

56308



Distr. : LIMITEE

E/ECA/PSPI.9/7
10 mars 1996

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

Neuvième session de la Conférence des planificateurs,
statisticiens, spécialistes de la population et de
l'information africains

Addis-Abeba, Ethiopie
11-16 mars 1996

**LA PLANIFICATION FAMILIALE TELLE QUE PERCUE DANS
LE CONTEXTE DES VALEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELLES
DANS LES ETATS MEMBRES DE LA CEA**

I. INTRODUCTION

1. Dans les pays africains la planification familiale est pratiquée depuis très longtemps pour espacer des naissances sur la base des valeurs traditionnelles et culturelles. Cependant, en tant que programme, il est relativement nouveau dans bon nombre d'entre eux. Les pratiques culturelles et traditionnelles étaient vigoureusement appliquées dans la plupart des pays africains pour espacer les naissances afin d'améliorer la santé des mères et des enfants et non pour limiter la taille des familles. Du fait de la modernisation, ces pratiques ont été appliquées avec moins de rigueur et le résultat en a été des intervalles plus courts entre les naissances et des taux de fécondité élevés. Au sens moderne, les activités de planification familiale comprennent la fourniture de services d'information et de moyens pour permettre aux individus et aux couples d'appliquer ce qu'ils veulent et d'espacer les naissances en choisissant les méthodes acceptables et efficaces ainsi que les moyens qui leur conviennent. L'accent est mis sur un choix éclairé, l'accessibilité à des services de qualité et les moyens d'utiliser des méthodes efficaces modernes de planification familiale.

2. Les familles nombreuses ont toujours été prisées dans la plupart des sociétés africaines et les ressources en terres ou autres n'ont jamais posé de problème. Certaines des raisons qui expliquent la préférence pour les familles nombreuses dans beaucoup de pays africains étaient les suivantes :

- Une grande famille est une source de main-d'oeuvre et constitue une sécurité sociale pendant la vieillesse;
- Une grande famille était considérée comme un moyen de perpétuer une famille;
- Dans certaines sociétés, une grande famille était une marque de prestige pour les mères et les pères de grandes familles;
- Une grande famille était pour les mères la garantie qu'elles continuaient à accéder à la propriété après le décès du mari;
- La religion ne favorisait pas la planification familiale moderne dans de nombreux pays africains.

3. Les perceptions et attitudes mentionnées plus haut subsistent dans de nombreux pays africains, notamment dans les régions rurales. Les valeurs culturelles et sociales favorisaient les mariages précoces et la procréation jusqu'à la fin de la période de procréation d'une femme. Ces attitudes sont demeurées pratiquement les mêmes chez les populations dans les villages.

4. Au fil du temps, les difficultés socio-économiques ont commencé à se répercuter sur le bien-être des populations dans la plupart des pays africains. Les terres et d'autres ressources naturelles ont commencé à s'épuiser et en l'absence d'innovations technologiques pour produire suffisamment des biens et services pour la population, les gouvernements dans les pays africains ont eu une attitude différente à l'égard des familles nombreuses et cette tendance s'observe actuellement dans presque tous les pays africains. Les petites familles sont maintenant préconisées par les gouvernements pour a) des raisons liées à la santé de la mère, de l'enfant et de toute la famille et b) des raisons socio-économiques liées au développement économique durable des générations présentes et futures.

5. Une meilleure compréhension des relations réciproques entre la population, l'environnement et le développement a contribué à modifier les attitudes en ce qui concerne la taille de la famille et à mieux faire saisir l'intérêt d'une petite famille. La disponibilité de meilleures données sur la population, leur diffusion et leur utilisation dans la planification du développement ont contribué énormément à changer l'attitude des gouvernements. Des ateliers, séminaires, conférences au niveau national ainsi que des réunions et conférences internationales ont amené les gouvernements africains à accepter les programmes en matière de population et de planification familiale en tant

que partie intégrante de la planification du développement socio-économique et comme l'un des objectifs primordiaux à atteindre pour améliorer la qualité de vie de la population.

6. Le présent document sur "la planification familiale telle que perçue dans le contexte des valeurs socio-économiques et culturelles dans les Etats membres de la CEA" a été élaboré à la demande de la Conférence commune des planificateurs, statisticiens, spécialistes de la population et de l'information africains lors de sa huitième session tenue en 1994. L'objectif du document est d'analyser les divers facteurs qui ont fait que la planification familiale moderne s'est heurtée à une résistance générale durant les années 60 et 70, le changement d'attitude et les moyens de faire en sorte que ce changement débouche sur des programmes efficaces, spécialement dans les collectivités rurales.

7. Il semble indiqué et logique d'examiner de façon générale la façon dont la planification de la population et la planification familiale sont perçues depuis les années 80 jusqu'à ce jour et ensuite de citer quelques exemples avant d'en venir aux obstacles à la mise en oeuvre des programmes de planification familiale. Une récapitulation et des recommandations sont présentées à la fin du document.

8. Ce document s'est inspiré de diverses sources de données parmi lesquelles les travaux de recherche et les publications de la Commission économique pour l'Afrique, de divers organismes des Nations Unies et d'organisations n'appartenant pas aux Nations Unies ainsi que des publications des Etats membres sur les questions de population et de développement.

II. COMMENT LA POPULATION ET LA PLANIFICATION FAMILIALE SONT GÉNÉRALEMENT PERÇUES DEPUIS LES ANNÉES 80 À CE JOUR

9. Au moment des indépendances des années 60, la plupart des pays africains se préoccupaient surtout de développement socio-économique. Les questions de population et de développement les préoccupaient moins. De fait, les pays étaient en majorité pro-natalistes. Ainsi les questions de planification familiale dans le contexte de la régulation de la fécondité étaient des questions taboues dans la plupart des sociétés. Beaucoup de pays africains avaient adopté une législation qui ne permettait pas de fournir ou même de populariser les services de planification familiale. Ainsi, lorsque la première Conférence africaine sur la population s'est tenue à Accra (Ghana) en 1971, les questions de planification familiale n'ont pas fait l'objet d'une attention sérieuse. Même au moment de la Conférence mondiale sur la population de 1974 à Bucarest (Roumanie) les gouvernements africains estimaient en général que les taux de croissance démographique seraient réduits une fois que le développement socio-économique serait assuré. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978 a adopté la Déclaration d'Alma Ata qui, entre autres, mettait l'accent sur la nécessité de fournir des soins de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF) dans le cadre des soins de santé primaires.

10. Ce n'est qu'en 1984, à la deuxième Conférence africaine sur la population à Arusha (Tanzanie), avec l'adoption du Programme d'action de Kilimanjaro concernant la population africaine et le développement durable (PAK) qu'un consensus général s'est dégagé entre pays africains sur le rôle de la planification de la population et sur la planification familiale. Il est important de noter que le PAK indique que population et développement sont liés entre eux et que la population devrait être considérée comme une question centrale dans les stratégies et plans de développement ^{1/}. Les objectifs du PAK étaient, entre autres, améliorer la qualité de la vie des

^{1/} Commission économique pour l'Afrique Programme d'action de Kilimanjaro concernant la population africaine et le développement durable.

populations grâce à des programmes efficaces permettant de réduire les niveaux élevés de fécondité et de mortalité et de réaliser des taux d'accroissement démographique compatibles avec les objectifs de croissance économique et de développement social souhaités 2/. Ainsi l'évolution de la situation économique ne corroborait pas les points de vue antérieurs, à savoir que les grandes familles constituaient un atout.

