoff et Ochoa (1991) à partir des enquêtes DHS cette "demande non satisfaite" serait d'une assez grande ampleur, ce qui tendrait à conforter l'argument selon lequel il faut intensifier l'offre de planification familiale.

On peut s'étonner de lire par exemple que "50 % des togolaises ont un besoin non satisfait de planification familiale". Cela paraît difficilement compatible avec les observations démographiques et sociologiques faites dans cette région. Ce résultat est le fruit d'une définition pour le moins extensive du "besoin de planification familiale".

Les femmes qui ne désirent plus d'enfants et ne pratiquent pas de méthode de contraception sont considérées comme ayant un "besoin non satisfait de planification familiale" ce qui est justifié, mais également toutes les femmes, y compris les femmes actuellement enceintes, qui répondent ne pas vouloir d'enfant avant 2 ans, ce qui est abusif. La plupart des africaines désirent espacer leurs naissances de trois ans environ et réalisent cet espacement avec les méthodes traditionnellement à leur disposition. Ce qu'elles expriment c'est un "besoin d'espacement des naissances" mais pas nécessairement "un besoin de planification familiale" comme le laisse penser la dénomination adoptée⁵. Ce "besoin" est si mal défini que parmi les femmes qui sont censées l'éprouver une majorité déclare qu'elles n'ont pas l'intention de recourir un jour à la contraception. Si beaucoup de femmes souhaitent, en effet, maîtriser leur fécondité, plus par l'espacement que par la limitation des naissances, on ne peut en

(5) Un petit nombre de femmes, seulement, pensent qu'elles peuvent réaliser cet espacement, traditionnellement valorisé, en recourant à des méthodes modernes de contraception.

déduire qu'il s'agit d'un "besoin non satisfait de planification familiale" au sens strict du terme. Le tableau IV le montre éloquemment.

Tableau IV - Intentions quant à l'utilisation future de la contraception parmi les femmes qui ne pratiquent aucune méthode de contraception. Femmes actuellement en union susceptibles de pratiquer la planification familiale dans l'avenir ("Unmet need for family planning"). Répartition pour cent femmes.

PAYS	N'a pas l'intention d'utiliser la contraception	A l'intention d'utiliser plus tard dans l'année	A l'intention d'utiliser plus tard		Effectifs
Afrique de l'Ouest					
Ghana	57	20	23	100	2750
Liberia	57	32	11	100	3311
Mali	83	11	6	100	281
Sénégal	74	17	9	100	2986
Togo	78	15	7	100	2454
Afrique de l'Est					
Burundi	56	12	32	100	2436
Kenya	34	53	13	100	3483
Ouganda	71	12	17	100	302
Zimbabwe	40	35	25	100	1504
Afrique Australe					
Botswana	40	47	13	100	2740

Source : Westoff et Ochoa, 1991

Ce concept de "besoin non satisfait de planification familiale" est d'autant plus critiquable qu'il est abondamment repris dans des actions d'Information, Education et Communication (IEC) où, bien sûr, on néglige d'expliquer sur quelle base ont été estimés ces fameux "besoins" et que ne ressortent des documents de vulgarisation que des phrases du type de celle que j'ai citée plus haut pour le Togo. Cet exemple aurait peu d'intérêt s'il s'agissait uniquement d'une querelle de définition, mais à bien y regarder, le choix des termes et l'interprétation des résultats d'enquêtes est lourd de conséquences, car en disant que de nombreuses femmes ont un "besoin non satisfait de planification familiale" on accrédite l'idée que la solution du problème de la maîtrise de la fécondité réside, non pas dans des actions d'ensemble pour le développement, mais tout simplement dans la planification familiale, puisque les femmes en ont "besoin".

