


NATIONS UNIES  
CONSEIL  
ECONOMIQUE  
ET SOCIAL



Distr. LIMITEE   
E/ECA/POP/5  
18 octobre 1983  
FRANCAIS  
Original :  
ANGLAIS

DOCUMENTS OFFICIS

PHILIB COPY

NO TO BE TAKEN OUT

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

Deuxième Conférence africaine sur  
la Population

(organisée en coopération avec le Fonds des  
Nations Unies pour les activités en  
matière de Population)

Arusha (République-Unie de Tanzanie)

9 - 13 janvier 1984

Point 8 de l'ordre du jour.

STRATEGIES ET PLANS POUR LA SANTE, LE BIEN-ETRE  
ET LA PLANIFICATION DE LA FAMILLE EN AFRIQUE\*

TABLES DES MATIERES

PARAGRAPHERS

I. Introduction	1
II. Les conditions démographiques en Afrique	2 - 5
III. Les politiques pour faire face à ces conditions	6 - 9
IV. Les stratégies des pays choisis	10 - 32
V. Conditions requises pour assurer l'efficacité des programmes	33 - 38

\* Rédigé par Sarah Loza (Commission de la Population et du Planning familial, le Caire, Egypte).

Pour des raisons d'ordre techniques, la présente traduction n'a pas été révisée. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Organisation des Nations Unies.

## I. INTRODUCTION

1. L'objectif de ce rapport est d'indiquer les stratégies en matière de santé et de planification de la famille. La deuxième partie de ce document traite de la situation démographique et la troisième porte sur les politiques adoptées pour faire face à cette situation. La quatrième partie présente une sorte d'étude de cas de trois pays afin d'observer les réussites et les échecs des programmes dans ces pays. La cinquième partie examine l'efficacité relative des mesures prises dans ces trois pays et formule des recommandations.

## II. LES CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES EN AFRIQUE

2. L'Afrique est une région qui doit encore lutter pour mettre au point et mettre en oeuvre des stratégies pouvant assurer des interventions et des adaptations plus efficaces et effectives de ses processus démographiques dans le but d'accroître le bien-être de ses populations. L'Afrique a le taux de croissance démographique le plus élevé du monde. Les taux de mortalité, en baisse, sont néanmoins toujours élevés. Les taux de fécondité se maintiennent à des niveaux élevés ou alors sont en hausse. Pour être à égalité avec les autres pays en développement et pour combler le fossé qui s'est creusé, l'Afrique a besoin d'approches qui produiraient des résultats spectaculaires dans une période relativement courte. Actuellement, avec les ressources limitées dont on dispose tant sur le plan national que sur le plan international, il est nécessaire de fournir des efforts concertés afin d'utiliser les maigres ressources disponibles pour améliorer les conditions de vie.

3. En 1980, on estimait que la population africaine se chiffrait à 470 millions, ce qui représentait 11 p. 100 de la population mondiale. Avec le taux moyen actuel de croissance démographique qui s'élève à 3 p. 100, la population va doubler d'ici l'an 2000 et atteindra 850 millions (Tabah 1982 : 4).

4. Le taux de natalité en Afrique se situait aux alentours de 46 p. 1000 entre 1970-1975, comparé aux 34-41 p. 1000 dans les autres pays en développement. L'Afrique de l'Est a les taux de fécondité totale les plus élevés, entre 5,5 et 8,1, vient ensuite l'Afrique du Nord (5,3-7,4), puis l'Afrique de l'Ouest (5,3-7,0) (Tabah 1982 : 5). Quelques pays connaissent en ce moment une baisse de la fécondité, mais les autres pays africains ont des taux de fécondité élevés et stables, certains connaissent même des hausses dans leurs taux de fécondité. Les pays à faible taux de fécondité ont tendance à souffrir de sous-fécondité et d'infécondité. On pense que cet état de chose va changer avec les efforts de développement. Une fécondité élevée est en partie le résultat du désir intrinsèque d'avoir de grandes familles basées sur des mariages précoces et universels, de faibles niveaux d'éducation pour les femmes, des femmes engagées dans des activités qui ne vont pas à l'encontre de la tâche qui consiste à élever les enfants, et des enfants qui assurent à leurs parents une sécurité sur le plan économique et pour leurs vieux jours.