11. Les recommandations du PAK sur la fécondité et la planification familiale à l'intention des gouvernements africains étaient : il est nécessaire d'incorporer les services de planification familiale dans les services de SMI; les individus et couples ayant besoin de services de planification familiale devraient pouvoir accéder à ces services gratuitement ou à des coûts subventionnés; divers systèmes de fourniture de services de planification familiale y compris la distribution faisant appel à la communauté; des programmes pour l'utilisation de diverses méthodes et assurer un choix libre et conscient de tous; améliorer le financement et la gestion des programmes de SMI/FP.

12. En novembre 1964, une Conférence sur la gestion de la santé en matière de procréation en Afrique sub-saharienne s'est tenue à Freetown en Sierra Leone. Elle a adopté la Déclaration de Sierra Leone qui reflétait la détermination à a) inclure la planification familiale en tant qu'élément des services de santé publique et de santé maternelle et infantile et b) faire en sorte que la planification familiale soit plus acceptée en Afrique sub-saharienne.

13. La Conférence parlementaire panafricaine sur la population et le développement tenue à Harare (Zimbabwe) du 10 au 16 mai 1986 a également exprimé son appui à la planification familiale. La Conférence a adopté une déclaration dans laquelle les parlementaires de 31 pays africains se sont engagés à adopter et à renforcer les programmes d'information et de services en matière de la planification familiale, y compris ceux des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur public.

14. En 1986, la position des gouvernements africains au sujet de la fécondité était la suivante 3/ :

- Sur 51 pays, trois pays (Congo, Guinée équatoriale et Gabon) estimaient que leurs taux de fécondité étaient trop faibles et souhaitaient les relever;
- 17 des 51 pays (Angola, Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Djibouti, Guinée-Bissau, Jamahiriya arabe libyenne, Mali, Mauritanie, Mozambique, Sao Tomé-et-Principe, Somalie, Soudan, Tchad, Togo et Zaïre) ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de leurs taux de fécondité;
- 31 pays ont estimé que leurs taux de fécondité étaient trop élevés et 21 de ces pays avaient mis en place des politiques visant à réduire leurs taux de fécondité.

15. Cependant, en 1993 comme on le voit au tableau 1, ce n'est que dans un seul pays que le gouvernement estimait que le taux de fécondité était trop bas; dans 11 pays, les gouvernements étaient satisfaits de leurs taux de fécondité et dans 41 pays, les gouvernements ont indiqué que leurs taux de fécondité étaient trop élevés. Sur ces 41 pays, 36 intervenaient pour abaisser leurs taux

2/ Ibid, p.7

3/ United Nations, World Population Trends and Policies, 1987 Monitoring Report, New York, 1988, p. 104.

de fécondité tandis que dans cinq pays, il n'y avait aucune intervention du gouvernement (voir tableau 2).

16. Dans la plupart des pays africains, les programmes de planification familiale sont intégrés dans les programmes de SMI. Il y a eu un débat très animé sur les avantages et inconvénients à intégrer la PF et les SMI. Parmi les raisons qui ont été données pour l'intégration des SMI, figurent les suivantes 4/ :

- Là où les taux de mortalité infantile et juvénile sont très élevés, il n'est pas probable que les programmes de planification familiale isolés persuadent les individus ou couples réticents à accepter la planification familiale. Les parents réagissent positivement à des programmes qui comportent des services de planification familiale dans le cadre de soins de santé à la famille visant à réduire la morbidité et la mortalité plutôt qu'à des programmes s'intéressant uniquement à la planification familiale;
- Beaucoup de travailleurs sur le terrain ont trouvé que lorsque des programmes de planification familiale ne sont pas intégrés avec ou fondés sur des soins de santé familiale fournis dans le cadre de services de santé, il est difficile de maintenir l'impact initial;
- Les méthodes contraceptives modernes du fait de leur nature même nécessitent des services de santé d'appui si on veut les administrer proprement aux couples qui les utilisent;
- De nombreux aspects des soins de planification familiale nécessitent le recours au personnel, aux compétences, aux techniques et aux installations des services de santé;
- Pour des raisons logistiques, des programmes de SMI/PF intégrés permettent la mise en commun des fonds; une meilleure supervision; une meilleure utilisation des installations et les agents sanitaires peuvent citer la planification familiale parmi les nombreuses raisons qui amènent les mères à rendre visite aux centres de santé.

Les raisons mentionnées plus haut pour l'intégration des SMI et de la PF ont été confirmées par une étude réalisée par la CEA en 1987 5/.

17. A la troisième Conférence africaine sur la population tenue à Dakar (Sénégal) en 1992, pour préparer la Conférence internationale sur la population et le développement, les pays africains ont adopté la Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable. Dans cette déclaration, il a été affirmé que la PAK demeurerait valable. Les recommandations sur

4/ ECA, "Health and Family Planning", document présenté par l'OMS à la réunion du Groupe d'experts sur les politiques et programmes nationaux en matière de population en Afrique, 11-15 novembre 1994, document E/CN.14/POP/128 de novembre 1994; et ONU, The population Debate : Dimensions and Perspectives, documents de la Conférence mondiale sur la population, Bucarest 1974; Vol. 2, New York, p. 416.

5/ Commission économique pour l'Afrique "Rapport sur les programmes intégrés de santé maternelle et infantile/de planification familiale en Afrique", ECA/POP/WP/3 [1.3 (ii)], août 1987.

la fécondité et la planification familiale ont mis l'accent sur la mise en oeuvre de programmes visant à satisfaire les besoins en matière de planification familiale, y compris les besoins des adolescents. Par ailleurs, pour l'utilisation des contraceptifs en Afrique les objectifs ont été fixés à 20% pour l'an 2000 et à 40% en l'an 2010. Les questions concernant l'amélioration de la condition des femmes grâce à l'information, à l'éducation et à la communication (IEC) ainsi que la participation des hommes à la planification familiale ont, dans la Déclaration de Dakar/Ngor, été soulignées comme étant des éléments essentiels pour des programmes réussis de planification familiale visant à atteindre les buts et objectifs de la Déclaration. Les préoccupations en matière de planification familiale et de population, exprimées dans la Déclaration de Dakar/Ngor dans le contexte du développement socio-économique sont pleinement reflétées dans le Programme d'action de la CIPD de 1994.

Tableau 1 : Estimations par les gouvernements du niveau de fécondité en 1993

Pays	Estimations des gouvernements		
	Trop bas	Satisfaisant	Trop élevé
Algérie			x
Angola			x
Bénin		x	
Botswana			x
Burkina Faso			x
Burundi			x
Cameroun			x
Cape-Vert			x
République centrafricaine			x
Tchad		x	
Comore			x
Congo			x
Côte d'Ivoire		x	
Djibouti		x	
Egypte			x
Guinée équatoriale		x	
Erythrée			x
Ethiopie			x
Gabon	x		
Gambie			x
Ghana			x
Guinée			x
Guinée Bissau			x
Kenya			x
Lesotho			x
Libéria			x
Lybie arabe jamahiriya		x	
Madagascar			x
Malawi			x
Mali			x
Mauritanie		x	
Maurice		x	
Maroc			
Mozambique			x
Namibie			x
Niger			x
Nigéria			x
Rwanda			x
Sao-Tomé et Principe			x
Sénégal			x
Seychelles			x
Sierre Leone			x
Somalie		x	
Afrique du Sud			x
Soudan			x
Swaziland			x
Togo		x	
Tunisie			x
Ouganda			x
République de Tanzanie			x
Zaire		x	
Zambie			x
Zimbabwe			x

Tableau 2 : Gouvernements ayant indiqué que le niveau de fécondité était trop élevé en 1993, selon le type d'intervention sur la fécondité

Pays	Type d'intervention sur la fécondité	
	Pour l'abaisser	Pas d'intervention
Algérie	x	
Angola		x
Botswana	x	
Burkina Faso	x	
Burundi	x	
Cameroun	x	
Cape-Vert	x	
Afrique centrafricaine		x
Comore	x	
Congo	x	
Egypte	x	
Erythrée	x	
Ethiopie	x	
Gambie	x	
Ghana	x	
Guinée	x	
Guinée Bissau		x
Kenya	x	
Lesotho	x	
Libéria	x	
Madagascar	x	
Malawi	x	
Mali	x	
Maroc	x	
Mozambique	x	
Namibie		x
Niger	x	
Nigéria	x	
Rwanda	x	
Sao-Tomé et Principe		x
Sénégal	x	
Seychelles	x	
Sierre Leone	x	
Afrique du Sud	x	
Soudan	x	
Swanziland	x	
Tunisie	x	
Ouganda	x	
République-Unie de Tanzanie	x	
Zambie		
Zimbabwe	x	
	x	
	36	5

Source : Etabli d'après United Nations, Global Population Policy Data Base 1993, New York, 1995.

Note : 34 des 36 pays intervenant pour réduire la fécondité ont indiqué qu'ils fournissaient un soutien direct à l'utilisation

18. La plupart des pays ont adopté des politiques nationales explicites en matière de population et de développement tandis que d'autres sont entrain de le faire. Comme indiqué plus haut, c'est depuis 1984 que la plupart des politiques pronatalistes sont devenues des politiques en matière de population et de planification familiale. Certains des facteurs qui ont favorisé ce changement d'attitude, comme indiqué plus haut, étaient liés à des raisons économiques et de santé ^{6/}. Des ateliers, séminaires et conférences aux niveaux national, régional et international sur les relations réciproques entre population et développement ont contribué à l'adoption de politiques globales de population et de développement dans les pays africains. La plupart de ces politiques comportent des objectifs démographiques en ce qui concerne l'accroissement démographique, la fécondité, les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle et la planification familiale pour ce qui est de l'accroissement des taux d'utilisation des contraceptifs.

III. EXEMPLES SPECIFIQUES SUR L'EVOLUTION DES ATTITUDES A L'EGARD DES QUESTIONS DE POPULATION ET DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS CERTAINS PAYS AFRICAINS

19. En 1969, des programmes de planification familiale avaient été adoptés dans huit pays africains tandis que dans 25 autres, ces mêmes programmes ont été adoptés entre 1970 et 1981 ^{7/}. Les premiers programmes de planification familiale ont été adoptés essentiellement à l'instigation de donateurs extérieurs à l'Afrique et ils mettaient l'accent sur la régulation de l'accroissement démographique grâce à la réduction de la fécondité. Une telle approche ne soulignait pas les avantages que la planification familiale apporterait pour la santé et le bien-être de la mère, de l'enfant et de la société dans son ensemble. Par ailleurs, les valeurs culturelles et coutumes des gens n'ont pas été prises en considération lors de l'adoption des programmes de planification familiale. Ce qui fait que jusqu'au début des années 80, les programmes de planification familiale se sont heurtés à des résistances.

20. Parmi les pays qui avaient des politiques explicites en matière de population et/ou de planification de la famille avant 1984 figuraient l'Egypte, le Kenya, le Ghana, Maurice, le Maroc et la Tunisie. Depuis 1984, des politiques globales en matière de population comportant un volet "planification familiale" ont été adoptées dans les pays suivants : Burkina Faso en 1991, Cameroun en 1992, Ethiopie en 1993, Gambie en 1992, Guinée en 1992, Lesotho en 1994, Libéria en 1988, Madagascar en 1990, Malawi en 1994, Mali en 1991, Niger en 1992, Nigéria en 1988, Tanzanie en 1992, Rwanda en 1990, Sénégal en 1988, Sierra Leone en 1992, Ouganda en 1995 et Zambie en 1989. Dans la plupart de ces pays, les politiques comportaient des objectifs stratégiques en ce qui concerne la réduction de la fécondité et du taux d'utilisation des contraceptifs. Dans de nombreux autres pays dont le Botswana, la Namibie et le Zimbabwe, des dispositions sont prises pour adopter des politiques explicites en matière de population.

21. On trouvera ci-après quelques exemples illustrant l'évolution des attitudes à l'égard des questions de population et de planification familiale dans certains pays africains. Ils devraient permettre de se faire un tableau général des autres pays.

^{6/} Conférence internationale sur la population et le développement, Perspective nationale concernant la population et le développement (synthèse des 168 rapports nationaux élaborés pour la Conférence internationale sur la population et le développement, 1994), p. 84, mars 1995.

^{7/} Commission économique pour l'Afrique "Report on Integrated Maternal and Child Health/Family Planning in Africa", ECA/POP/WP/87/3 [1.3 (ii)], août 1987.

22. **Cameroun** : le Cameroun avait été pronataliste. Durant la période 1960-1976, la loi interdisait la vente et la publicité des contraceptifs. Les familles nombreuses étaient subventionnées. Cependant, entre 1976 et 1985, le gouvernement a commencé des programmes de sensibilisation aux corrélations entre la population et le développement socio-économique ainsi qu'à la nécessité de modérer la croissance de la population. La loi interdisant la vente et la publicité des contraceptifs a par la suite été abrogée. Le gouvernement a alors mis l'accent sur l'éducation pour une procréation responsable. En 1985, un Comité national de la population et un Service pour la planification de la population ont été créés. Une politique nationale de la population a été finalement adoptée en 1992. Parmi les domaines soulignés dans la politique figure l'éducation de l'ensemble de la population aux questions de population, spécialement des adolescents afin de leur permettre d'être des parents responsables.

23. **Egypte** : les cliniques de planification familiale ont commencé à fournir des services en Egypte en 1955. La Charte nationale de 1962 stipulait que la population constituait l'obstacle le plus dangereux qui se posait au peuple égyptien dans son désir de relever le niveau de production de manière efficace. Elle stipulait en outre que les efforts en matière de planification familiale devaient s'appuyer sur des méthodes scientifiques modernes 8/. En 1965, un Conseil suprême pour la planification familiale a été établi lorsque la politique en matière de population de l'Egypte a été définie pour la première fois. Cette politique a été révisée en 1973, en 1975, en 1980 et en 1986.

24. La réduction du taux d'accroissement de la population a été constamment l'un des objectifs de la politique en matière de population et la planification familiale constitue un des moyens de faire baisser le taux de fécondité. Le rapport national à la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 a réaffirmé que le taux d'accroissement démographique de l'Egypte était trop élevé et compromettait le développement socio-économique de la nation. Parmi les mesures que le gouvernement a prises pour lutter contre les conséquences de l'accroissement démographique, le gouvernement a mis un accent plus important sur l'investissement dans les programmes économiques, sociaux et de santé et tout particulièrement sur un recours accru à la planification familiale, et l'amélioration de la condition générale des femmes et des jeunes. Le taux d'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées, qui était de 24 % en 1980 est passé à 47 % en 1992. Le taux synthétique de fécondité qui était de 7 en 1960 est passé à 4 en 1992.

25. **Ethiopie** : durant les années 60 et 70, les attitudes en matière de population étaient pronatalistes et encourageaient le laisser-faire. Certains changements sont intervenus vers la fin des années 80. Après un processus de sensibilisation aux corrélations entre la population et le développement, une politique en matière de population a été adoptée en 1993. Dans la politique, il est souligné qu'une fécondité élevée et des taux d'accroissement rapide de la population ont une influence négative sur le développement économique et social.

26. Les objectifs de la politique en matière de population sont les suivants : réduire les taux de mortalité, de fécondité et d'accroissement de la population; accroître le taux d'utilisation des contraceptifs (le taux d'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées était de 4,8 % en 1980); supprimer toutes les législations et coutumes empêchant les femmes de jouir pleinement de leurs droits économiques et sociaux; élaborer un programme d'information et d'éducation efficace à l'échelle du pays pour examiner les questions liées à la petite famille et leur corrélation avec le

8/ Sayed, Hassein Abdel-Aziz, "The Population and Family Planning Programme in Egypt, Structure and Performance", document présenté au Séminaire sur la politique égyptienne en matière de population, organisé au Caire en octobre 1983 par The Egyptian Population and Family Planning Board et l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, p.7.

bien-être humain et la sécurité de l'environnement. Certaines des stratégies pour la mise en oeuvre de la politique sont entre autres, la révision de toutes les lois qui entravent l'accès des femmes à toutes les ressources sociales, économiques et culturelles et leur contrôle de celles-ci, y compris la propriété. Certaines initiatives ont été lancées en Ethiopie pour associer les artistes au moyen de sketches, de pièces de théâtre, de livres et d'oeuvres musicales pour promouvoir la mise en oeuvre de la politique 9/.

27. **Ghana** : la politique nationale de 1969 en matière de population consistait à examiner les problèmes liés à la population ayant des répercussions sur le développement socio-économique. C'est ainsi que les objectifs de cette politique étaient la réduction des taux de mortalité, de fécondité et de croissance de la population et la mise en oeuvre du programme national en matière de planification familiale qui a été lancé en 1970. Du fait de la crise socio-économique des années 70 et 80, la politique n'a pu être appliquée comme il se devait. Elle a en conséquence été révisée au début des années 90. La politique révisée met l'accent essentiellement sur l'intégration systématique de la population et de la planification familiale dans tous les aspects de la planification et de la programmation du développement; l'information et l'éducation pour bien faire comprendre les bienfaits d'une famille de petite taille et de la procréation responsable; l'accès facile à des services de planification familiale à des coûts abordables pour tous les couples et individus qui ont besoin de réguler leur fécondité. Certains des objectifs spécifiques du Ministère de la santé en l'an 2000 sont entre autres : accroître de 25% l'utilisation des contraceptifs (en 1993, le taux d'utilisation des contraceptifs était de 20% chez les femmes mariées) et sensibiliser davantage aux risques liés aux grossesses des adolescentes. En décembre 1994, le Parlement du Ghana a adopté une loi établissant un conseil national de la population (CNP) chargé de coordonner, suivre et évaluer tous les programmes et activités en matière de population dans le cadre de la politique démographique révisée.

28. **Guinée** : dans les années 50 et 60, le gouvernement était fortement pronataliste. Les opinions les plus répandues étaient les suivantes : plus grande était la taille de la famille, et plus riche serait la famille; plus le pays était peuplé, plus fort il serait. Cependant, les difficultés socio-économiques des années 70 et 80 ont conduit le pays à changer ses attitudes en matière de population. En 1984, le gouvernement déclarait qu'une population nombreuse en elle-même n'entraînait pas le développement. Une meilleure disponibilité de données démographiques et une plus grande sensibilisation aux corrélations entre la population et le développement socio-économique ont contribué à faire changer l'attitude du gouvernement. Cela a débouché sur un processus au cours duquel a été formulée une politique nationale globale en matière de population, qui a été adoptée en 1992. Des programmes d'éducation scolaires et non scolaires sur la population sont en application. Aussi bien les organisations gouvernementales que non gouvernementales (ONG) encouragent et appuient la fourniture de services de planification familiale. La radio et la télévision sont utilisées pour les campagnes de promotion de la planification familiale, notamment l'usage du condom comme moyen principal de lutter contre la propagation du SIDA/de l'infection à VIH.

29. **Kenya** : en 1966, le gouvernement a fait connaître son intention d'adopter des politiques visant à réduire le taux d'accroissement démographique grâce à une planification familiale librement consentie. En 1967, un programme national de planification familiale a été lancé par le Ministère de la santé pour fournir une information et des services en matière de planification familiale à celles qui le voulaient dans tous les hôpitaux et centres de santé publics dans le pays. Le taux d'accroissement démographique élevé et les problèmes connexes ont poussé le Gouvernement

kényan à encourager et à appuyer la planification familiale dans le pays 10/. Les plans de développement 1970-1974, 1974-1978, 1979-1983 et ceux qui les ont suivis reflétaient tous la préoccupation du gouvernement devant les effets défavorables du taux d'accroissement démographique sur le développement socio-économique. Le gouvernement s'est alors employé à amener les gens à changer d'attitude en ce qui concerne la taille de la famille. Dans le Plan de développement 1979-1983, le gouvernement espérait que les parents opteraient pour une famille de petite taille une fois qu'ils comprendraient les conséquences de taux d'accroissement démographiques rapides sur le bien-être de la famille et la qualité de vie 11/.

30. En 1982, un Conseil national pour la population et le développement (NCPD) a été créé pour coordonner les activités en matière de population entreprises par le gouvernement et les ONG. Il avait pour objectif notamment d'encourager les Kényans à avoir une famille de petite taille et à persuader les hommes d'adopter et de pratiquer la planification familiale. Les activités en matière de population et de planification familiale ont bénéficié d'un soutien politique considérable de la part des dirigeants. Le secteur privé participe activement à la fourniture de services de planification familiale. Bien que pendant longtemps, les programmes en matière de population et de planification familiale n'aient pas montré de résultats positifs, les faits indiquent que la tendance est d'avoir une famille de petite taille : le taux d'utilisation des contraceptifs chez Les femmes mariées est passé de 7% durant 1977/1978 à 17% en 1984, à 27% en 1989 et à 33% en 1993. Le taux synthétique de fécondité qui était de 7,7% en 1984 est tombé à 6,7% en 1989 et à 5,4% en 1993. En 1984 la taille de la famille idéale était de 5,8%, elle était de 4,4% en 1989 et par la suite de 3,7% en 1993.

31. **Malawi** : bien qu'au Malawi on ait commencé à fournir des services de planification familiale depuis le début des années 60, il a été noté dans le rapport national du Malawi à la CIPD de 1994, que l'approche, la philosophie et les justifications n'étaient pas clairement définies. C'est la raison pour laquelle on n'a pas très bien compris l'objectif de la planification familiale et les services de planification familiale ont été abandonnés. C'est à la fin des années 70 et au début des années 80 que par l'intermédiaire d'ateliers, un programme national sur l'espacement des naissances a été élaboré en 1982. Des séminaires et des ateliers sur la population et le développement organisés en 1989 et en 1991 à l'intention des responsables gouvernementaux et de sociétés para-étatiques ont reconnu la gravité de la situation démographique et ont présenté des recommandations précises pour l'élaboration d'une politique nationale en matière de population en tant qu'élément de la stratégie de développement globale. Même le seul parti politique unique de l'époque (Malawi Congress Party) a reconnu la nécessité d'élaborer une politique nationale en matière de population.

32. La politique a été élaborée et adoptée en 1994. Ses objectifs sont entre autres réaliser des taux d'accroissement démographique plus faibles compatibles avec les objectifs économiques et sociaux réalisables du pays; améliorer la condition de la femme; améliorer l'information, l'éducation et la communication en ce qui concerne l'utilisation des contraceptifs et les avantages d'une famille de petite taille. Les objectifs démographiques à réaliser en 2002 sont : réduire le taux d'accroissement démographique, la fécondité, le taux de mortalité infantile, faire diminuer de 50% le nombre de grossesses chez les adolescentes, porter à 28% le taux d'utilisation des contraceptifs (en 1992, le TUC chez les femmes mariées était de 13%), changer l'attitude négative d'au moins 80% des hommes à l'égard de la planification familiale et des méthodes modernes de contraception.

10/ J. Mugo Gachuhi, "Who needs Family Planning?" (A preliminary appraisal of the service in Kenya) in Population in African Development, annoté par Pierre Cantrelle, Vol. II, non daté.

11/ Kenya Development Plan, 1979-1983, Part I, pp. 61 et 62.

Le gouvernement a publié de nouvelles directives en matière de contraception libéralisant la fourniture de services en ce qui concerne la santé en matière de procréation et la planification familiale. L'obligation d'obtenir le consentement du conjoint avant de se procurer des contraceptifs, a été abolie. Il existe un programme de promotion sociale pour la distribution des contraceptifs.

33. **Mali** : depuis l'indépendance du Mali en 1960 jusqu'au début des années 80, la population et l'accroissement démographique étaient considérés comme bénéfiques pour la croissance économique en regard de l'immense étendue des terres qui étaient sous-exploitées. Cependant, les autorités gouvernementales ont commencé à changer leurs attitudes sur les questions de population au début des années 80 lorsque la population a été considérée comme étant un obstacle au développement socio-économique.

34. Une meilleure connaissance des corrélations entre la population et le développement, une crise économique chronique, la pauvreté de la population, les effets de l'ajustement structurel sur la population sont parmi les facteurs qui ont amené le gouvernement à changer d'attitude à l'égard de la population, l'attitude pronataliste a été abandonnée au profit d'une régulation de l'accroissement démographique. Le gouvernement a adopté une politique nationale en matière de population. L'un des principaux objectifs de la politique est la réduction des taux d'accroissement démographique, de mortalité et de morbidité. Des programmes destinés à convaincre la population des avantages de la petite famille sont en cours d'exécution.

35. **Niger** : avant les années 80, il était considéré tabou de parler de population, particulièrement de planification familiale ou d'espacement des naissances. Lorsque les données démographiques ont commencé à être disponibles et que les rapports réciproques entre population et développement ont été compris, le gouvernement a commencé à avoir une perception différente de la population et de la planification familiale. Le premier séminaire sur la population et le développement s'était tenu en 1981. Il a été suivi de plusieurs campagnes de sensibilisation aux questions de population et de développement ainsi qu'aux services de santé maternelle et de planification familiale. Les activités en matière de SMI et de PF ont été intégrées en 1984. Des réglementations autorisant la fourniture de services contraceptifs ont été adoptées en 1988, révisées et modifiées ultérieurement en 1992. Une politique nationale en matière de population a été adoptée en 1992. L'abaissement des taux élevés de mortalité maternelle et infantile est considéré comme un préalable si l'on veut réduire la fécondité et assurer le bien-être de la famille. En 1993 a été adoptée une politique nationale pour la promotion de la femme. Elle met l'accent sur l'amélioration du statut des femmes dans la vie politique, économique, sociale et culturelle.

36. **Lesotho** : pendant longtemps, le Lesotho était pronataliste, ce qui se justifiait par des considérations religieuses et culturelles. Comme dans beaucoup de pays, une population nombreuse était considérée comme importante et souhaitable pour l'économie. Une commission nationale provisoire pour la population a été créée en 1973. Elle a convoqué un colloque sur la population en 1974. Le colloque a fait plusieurs recommandations préconisant une intervention sur les questions de population et de développement. Malheureusement il n'y a eu pratiquement pas de suivi. Du fait de pressions économiques et sociales accrues, un atelier a été convoqué en 1988 sur la nécessité d'élaborer et d'adopter une politique en matière de population. En 1990, un atelier sur la politique en matière de population a élaboré une politique démographique qui a été présentée aux ministres, aux fonctionnaires, aux ONG et aux donateurs. Le gouvernement a adopté la politique en 1994. Elle comporte des buts démographiques, des objectifs pour les programmes et des stratégies pour les politiques. Les services de SMI/PF sont fournis de plusieurs manières - services dans des dispensaires, services s'appuyant sur les collectivités, services dans le secteur organisé et par des activités de promotion sociale.

37. **Tunisie** : depuis l'indépendance en 1956, le gouvernement a toujours considéré que la population et le développement étaient étroitement liés et la planification familiale est une composante intégrale du développement socio-économique. Un programme national de planification familiale a été adopté officiellement en Tunisie en 1964. La politique du gouvernement en matière de population est d'abaisser encore les taux de fécondité et d'accroissement démographique, d'améliorer la planification familiale et les soins de santé, particulièrement dans les régions rurales. La réduction du taux d'accroissement démographique visait entre autres, à atténuer l'ampleur des problèmes socio-économiques, notamment du chômage.

38. Le gouvernement a fourni un appui politique énergique aux services de planification familiale en fournissant un soutien financier au programme, en promulguant la législation appropriée en appui au programme de planification familiale et par l'intermédiaire de campagnes de promotion dans les divers médias, y compris la radio et la télévision. Les exemples suivants montrent la détermination du gouvernement en matière de planification familiale et de population :

- Le gouvernement a, en 1961, adopté la loi 61 autorisant la vente et la distribution de contraceptifs. Cette loi annulait la législation contre l'usage des contraceptifs qui avait été adoptée précédemment durant l'occupation française;
- Entre 1961 et 1965, d'autres législations ont été promulguées, notamment la légalisation de l'avortement pour les femmes ayant cinq enfants ou plus. En 1973, une nouvelle législation a rendu l'avortement libre pendant les trois premiers mois;
- En 1983 un nouveau Ministère pour la famille et la promotion de la femme a été créé et est chargé de la mise en oeuvre de la politique nationale en matière de population.

39. L'utilisation des contraceptifs chez les femmes mariées en Tunisie est passée de 31 % en 1978 à 41 % en 1983 et à 50 % en 1988, elle était de 54 % en 1992. Cela a contribué à la réduction des taux de fécondité et d'accroissement démographique dans le pays. Le taux synthétique de fécondité en 1988 était de 4,3 %.

IV. OBSTACLES A LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE

40. Dans la section précédente, les tendances ont montré que les Etats membres étaient passés d'une attitude pronataliste à une attitude en faveur d'une modération des tendances démographiques grâce à des programmes de planification familiale et au développement socio-économique. Des politiques en matière de population, parmi lesquelles des programmes de planification familiale, ont été élaborées ou sont en cours d'élaboration dans la plupart des pays africains. L'existence même de ces politiques ne garantit pas la réussite des programmes de planification familiale. Certains des problèmes qu'il faut résoudre et qui influent sur les programmes de planification familiale sont notamment les normes culturelles et sociales qui affectent la condition des femmes et l'attitude générale des collectivités de base à l'égard de l'espacement des naissances et de la planification familiale (au Lesotho par exemple, selon le rapport du pays élaboré pour la CIPD de 1994 au Caire, la femme est juridiquement considérée comme une mineure sous la garde du mari. Par ailleurs, les attitudes socio-culturelles et religieuses favorisent les familles nombreuses et rejettent la planification familiale. L'homme a une attitude négative à l'égard de la planification familiale); le fait que les politiques ne sont pas traduites en programmes d'action; les problèmes liés à l'administration et à la gestion des programmes et le manque de ressources suffisantes. Ces obstacles sont soulignés ci-après.

i) Attitudes

41. Les gouvernements ont changé considérablement leur façon de voir les questions de planification familiale et de population. Les attitudes cependant n'ont pas beaucoup changé chez la grande majorité des personnes dans les communautés de base où les valeurs religieuses, sociales, et culturelles favorisent les familles nombreuses dans de nombreux pays. C'est ce que reflète clairement le tableau 3 où 33% à 83% des femmes mariées n'utilisant pas de méthodes contraceptives ont indiqué qu'elles n'envisageaient pas de le faire à l'avenir. Au Cameroun, en Guinée, à Madagascar, en Namibie et au Niger, 50 à 66% des femmes ont fait savoir que le désir d'avoir des enfants était la raison pour laquelle elles n'utilisaient pas de contraceptifs. Dans 12 pays, 27 à 47% de celles qui n'utilisaient pas de moyens contraceptifs ont donné comme raison le désir d'avoir des enfants 12/. L'ignorance ou le manque d'information est également une raison majeure pour la non-utilisation des contraceptifs.

42. D'après le tableau 3, on voit que parmi les femmes qui n'utilisent pas de moyens contraceptifs, plus d'un tiers et même près de la moitié des femmes ont déclaré qu'elles avaient l'intention d'utiliser des contraceptifs au cours des 12 mois qui suivraient l'enquête dans les dix pays suivants : Algérie, Botswana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maroc, Rwanda, Tunisie, Zambie et Zimbabwe. Dans les autres 15 pays africains, le pourcentage des femmes qui ont indiqué leur intention d'utiliser des contraceptifs au cours des 12 prochains mois allait de 8% au Cameroun à 32% au Ghana. Dans 10 pays à savoir l'Algérie, le Burundi, le Cameroun, l'Egypte, le Ghana, le Kenya, le Malawi, le Rwanda, le Togo et la Zambie, entre plus de 10% et 17% des femmes mariées ont indiqué leur intention d'utiliser un moyen contraceptif tandis que dans les 15 autres pays, le pourcentage se situait entre 1% et 10%. Quant aux femmes mariées qui ne savaient pas quand elles utiliseraient un moyen contraceptif, leur pourcentage était inférieur à 6% dans tous les pays énumérés au tableau 3. Le pourcentage des femmes mariées qui ne savaient pas si elles allaient ou non utiliser un moyen contraceptif, se situait entre 2 et 17%.

43. Compte tenu du pourcentage élevé des femmes mariées qui n'utilisent pas un moyen contraceptif et de celles n'ayant pas l'intention de l'utiliser, il est nécessaire de prendre des mesures pour amener à changer les attitudes. Les programmes d'IEC devraient ainsi être renforcés et viser à amener les collectivités de base à changer leur attitude et à adopter la planification familiale. La population locale devrait aussi être associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes.

Tableau 3 : Distribution en pourcentage de toutes les femmes actuellement mariées qui n'utilisent pas de moyen contraceptif, selon l'intention future de l'utiliser

Pays	Année de l'enquête	Intention future d'utiliser un moyen contraceptif							Nombre de femmes
		Total	Deux 12 mois	Plus tard	ne commençant pas quand	Non décidée	N'ayant pas l'intention	Non connus	
Algérie	1992	100	33,0	17,1		3,6	54,6	0,1	2314
Bolavnan (a)	1988	100	47,3	4,9	3,2	4,7	39,9	0,1	2740
Burkina Faso	1993	100	28,5	5,4	4,4	15,1	54,8	0,6	4001
Burundi	1987	100	11,5	16,8	4,1	11,6	55,9	0,2	2486
Cameroun	1991	100	7,9	15,3	0,0	5,2	71,6	0,0	4843
Egypte	1992	100	28,7	11,2	5,6	8,3	46,2	0,0	2535
Ghana	1993	100	31,7	15,9	3,2	7,4	41,6	0,2	5004
Gambie	1992	100	8,5	5,7	0,3	10,5	74,6	0,4	3113
Kenya	1993	100	44,2	11,0	3,0	7,8	33,7	0,4	3111
Madagascar	1992	100	36,0	4,3	0,9	5,2	53,4	0,0	3038
Malawi	1992	100	42,3	13,4	2,1	8,6	33,4	0,2	3211
Mali	1987	100	11,0	1,2	0,7	3,6	83,3	0,1	2994
Maroc	1992	100	36,5	7,6	1,0	2,9	51,4	0,6	1606
Nambie	1992	100	25,9	4,0	0,5	8,8	64,3	0,4	5314
Niger	1992	100	14,4	4,6	1,3	10,4	69,1	0,2	6463
Nigeria	1990	100	12,2	9,4	0,0	10,2	68,2	0,0	2984
Rwanda	1992	100	49,8	11,6	0,6	1,6	35,9	0,5	4171
Sénégal	1992/93	100	38,2	6,3	3,5	9,5	62,2	0,3	4932
Soudan	1989/90	100	13,1	4,0	1,3	4,7	76,8	0,1	5409
Tanzanie	1991/92	100	19,0	6,6	1,6	16,5	55,9	0,3	1623
Togo	1988	100	25,6	11,9	2,3	3,5	55,0	1,7	2015
Tunisie	1988	100	36,3	8,8	5,1	5,1	44,7	0,0	3015
Ouganda	1988/89	100	11,9	6,9	2,6	7,8	70,8	0,0	3025
Zambie	1992	100	34,5	12,2	1,4	6,9	44,3	0,2	5700
Zimbabwe	1988	100	35,2	9,4	5,9	8,2	40,1	1,2	1904

a) Ces données se rapportent à toutes les femmes qui ont des rapports sexuels et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête

Signifie = aucune donnée

Source : Données établies d'après divers rapports par pays d'enquêtes démographiques et de santé.

44. Les données des enquêtes démographiques et de santé effectuées dans certains pays africains montrent comme on le voit au tableau 4 qu'entre 30 et 81 % des femmes mariées n'abordent jamais le sujet de la planification familiale. Une enquête sur la maternité sans risque effectuée dans huit districts de l'Ouganda durant la période 1990-1991 a porté sur les facteurs sociaux, économiques et culturels influant sur l'utilisation par les femmes des services de planification familiale et de santé maternelle. Elle a révélé (1) que de nombreuses femmes pensaient que leurs maris seraient opposés à la planification familiale; (2) que les hommes, spécialement les polygames, désirent une famille nombreuse; (3) que les hommes dont les épouses ne voulaient pas beaucoup d'enfants l'expliquaient par des raisons économiques^{13/}.

45. Il est nécessaire d'encourager les couples à discuter les questions de planification familiale entre eux. Au Zimbabwe, le Conseil national de planification familiale du Zimbabwe a entrepris une campagne nationale de 1988 à 1989 et de 1993 à 1994 pour encourager les épouses et les maris à prendre une décision concertée à propos de l'utilisation des contraceptifs et de la taille de la famille en recourant à divers médias et à des groupes d'animation. Les résultats de la campagne 1993-1994 ont montré qu'un nombre accru d'hommes et de femmes discutaient régulièrement avec leurs partenaires de la planification familiale, ils convenaient aussi que les décisions quant à l'utilisation de la planification familiale devraient être prises de concert^{14/}. Les autres pays où des programmes ont été lancés pour associer les hommes aux activités de planification familiale sont le Bénin, l'Ethiopie, la Gambie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, Maurice, le Maroc, le Nigéria, la Sierra Leone, le Swaziland, le Togo et le Zimbabwe. La Fédération internationale pour la planification familiale et les associations de planification familiale dans divers pays ont joué un rôle important dans ces programmes. Les programmes visant à motiver les hommes et à les associer à la planification familiale devraient être renforcés.

46. Les parents - mères, belles-mères, belles-soeurs, oncles, tantes etc. influent généralement sur les décisions concernant la taille de la famille. Même lorsqu'un couple désire une petite famille, les parents peuvent exercer des pressions sur le couple pour qu'ils aient autant d'enfants que possible. C'est ce qui se passe très souvent dans les régions rurales. Il est par conséquent important que les messages IEC en matière de planification familiale visent à changer les attitudes des personnes qui sont membres d'une famille nombreuse.

^{13/} UNFPA, Uganda Programme Review and Strategy Development Report (L'enquête a été menée du 10 août au 11 septembre 1992).

^{14/} UNFPA, The State of World Population, 1995.

Tableau 4 : Distribution des femmes actuellement mariées qui connaissent une méthode contraceptive, d'après le nombre de discussions sur la planification familiale avec le mari au cours de l'année précédant l'enquête

Pays	Année de l'enquête	Nombre de discussions sur la planification familiale				Nombre de femmes	
		Jamais	1 ou 2 fois	3 fois ou plus	Non connu	Total	
Botswana	1988	28,5	43,1	27,2	1,1	100,0	1619
Burkina Faso	1993	75,1	10,4	14,3	(a) 100,0	4359	
Burundi	1987	39,5	28,8	28,9	(b) 2,7	100,0	2095
Cameroun	1991	63,0	12,0	25,0	0,0	100,0	1963
Ghana	1993	53,1	20,1	25,9	0,8	100,0	2895
Guinée	1992	77,9	6,5	15,2	0,0	100,0	1387
Kenya	1993	33,9	30,1	35,7	0,1	100,0	4500
Libéria	1986	64,8	18,6	16,3	0,0	100,0	2470
Madagascar	1992	41,0	22,2	36,6	0,2	100,0	2454
Malawi	1992	42,7	32,4	24,1	0,7	100,0	3242
Niger	1992	81,2	10,9	7,8	0,0	100,0	4293
Nigéria	1990	58,1	24,0	17,0	1,0	100,0	2999
Rwanda	1992	30,5	16,9	51,6	1,0	100,0	3722
Sénégal	1992/93	70,9	14,1	14,9	0,1	100,0	3359
Soudan	1989/90	52,8	27,0	20,1	0,1	100,0	3856
Tanzanie	1991/92	56,0	25,6	18,1	0,3	100,0	4746
Togo	1988	62,9	19,1	17,8	0,1	100,0	2350
Ouganda	1988/89	59,6	26,5	13,8	0,0	100,0	2670
Zambie	1992	41,8	31,3	26,6	0,2	100,0	4083
Zimbabwe	1988	30,9	21,6	47,5	0,0	100,0	2609

a) y compris les cas non déclarés.

b) y compris 2,4% des femmes mariées pendant moins d'un an.

Source : Etabli d'après divers rapports de pays relatifs à l'enquête démographique et sur le logement.

ii) Politiques non traduites en programmes concrets

47. De nombreuses politiques indiquent les diverses priorités comme par exemple améliorer la condition des femmes par l'éducation et une législation appropriée visant à faciliter l'application de la politique. Généralement on ne fait pas grand'chose pour élaborer des programmes d'action spécifiques. Quelquefois, des programmes d'action peuvent être élaborés mais ne sont pas appliqués. De même, la législation appropriée pour faciliter la mise en oeuvre des politiques peut être adoptée mais il n'y a pas de suivi de son application. Par exemple, les femmes n'ont pas un accès direct aux facilités de crédit dans la plupart des pays. Pire, les femmes ne bénéficient pas du droit de propriété. Dans la plupart des cas, la femme n'accède à la propriété que par l'intermédiaire des enfants mâles, spécialement après la mort du mari. Par conséquent, les femmes sont encouragées à avoir des familles nombreuses dans l'espoir qu'elles pourront hériter par l'intermédiaire de leurs enfants mâles à la mort du mari. Dans ces cas, on peut dire que les femmes sont traitées comme des mineures, cependant la plupart des pays indiquent, dans leur politique, leur intention d'améliorer la condition des femmes.

48. Toute amélioration de la condition des femmes doit passer par l'amélioration à titre prioritaire de l'éducation des filles. Avec l'éducation, il sera plus facile aux femmes de participer aux activités socio-économiques. Les femmes seront probablement plus disposées à améliorer leur état de santé et celui de leur famille, à utiliser la planification familiale et donc à adopter la petite famille; à participer plus effectivement aux efforts visant à assurer le développement socio-économique.

49. Dans certains pays les politiques relatives aux soins en matière de procréation et à la planification familiale sont généralement discriminatoires à l'égard des adolescents en ce qui concerne l'accès à l'information et aux services. Au Ghana, les représentants des divers groupes professionnels ne veulent pas que les adolescents bénéficient de services de planification familiale, comme l'a fait observer le Dr. Fred Sai "beaucoup de représentants de groupes confessionnels de tous types semblent estimer que si les adolescents peuvent bénéficier de conseils, ils ne devraient pas accéder aux services, même s'ils sont sexuellement actifs^{15/}. Il convient de se rappeler qu'aussi bien la Déclaration de Dakar/Ngor que le Programme d'action de la CIPD recommande que les adolescents aient accès à l'information et aux services de planification familiale et aux soins de santé en matière de procréation.

iii) Faiblesse de l'infrastructure administrative, institutionnelle et de gestion

50. Les données provenant des enquêtes démographiques et de santé montrent que la demande totale de services de planification familiale se situe entre 26 et 69% chez les femmes mariées dans les quelques pays sur lesquels des données pertinentes sont disponibles. Cependant, sur la demande totale de services de planification familiale, ce n'est que 7 à 71% de la demande qui est couverte dans les divers pays concernés^{16/}. Les arrangements sur les plans de l'administration et de la gestion des programmes en matière de population et de planification familiale ne sont pas satisfaisants et sont faibles. On peut en dire de même de l'infrastructure pour l'application des programmes. Cela se reflète dans les problèmes de logistique, l'insuffisance des centres de services, une mauvaise supervision, une faible motivation du personnel, une mauvaise qualité des services fournis aux clients. Il est nécessaire d'améliorer la mise en place de capacités en ce qui concerne l'infrastructure du personnel ainsi que l'administration et la gestion des programmes. Un

^{15/} IPPF Annual Report 1994 to 1995, London.

^{16/} United Nations Economic Commission for Africa, Statistical Compendium on Contraceptive Prevalence and Practice in ECA Member States, Addis-Abeba, novembre 1995.

concerne l'infrastructure du personnel ainsi que l'administration et la gestion des programmes. Un suivi et une évaluation périodique des programmes sont essentiels. Les résultats de l'évaluation devraient servir à améliorer l'administration et la gestion des programmes.

iv) Insuffisance des ressources financières et matérielles pour les programmes

51. Les programmes en matière de population et de planification familiale pâtissent des programmes d'ajustement structurel et de l'insuffisance de l'appui financier et matériel au niveau du gouvernement. Par le passé, c'étaient essentiellement les gouvernements et les organismes donateurs qui soutenaient ces programmes. L'assistance extérieure diminue au fil des ans. La seule chance de réussite des programmes en matière de population et de planification familiale serait que les Etats membres eux-mêmes fournissent davantage de fonds pour ces programmes et il devrait y avoir une utilisation optimale et efficace des ressources disponibles limitées. Les gouvernements et organismes donateurs doivent toutefois compléter les efforts des Etats membres. Les communautés, le secteur privé et les ONG devraient tous être encouragés et participer à la mobilisation des ressources ainsi qu'à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes.

V. RECAPITULATION ET RECOMMANDATIONS

Récapitulation

52. Dans le présent document on a passé en revue la tendance générale en ce qui concerne les points de vue sur les questions de population et de planification familiale en Afrique, depuis les années 60 jusqu'à aujourd'hui en mettant en relief les positions arrêtées lors des grandes conférences dont la première Conférence africaine sur la population en 1971, la deuxième Conférence africaine sur la population en 1984 et la troisième Conférence africaine sur la population en 1992; des exemples précis sur certains pays africains ont également été présentés.

53. Il est clair qu'un petit nombre de gouvernements ont adopté, au début des années 60 et 70, des programmes de population et de planification familiale comme partie intégrante du développement socio-économique. A cette époque, la plupart des pays avaient des vues pronatalistes qui n'encourageaient pas les programmes de planification familiale. De nombreux pays avaient en fait hérité d'une législation qui interdisait qu'on fournisse et même qu'on fasse la publicité de services de planification familiale. Au fil du temps, les points de vue pronatalistes ont été abandonnés et il y a eu une acceptation de la planification familiale pour les raisons suivantes : a) disponibilité de données démographiques et meilleure compréhension des rapports réciproques entre la population et le développement et b) conditions économiques et sociales difficiles, spécialement depuis les années 80.

54. Le changement d'attitude des gouvernements à l'égard de la population et de la planification familiale s'est reflété dans le nombre accru de pays qui maintenant disposent de politiques explicites en matière de population, de planification familiale notamment. Malheureusement un tel changement d'attitude ne se voit pas chez la majorité des populations locales dans les régions rurales de la plupart des pays. Au Burkina Faso par exemple, l'enquête démographique et de santé de 1993 a montré que 24 % des couples dans les régions rurales approuvaient la planification rurale contre 48 % dans les régions urbaines. Une attitude positive à l'égard de la planification familiale est l'un des éléments clés pour une bonne mise en oeuvre des politiques et programmes en matière de population. Il est par conséquent nécessaire de poursuivre les efforts visant à faire changer l'attitude des collectivités de base. Les autres obstacles auxquels se heurtent les programmes de planification familiale et qui ont été mentionnés plus haut sont : les politiques qui ne se traduisent pas par des programmes pratiques; la faiblesse de l'infrastructure sur les plans administratif, institutionnel et de la gestion et l'insuffisance des ressources financières et matérielles pour la mise

en oeuvre des programmes. On ne devrait ménager aucun effort pour éliminer les obstacles aux programmes de planification familiale.

55. Dans ce document il a été souligné qu'il était nécessaire pour les gouvernements de traduire les politiques en matière de population et de planification familiale en programmes d'action concrets et de mettre en oeuvre ces programmes à la lumière de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD afin d'améliorer l'infrastructure sur les plans administratif, institutionnel et de la gestion et d'accroître leur appui financier et matériel aux programmes en matière de population et de planification familiale.

Recommandations

56. Il n'est pas nécessaire de présenter de nouvelles recommandations relatives à la mise en oeuvre de programmes en matière de population et de planification familiale. Ces recommandations sont déjà clairement présentées dans la Déclaration de Dakar/Ngor et dans le Programme d'action de la CIPD. La principale recommandation faite ici est d'inviter les Etats membres et ceux qui s'occupent de programmes en matière de population et de planification familiale à mettre en oeuvre les recommandations figurant dans la Déclaration de Dakar/Ngor et dans le Programme d'action de la CIPD. En outre, il devrait être tenu compte des recommandations de l'Atelier d'experts/d'ONG sur la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD, tenu à Abidjan du 6 au 9 juin 1995 (organisé par la CEA, l'OUA, la BAD et l'IPPF).

57. Dans la mise en oeuvre des programmes en matière de population et de planification familiale, un accent particulier devrait être mis sur les actions suivantes :

a) Améliorer l'éducation des filles et des femmes ainsi que leur condition - l'éducation des femmes peut permettre d'adopter et d'utiliser la planification familiale, améliorer leur état de santé et celui de la famille, améliorer la santé en matière de procréation et offrir aux femmes des possibilités d'obtenir un emploi dans le secteur économique moderne hors du foyer;

b) Faire en sorte que la planification familiale repose sur un choix libre et volontaire, la population ayant accès à l'information, à diverses méthodes et à des services de grande qualité. Dans ce cadre, les programmes d'IEC devraient tenir compte des valeurs culturelles et viser à changer les attitudes par la persuasion et non par la force. En outre, dans les programmes d'IEC, il est nécessaire de veiller particulièrement à transmettre les messages appropriés sur la planification familiale et la prévention du SIDA/VIH à tous les groupes de population exposés;

c) Veiller à ce que la planification familiale ne concerne pas les femmes uniquement - les hommes devraient jouer un plus grand rôle et être solidairement responsables en matière de procréation;

d) Associer les bénéficiaires des programmes de planification familiale, le secteur privé et les ONG à la fourniture de services de planification, étant donné que les gouvernements ne peuvent convenablement fournir tous les services;

e) Intégrer les programmes en matière de population et de planification familiale dans les programmes de développement socio-économique des divers ministères ou départements ainsi que dans les activités du secteur privé et des ONG;

f) Suivre et évaluer la mise en oeuvre des programmes et se servir des résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en oeuvre des programmes.

Comment les Etats membres de la CEA perçoivent la planification familiale dans le cadre des valeurs socio-économiques et culturelles.

Le document examine divers facteurs qui ont fait que la planification familiale moderne s'est heurtée à une résistance générale dans les années 60 et 70 ainsi que le changement de l'attitude qui s'est produit après. On expose ensuite certains des obstacles à la mise en oeuvre de programmes de planification familiale. Il contient certaines suggestions sur les moyens de faire en sorte que les changements d'attitude constatés débouchent sur des programmes efficaces.