Encore une fois les gouvernements africains sont incités à développer l'offre de planification familiale comme principale réponse à une situation qui, en fait, ne peut changer si d'autres améliorations n'ont pas lieu, spécialement en ce qui concerne l'éducation, la condition des femmes et les infrastructures sanitaires. Loin de nous l'idée de nier qu'il existe une "demande de planification familiale" -les avortements dans les milieux urbains, surtout parmi les jeunes, sont là pour l'attester- mais elle n'est pas toujours identifiée comme telle. L'offre de planification familiale est, bien entendu, nécessaire mais, à méconnaître la nature réelle de la demande des femmes, on risque de faire erreur dans les stratégies à mettre en place. Les expériences des vingt dernières années sont là pour le prouver.

IV. LES POLITIQUES DE FECONDITE DOIVENT DEPASSER L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe sont les trois pays dans lesquels les enquêtes DHS ont mis en évidence une diffusion assez large de la pratique de la planification familiale et une amorce de baisse de la fécondité. Dans tous les autres pays où a eu lieu l'enquête DHS, le faible impact des services de planification familiale, même sur la frange de la population qui est déjà motivée et représente une "clientèle potentielle", est manifeste et devrait conduire à des politiques d'incitation à la maîtrise de la fécondité plus innovatrices et surtout conçues en fonction de la connaissance des sociétés dans lesquelles elles sont proposées.

Or, les enquêtes anthropologiques et démographiques, les programmes multinationaux et surtout la participation croissante des chercheurs africains eux-mêmes à la compréhension des stratégies démographiques des familles, ont beaucoup apporté et on peut en inférer de nouvelles orientations sur ce que pourraient être, à notre sens, des politiques d'incitation à la maîtrise de la fécondité.

Une stratégie globale pour promouvoir des politiques de maîtrise de la fécondité

Les différentes étapes à franchir peuvent se résumer comme suit :

- 1*) Continuer les efforts pour "sensibiliser" les décideurs africains à l'importance des problèmes de population pour le développement futur de leur pays.
- 2*) Favoriser, dans la population, les actions économiques, sanitaires et de promotion de la femme, qui sont un préalable à l'émergence d'un intérêt pour la planification familiale. L'amélioration de la santé des enfants et de leur survie est, à l'évidence, un préalable à tout changement.
- 3*) Accentuer la recherche sur les déterminants des facteurs spécifiques qui influencent les comportements et attitudes vis-à-vis de la fécondité et, secondairement, des programmes de planification familiale, dans les différentes sociétés africaines, car il y aura, de plus en plus, une diversification des évolutions.
- 4*) Mettre en oeuvre des programmes de planification familiale (incluant non seulement les services de contraception mais aussi des actions de sensibilisation, d'information et de communication), en tenant compte des contextes culturels dans lesquels ils s'instaurent et des aspirations de la population.

Les actions à développer

La tâche à réaliser doit s'engager sur le long terme. Il y a donc place pour des actions nouvelles qui tiennent compte de l'expérience acquise, des succès comme des insuccès enregistrés et qui ne se contentent pas de renforcer des actions déjà engagées. Les réussites de quelques pays doivent être analysées avec soin pour en tirer les leçons, diagnostiquer les actions qui peuvent être acceptables dans un autre contexte national ou régional déterminé, et ce qui ne l'est pas.

Sensibiliser les décideurs

La sensibilisation directe des milieux politiques est une préoccupation majeure du FNUAP et de l'USAID. D'énormes efforts ont été consacrés à cet objectif, et des progrès substantiels ont été acquis. On peut néanmoins se demander si l'on n'a pas consacré des moyens trop importants à convaincre des leaders politiques dont l'adhésion était souvent de pure forme et qui sont d'ailleurs, dans la conjoncture actuelle d'émergence des aspirations démocratiques, fortement contestés par la société civile dans plusieurs pays.

Il paraît donc important que cette sensibilisation soit réorientée vers des actions différentes, à savoir, la formation "ciblée" des **cadres nationaux** à la mise en forme technique de décisions prises au niveau politique, et des **chercheurs** à l'évaluation des mesures prises aussi bien dans le court terme (coûts-bénéfice d'une politique) que dans le long terme (quels seront les effets des politiques de fécondité sur la structure sociale, les rapports entre les groupes sociaux, l'innovation économique, etc. ?).