5. L'Afrique est par ailleurs victime de taux élevés de mortalité et de morbidité. L'espérance de vie à la naissance est passée de 37,3 ans en 1950-1955 à 48,6 ans en 1975-1980. Ce chiffre est cependant beaucoup plus faible que l'espérance moyenne de vie à la naissance des pays en développement (55,1 ans). Les taux de mortalité infantile et juvénile sont relativement élevés, tout comme les taux de mortalité liée à la maternité (Tabah 1982 : 6; Gaisie 1980 : 17). Les services de santé modernes sont concentrés dans les zones urbaines et la majorité des populations, c'est-à-dire, les populations rurales et les pauvres ont un accès limité à la médecine scientifique et dépendent toujours en grande partie de la médecine traditionnelle (Gaisie 1982 : 20; Waife et Burkhart 1981). Des conditions sanitaires et hygiéniques inadéquates sont aggravées par le fait que le quart pratiquement de la population n'a pas accès à l'eau potable et que les trois quarts de la population ne disposent pas de système d'évacuation des déchets (Gaisie 1980 : 22). Les maladies infectieuses et parasitaires, aggravées par la malnutrition, constituent la principale cause de décès.

### III. LES POLITIQUES POUR FAIRE FACE A CES CONDITIONS

6. Le rapport de contrôle de 1981 de l'ONU sur les politiques en matière de population a identifié 19 pays (37 p. 100) qui considèrent que leurs taux de croissance démographique sont trop élevés (1982 : 6-7). Cependant les perceptions des gouvernements ne sont pas forcément en corrélation avec les taux actuels, de la croissance démographique. Parmi tous les pays qui ont estimé que leurs taux (annuels) de croissance sont de 2,5 p. 100 et plus, deux pensent que leurs taux sont bas, 10 pensent qu'ils sont satisfaisants et 13 estiment qu'ils sont trop élevés (O.N.U. 1982 : 6-7). Le nombre des gouvernements africains qui envisagent d'adopter des politiques d'intervention en vue soit d'accroître, soit de maintenir ou de baisser les taux de croissance démographique augmente progressivement. La mortalité, la fécondité, la répartition géographique et la migration sont les principaux processus démographiques que l'on peut prendre en considération pour contrôler l'évolution de la population. Ainsi un nombre important de gouvernements pensent qu'il leur faut intervenir dans l'un ou l'autre de ces processus. Aussi un nombre croissant de gouvernements pensent que les politiques socio-économiques sont non seulement nécessaires pour faire face aux tendances de la population mais qu'elles sont capitales pour modifier ces tendances.

7. La réduction de la fécondité est considérée par certains pays africains comme un moyen nécessaire pour réduire les taux de croissance démographique afin d'améliorer les efforts de développement national. D'autres pays voient dans la réduction de la fécondité une mesure pour améliorer le bien-être des individus et des familles. Il existe une gamme d'actions utilisées par les gouvernements pour modifier le comportement procréateur des couples et pour améliorer leur niveaux de vie. Certains gouvernements ont recours à des mesures juridiques pour légaliser le recours à la contraception, l'avortement et la stérilisation ou alors pour repousser le mariage à un âge plus avancé. D'autres introduisent des mesures techniques et administratives afin d'intégrer les services de planification de la famille dans ceux de la santé

ou dans les structures communautaires de base. Les gouvernements ont aussi utilisés des incitations et des facteurs décourageants pour renforcer les motifs d'une régulation des naissances. La publicité et les campagnes d'informations ont été utilisées pour augmenter la connaissance, la prise de conscience et apporter ainsi des changements psychologiques dans les attitudes. Certains pays ont recours aux stratégies de développement pour introduire des changements dans certains facteurs socio-économiques, à savoir, l'amélioration du niveau de l'enseignement et du statut des femmes, la redistribution des revenus et l'augmentation des gains, etc... Toutes ces options ont produit une gamme de stratégies avec des engagements plus ou moins poussés des gouvernements à agir sur les taux de fécondité des populations.