Il faut que les déclarations politiques, si elles existent, soient "relayées" dans l'opinion publique par un **discours scientifique et technique des élites nationales** et non seulement par quelques démonstrations conçues par des experts internationaux, projections démographiques simples (simplistes ?) qui ne tiennent pas compte de la culture spécifique de chaque société.

On doit promouvoir avant toute chose des actions qui sont du registre de la **formation** :

- (a)- *Appuyer les programmes internationaux d'enseignement en Population et développement* ;
- (b)- *Susciter des enseignements de second cycle* dans toutes les universités, afin que les étudiants en économie, en sociologie, en agronomie et *surtout en médecine* connaissent les mécanismes essentiels de la dynamique démographique et puissent apprécier l'intérêt de tel ou tel programme d'intervention sur la fécondité, voire soutenir et prolonger les décisions prises au niveau politique⁶ ;
- (c)- *Financer des recherches* dans les *institutions africaines*, sur les déterminants fondamentaux des comportements de reproduction dans les milieux et sociétés des pays concernés, sur les effets des programmes de fécondité, sur les conditions requises pour que l'argent n'y soit pas investi en pure perte, sur les méthodes de planification familiale les plus acceptables dans chaque contexte social et culturel, sur les moyens les plus adaptés de faire passer des "messages" dans la population ;
- (d)- *Promouvoir des manuels scolaires* sur les questions de population et l'éducation sexuelle ;
- (e)- *Développer les campagnes d'information* adaptées au contexte local dans le domaine de la planification familiale.

Faire changer la condition féminine

C'est un domaine où les transformations apparaissent, de plus en plus, comme un "pré-requis" au succès des actions directes sur la fécondité. Mais, bien que cette "rubrique" figure au fronton de tous les projets de population, peu de projets vraiment efficaces ont vu le jour. La plupart des actions à entreprendre s'attaquent à des normes culturelles et à des pouvoirs qu'il n'est pas aisé de remettre en question. Les

(6) Le Réseau Interuniversitaire Africain pour le Développement et l'Etude de la Population (RIADEP) coordonne des actions en ce sens.

programmes ne peuvent être définis qu'à partir de la connaissance de la société où on veut les implanter et avec la participation de "groupes de pression" fortement motivés.

L'exemple de la Tunisie est frappant. Dans ce pays le changement assez rapide en matière de fécondité trouve son explication première dans l'adoption, à l'instigation du Président Bourguiba, d'un code de statut personnel novateur (1960), qui mettait au premier plan la transformation du statut des femmes. Cette option n'en est pas restée au discours politique mais a été traduite dans les faits. On en voit maintenant les effets en termes de fécondité.

Quelques suggestions peuvent être formulées pour l'Afrique sub-saharienne. Le statut de la femme y est empreint d'une relative autonomie économique (en Afrique de l'Ouest côtière notamment) qui, curieusement, va de pair avec une grande dépendance socio-juridique et culturelle. Il ne s'agit donc pas de mener des actions pour faciliter l'accès des femmes à l'emploi : presque partout, les femmes africaines travaillent, et plus que les hommes.

Il faut améliorer le statut des femmes dans leur activité économique actuelle, c'est-à-dire, améliorer leurs moyens de production, leur autonomie dans les décisions de production et dans la disposition du revenu produit, leur capacité à se maintenir en bonne santé, par un accès convenable aux moyens de se soigner et de mettre au monde des enfants dans de bonnes conditions.

Il faut, sur le plan social, privilégier tout ce qui est destiné aux femmes : maternités, centres de soins, centres de formation. Là où les sociétés sont très inégalitaires, il n'est pas inutile que des actions spécifiques s'efforcent de faire changer les attitudes à l'égard des groupes défavorisés, que ce soit les femmes ou d'autres "minorités" d'ailleurs.

Il est, bien entendu, nécessaire que les législations inégalitaires soient revues, là où elles existent, que des codes de la famille préservant l'égalité des droits entre hommes et femmes soient adoptés, mais ce sont là des mesures qui n'auront pas d'effet notable à moyen terme sur une grande partie de la population.

Concrètement, on peut proposer :

(a)- que, bien évidemment, on se décide à faire de la scolarisation féminine un "impératif catégorique" des actions gouvernementales dans le domaine de la fécondité ;

(b)- que *tout projet de développement* -surtout les projets agricoles et d'artisanat- comporte obligatoirement une étude de l'impact que pourra avoir le dit projet sur la situation des femmes. On commence à disposer de plusieurs études qui montrent que des projets de développement ont renforcé la position dominante des hommes et accru la situation de dépendance des femmes ;

(c)- que *chaque projet*, au vu des études, adopte des mesures spécifiques pour améliorer le statut des femmes, c'est-à-dire avant tout leur capacité à générer des revenus et des connaissances dont elles puissent disposer effectivement ;

(d)- enfin que *les coopératives féminines*, les groupes associatifs de femmes soient systématiquement favorisés, aidés, encouragés. C'est en leur sein que se produiront peut-être un jour les prises de conscience collectives nécessaires à un changement dans les attitudes vis-à-vis de la fécondité.

Assurer à toutes les familles, l'accès aux soins de Santé Primaire

Malgré le changement de cap opéré à Alma-Ata, "la santé pour tous" est encore une utopie. L'esprit d'Alma-Ata est loin d'avoir modifié les structures sanitaires africaines. Il y a encore beaucoup à faire quand on voit dans quelle pénurie se débattent beaucoup de postes de santé ruraux et comment les décisions de Santé Publique restent figées dans une centralisation excessive.

On sait maintenant que la planification familiale ne s'implante que très difficilement dans des milieux où la mortalité des enfants reste élevée. Mais, dans la mesure où l'on préconise l'implantation des services de planification familiale dans les structures de santé, il faut ajouter que la planification familiale n'existera jamais à partir de dispensaires où on manque de tout. On ne viendra pas chercher la pilule contraceptive là où on manque de nivaquine et d'aspirine.

Dans une optique "d'accompagnement" à des programmes de fécondité il est de toute première importance de promouvoir l'amélioration des conditions d'accouchement et le traitement de toutes les maladies qui sont occasionnées par les accouchements, ainsi que les soins concernant les maladies sexuellement transmissibles et la lutte contre l'infécondité qui en est souvent une conséquence et dont la crainte éloigne beaucoup de femmes de la pratique de la contraception.

Actions directes en matière de planification familiale

Là où la demande de planification familiale existe, elle doit être satisfaite. Les meilleurs agents de diffusion de la planification familiale seront les femmes et les hommes qui auront trouvé une réponse adéquate à leur demande pour maîtriser leur fécondité et non pas ceux qui auront été contraints à la "clandestinité contraceptive" et à l'utilisation de moyens plus ou moins inefficaces.

Les projets actuellement en cours rencontrent difficilement cette clientèle potentielle, pour des raisons diverses que nous avons rapidement évoquées, mais qu'il faudrait évaluer dans chaque contexte politique, économique et social. Nous nous en tiendrons donc à des remarques ayant un certain caractère de généralité.

L'implantation d'activités de planification familiale

A la politique des grands programmes nationaux insérés dans un Ministère de la Santé, qui se montrent souvent très peu efficaces, nous préférons une politique d'implantation de programmes, au sein de projets de développement et d'appui à des initiatives locales, notamment via les ONG, partout où on pourra les trouver.

Ce type d'implantation demande une bonne connaissance du milieu, et un plus grand effort d'imagination et d'administration dans la première phase, mais ils seront probablement plus efficaces parce que plus proches de la population et de ses besoins.

Dans les milieux scolarisés, surtout en ville, il y a un foisonnement de groupes associatifs souvent bien organisés, animés d'un esprit de groupe très vif. Certains d'entre eux seraient des lieux privilégiés de libre discours sur la planification familiale et quelques-uns pourraient même participer à des programmes de planification familiale. Il y a en leur sein d'excellents leaders d'opinion qui peuvent jouer un rôle important dans les programmes d'Information, Education, Communication.