8. D'un autre côté, tous les gouvernements pratiquement souhaitent une réduction des taux de mortalité afin d'améliorer les conditions de vie et le bien-être de leurs populations. Pour atteindre leurs objectifs, certains gouvernements ont adopté une série d'actions. Ces actions comprennent la vulgarisation des services de santé, surtout dans les zones rurales pauvres; le contrôle des maladies endémiques grâce à l'amélioration de l'hygiène publique, de l'immunisation et grâce à l'amélioration des services de protection maternelle et infantile, la fourniture d'eau potable, une alimentation plus saine, des investissements dans la formation du personnel médical et dans l'enseignement médical, l'accroissement de l'intérêt de la communauté pour les questions relatives à la santé, etc... A cause des ressources limitées tant en capitaux qu'en personnel compétent, des changements sont intervenus dans les stratégies en vue d'améliorer les conditions de mortalité et de morbidité en mettant l'accent sur certains aspects des stratégies de santé primaire. Toutefois, la nouveauté de cette approche en plus des nombreuses contraintes financières, administratives, politiques et/ou structurelles, limite son incidence et sa mise en oeuvre (Tabah 1982 : 15; ONU 1982 : 29; Waifex Burkhart 1981).

9. La prolifération des systèmes politiques en Afrique va avec la prolifération des stratégies, des projets, ou alors cette prolifération est caractérisée par l'absence de tels stratégies et projets, comme par l'absence de mesures pour faire face à l'évolution de la population, aux problèmes de santé familiale et de bien-être. Ce rapport va examiner plus en détail les stratégies et projets adoptés dans trois pays : le Kenya, la Tunisie et l'Egypte. Ces pays ont été choisis parce que leurs gouvernements ont reconnu l'incidence négative des taux de croissance démographique et des conditions de mortalité et de morbidité. Ils ont des politiques bien formulées en matière de population et ont opté pour des programmes d'intervention directe ou indirecte en vue d'améliorer ces conditions pendant pratiquement 20 ans. Il s'en suit que l'analyse de l'impact de ces programmes pourrait constituer un point de départ pour les discussions sur les stratégies et programmes efficaces en vue d'améliorer le bien-être de la famille, de la mère et de l'enfant.

## IV. STRATEGIES DES PAYS CHOISIS

A. Le Kenya

10. Le Kenya a une population de 16,5 millions d'habitants et un taux (annual) de croissance de 3,9 p. 100. Ce taux de croissance démographique élevé est dû à un taux de fécondité en hausse et une lente réduction du taux brut de mortalité. Le FNUAP (1983 : 211) a estimé que le taux brut de natalité est de 53,8 p. 1000 et le taux brut de mortalité de 14,4 p. 1000. La population urbaine ne représente que 14,4 p. 100 de la population totale et, en 1972, trois quarts des ménages percevaient un revenu annuel inférieur au minimum nécessaire pour une vie décente (FNUAP 1978 : 13).

11. Le gouvernement kényan a reconnu les incidences négatives des conditions de vie de la population et a introduit par le biais du ministère de la santé, un programme de planification de la famille depuis 1969. La politique du gouvernement est de réduire le taux de croissance démographique en réduisant le taux de fécondité grâce à la fourniture sur demande de services de planification de la famille, d'information, d'éducation et de protection maternelle et infantile. Il s'en suit que le programme de planification de la famille est étroitement lié aux services de protections maternelle et infantile. Les services de planification de la famille sont gratuits dans les hôpitaux et les dispensaires.

12. L'objectif de la politique en matière de population était de promouvoir le bien-être de la famille et d'augmenter l'espérance de vie en réduisant les mortalités infantiles, juvéniles et liée à la maternité, en réduisant la fécondité par un espacement des accouchements et par une prévention des naissances non désirées plutôt que par une réduction de la dimension de la famille.

13. Aucun effort consciencieux n'est fourni en vue d'introduire des changements institutionnels qui s'opposent au principe des grandes familles. La politique générale de développement du gouvernement vise à combler le fossé entre le développement des zones urbaines et celui des zones rurales. La réalisation de cet objectif se fera en augmentant les possibilités d'emploi dans les zones rurales, en y élevant et en y améliorant le niveau des services y compris les services de la santé et de l'éducation, la construction des routes, et la fourniture de sources d'eau potable (FNUAP 1978 : 15).

14. Bien que le gouvernement kényan s'appuie fortement sur les plans sectoriels de développement et concentre ses efforts sur le développement des zones rurales, les objectifs en matière de population ne sont cependant pas bien intégrés dans ces plans (FNUAP 1978 : 19).

15. Les activités de planification de la famille sont intégrées dans les services de la santé, en particulier dans les services de protections maternelle et infantile, Cette stratégie comporte plusieurs hypothèses. Il existe tout d'abord un lien hypothétique entre la baisse de la mortalité infantile et juvénile et la baisse de la fécondité. Deuxièmement on suppose qu'il existe une demande considérable pour la planification de la famille, par conséquent, la fourniture des services de planification familiale dans les centres de PMI fera baisser la fécondité. Troisièmement, la planification familiale est partie intégrante du concept de soins de santé primaire, en plus des services de protection maternelle et infantile, d'hygiène publique, de nutrition et de lutte contre les maladies transmissibles et contagieuses.

16. Avec le manque de personnel médical, le gouvernement a eu fortement recours à la multiplication des points de services sanitaires, aux équipes mobiles et aux centres ruraux expérimentaux de santé dirigés par des éducateurs sanitaires et des infirmières de collectivité compétentes. Le gouvernement a par ailleurs investi dans les écoles de formation d'infirmières.

17. Cette stratégie a réussi à réduire la mortalité infantile et juvénile mais n'a pu réduire la fécondité (FNUAP 1978 : 66-67). Des taux impressionnants de nouveaux adeptes ont été enregistrés (FPAK 1979), néanmoins les taux de desertion sont élevés et les contraceptifs sont utilisés pour remplacer les méthodes traditionnelles de régulation des naissances telles que l'allaitement et l'abstinence.

18. Une comparaison des données provenant de l'étude du KAP en 1966/1967 avec les résultats de l'étude sur la fécondité au Kenya en 1977/1978 a montré que les aspirations de fécondité n'ont pas changées.

Cependant grâce au programme, la connaissance des contraceptifs s'est accrue dans les zones urbaines et s'est améliorée dans les zones rurales (Thomas et Werner 1981).

19. D'autre part, l'analyse des données de l'étude sur la fécondité au Kenya indique que 87,4 p. 100 des enquêtés voulaient avoir plus de six enfants et n'utilisaient aucune méthode efficace de contraception. Ceux qui désiraient avoir moins de six enfants et utilisaient une contraception efficace ne représentaient que 4,4 p. 100 des enquêtés (Thomas et Werner 1982). Des efforts plus importants sont donc nécessaires pour lutter contre les perceptions négatives de la planification de la famille, des méthodes contraceptives et, le besoin de promouvoir les valeurs de la petite famille s'impose. L'accès (subjectif et objectif) à la contraception favorise son utilisation au moment où démarre un programme. Cependant les programmes destinés à assurer l'approvisionnement et les services et/ou à changer les attitudes auront une incidence moindre que si d'autres variables indirects étaient utilisés en même temps (Kar et Talbot 1980 : 55-57).

20. Le Kenya n'a toujours pas le "cadre social" et déploie peu "d'efforts en matière de programme" qui pourraient soutenir de façon positive le programme de planification de la famille (Freedman et Berelson 1976). Outre le besoin énorme d'améliorer l'accès aux services de santé et de planification de la famille dans les zones rurales et pour les pauvres des zones urbaines, des efforts plus considérables doivent être déployés en vue d'intégrer les dimensions de la population dans les efforts de développement.

#### B. La Tunisie

21. La Tunisie, contrairement au Kenya, a un niveau de développement plus élevé. Sur les 6,4 millions d'habitants, 52 p. 100 environ résident dans les zones urbaines avec un produit national brut moyen par tête, relativement élevé de 1 120 dollars des EU. La Tunisie a aussi un taux relativement élevé d'alphabétisation, un nombre élevé d'élèves inscrits, et une espérance de vie moyenne de 57,4 ans pour les hommes et de 58,4 ans pour les femmes (FNUAP 1981; FNUAP 1983).

22. Le taux moyen de croissance démographique de 2,5 p. 100 entre 1975-1980 qui est le plus bas en Afrique du Nord est considéré comme un taux élevé par le gouvernement tunisien à cause du taux élevé de chômage. Le gouvernement a une stratégie globale en matière de population visant à promouvoir le bien-être de la famille et à réduire le taux de croissance.

23. Le gouvernement s'est lancé dans de nombreuses activités et programmes pour atteindre ces deux objectifs. Le programme national de planification de la famille a débuté en 1966, soutenu par l'éducation dispensée à la population dans et hors des écoles. Les services de santé ont été élargis et améliorés. La législation a été utilisée afin de faciliter les pratiques contraceptives, légaliser l'avortement et la stérilisation et élever l'âge minimum au mariage des hommes et des femmes. La législation a été utilisée aussi pour améliorer le statut de la femme tunisienne en abolissant la polygamie et le droit islamique, en assurant l'égalité des sexes en matière d'emploi, en élevant l'âge minimum au travail, en dispensant un enseignement gratuit, en accordant aux ouvriers agricoles des soins médicaux gratuits et la pension de retraite, en utilisant les exonérations d'impôts, les allocations familiales et les prestations sociales pour encourager les petites familles (FNUAP 1981 : 58-59).

24. Le gouvernement s'est aussi lancé dans des programmes de développement rural en vue de réduire les inégalités régionales et de regrouper des populations très dispersées dans des nouveaux villages et accroître ainsi l'accès aux services. Les opérations de collecte de données sont considérées comme capitales et des efforts sont déployés afin de les améliorer au fur et à mesure que les données en matière de population sont intégrées dans les plans nationaux et régionaux de développement.

25. Cette stratégie globale en matière de population a permis de réduire les taux nationaux de fécondité. L'âge des femmes utilisant la contraception est passé de 30-34 à 25-29 ans. Le nombre moyen d'enfants vivants, a, selon les utilisateurs, baissé (FNUAP 1981 : 54); les taux de mortalité infantile sont tombés à 100 p. 1000 des naissances vivantes selon une estimation générale, tout comme les taux de mortalité juvénile.

26. Cependant, ce programme réussi semble piétiner. Les taux d'acceptation sont en baisse depuis 1977 (FNUAP 1981 : 55). De nombreux facteurs semblent favoriser cette évolution. Tout d'abord le réservoir des utilisateurs potentiels semble s'épuiser. Deuxièmement, il y a une connaissance et une perception accrues des effets secondaires négatifs des méthodes contraceptives qui pourraient être en train de décourager de nouveaux utilisateurs. Troisièmement, un certain pourcentage de femmes ne sont pas touchées par ces services. L'actuel ministère de l'infrastructure rurale de la santé, utilisé pour les services de planification de la famille n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble de la population rurale. Les services de protections maternelle et infantile ne couvrent que 25 p. 100 des besoins totaux (FNUAP 1981 : 2). Quatrièmement il semble qu'il y ait un fléchissement de l'élan en matière de planification de la famille et une baisse de la qualité des services. Les incitations monétaires payées aux médecins, aux sage-femmes et aux infirmières ont été supprimées et ceci a pu réduire les motivations personnelles du personnel pour le programme.

27. Une évaluation faite par une équipe parrainée par l'Agency for International Development des EU (USAID) a conclu que les "problèmes (auxquels se trouve confronté le programme de planification de la famille) sont relatifs à la gestion et sont plus de nature administrative que purement technique ou politique" (FNUAP 1981 : 59).

La mission d'évaluation des besoins du FNUAP est arrivée à la même conclusion. Les faiblesses sont dues principalement au manque de coordination et de planification concertée des nombreuses tâches qui se chevauchent et qui sont confiées à de nombreuses institutions, aux niveaux national et régional.

### C. L'Egypte

28. Au premier semestre de 1983, la population égyptienne était estimée à 46 millions avec un taux de croissance avoisinant les 3 p. 100 par an. Le taux brut de mortalité a baissé de façon constante, atteignant presque 10 p. 1000 en 1980. Le taux brut de natalité a baissé de façon considérable entre 1966 et 1972. La tendance s'est renversée et il s'est produit une hausse graduelle des taux de naissance d'année en année jusqu'en 1981. Actuellement, les estimations indiquent une baisse des taux de naissances.



29. Le gouvernement s'est alarmé devant le taux de croissance démographique et a officiellement établi en 1965 un programme national de planification de la famille visant à réduire la fécondité par la fourniture de services de planification de la famille, d'information et d'éducation. Depuis 1973, le gouvernement est devenu plus conscient des limitations de l'approche traditionnelle de la planification de la famille et plus conscient de la nature multidimensionnelle du problème national de la population : taux de croissance élevé, mauvaise répartition de la population et des caractéristiques défavorables de la population surtout en termes de santé, d'éducation et de statut des femmes. Le problème de la population a été par la suite intégré dans une approche au développement établissant un lien entre l'évolution de la population et l'environnement socio-économique. Neuf facteurs socio-économiques ont été identifiés comme étant décisifs pour l'évolution de la population et surtout pour la fécondité. Ce sont : le niveau socio-économique de la famille, l'éducation, le statut de la femme, la mécanisation de l'agriculture, l'industrialisation, la mortalité infantile, la sécurité sociale, l'information et la communication et les services de planification de la famille. La stratégie du gouvernement était de manipuler ces facteurs en même temps en vue d'apporter des changements dans le comportement procréateur des couples.

30. La responsabilité des services de planification incombe au ministère de la santé et au ministère des affaires sociales par le biais des activités des organisations bénévoles. La mise en oeuvre des programmes nationaux et sectoriels au niveau régional et à celui des villages a été confiée aux gouvernements locaux. Un programme en matière de population et de développement a été établi dans 12 régions pour soutenir et consolider les tâches en matière de planification de la famille et de population telle que le prévoit le programme local et pour promouvoir la participation de la communauté et sa préoccupation pour la planification, la mise en oeuvre et la conduite des activités qui ont des objectifs ayant trait à la population pour le bénéfice de la communauté. Une des activités générales de ce programme consiste à améliorer les compétences des conseils des gouvernements locaux, ceux qui sont élus et ceux qui sont nommés; à faire en sorte que les responsables officiels soient capables de fixer des objectifs en matière de population, d'élaborer et de mettre en oeuvre des projets et de mobiliser la participation communautaire. Ces projets comprennent des programmes de développement socio-économique basés sur la communauté, des activités culturelles pour promouvoir l'information et la communication grâce aux institutions communautaires telles que les mosquées, les clubs de jeunes et grâce aux agents de vulgarisation.

31. Le programme en matière de population et de développement (PPD) contient des plans d'évaluation périodique. Tous les résultats d'évaluation indiquent que lorsqu'on compare les villages ayant le PPD à ceux qui ne l'ont pas, on constate que le PPD a une petite incidence positive sur l'utilisation des contraceptifs et sur le comportement des femmes vis-à-vis de la contraception. La différence n'est cependant pas grande mais elle est tout de même encourageante. L'une des réussites

fondamentales du programme est le fait que les dirigeants des communautés de 70 p. 100 de tous les villages égyptiens sont maintenant conscients des problèmes nationaux et locaux dont ils débattent une fois par mois dans des comités. Ainsi le processus de décentralisation et d'intégration des problèmes relatifs à la population dans les plans locaux de développement est en cours.

32. L'Égypte, contrairement aux autres pays africains, dispose d'une infrastructure sanitaire considérable, bien répartie sur l'ensemble du territoire. Les études montrent que la plupart de ces installations sanitaires sont sous-utilisées. La qualité des services doit être améliorée, de même que celle des services de planification. Tout comme en Tunisie, les projets portant sur la santé et le bien-être de la famille souffrent plutôt des insuffisances en matière de gestion que des différences conceptuelles dans les stratégies.

#### V. CONDITIONS REQUISES POUR ASSURER L'EFFICACITE DES PROGRAMMES

33. Les trois cas examinés représentent une série de stratégies, d'objectifs et de plans destinés à promouvoir le bien-être et la santé de la famille ainsi que la planification de la famille avec différents degrés d'efficacité. Le cas tunisien semble être le plus réussi. Le gouvernement a non seulement fourni des services de planification de la famille, d'information et d'éducation en grande quantité mais il est fermement intervenu dans d'autres aspects du développement qui assurent la réussite des systèmes en matière de population et la promotion du bien-être et de la santé de la famille. Ces efforts ont été consolidés et renforcés par le niveau général de développement du pays ainsi que par son régime politique puissant et stable.

34. L'efficacité limitée des stratégies égyptiennes est due en partie au fait que l'engagement du gouvernement face à ce problème n'est pas assez ferme. En outre, la plupart des familles considèrent encore que la grande famille constitue une stratégie de survie viable pour mieux faire face aux conditions sociales et économiques existantes. Le taux élevé d'analphabétisme chez les mères, le besoin d'un appui, financier fourni par les enfants, les conditions sanitaires et de l'environnement chez les pauvres des zones urbaines et chez les populations rurales sont des facteurs qui favorisent des taux élevés de fécondité et de mortalités infantile et juvénile. Ainsi donc, la demande limitée de contraceptifs limite obligatoirement la portée que pourrait avoir le programme en cas de réussite.

35. La République du Kenya pour sa part, adopte encore une approche traditionnelle de la planification de la famille. Cette approche est destinée à promouvoir le bien-être de la famille. Dans les pays où les grandes familles sont considérées comme un reflet des conditions socio-économiques existantes, l'efficacité des programmes sanitaires pour la famille sera limitée à moins qu'ils ne soient intégrés dans les politiques globales de développement.

36. Une partie de la stratégie de développement vise à mieux informer les ménages et à mieux leur faire prendre conscience des problèmes ayant trait à la santé, la planification et le bien-être de la famille. Les activités de vulgarisation telles que celles menées par l'éducateur sanitaire au Kenya et le visiteur sanitaire à domicile ou Raida Rifia (la femme pionnière des zones rurales) en Egypte, peuvent améliorer le niveau de l'éducation sanitaire. Ces programmes doivent être une partie importante de tout projet plutôt qu'un simple produit. D'autre part, il est nécessaire d'avoir un plan bien coordonné pour les activités relatives à l'information, l'éducation et la communication et qui utiliseraient les moyens des mass-média ainsi que ceux formels et non-formels de l'enseignement afin d'assurer l'éducation sanitaire des populations à l'école et en dehors de l'école.

37. La coordination horizontale et verticale des activités sectorielles est aussi un aspect important de la gestion pour la réussite des stratégies et des plans. La coordination est souvent absente même dans les institutions de donateurs étrangers. La coordination pourrait être améliorée en encourageant le déploiement d'efforts soutenus d'évaluation et de recherche avec une diffusion adéquate des résultats parmi les décideurs et les autres chercheurs.

38. Pour qu'un programme, quel qu'il soit, s'avère efficace, une attention égale doit être accordée à l'offre et à la demande. L'efficacité du service est aussi important que la demande effective de ce service. Les interventions pour fournir des services ou pour améliorer leur qualité doivent aller avec des interventions pour augmenter la demande de ce service. C'est particulièrement le cas lorsque le service nécessite des actions innovatrices ou des changements dans les comportements établis des peuples.

REFERENCES

- Gaisie, S.K., 1980, "Considérations sur les causes socio-économiques de la mortalité en Afrique tropicale". Bulletin démographique des Nations Unies, No. 13 : p. 17-27.
- Brown, Judith E., 1981, "Polygyny & Family Planning in Sub-Saharan Africa". Studies in Family Planning, Vol. 12, No. 8/9, pp. 322-326.
- Dow, Thomas E., & Linda H. Werner, 1983, "Perceptions of Family Planning Among Rural Kenyan Women", Studies in Family Planning, Vol. 14, No. 2 : 35-42.
- Dow, Thomas E., & Linda H. Werner, 1982, "Modern, Transitional and Traditional Demographic and Contraceptive Patterns among Kenyan Women", Studies in Family Planning, Vol. 13, No. 1 : 12-23.
- Dow, Thomas E., & Linda H. Werner, 1981, "Family Size & Family Planning in Kenya : Continuity and Change in Metropolitan & Rural Areas", Studies in Family Planning, Vol. 12, No. 6/7 : 272-277.
- Freedman, R., & B. Berelson, 1976, "The Record of Family Planning Programs", Studies in Family Planning, Vol. 7, No. 1.
- Gawtkin, Davidson R., Janet R. Wilcox, & Joe D. Wray, 1979, Can Intervention Make a Difference ? The Policy Implications of Field Experiment Experience. A report to the World Bank.
- IPPF, 1976, Family Planning Association in Kenya : A Program Review. IPPF, EPA Team Mission Report.
- Kar, Snehendu B., & John M. Talbot, 1980, "Attitudinal and Nonattitudinal Determinants of Contraception : A Cross-Cultural Study", Studies in Family Planning. Vol. 11, No. 2 : 51-64.
- Kelley, Allen C., Atef M. Khalifa, & M. Nabil El-Khorazaty, 1982, Population & Development in Rural Egypt. Durham : Duke Press Policy Studies.
- Khalifa, Alef M., et. al., 1982, Family Planning in Rural Egypt 1980 : A Report on the Results of the Egypt Contraceptive Prevalence Survey. Population and Family Planning Board, Westinghouse Health Systems.

Research and Evaluation Unit, Family Planning Association in Kenya, 1979, Family Planning Clients Attending FPAK Clinics. Unpublished report.

Supreme Council for Population & Family Planning, 1980, National Population, Human Resources Development and Family Planning. Cairo : Population & Family Planning Board.

Tabah, Leon, 1982, "Africa Fastest in Growth Rate", Populi, Vol. 9, No. 1 : 3-26.

UNFPA, 1983, Population Programmes & Projects : Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World 1981/1982.

United Nations, 1982, World Population Trends & Policies : 1981 Monitoring Report, Vol. II, Population Policies. Department of international Economic & Social Affairs Population Studies, No. 79, New York.

UNFPA, 1981, Arab Republic of Egypt : Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance. New York, Report No. 37.

UNFPA, Tunisia : Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance Report No. 45, Nov. 1981,

UNFPA, 1978, Kenya : Report of Mission on Needs Assessment for Population Resources, No. 15.

Weiso, Eugene, & A.A. Udo, 1981, "The Calabar Maternal & Child Health/Family Planning Project". Studies in Family Planning, Vol. 12, No. 2 : 47-57.