Il faudrait donc identifier systématiquement les associations et ONG implantées au niveau local qui pourraient accueillir, soit des actions de sensibilisation à la planification familiale, soit des services de planification familiale et ne développer de grands projets nationaux que dans un stade ultérieur en tenant compte des expériences "réussies" à un niveau plus décentralisé qui ont prouvé leur efficacité.

L'implantation urbaine est une priorité. Plutôt que de "saupoudrer" des actions dans des milieux culturellement peu réceptifs à la planification familiale, mieux vaut répondre de façon efficace aux demandes de ceux qui ont déjà une conscience claire d'avoir besoin de moyens contraceptifs. C'est dans les villes que l'on trouve le plus de personnes susceptibles d'utiliser, en connaissance de cause, les services de planification familiale. On devrait privilégier une bonne répartition territoriale des centres de planification familiale, au moins dans toutes les villes, dans un premier temps, et, subsidiairement, en organiser la supervision et la coordination (fourniture des contraceptifs notamment).

Le contenu des projets de planification familiale

Il faut, au niveau des services de planification familiale, concevoir des prestations qui répondent au mieux aux besoins d'une clientèle potentielle dont la demande est souvent ambivalente : désir de contraception mais aussi crainte plus ou moins sous-jacente de toucher à la fécondité.

Pour que cette demande soit reconnue et admise socialement, il faut qu'elle s'exprime autrement que par le recours à l'avortement et aux achats clandestins de contraceptifs. Il faut donc encourager tout ce qui favorise le débat public sur ces problèmes.

Il faut renforcer tout ce qui peut accroître le sentiment de sécurité des utilisateurs. La méfiance, l'anxiété devant des techniques nouvelles touchant à la fécondité sont en filigrane dans tout le "discours" privé et public sur la contraception. L'insécurité est partout dans les familles africaines : économique, démographique (fréquence de la mortalité infantile), matrimoniale (ruptures d'unions), métaphysique (peur des puissances occultes). Il faut que les services de planification familiale soient des "zones de sécurité".

Là encore, il importe de partir des connaissances des clients potentiels pour greffer de nouvelles informations sur la reproduction et ses mécanismes, pour concevoir des services où les clients puissent dialoguer, où on prenne le temps de les écouter, afin d'inscrire la relation de conseil en planification familiale dans la durée. Beaucoup de demandes de planification familiale sont fugaces et ne conduiront à l'adoption de nouveaux comportements que si elles sont soutenues par des rencontres régulières au service de planification familiale.

Compte-tenu de la fréquence de leur utilisation, il convient de ne pas rejeter les méthodes dites "naturelles" -essentiellement l'abstinence périodique- parce qu'elles sont très proches, culturellement, des comportements valorisés dans la société (abstinence post-partum notamment). Quel que soit leur niveau de risque, il ne faut pas décourager leurs utilisateurs puisqu'elles représentent une première approche d'une attitude nouvelle, celle du contrôle volontaire sur la fécondité.

V. VUE D'ENSEMBLE

De ce que l'on sait sur la transition de la fécondité dans les pays en développement, on peut inférer qu'il y a deux "voies" principales qui conduisent à la limitation de la fécondité : la coercition et le progrès social.

La coercition -stérilisations plus ou moins forcées, mesures de répression, interdictions de mariage etc.- suppose une infrastructure policière et un "quadrillage" de la population qui, actuellement, n'existent dans aucun pays d'Afrique sub-saharienne au niveau de l'ensemble de la population. Cette voie est donc exclue, on ne peut pas le regretter !

Le progrès social suppose, lui aussi, des infrastructures bien réparties sur tout le pays dans deux domaines au moins : la santé et l'éducation. Les trois pays d'Afrique sub-saharienne où les programmes de planification familiale ont eu un succès notable se distinguent par des progrès très nets sur la mortalité dans l'enfance et de forts taux de scolarisation féminine.

Or on observe déjà, un peu partout en Afrique une déscolarisation ou une non-scolarisation des enfants. Le budget social des gouvernements est réduit de façon drastique, les fonds destinés à la santé, diminués. Par ailleurs, avec la diminution des revenus urbains, la suppression des emplois salariés, on voit s'accroître l'incertitude de la survie quotidienne (Mahieu, 1989). La production d'autosubsistance et le secteur informel, lui aussi fortement touché par la crise, seront les secteurs-refuge et, dans ces secteurs, avoir beaucoup d'enfants reste un avantage.

En ville, une partie des familles prend conscience du "coût" des enfants. Celles-là forment, d'ores et déjà, une clientèle potentielle pour la planification familiale. Trouvent-elles un service à la mesure de leurs attentes ? On peut en douter, quand on voit les résultats des enquêtes. En milieu rural et dans une partie des milieux urbains, dans une période où menacent les pénuries de toute sorte, les enfants et la solidarité d'une grande famille restent les meilleurs garants contre l'insécurité.

Il n'est donc pas évident que la crise économique grave qui étreint les pays d'Afrique sub-saharienne soit un facteur de baisse de la fécondité, comme certains le laissent entrevoir.

Les politiques de fécondité, selon toute probabilité, ne peuvent pas faire l'économie d'une amélioration significative de deux conditions préalables, au moins : la santé et l'éducation féminine. Les politiques dites "de fécondité" ne sauraient se limiter à l'offre de services de contraception. Elles doivent, résolument, s'inscrire dans des politiques de "changement social".

BIBLIOGRAPHIE

BARBIERI M., 1991, *The socio-economic context of infant and child mortality in Sub-Saharan Africa*. DHS World Conference, 5-7 août 1991, Washington.

CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1987, The religious and cultural context of high fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, n° 3.

FRANK O., 1990, The demand for fertility control in Sub-Saharan Africa. In Acsadi G.T.F. et al., *Population growth and reproduction in Sub-Saharan Africa, technical analysis of fertility and its consequences*. World Bank symposium, Washington D.C., p. 186-198.

FRANK O., McNICOLL G., 1987, An interprétation of fertility and population policy in Kenya. *Population and Development Review*, vol. 13, n° 2, p. 209-244.

GAUVREAU D., GREGORY J., KEMPENEERS M., PICHE V. eds, 1986, *Démographie et sous-développement dans le Tiers-Monde*. Montréal : McGill University.

GUBRY P., 1988, Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un antinatalisme modéré ? *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 24, n° 2, p. 185-198.

LINGEN A. et NUGTEREN, M., 1990, *Thematic evaluation on the integration of women in rural development*. Synthesis report, BMB, Tilburg, the Netherlands.

LOCOH T., 1989, *Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple de Togo*. Les Dossiers du CEPED, n° 6, Paris : CEPED, 20 p.

LOCOH T., WOLFSON M., 1989, Les politiques de fécondité et de planification familiale en Afrique. In Tabutin D. ed., *Population et environnement*. Rapport présenté à la commission des communautés européennes, Bruxelles.

MAHIEU F.R., 1989, Transferts et Communauté africaine. *Stateco*, n° 58-59, juin, p. 107-135.

REY S., 1989, *Entre avec la fraîcheur dans la maison : Schémas de reproduction, statut de la femme et transformation des milieux en pays Moba-Gourma*. Thèse d'Etat pour le doctorat ès sciences, Université d'Aix-Marseille.

SALA-DIAKANDA D.M., 1990, Transmission internationale en Afrique subsaharienne de l'expérience en matière de population. In United Nations ed., *International transmission of population policy experience*. New York, p. 167-183.

SALA-DIAKANDA D.M., 1991, De l'émergence de politiques de population en Afrique. *Politique africaine*, n° 44, déc. 1991, p. 37-50.

TIMAEUS I., GRAHAM W., 1989, Labor Circulation, Marriage and Fertility in Southern Africa. In Lesthaeghe R. ed., *Reproduction and Social Organisation in Sub-Saharan Africa*. University of California Press, p. 365-400.

UNITED NATIONS, 1988, *World Population Trends and Policies, 1987, Monitoring report*. New York.

VAN DE WALLE E., FOSTER A., 1990, *Fertility decline in Africa : Assessment and prospects*. World Bank Technical Paper n° 125, Africa Technical Department Series, Washington : World Bank, 63 p.

WESTOFF C.F., OCHOA L.H., 1991, *Unmet need and demand for family planning*. DHS Comparative Studies, n° 5, I.R.D., Columbia.

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. Ils sont distribués sur demande à toute personne intéressée. 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. La documentation du CEPED souhaite simplement recevoir un exemplaire des publications ainsi réalisées.

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. Si l'article concerne un pays ni francophone, ni anglophone, il est demandé de faire figurer également les mêmes éléments dans la langue du pays. 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 PRECEDEMMENT 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. 35 p. *Epuisé.*

N° 2 - **GUBRY (Patrick), SALA DIAKANDA (Mpembele)**, 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances. 48 p. *Epuisé.*

N° 3 - **LOCOH (Thérèse)**, 1988, La fécondité en Afrique Noire : un progrès rapide des connaissances, mais un avenir encore difficile à discerner. iv-24 p. *Epuisé.*

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. iv-43 p. *Epuisé.*

N° 5 - **GUBRY (Patrick)**, 1988, Rétention de la population et développement en milieu rural : A l'écoute des paysans mafa des monts Mandara (Cameroun). 24 p. *Epuisé.*

N° 6 - **LOCOH (Thérèse)**, 1989, Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo. 22 p. *Epuisé.*

N° 7 - **GENDREAU (Francis), CANTRELLE (Pierre)**, 1989, Prospective des déséquilibres mondiaux. Démographie et santé. 33 p. *Epuisé.*

N° 8 - **LE CHAU, PAPAIL (Jean)**, 1989, Transformations agraires et mobilités de la main-d'oeuvre dans la région Nord-Andine de l'Equateur. 18 p.

N° 9 - **VERON (Jacques)**, 1989, Eléments du débat Population Développement. 48 p. *Epuisé.*

N° 10 - **CANTRELLE (Pierre), LOCOH (Thérèse)**, 1990, Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest. 36 p. *Epuisé.*

N° 11 - **CHARMES (Jacques)**, 1990, Deux études sur l'emploi dans le monde arabe. 37 p.

N° 12 - **ANTOINE (Philippe), NANITELAMIO (Jeanne)**, 1990, La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan et Brazzaville. 27 p.

N° 13 - **FILIPPI (Véronique), GRAHAM (Wendy)**, 1990, Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des soeurs. 29 p.

N° 14 - **ASSOGBA (L.N. Mensan)**, 1990, Statut de la femme, structures familiales, fécondité : Transitions dans le golfe du Bénin. vi-28 p. *Epuisé.*

N° 15 - EVINA AKAM, 1990, La mesure de l'infécondité et de la sous-fécondité. iv-39 p.

N° 16 - TABAH (Léon), 1991, Dix problèmes de population en perspective. Hommage à Jean Bourgeois-Pichat et à Alfred Sauvy. 31 p.

N° 17 - KEUMAYE IGNEGONGBA, 1991, La fécondité en Mauritanie. 39 p.

N° 18 - BARBIERI (Magali), 1991, Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde. 40 p.

Composition : CEPED

**Reproduit par SPIT
16, rue Jean Mermoz
ZAE St Guénault
Courcouronnes
91031, EVRY Cedex
Tél. : (1) 60 78 27 36
Télécopie : (1) 60 77 10 98**

Dépôt légal 1er trimestre 1992



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 (Zaïre oriental).
Reproduit avec l'aimable autorisation
du Musée Royal de l'Afrique Centrale
(Tervuren, Belgique).
Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM

