PN-ABS-261

FACTEURS DEMOGRAPHIQUES ET ACTIVITES DE POPULATION EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

USAID LIBRARY
YAOUNDE

Darlene Ferguson Bisson,
Division de Développement
et d'Analyse des Programmes
REDSO / WCA
Agence des Etats Unis pour le
Développement International
Abidjan, Côte d'Ivoire

Février 1983.

TABLE DES MATIERES

Page

I. PROFIL DE LA DEMOGRAPHIE ET DU DEVELOPPEMENT DE LA REGION REDSO/WCA..... 1

II. CONSEQUENCES DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE RAPIDE SUR L'AFRIQUE DE L'OUEST..... 9

Production agricole et autosuffisance alimentaire..... 10

Amélioration de la Santé et de la qualité de la vie..... 14

Education et alphabétisation plus étendues..... 19

Plein emploi..... 21

III. LE CONTEXTE SOCIO-CULTUREL DES POLITIQUES EN MATIERE DE POPULATION ET DU PLANNING FAMILIAL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE..... 25

Facteurs ayant façonné les attitudes des Africains à l'égard des questions de population..... 26

Les caractéristiques des politiques et attitudes africaines à l'égard des questions liées à la population..... 30

IV. POLITIQUE DE L'AID EN MATIERE DE POPULATION..... 39

Politique générale de l'AID en matière de Population..... 39

Politique de l'AID relative à l'alimentation et au développement agricole..... 42

Politique de l'AID relative à la nutrition..... 44

Politique de l'AID relative à la participation des femmes au développement..... 45

Politique de l'AID relative à la Sante..... 46

Politique de l'AID en matière de population pour l'Afrique..... 47

V. ACTIVITES DE POPULATION ET PLANNING FAMILIAL DANS LA REGION DE REDSO/WCA..... 50

Activités financées par le bureau central de l'AID dans la région de REDSO/WCA..... 52

Autres organisations privées qui mènent des activités de population dans la région de REDSO/WCA..... 63

Organisations qui mènent de petites activités Population et de Planning familial en Afrique de l'Ouest et du Centre..... 69

Programmes bilatéraux de l'USAID..... 71

Fonds régionaux disponibles pour la population..... 72

Composition du personnel de l'AID pour les question de Population dans la région de REDSO/WCA..... 73

Page

VI. CONCLUSIONS..... 76

ANNEXE A Déclaration des dirigeants Sénégalais de l'Islam sur l'Islam et le Planning familial.

ANNEXE B Abbréviations des organisations.

ANNEXE C Activités de population par pays dans la région de REDSO/WCA.

b

LISTE DES TABLEAUX

		Page
I.	INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES	2
II.	INDICATLURS DE POPULATION POUR DES REGIONS DONNEES	5
III.	INDICATEURS SOCIAUX ET ECONOMIQUES	7
IV.	INDICATEURS ALIMENTAIRES ET AGRICOLES	12
V.	BALANCE DES PAIEMENTS ET IMPORTATIONS ALIMENTAIRES	13
VI.	POLITIQUE EN MATIERE DE POPULATION DANS LES PAYS DE REDSO/WCA	32
VII.	ESTIMATION DE L'ASSISTANCE DU BUREAU CENTRAL AUX PAYS DE REDSO/WCA POUR LA PERIODE DE 1980 - 1983	51
VIII.	PRESENTATION RAPID DES PAYS DE REDSO/WCA	62
IX.	PAYS DE REDSO/WCA AYANT DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES AFFILIEES DE PLANNING FAMILIAL	64
X.	L'ENQUETE MONDIALE SUR LA FECONDITE DANS LES PAYS DE REDSO/WCA	70
XI.	LES COORDINATEURS EN MATIERE DE POPULATION POUR LES PAYS DE REDSO/WCA	75

C'

Ce document a bénéficié des excellentes suggestions de William Bair. Je suis également reconnaissante à James E. Kocher pour les commentaires généraux et l'assistance inestimable qu'il m'a apportés lors de la préparation de la Section II de ce rapport. A Lynn Mohamed et Gerry Clark j'adresse mes remerciements pour avoir dactylographié avec soin (et à plusieurs reprises) le manuscrit.

Puisque ce document a été préparé à un moment où l'auteur honorait un contrat conclu avec l'Agence pour le Développement International, il représente les points de vue de celle-ci et non ceux de l'Agence.

I. PROFIL DE LA DEMOGRAPHIE ET DU DEVELOPPEMENT DE LA REGION DE REDSO/WCA

La région de REDSO/WCA comprend vingt quatre pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, s'étendant du Cap Vert en passant par la Côte Ouest africaine au Zaïre, au milieu du continent. Parmi les pays de REDSO/WCA, sept[1/] font partie de la catégorie des pays "les moins avancés" de l'ONU. Quoique la plupart des pays de REDSO/WCA ont un nombre d'habitants qui se situe bien au dessous de dix millions, la région comprend le premier (Nigeria) et le 3è (Zaïre) pays les plus peuplés du continent, réunissant tous deux environ le tiers de la population de l'Afrique au Sud du Sahara. Le tableau I montre les indicateurs démographiques clés pour chaque pays de REDSO/WCA.

L'examen du tableau I revèle que la caractéristique la plus frappante de la situation démographique de l'Afrique de l'Ouest. C'est le taux de croissance rapide et peut-être plus significatif, le potentiel pour une croissance continue. Plusieurs facteurs prouvent le dernier point. Premierement, le fait que les taux bruts de mortalité demeurent élevés en Afrique de l'Ouest signifie que l'écart entre ces taux et les taux de natalité va s'aggrandir si les efforts actuels déployés pour ameliorer les conditions de santé sont couronnés de succès. C'est ce processus qui a été remarqué dans d'autres régions en développement. Il est à noter que le taux brut de mortalité pour l'ensemble du monde en développement est de l'ordre de 12, alors qu'en Afrique de l'Ouest le taux varie de 17 à 28. En Asie et en Amérique Latine, la baisse des taux de mortalité s'était accompagnée de la baisse de la fécondité. Cependant, ce processus ne semble pas encore avoir lieu en Afrique. La conséquence en est que les taux d'accroissement naturel qui étaient déjà plus élevés en Afrique que dans n'importe quelle importante région du monde, peuvent éventuellement devenir plus élevés encore, à mesure que les baisses des taux de mortalité escomptés ont lieu.

1/ Bénin, République Centrafricaine, Tchad, Guinée, Mali, Niger, Haute Volta.

TABLEAU I - INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

Pays	Estimation de la population mi - 1982 (millions)	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité	Accroissement naturel (% annuel)	Période de doublement de la population en années (au taux actuel)	Taux de mortalité infantile	Taux général de fécondité	Espérance de vie à la naissance
Sahel								
Cap Vert	0.3	29	8	2.1	33	82	3.1	57
Tchad	4.6	44	24	2.0	35	149	5.9	40
Gambie	0.6	49	28	2.1	33	198	6.4	41
Mali	7.1	52	24	2.8	24	154	7.0	42
Mauritanie	1.7	50	22	2.8	25	143	6.9	42
Niger	5.8	51	22	2.9	24	146	7.1	42
Sénégal	5.9	48	22	2.6	27	147	7.1	42
Haute Volta	6.7	48	22	2.6	27	211	6.5	42
Côtiers								
Benin	3.7	49	19	3.0	23	154	6.7	46
Cameroon	8.9	45	20	2.5	28	109	5.7	46
République Centrafricaine	2.4	44	22	2.2	32	149	5.9	42
Congo	1.6	45	19	2.6	27	129	6.0	45
Gabon	0.7	34	22	1.2	58	117	4.7	44
Ghana	12.4	48	17	3.1	22	103	6.7	48
Guinée	5.3	46	21	2.5	27	165	6.2	44
Guinée-Bissao	0.8	40	21	1.9	36	149	5.4	41
Liberia	2.0	50	20	3.0	23	154	6.9	53
Sierra Leone	3.7	46	19	2.6	26	208	6.2	45
Togo	2.8	48	19	2.9	24	109	6.5	46
Zaïre	30.3	46	19	2.8	25	112	6.1	46
Côte d'Ivoire	8.8	48	18	2.9	24	127	6.7	46
Nigeria	82.3	50	18	3.2	22	135	6.9	43
Total Pays développés	1,152	15	10	0.6	116	20	2.0	72
Total Pays en développement	3,434	33	12	2.1	33	96	4.6	57

Source : Bilan des données de 1982 sur la Population mondiale établi par le bureau de référence de la population.

Le tableau II donne un aperçu du potentiel de croissance du continent africain par rapport aux autres parties du monde. Aux taux actuels la population africaine va doubler en 24 ans alors qu'il faudra 30 ans pour l'Amérique Latine, 37 ans pour l'Asie et 96 ans pour l'Amérique du Nord. La structure d'âge de la population (45 % des habitants ont moins de 15 ans) est telle que davantage de femmes vont entrer dans l'âge de la maternité, provoquant ainsi une croissance rapide et continue de la population. Par conséquent, il est possible de résumer les caractéristiques démographiques pertinentes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre de la façon suivante :

1. En termes comparatifs, au cours des deux dernières décennies, la croissance démographique de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a été assez rapide, avec une moyenne de plus de 2,5 pour cent par an. Le taux de croissance actuel de la population est presque de 3 % par an. En outre, en raison de la fécondité élevée et continue, fécondité élevée mais mortalité probablement en baisse, et de la distribution d'âge des "jeunes", les taux de croissance de la population vont probablement s'accroître et demeureront relativement élevés pendant au moins plusieurs décennies, même si la fécondité baisse assez rapidement dans un avenir proche.

2. Une croissance absolue de la population sera très importante pendant cette période. Par exemple, selon les prévisions de la Banque Mondiale, même si la fécondité au Nigeria baisse assez rapidement pour atteindre le niveau de renouvellement vers l'année 2035 -un niveau de deux tiers moins élevé que le niveau actuel de fécondité- pendant la période de 1980 à 2030 la population du Nigeria va s'accroître d'environ 80 millions à environ 300 millions,

un accroissement de plus de 350 %. Si la fécondité baisse plus lentement ou même s'accroît, comme ce fût le cas au Kenya au cours des 15 dernières années, la croissance démographique du Nigéria serait encore plus forte. Par exemple, au cours de la période de 50 ans allant de 1980 à 2030, l'on prévoit un accroissement de la population du Kenya de l'ordre de 450 % [2/].

Plusieurs autres facteurs apparaissant au tableau I doivent être notés. Les taux de mortalité infantile de l'Afrique de l'Ouest sont dans l'ensemble plus élevés que dans toutes les régions en développement. Seules quelques nations d'Asie Australe (telle que l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Inde et le Népal) ont des taux équivalents ou supérieurs à ceux de l'Afrique de l'Ouest. Il est à noter que le taux de mortalité infantile est considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du bien-être général de la société. Bien qu'ils ne soient pas indiqués au tableau I, les taux éleves de mortalité infantile des pays de l'Afrique de l'Ouest doivent également être relevés. Cela permet de se faire une idée du nombre de morts parmi les enfants dont l'âge se situe entre 1 et 4 ans sur 1000 enfants appartenant au même groupe d'âge au cours d'une année donnée. Le taux pour tous les pays developpés est pratiquement environ 1 sur 1000, les pays en développement ont un taux moyen d'environ 14. Les taux de l'Afrique de l'Ouest varient de 25 à 31 [3/]. Associés au taux de mortalité infantile, ces taux indiquent que dans la plupart des pays africains sur un groupe de 100 enfants qui naissent entre 20 et 25 d'entre eux n'atteignent pas leur 5è anniversaire. Cette situation, s'ajoutant aux conditions de santé généralement mauvaises et à l'état nutritionnel des africains de l'Ouest, se retrouve dans l'espérance de vie à la naissance, qui dépasse 50 ans seulement au Liberia et au Cap Vert et se situe dans les débuts de la 40 è année pour les pays pauvres du Sahel.

2/ Source : Banque Mondiale, prévisions sur la population, 1980-2000 et long terme (population stationnaire) Juillet 1981.

3/ Source : Rapport sur le développement mondial, 1981, La Banque Mondiale.

TABLEAU II

INDICATEURS DE POPULATION POUR DES REGIONS DONNEES

Région	Taux brut de natalité	Taux d'accroissement de naturel	Période de doublement la population (années)	Taux général de fécondité	Population de moins de 15 ans
Afrique	46	2.9 %	24	6.5	45 %
Amérique Latine	32	2.3 %	30	4.4	40 %
Asie (sans Chine)	30	1.9 %	37	4.2	36 %
Amérique du Nord	16	0.7 %	96	1.9	23 %

Source : Bilan des données de 1982 sur la population mondiale établi par le bureau de référence de la population.

Une étude du tableau III permet de comprendre les conditions de vie dans la région. C'est seulement dans 2 pays pour lesquels des données sont disponibles que plus du tiers de la population ont accès à l'eau potable. Dans plusieurs pays moins de 10 % de la population ont accès à l'eau potable. L'accès aux soins médicaux est très limité, comme l'indique le nombre d'habitants par médecin. Bien qu'il n'y ait pas de chiffres pour la catégorie "total pays en développement" comme présenté au tableau III, l'on peut avoir une idée de la gravité de la situation de l'Afrique de l'Ouest en faisant une comparaison avec les chiffres de la Banque mondiale pour les pays "à faibles revenus"et "à revenus moyens" pris ensemble. Le nombre moyen d'habitants par médecin pour ces pays est de 5265, alors qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, il atteint le chiffre record de 50.000 (en Haute Volta) 4/.

Une indication supplémentaire de la pauvreté de la région est fournie par les chiffres sur le PNB par tête d'habitant, qui dans tous les pays à l'exception de trois, se situent en dessous de la moyenne de $ 680 pour le monde en développement 5/. La pauvreté de l'Afrique de l'Ouest est autant intellectuelle qu'économique, comme l'indiquent les données sur l'alphabétisation des adultes. Ce n'est qu'au Ghana et au Sénégal qu'un tiers de la population adulte est alphabétisé ; on compte moins de 10 % d'alphabétisés en Guinée-Bissau et au Mali et plus probablement, dans la plupart des pays du Sahel pour lesquels il n'existe pas de données disponibles. Les données figurant au tableau III et qui concernent les effectifs d'inscription dans les écoles primaires ne présentent qu'un aspect de l'accès à l'éducation en Afrique de l'Ouest. Les effectifs d'inscription dans les écoles secondaires (ne figurant pas au tableau III) en 1978 ont dépassé 20 % du groupe d'âge dans trois pays seulement et se situaient au dessous de 15 % dans 11 pays. Cela peut-être comparé à la moyenne approximative de 39 % de la Banque mondiale pour les catégories à "faibles" et "moyens" revenus.

4/ Les 96 pays comprennent des nations industrialisées de l'Amérique latine ainsi que l'Espagne et le Portugal.

5/ Si l'on excluait la Chine de ce calcul, le chiffre passerait à $ 860.

TABLEAU III - INDICATEURS SOCIAUX

Pays	PNB par tête d'habitant 1982 (*)	Population urbaine *	Population ayant accès à l'eau potable (1975)	Population par médecin 1977	Alphabétisation des adultes 1976	Ecole primaire en pourcentage d'âge Groupe 1978 (a)
Sahel						
Cap Vert	300	20	N/A	N/A	N/A	N/A
Tchad	120	18	26	41,940	15**	35**
Gambie	250	19	N/A	13,171	10	37
Mali	190	17	9	25,150	10	28
Mauritanie	320	23	N/A	15,160	17	26**
Niger	330	13	27	42,720	8	23
Sénégal	450	33	37	15,710	10**	41**
Haute Volta	190	8	25	49,810	5**	17
Côtiers						
Benin	300	14	21	26,880	7**	60**
Cameroun	670	35	26	16,500	19**	101**
République Centrafricaine	300	41	16	17,610	7**	79**
Congo	730	37	17	7,290	16**	156
Gabon	3,680	36	N/A	3,029	12**	202
Ghana	420	36	35	9,920	27**	71**
Guinée	290	19	10	16,630	20**	34**
Guinée Bissao	160	24	8	10,094	7**	112
Liberia	520	33	20	9,260	30	64
Sierra Leone	270	25	N/A	N/A	7**	64
Togo	410	17	16	17,980	18	102**
Zaïre	290	30	16	15,530	15	90**
Côte d'Ivoire	1,150	38	19	15,220	20	71**
Nigéria	1,010	20	N/A	15,740	15**	62**
Total pays développés	8,130	69	N/A	620	99	100
Total pays en développement	690	26	24	N/A	N/A	N/A

Source : Rapport sur le développement mondial, 1981 Banque Mondiale.
(*) : Estimations provisoires de la Banque mondiale pour 1980, extraites de l'Atlas de la Banque mondiale de 1981
(**) : Indique que les chiffres correspondent à des années autre que celles qui sont spécifiées.
(a) : Les rapports peuvent dépasser 100 % parce que certains élèves se trouvent en dessous ou au dessus de l'âge officiel de l'école primaire.

L'aperçu général ci-dessus des conditions sociales et démographiques dans les pays de REDSO/WCA dépeint un tableau sinistre d'une région appauvrie comptant près de 200 millions d'habitants. La question que l'on est amené à se poser en réfléchissant à la situation a trait à la possibilité pour ces pays de pouvoir surmonter les conditions présentes en vue de progresser sur la voie du développement économique et social. La suite de ce document sera consacrée à l'examen de la question suivante : Jusqu'à quel degré les facteurs démographiques, en particulier les taux rapides de croissance démographique, vont-ils faciliter ou entraver ce processus.

II. CONSEQUENCES DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE RAPIDE SUR L'AFRIQUE DE L'OUEST

Un taux de croissance démographique donné n'est en soi ni "bon" ni "mauvais" pour une nation. Il doit être évalué sur la base des effets qu'il a sur la réalisation des objectifs de développement fixes par la nation. Il a été dit que la croissance démographique est plus rapide en Afrique que dans n'importe quelle région en développement du monde. Les conséquences de ce fait doivent être examinés à la lumière des objectifs de développement des nations africaines qui, quoique variant selon les différents états, partagent certains themes communs.

1. Accroissement de la production agricole et, en particulier, autosuffisance alimentaire.

2. Amélioration de l'état de santé et de la qualité générale de vie des populations des pays.

3. Amélioration du niveau éducatif de leurs populations et accroissement des taux d'alphabétisation.

4. Reduction au minimum du chômage et maintien de taux d'emploi satisfaisants.

Les facteurs ci-dessus sont étroitement liés. Afin de les analyser, ils vont être développés séparement dans les pages qui vont suivre, lesquelles examinent la conséquence des niveaux actuels de croissance démographique sur la réalisation de ces objectifs de développement.

Production agricole et autosuffisance alimentaire

Depuis 1960, la situation de la production agricole en Afrique s'est détériorée. Elle a été caractérisée par plusieurs tendances dont la baisse de la production à la fois pour les exportations et la consommation intérieure, et une plus grande dépendance des importations alimentaires commerciales et de l'aide alimentaire.

Le tableau IV donne un aperçu général de la situation agricole dans les pays de REDSO/WCA. Comme les chiffres l'indiquent, la production alimentaire par tête d'habitant, relative au niveau de 1969-71, a diminué dans tous les pays à l'exception de quatre. Pour tous ces pays sauf trois, le taux annuel moyen de croissance de la production agricole totale par tête d'habitant a été négatif pour la décennie qui s'achevait en 1979.

Les conséquences de la croissance démographique, sur le rendement agricole par tête d'habitant sont évidentes, dans la mesure où la taille de la population sert de dénominateur pour les calculer. Dans une situation de demande intérieure croissante et de production alimentaire en baisse par tête d'habitant, le résultat inévitable est la dépendance croissante des importations commerciales et de l'aide alimentaire. Comme le tableau IV l'indique, les pays de REDSO/WCA reçoivent des montants importants d'aide alimentaire par tête d'habitant, en particulier les pays du Sahel [6/]. La situation est éloquemment résumée par un récent rapport de la Banque mondiale :

> La question de l'autosuffisance alimentaire deviendra plus urgente dans les années à venir. Par exemple, si la population s'accroit de 3 % et si les revenus par tête d'habitant s'accroissent de 1 à 2 % il y aura un accroissement annuel de la demande alimentaire de l'ordre de 4 %. Mais au cours de la dernière décennie l'agriculture a connu un accroissement de moins de la moitié de ce taux (1,8 % par an). Ainsi à moins qu'un accroissement radical de la production agricole n'intervienne, l'importation des denrées alimentaires va s'accroitre davantage au lieu de diminuer au cours de la prochaine décennie [7/].

6/ Le niveau des importations d'aide alimentaire pour ces pays du Sahel demeure élevé, mais a diminué depuis 1975 en raison des conditions climatiques légèrement meilleures.

7/ La Banque mondiale, Développement accéléré en Afrique au Sud du Sahara, 1981 p. 113

Comme le tableau IV l'indique, lorsqu'elle est calculée par tête d'habitant, la production agricole apparaît être dépassée par la croissance démographique. La baisse de la production agricole par tête d'habitant constituerait une source de préoccupation au niveau de plusieurs régions nationales. Pour l'Afrique de l'Ouest l'on aperçoit mieux la situation que lorsque l'on pense au niveau auquel la baisse se situe. Déjà pendant des années, des millions d'africains ont été de façon chronique affectés par la malnutrition. Comme le tableau IV le montre, l'approvisionnement quotidien en calories par tête d'habitant se situe en dessous du maximum requis dans tous les pays à l'exception de quatre ; les manques dépassent 10 % des besoins quotidiens dans presque la moitié du reste des pays.

Les données concernant la consommation de calories par tête d'habitant fournissent une image partielle des conditions actuelles de nutrition en Afrique de l'Ouest. Des groupes vulnérables, tels que les femmes en grossesse, et les enfants sont plus sévèrement touchés par le problème de la sous-alimentation. Etant donné l'importance de la nutrition en bas âge (même avant la naissance) dans la formation du potentiel physique et intellectuel, les nations africaines sont lourdement pénalisées par la perte de ressources humaines dûe au piètre état nutritionnel de ces sous-groupes. En plus, la mauvaise alimentation est un facteur qui contribue à élever les taux de mortalité, dans la mesure où la résistance de la population aux maladies ordinaires comme la diarrhée, est en général faible.

En plus du coût en termes de santé et de nutrition, la détérioration de la situation agricole a des conséquences économiques sur les nations africaines. Comme le Tableau V le montre, les pays de REDSO/WCA ont pratiquement tous des déficits commerciaux qui se sont accrus sensiblement au cours de la dernière décennie. Les proportions des importations de marchandises composées de denrées alimentaires figurent au Tableau V. Ces chiffres ne sont pas destinés à décrire une relation causale entre les importations alimentaires et l'équilibre des déficits de paiements. Cependant, les données montrent réellement que ces déficits

TABLEAU IV - PRODUCTION VIVRIERE ET IMPORTATIONS

Pays	Index moyen de production alimentaire par tête d'habitant (1969-71 = 100) 1977-79	Taux moyen de la croissance annuelle de la production totale par tête d'habitant de 1969-71 à 1977-79	Approvisionnement quotidien en calories		Importations d'aide alimentaire (Kg par tête d'habitant)	
			Total 1977	En pourcentage de l'ensemble des besoins de 1977	1978	1979
Sahel						
Cap Vert	N/A	N/A	N/A	N/A	24.2	119.6
Tchad	91	-1.0	1.762	74	3.2	5.9
Gambie	77	-2.9	N/A	97	17.2	16.0
Mali	88	-1.6	2.117	90	18.8	3.7
Mauritanie	75	-4.0	1.976	86	33.7	19.6
Niger	89	-1.5	2.139	91	16.3	4.5
Sénégal	83	-1.6	2.281	95	5.7	11.8
Haute Volta	93	0.4	1.875	79	3.2	8.7
Côtiers						
Benin	97	-0.4	2.249	98	2.9	1.5
Cameroun	110	1.1	2.069	89	0.5	0.9
République Centrafricaine	102	0.2	2.242	99	0.3	0.6
Congo	81	-2.6	2.284	103	1.6	2.8
Gabon	94	-1.1	N/A	88	0.8	4.0
Ghana	82	-3.1	1.983	86	4.3	6.6
Guinée	86	-2.4	1.943	84	10.1	6.3
Guinée Bissao	94	-0.2	2.000	86	15.0	29.6
Liberia	101	0.2	2.434	104	2.1	0.6
Sierra Leone	97	-1.1	2.150	93	3.1	1.7
Togo	81	-2.6	2.059	90	0.0	3.3
Zaïre	90	-1.4	2.271	104	0.0	2.9
Côte d'Ivoire	102	-0.9	2.517	105	0.0	0.0
Nigéria	97	-0.8	1.951	83	0.0	0.0

Source : Développement accéléré en Afrique au Sud du Sahara : Programme d'action, la Banque mondiale, 1981.

TABLEAU V. - BALANCE DES PAIEMENTS ET IMPORTATIONS ALIMENTAIRES

Pays	Balance des paiements* (millions de dollars)		Part en pourcentage des marchandises importées aux fins d'alimentation	
	1970	1979	1960	1978
Sahel				
Cap Vert	N/A	N/A	N/A	N/A
Tchad	2	- 72	19	N/A
Gambie	N/A	N/A	N/A	N/A
Mali	- 2	- 64	20	N/A
Mauritanie	- 5	- 70	5	N/A
Niger	1	- 96	24	N/A
Sénégal	- 14	-394	30	23
Haute Volta	- 9	- 68	21	19
Côtiers				
Benin	- 1	- 87	17	15
Cameroun	- 26	-290	20	10
République Centrafricaine	- 11	- 9	15	17
Congo	N/A	-144	18	21
Gabon	N/A	N/A	N/A	N/A
Ghana	- 56	782	19	9
Guinée	N/A	N/A	N/A	N/A
Guinée Bissao	N/A	N/A	N/A	N/A
Liberia	N/A	- 19	16	17
Sierra Leone	- 14	-189	23	21
Togo	4	-219	16	8
Zaïre	- 55	-463	N/A	17
Côte d'Ivoire	- 26	-560	18	13
Nigeria	-348	1429	14	14

* Solde du compte courant avant le paiement des intérêts sur la dette extérieure publique.

Source : Rapport sur le développement mondial, 1981, la Banque mondiale.

sont dangereusement élevés pour les pays de l'Afrique de l'Ouest. Les importations croissantes de produits alimentaires sont susceptibles d'exacerber cette situation.

Amélioration de l'Etat de Santé et de la qualité de la vie

Tous les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest ont decreté comme objectif l'amélioration de la santé de leurs populations. Quoique conscients des niveaux inacceptables de mortalité infantile et maternelle dans leurs pays, plusieurs dirigeants africains ne sont pas bien informés sur la relation qui existe entre une fécondité élevée et ces taux. Les politiques officielles des gouvernements en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile tendent à privilégier l'immunisation, l'éradication de la diarrhée et des maladies contagieuses, et d'autres actions similaires. Cependant, à mesure que deviennent de plus en plus disponibles les données sur les incidences d'une fecondite élevée sur la santé, un nombre croissant de professionnels africains de la Santé commencent à comprendre et à exprimer des inquiétudes sur ces relations.

Une récente publication du Centre de la Santé de la Population et de la Famille de Columbia University démontre certains des effets néfastes des grossesses fréquentes et rapprochées en se basant sur des données obtenues d'un certain nombre des pays en développement [8/]. Ces données dont la plupart ont été recueillies par l'Organisation Mondiale de la Santé et d'Organisation Panamericaine de la Santé, font état d'un taux de mortalité supérieur à la moyenne parmi les enfants nés à des intervalles courts. Dans les cas d'intervalles inférieurs à un an, la mortalité infantile tend à être de deux fois plus élevée que dans les cas d'intervalles de 2 à 3 ans. Cet effet continue pour les 4 premières années de la vie de l'enfant, dans la mesure où ceux qui sont nés à des intervalles courts ont moins de chance de survivre.

8/ Les paragraphes suivants sont un résumé fait à partir de Planning Familial : Son Impact sur la Santé des femmes et des enfants, Columbia University, école des médecins et des chirurgiens, 1981.

Il a été démontré que la parité et l'espacement des naissances étaient liés à la survie du foetus et de l'enfant. Une étude au Salvador a permis de découvrir par exemple que la mortalité infantile est passée de 55 sur 1000 pour les premières naissances, à 88 pour les 4è naissances et 155 pour les cinquièmes et les autres ordres de grandeur. Bien qu'une partie de cet effet semble être liée à la sous-alimentation dans les familles nombreuses, l'on a découvert que la même relation (quoique à des taux inférieurs) existait même dans les zones urbaines des pays développés.

Il a été également démontré que la mortalité maternelle était liée à l'âge des femmes, à la parité et à l'espacement des naissances. Dans des situations où les couples ne réglementent pas leur fécondité, on observe un grand nombre de grossesses parmi ces femmes-là mêmes qui courent un "grand risque" de mort liée à la grossesse. Parmi ces femmes vulnérables, on compte celles qui sont tout à fait au début ou à la fin de leur maternité ainsi que celles qui ont une parité élevée. Une enquête menée dans plus de 200 villages au Bengladesh a révélé que le risque de décès, parmi les femmes étant à leur quatrième ou cinquième accouchement, était presque le double de celles qui sont à leur deuxième ou troisième accouchement. Le risque de décès chez les femmes qui sont à leur huitième accouchement ou au delà est trois fois plus élevé que chez celles qui en sont à leur 2è ou 3è. La mort était également répandue parmi les femmes étant à leur premier accouchement, en grande partie parce que beaucoup sont très jeunes [9/]. Avec une fécondité qui dans l'ensemble varie entre six et sept accouchements par femme, un grand nombre de femmes de l'Afrique de l'Ouest accouchent dans des conditions très risquées.

Hormis les mesures générales de fécondité totale et de mortalité maternelle et infantile, l'on sait moins sur les détails spécifiques de l'accouchement dans les pays de l'Afrique de l'Ouest que partout ailleurs dans le monde en développement. L'une des rares enquêtes complètes sur la fécondité qui ait été

9/ L.C. Chen, M.C. Gesche, S. Ahmed, A.I. Chowdhurq, and W.H. Mosley, "Mortalité maternelle au Bengladesh rural", Etudes sur le planning familial 5. (11) 334.341, Novembre 1979.

achevée en Afrique de l'Ouest est l'Enquête Mondiale sur la Fécondité, au Sénégal publiée en 1978 [10/]. Cette etude donne une idée de l'ampleur de l'accouchement "très risqué" au Sénégal, et est susceptible d'être caractéristique de plusieurs pays de la région [11/]. Les femmes au Sénégal commencent à faire des enfants tôt et continuent à en faire jusqu'à la quarantaine. L'âge moyen au premier mariage des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête du Sénégal était de 16,4, la moitié des femmes étant mariées à l'âge de 15,6 ans. A l'âge de 49 ans, les femmes sénégalaises ont mis au monde en moyenne 7,2 enfants. De ceux-ci, en moyenne, seulement 4,9 (juste un peu plus des 2/3) étaient encore en vie au moment de l'enquête.

De telles données sont des exemples qui montrent la complexité des relations entre la fécondité désirée, la fécondité réelle et la mortalité infantile. Il a été suggéré que la fécondité demeure élevée quand les femmes savent qu'il leur faut faire plusieurs enfants de sorte que le nombre escompté puisse survivre jusqu'à l'âge adulte -C'est la soi-disante théorie du "renouvellement". Cependant, comme les conclusions des données de Columbia University, que nous avons discutées plus haut le démontrent, c'est la parité élevée qui contribue au maintien d'une mortalité foetale et infantile élevée.

Il conviendrait de noter un dernier point concernant les effets d'une fécondité élevée sur la Santé. Les méthodes modernes de la contraception sont moins connues et utilisées moins souvent en Afrique de l'Ouest que dans les autres pays en développement. Au Sénégal par exemple, seulement 20 des femmes impliquées dans l'enquête avaient entendu parler de méthode moderne ; suelement 1 avait utilise une telle methode. Bien qu'il n'y ait pas beaucoup de données disponibles, il est évident qu'en l'absence de méthodes efficaces de contraception, les femmes de l'Afrique de l'Ouest, à l'instar des femmes du

---

10/ Les enquêtes sur la fécondité dans le monde sont en cours dans six autres REDSO/WCA.

11/ Données suivantes résumées du Rapport sur l'enquête du Sénégal sur la Fécondité Dans le Monde, ISI/WFS, 1978. Les pays comme abordés à la Section IV ci-dessous.

monde entier, aient fréquemment recours à l'avortement. Puisque l'avortement est illégal dans toute la région, il est en général provoqué ou fait clandestinement dans des conditions tout à fait contraires aux règles d'hygiène.

Les Agents de la Santé et de la Population de PFDSO/WCA ont discuté avec les médecins et les infirmiers dans plusieurs pays de l'incidence élevée de l'avortement en particulier parmi les filles adolescentes. Plusieurs d'entre eux ont exprimé leur extrême inquiétude au sujet de ce problème croissant. Les informations rapportées sont des anecdotes. Cependant, le problème est si bien posé par les professionnels de la Santé qu'il doit être perçu comme le témoignage d'un problème réel. A titre d'exemple, un médecin dans la région du Centre de la Côte d'Ivoire a rapporté qu'il ne lui est pas rare de traiter les effets de 3 à 5 avortements septiques par jour, souvant chez les filles de 14 à 15 ans. Il y a plusieurs années un éducateur important d'Abidjan a participé à une étude sur un lycée féminin de la capitale. Avant que l'étude ne soit annulée en raison de sa nature délicate, l'on a su que plus de 50 % des élèves ont admis avoir fait au moins un avortement. Sur les 15 à 25 millions d'avortements illégaux réalisés dans le monde chaque année selon les estimations, l'on ne connait pas le nombre d'avortements fait en Afrique de l'Ouest. Cependant, des données du type anecdotique ainsi que certaines données d'enquête préliminaire suggèrent que l'incidence de l'avortement peut s'accroître plus vite dans cette région que dans n'importe quelle autre région en développement [12/].

La discussion ci-dessus relative aux relations entre la fécondité et la Santé maternelle/infantile a des implications importantes pour les dirigeants africains qui désirent réduire les taux de mortalité dans leurs nations d'acceptation, et même d'encouragement du planning familial ne devraient pas en premier lieu être aperçus comme un moyen de réduire la croissance démographique, mais comme une importante mesure visant à améliorer la Santé et le bien-être des femmes et des enfants. Les données démontrent de plus en plus que des intervalles

---

12/ Cela est suggéré par L.S. Liskin dans "Complication de l'avortement dans les pays en développement", Rapport sur la population, Série F, n° 7 : F105-F155 Juillet 1980.

plus longs entre les naissances pourraient constituer un facteur important dans la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile de ces pays, à présent les plus élevés du monde.

En plus de leur desir d'améliorer l'etat de santé des habitants de leur pays, les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest veulent élever leur niveau de vie général et la qualité de la vie. Comme les chiffres du tableau III l'indiquent, la qualité de la vie telle que évaluée par des indicateurs comme l'eau potable, les infrastructures sanitaires et l'éducation est extrêmement basse en Afrique de l'Ouest. Les chiffres ne reflètent pas les conditions en général non hygiéniques et les logements bondés dans lesquels la grande partie de la population vit. Les taux rapides de croissance démographique exercent des pressions croissantes sur la capacité dejà réduite de ces pays à fournir les besoins de base tels que les abris adéquats. Ces problèmes se posent avec une acuité particuliere dans les zones urbaines de la région, qui ont un taux de croissance en moyenne deux fois plus élevé que les taux de croissance de l'ensemble des pays. Dans certains pays, les taux de croissance urbaine s'élèvent à plus du double des taux de croissance démographique de la nation entière. Ex. : La croissance annuelle de la population urbaine au cours des années 70 était de 8,5 % en Côte d'Ivoire, 8,6 % en Mauritanie et 6,8 % au Niger [13/]. En visitant les capitales de ces pays, l'on découvre que les infrastructures urbaines de ces villes sont d'une inadéquation frappante [14/].

Dans leurs recherches de solution à ces problèmes, les gouvernements africains ont tendance à concentrer leurs efforts sur l'accroissement des fournitures des biens et services. Les mesures d'amelioration proposées d'habitude concernent la construction d'un plus grand nombre de logements, l'extension des infrastructures sanitaires et ainsi de suite. La solution est souvent perçue en termes d'accroissement du montant des revenus publics déja rares, destines à ces secteurs. On ne prête pas assez attention à l'aspect

---

13/ Rapport sur le Développement mondial, 1981, la Banque mondiale.

14/ Dans la plupart des pays de REDSO/WCA entre un tiers et la moitié de la population urbaine vit dans la capitale.

demande du problème, c'est-à-dire à la possibilité de ralentir la croissance démographique et partant réduire la demande de ces biens et services de base. Chaque fois qu'il est donné de réfléchir à ce problème, c'est toujours en termes de mauvaise répartition de la population qu'on l'aborde en proposant comme solution l'arrêt de l'exode rural. Cette approche ne tient pas compte du fait que : (1) l'on n'a pas trouvé dans tous les pays en développement de moyens efficaces pour ralentir l'exode vers les villes et (2) les données démontrent que, pour l'ensemble des pays en développement, plus de 60 % de la croissance urbaine relève de l'accroissement naturel.[15/]

Education et Alphabétisation plus étendues

Les dépenses effectuées au titre de l'Education et l'amélioration de la Santé sont un investissement et contiennent des éléments de consommation. Elles fournissent des avantages de consommation parce qu'elles rehaussent immédiatement la qualité de vie de chacun. Ce sont des investissements parce qu'elles permettent d'accroître la productivité de chacun, à présent et à l'avenir. Ce sont des investissements dans les personnes -dans la formation du capital humain. Il est particulièrement difficile d'évaluer la rentabilité des investissements dans les personnes mais la plupart des économistes et des professionnels du développement s'accordent pour reconnaître que certains types de formation du capital humain, par exemple, par le biais d'investissements dans l'éducation et la formation professionnelle, ont un rendement élevé dans le domaine du développement. Un recent rapport de la Banque mondiale stipule que "une croissance économique plus rapide en Afrique necessite un developpement accelere des ressources humaines. Cela suppose une éducation formelle plus élevée et meilleure ainsi qu'une formation intense. Les experts africains et leurs homologues reconnaissent que les systèmes d'enseignement doivent être étendus et améliorés en particulier au niveau du primaire."[16/]

15/ Modeles de croissance urbaine et rurale, Division de la population des Nations Unies, New York : Département des Affaires economiques et sociales internationales.

16/ Source : Banque Mondiale : Développement accéléré en Afrique au Sud du Sahara Un Programme d'Action 1981, p. 198

Au cours des deux dernières décennies, certains gouvernements africains ont fait des progrès remarquables dans le domaine de l'éducation, en particulier au niveau du primaire. Pour l'ensemble de l'Afrique, la proportion de la population scolarisable dans les écoles primaires, et réellement inscrite dans les écoles est passée d'environ 35 % en 1960 à presque 65 % en 1978. Au niveau secondaire, l'accroissement s'est effectué d'environ 3 % à environ 13 %. Au niveau universitaire seulement environ 1 % du groupe d'âge correspondant a été inscrit dans les universités en 1978. 17/

En raison de la priorité accordée à l'éducation, les gouvernements africains consacrent déjà une grande partie de leur PIB à l'Education. Dans les 2/3 des pays africains (pour lesquels des données sont disponibles) les dépenses effectuées au titre de la scolarisation représentent environ 4 % du PIB, et environ 16 % de toutes les depenses publiques -plus élevées que celles effectuées pour toute autre fonction gouvernementale à l'exception de l'administration générale. Dans plusieurs pays africains, le budget de l'éducation représente 25 à 35 % du budget géneral. 18/

La croissance de la population scolarisable est naturellement tributaire d'une fécondité élevée et d'un taux général de croissance démographique également élevé. Malgré la priorité accordée à l'éducation par la plupart des gouvernements africains, ainsi que la proportion de la population scolarisable et scolarisée dans les écoles primaires qui a presque doublé au cours de cette période, le nombre d'enfants scolarisables non inscrits dans les écoles a réellement augmenté au cours de cette période.

Pour un niveau donné de dépenses du secteur public par tête d'habitant, les coûts périodiques -et d'habitude les coûts de capitaux- sont directement liés à la croissance des groupes de population correspondants. Pour l'éducation, ce serait la croissance de la population scolarisable, pour les soins de santé,

---

17/ Ibid, p. 181
18/ Ibid, pp. 81-82

c'est la croissance des groupes de population qui sont le plus dans le besoin -et qui ont le plus à gagner- des services de santé, tels que les enfants, les femmes à l'âge de la maternité et les groupes d'âge de la main-d'oeuvre.

Plein emploi

Il y a deux dimensions au problème de l'emploi en Afrique de l'Ouest et du Centre : (1) la croissance de la main-d'oeuvre et (2) la création d'emplois ; ces deux problèmes sont développés plus bas.

Croissance de la main-d'oeuvre

C'est souvent que l'on entend que l'Afrique connait une pénurie de main-d'oeuvre. En termes économiques de telles déclarations d'habitude reflètent les points de vue suivants : (1) La clé de l'accroissement de la production se trouve dans l'accroissement du nombre des producteurs ; par conséquent, il est souhaitable d'accroître la main-d'oeuvre aussi rapidement que possible dans la mesure où l'on s'attend à ce que cela débouche sur un accroissement de la production totale le plus rapidement possible. (2) Quelque fois dans ce contexte, l'on fait état de possibles penuries périodiques de main-d'oeuvre, en particulier dans l'agriculture, et dans ce cas si les populations etaient plus nombreuses, il y aurait plus de travailleurs et par conséquent, la production agricole totale augmenterait.

Ces deux points de vue ne sont pas compatibles avec les expériences vécues en Afrique au cours des deux dernières decennies et les réalités du développement. Tout d'abord la plupart des pays africains sont confrontés au problème du chômage excessif et non à la pénurie de main-d'oeuvre non qualifiée. Dans plusieurs cas, il y a pénurie d'ouvriers spécialisés ; l'accroissement du nombre d'ouvriers spécialisés exige l'utilisation davantage de ressources en vue de fournir la formation essentielle. L'accroissement du nombre d'ouvriers non qualifiés ne constitue aucun progrès vers la solution de ce probleme. En fait,

il aggrave probablement le problème en augmentant davatange la pénurie d'ouvriers spécialisés par rapport au nombre d'ouvriers non qualifiés. Dans certains cas, il se peut qu'il y ait des pénuries périodiques de main-d'oeuvre agricole, et probablement il est vrai que la production agricole totale par tête d'habitant pourrait être augmenté si l'on pouvait persuader les chômeurs de devenir des travailleurs agricoles. Cependant, l'expérience a montré que cela n'est en général pas possible sans une forte coercition. Une croissance rapide de la population accroît rapidement certes le nombre de travailleurs mais l'expérience africaine des deux dernières décennies montre que cela ne débouche pas automatiquement sur un accroissement de la production, en particulier dans l'agriculture. Au contraire, il a, en général conduit à de serieux problemes de chômage avec comme seul résultat une très lente croissance de la production totale.

Quoique l'accroissement du nombre total de travailleurs peut entrainer la croissance de la production générale (c'est la raison pour laquelle la production agricole totale en Afrique s'est accrue même si la production par tête d'habitant a diminué au cours des deux dernières décennies), l'une des clés du développement économique est constitué par l'accroissement de la productivité de la main-d'oeuvre, c'est à dire qu'il est nécessaire d'accroître la quantité produite par heure (jour, mois ou année) de travail. Cela exige l'acquisition de nouvelles compétences soutenues par l'introduction des technologies qui aident à l'accroissement de la productivité de la main-d'oeuvre. Cela signifie simplement que les rendements de la main-d'oeuvre ont été augmentés, et le travailleur peut s'attendre à recevoir -par le biais de l'augmentation du salaire ou du revenu- une partie de cet accroissement de la production.

En ce qui concerne la main-d'oeuvre, l'objectif de développement devrait par conséquent être celui d'introduire des competences et des techniques appropriées de sorte à accroître la productivité du travailleur ; en fait, habituellement cela fait baisser la productivité du travailleur moyen.

Création d'emplois

En termes simples, le retard de l'Afrique en matière de développement est en premier lieu dû à la faible productivité de l'ensemble de la main-d'oeuvre (mentionné plus haut). Plusieurs personnes sont au chômage et leur nombre s'accroît rapidement. Une proportion importante de ceux qui sont employés a un très faible niveau de productivité. Le secteur agricole qui représente encore 50 à 85 % de la main-d'oeuvre des pays africains est particulièrement caractérisé par une faible productivité de la main-d'oeuvre.

La création d'emplois a été l'une des grandes déceptions de l'expérience du développement international au cours des deux dernières décennies. Dans la plupart des pays- et dans presque tous les pays africains- la main-d'oeuvre a connu un accroissement plus rapide que celui du plein emploi et, en conséquence, les pourcentages de la main-d'oeuvre qui sont au chômage ou sous-employés ont augmenté rapidement au cours de cette période. Il y a plusieurs raisons qui expliquent un si piètre bilan de création d'emplois dans les pays en développement où l'on rencontre des projets mal conçus, de mauvais choix d'investissements, des responsables n'ayant pas les aptitudes requises et des stratégies de développement qui favorisent de grands secteurs non agricoles à forte consommation de capitaux. Cependant, le problème du chômage est sérieusement exacerbé par des taux élevés de la croissance de la main-d'oeuvre qui sont à leur tour causés par les taux élevés de la croissance démographique. Même si les financières gouvernementales et privées sont bien investies, et que les fonds disponibles sont extrêmement rares, alors on ne pourra créer que quelques nouveaux emplois. Plus les "demandes compétitives" pour les rares ressources financières gouvernementales sont grandes, ex. : pour les services d'éducation et de santé) plus les ressources disponibles pour des investissements productifs qui créent des emplois ou qui augmentent la productivité de ceux-là même qui sont déjà employés (tels que les travailleurs agricoles) seront réduites.

La croissance démographique rapide comporte trois grandes conséquences sur la création d'emplois et l'accroissement de la productivité de la main-d'oeuvre (1) En augmentant la demande pour que les rares ressources financières du secteur public soient allouées à des secteurs qui sont limités en matière de création d'emplois et d'accroissement de la productivité, l'on réduit le montant de ressources financières disponibles pour des investissements capables de créer des emplois et d'accroître la productivité de la main-d'oeuvre et partant l'on réduit le nombre d'emplois qui sont créés. (2) Cela réduit l'entière productivité nationale future, la croissance économique générale et partant les niveaux futurs des ressources financières de la nation disponibles pour des investissements futurs. (3) Au même moment, la croissance démographique rapide engendre une croissance rapide et continue du nombre de personnes en quête d'emplois (la main-d'oeuvre)et par conséquent le nombre de personnes qui sont au chômage.

III. LE CONTEXTE SOCIO-CULTUREL DES POLITIQUES EN MATIERE DE POPULATION ET DU PLANNING FAMILIAL EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Au cours des deux dernières décennies, les autorités politiques du monde entier sont devenues de plus en plus conscientes des conséquences de la dynamique de population sur le développement économique et social. Cette prise de conscience a conduit plusieurs pays en développement à tenir compte des facteurs démographiques dans leurs activités de planification ou à décréter des mesures de ralentissement de la croissance démographique. A la fin des années 70, ces efforts se sont traduits par une baisse des taux de natalité des pays d'Amérique Latine et d'Asie. L'Afrique, quant à elle, n'a pas encore atteint ce stade de transition démographique. Au contraire le fossé qui existe entre le taux de croissance démographique des pays africains et celui des autres pays du monde continue de s'accroître. Plusieurs indices le prouvent, tel que le taux de natalité brute, qui pour l'Afrique toute entière s'élève à 46 pour 1000, contre 32 pour l'Amérique Latine, 30 pour l'Asie et 16 pour l'Amérique du Nord. Dans certains pays africains (tels que les pays de la REDSO/WCA : La Mauritanie, le Niger, le Nigéria et le Liberia), ces chiffres se situent autour de 50 et 51 pour 1000, constituant ainsi les taux les plus élevés du monde. 19/ Les taux d'accroissement démographique sont également plus élevés en Afrique que dans n'importe quelle autre région du monde. Le taux moyen d'accroissement démographique des pays de REDSO/WCA se situerait autour de 3 pour cent par an. Le taux de mortalité connaissant une baisse plus rapide dans les pays africains, l'on peut s'attendre à ce que le taux d'accroissement de la population monte encore davantage, à moins que la fécondité ne connaisse un fléchissement.

19/ Document Statistique de 1982 sur la Population Mondiale. Bureau de reférence en matière de population.

La situation décrite plus haut nous amène à nous poser la question de savoir pourquoi l'Afrique est différente du reste du monde en terme de démographie. Plusieurs personnes attribuent des causes sociales et culturelles à ce phénomène. Bien que ces facteurs ne puissent pas expliquer entierement cette situation propre à l'Afrique, ils ont été en fait, et continuent d'être des élements déterminants de la transition démographique qui s'opèrera en Afrique au cours des prochaines décennies.

Le but de ce paragraphe est de donner un aperçu général des différents aspects du contexte socio-culturel africain qui influencent les attitudes à l'égard des problèmes de population et de planning familial en Afrique. Malgre les différences que l'on pourrait constater tout naturellement, d'un pays à l'autre, il est possible de recenser certaines caractéristiques clés qui sont communes à chacun d'eux. Avant de passer à l'etude de cette question, il est utile d'analyser les différents facteurs historiques qui ont façonné ces attitudes.

Facteurs ayant façonné les attitudes des africains à l'égard des questions de population

Un certain nombre de facteurs politiques et historiques ont rendu l'Afrique différente des autres régions du monde en développement. Les plus importants sont les suivants :

L'héritage colonial : Bien que l'Afrique n'ait pas été la seule région a être colonisée, la domination du continent africain y a pris un caractère assez spécial. Le fait que ces colonies étaient plutôt des réservoirs de main-d'oeuvre, que de nouvelles terres à habiter et à exploiter est significatif. Dans ces conditions le contrôle serait plus strict à plusieurs égards et la mise en place d'infrastructures physiques et politiques ne serait pas une priorité urgente. Un autre facteur qui revêt une importance considérable, c'est que la période coloniale en Afrique est arrivée à son terme beaucoup plus tard qu'ailleurs, et la plupart des pays africains n'on accédé à l'indépendance qu'au début des années 1960. Cette expérience coloniale a eu de nombreuses conséquences sur les états africains que

nous connaissons aujourd'hui. Une fois l'indépendance acquise plusieurs de ces pays ont adopté des systèmes politiques qui s'inspirent des modèles français et Britanniques.Dans certains cas, les lois promulguées au cours de la période coloniale sont restées en vigueur. Par exemple, la loi Française de 1920 sur l'interdiction de la vente des contraceptifs. En dépit du fait qu'elle ait été abrogée depuis plusieurs années en France, cette loi continue d'être appliquée (bien que de manière capricieuse) dans toutes les anciennes colonies françaises, sauf deux. Ce n'est que depuis quelques années que le Mali et le Sénégal ont abrogé cette loi. Plusieurs pays africains ont également hérité des systèmes d'Education de l'époque coloniale. Ils en ont hérité non seulement la structure mais aussi le contenu et l'approche intellectuelle. Plusieurs programmes d'enseignement aux niveaux primaire, secondaire et universitaire s'articulent autour de matières qui présentent un intérêt pour les pays de l'Europe Occidentale. Cela est particulièrement évident dans certains domaines tels que la démographie dont l'étude est faite d'un point de vue totalement européen, à la lumière des conditions démographiques qui prévalent dans ces pays.

Diversité ethniques

Une autre caractéristique particulière de l'Afrique est sa grande diversité. Les frontières nationales actuelles sont, pour la plupart, artificielles. En effet elles ont été imposées pendant la période coloniale, sans tenir compte de la répartition géographique des groupes ethniques, et institutionalisées lors de l'accession à l'indépendance. Cette situation a eu de nombreuses conséquences sur les pays africains, entre autres, la difficulté de maintenir une cohésion politique et sociale au niveau national. Par ailleurs, la communication devient un problème, en raison de l'existence de plusieurs langues locales. Même dans les plus petits pays d'Afrique de l'Ouest, on compte 20 à 30 langues parlées, alors que les langues officielles le Français et l'Anglais ne sont parlées que par une minorité de personnes.

En plus de ces problèmes, cette diversité a entrainé des rivalités ethniques. Pendant plusieurs siècles certains groupes ethniques ont vécu sous

la menace d'extermination d'autres groupes ayant une population plus nombreuse. Bien que les guerres tribales aient cessé, la mentalité demeure, et se traduit souvent par le désir de certains groupes ethniques d'accroître leur nombre.

Facteurs religieux

Il y a également une grande diversité religieuse en Afrique, et un nombre considérable de personnes pratiquent des formes variées d'animisme ou d'autres religions traditionnelles. Si les religions occidentales ou orientales telles que le Catholicisme ou l'Islam s'y sont implantées, elles sont pratiquées sous des formes qui sont fortement influencées par des croyances religieuses africaines. Ces dernières sont fondées sur l'existence de phénomènes mystiques qui expliquent les actes quotidiens, ce qui est souvent contraires à l'approche Cartésienne. Comme dans toutes les cultures, les croyances et les coutumes qui régissent la vie familiale et les relations sexuelles sont particulièrement influencées par des facteurs religieux.

Il est ainsi facile de comprendre le conflit qui existe, entre les concepts occidentaux de planification de la taille et de la structure familiale pour des "raisons pratiques" d'une part, et le respect des coutumes traditionnelles, d'autre part, ces coutumes étant régies par les divinités.

Les religions mondiales, le Catholicisme et l'Islam ont également contribué à façonner les attitudes des africains à l'égard des questions de population. L'Islam est la religion dominante dans plusieurs pays africains. Historiquement, les préceptes de l'Islam ont été interprété dans le sens d'une interdiction de la contraception. Néanmoins les musulmans qui ont reçu une certaine éducation y compris les autorites religieuses, remettent de plus en plus en question cette interprétation. 20/

Le rôle des femmes

Le rôle des femmes dans les sociétés africaines a été historiquement défini de manière rigide, et cela est dû en partie, à l'influence de l'Islam. Malgré qu'elles jouent un important rôle de production dans ces sociétés à

20/Par exemple en 1982 une Conférence des Dirigeants Musulmans tenue à Dakar a fait une déclaration en faveur du planning familial. Cette declaration se trouve en Annexe A.

prédominance agricole, le seul rôle principal des femmes, qui soit socialement accepté et reconnu, c'est celui d'épouse et de mère. Les femmes ont eu peu de droits légaux, et dans la plupart des pays, leur situation est affaiblie par la pratique très répandue de la polygamie ; de telles conditions, prévalant dans des sociétés où les enfants sont souvent considérés comme des symboles de virilité du mari, n'ont pas facilité la possibilité voire la nécessité pour la femme de contrôler sa propre fécondité.

Peu de signes montrent que la condition de la femme sera améliorée en Afrique, dans un avenir proche. Dans certains pays, surtout anglophones, les femmes interviennent de plus en plus dans la vie publique, et arrivent même à occuper certains postes politiques. Il y a des initiatives d'organisation qui ont pour but la promotion de la condition féminine. Un exemple en est la création d'Association, que l'on observe dans plusieurs pays, pour lutter contre l'excision. Cette pratique est très répandue en Afrique, et est réputée avoir des conséquences très graves sur l'équilibre physique et psychologique de la femme. Cependant il semble réaliste de dire que la condition de la femme africaine ne sera pas améliorée de manière radicale d'ici la fin du siècle.

Les paragraphes précédents ont exposé les facteurs particuliers qui ont contribué à façonner les attitudes des africains à l'égard des questions de population. Par ailleurs, il faut noter que les pays africains ont également les caractéristiques générales communes à toutes les régions en développement qui sont les suivantes : faible alphabétisation, exode rural massif, taux de mortalité élevés particulièrement parmi les nouveaux nés et les enfants. En effectuant une comparaison de ces indicateurs par régions en développement, on se rend compte que les pays africains sont en général les plus défavorisés. La plupart de ces indicateurs sont directement liés au niveau de fécondité. Pour citer un exemple, les taux de mortalité infantile étant élevés, on en est venu à penser qu'il était nécessaire que chaque femme ait autant d'enfants que possible, afin de "s'assurer" que le nombre désiré resterait en vie.

Les pays africains partagent avec les autres pays en développement une autre caractéristique : c'est qu'ils ont tous des sociétés en pleine mutation.

L'urbanisation rapide et l'exposition croissante aux influences culturelles extérieures entrainent des profondes mutations dans la vie quotidienne des africains. L'ordre traditionnel étant battu en brèche par le modernisme, l'on peut observer plusieurs types de bouleversements -économiques, politiques et sociaux- qui sont susceptibles de se poursuivre pendant quelques années encore.

Ce qui précède constitue une introduction à l'étude qui va suivre et qui portera sur le contexte social et culturel africain et surtout sur les attitudes générales à l'égard des questions de population. Cette etude englobera à un niveau plus général les éléments qui caractérisent l'approche africaine. Il existe évidemment, des différences entre pays. Le Nigeria avec un quart de la population africaine, a des préoccupations différentes de celles de la Guinée Bissao qui n'a qu'un million d'habitants. Le manque de fécondité généralisé dans les pays tels que le Gabon et le Cameroun suscite l'adoption de politiques en la matière plutôt différentes. Mais en général, l'etude qui va suivre est considérée comme étant une représentation exacte du contexte social et culturel des problèmes de population et de planning familial dans la région de AIDSO/WCA.

Caracteristiques des politiques africaines et attitude à l'egard des problèmes de population. Absence de politiques officielles definies en matière de population

Tres peu de gouvernements africains ont défini des politiques en matiere de population ou des objectifs demographiques précis pour le developpement de leur pays. Leur position à l'égard des problèmes de population peut être ainsi analysé à partir de deux sources : (1) Les plans de Développement Nationaux ou documents similaires qui, bien souvent, touchent directement ou indirectement à des facteurs démographiques ; (2) Les lois nationales qui affectent directement ou indirectement la taille de la famille et la fécondité (allocations familiales, dispositions relatives aux congés de maternité, lois régissant l'accès aux contraceptifs).

USAID LIBRARY
YAOUNDE

A partir de cette analyse, on peut dire que la tendance generale des gouvernements africains est celle d'une politique pro-nataliste. Le tableau VI présente les résultats d'une analyse récente portant sur les politiques en matieres de population dans la région de REDSO/WCA. Comme ce tableau l'indique, les gouvernements de la moitie de ces pays pensent que les taux actuels d'accroissement démographique sont acceptables. Plusieurs autres, particulièrement ceux de la région centrale, pensent que ces taux sont trop peu eleves. Plus significatif encore est le fait que, parmi les six pays qui trouvent le taux de fécondite trop élevé, quatre seulement ont mis en place des structures d'assistance en matière de contraception.

Il y a des indices de changement dans certains pays. Au Zaïre, par exemple, le Président a fait une déclaration importante pour encourager l'idée des "naissances désirables". Au Sénégal, au Nigéria et au Ghana, il existe des Commissions Nationales chargées de fournir au gouvernement des informations nécessaires à l'élaboration des politiques en matiere de population. Il existe d'autres moyens d'information utilises par les gouvernements dans plusieurs pays de REDSO/WCA. Dans ces pays là, des Associations de planning familial (appelées généralement Associations pour le Bien être familial dans les pays francophones), agissent sous le couvert de l'état. Elles assurent la distribution de contraceptifs par le canal des institutions de Santé Publique. C'est dans ces pays là que les gouvernements incorporent l'étude du planning familial dans les programmes de formation du personnel médical et paramédical. Les gouvernements accordent un soutien tacite aux programmes de planning familial en permettant l'importation de contraceptifs sous franchise. Cependant, il faut souligner que les gouvernements de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sont prudents dans leurs approches publiques vis à vis des problèmes de population. Lorsqu'une action précise est entreprise, elle reflète, par exemple, généralement les préoccupations de certaines personnes plutôt que celle du grand public.

TABLEAU VI -POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE DANS LES PAYS DE REDSO/WCA

Pays	Perception officielle du taux de fécondité	Politique officielle pour influencer la fécondité	Position officielle à l'égard des services de contraception
Benin	acceptable	à maintenir	soutien
Cameroun	trop elevée	aucune intervention	intérêt manifesté
Rép. Centrafricaine	trop faible	aucune intervention	aucun soutien
Tchad	trop faible	à accroitre	restrictions
Congo	acceptable	aucune intervention	à soutenir
Gabon	trop faible	à accroitre	restrictions
Gambie	trop élevee	à réduire	soutien actif
Ghana	trop élevée	à réduire	soutien actif
Guinée	trop faible	à accroitre	intérêt manifesté
Guinée Bissao	acceptable	aucune intervention	interêt manifeste
Côte d'Ivoire	trop faible	à accroitre	aucun soutien
Libéria	trop élevee	aucune intervention	soutien actif
Mali	acceptable	à maintenir	soutien actif
Mauritanie	acceptable	à maintenir	aucun soutien
Niger	acceptable	à maintenir	soutien actif
Nigéria	acceptable	aucune intervention	soutien actif
Sénégal	trop élevée	aucune intervention	soutien actif
Sierra Leone	trop élevée	aucune intervention	soutien
Togo	acceptable	à maintenir	soutien
Haute Volta	acceptable	à maintenir	interêt manifeste
Zaïre	acceptable	à maintenir	soutien actif

Source : Tableau publié par People, la revue trimestrielle de I.P.P.F., Juillet 1982. Fondé sur les rapports relatif à l'étude des politiques démographiques. Division de l'ONU pour la demographie Janvier 1981, et actualisé par I.P.P.F..

Préoccupation à l'égard de la circulation et de la repartition des populations

Les conditions prevalant dans la region de REDSO/WCA -Répartition inegale de la population entre les zones rurales et urbaines ; terres desertiques/côtières avec des migrations permanentes et saisonnières- ont fait pensé que les pressions démographiques sont en grande partie dues à la répartition inégale de la population. Cette thèse comprend plusieurs composantes. On utilise souvent les chiffres de la densité de population pour illustrer la theorie que la région peut contenir une population plus nombreuse qu'il n'est actuellement le cas.

Cependant les calculs ne tiennent généralement pas compte de la vaste étendue des terres africaines non-arables. L'étape suivante de ce raisonnement a logiquement consisté à faire une comparaison avec les petits pays industrialisés comme le Japon ou la Belgique, dont les densités de population sont plus élevées que la plupart des pays africains. Dans de telles analyses, les différences entre les niveaux de développement économique et social ne sont pas pris en compte.

Hormis les problèmes de repartition inégale de la population, les exodes massifs ont été également un sujet de préoccupation en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ceci est vrai non seulement pour des pays tels que la Côte d'Ivoire qui draine pres d'un demi-million de migrants chaque annee, mais aussi pour d'autres pays d'origine ou de destination des migrants. Cette situation a contribué à détourner l'attention générale des problemes de taux de fécondité élevés, car il fallait trouver une raison à une variéte de maux économiques et sociaux tels que la surpopulation urbaine, la criminalite et le chômage.

Intérêt croissant pour la situation démographique des pays industrialisés

Les pays développés du monde sont virtuellement entres dans ce que les démographes appellent la phase finale de la transition démographique caractérisée par des taux de natalite et de mortalite peu élevés, entrainant un taux d'accroissement naturel faible. Aux Etats Unis, au Canada, et dans la plupart des pays européens, la somme des naissances a récemment baissé, passant à un niveau inférieur au niveau de renouvellement : 2,1. Cette situation a fait l'objet de

publications retentissantes et sensationnelles. Loin de considérer la structure de la transition démographique occidentale comme un modèle, les Africains ont essayé de faire ressortir les conséquences négatives de la fécondité de remplacement (et en dessous du niveau de remplacement). Les journaux africains locaux publient de plus en plus d'articles sur ce problème, particulièrement depuis la Conférence des Nations Unis de 1982 sur le vieillissement. On brandit le spectre d'une pyramide des âges renversée, avec son cortège de conséquences négatives y compris une absence de dynamisme social dû à une prédominance de personnes âgées ; un rapport de dépendance désavantageux, dû à un nombre trop restreint de personnes qui travaillent et qui doivent s'occuper des personnes âgées de plus de 65 ans ; et une demande croissante de transfert de fonds pour s'occuper de la frange vieille de la population. Dans cette analyse, l'on ne tient pas compte des différences fondamentales qui existent entre les systèmes économiques et sociaux et surtout les classes d'âge des pays développés et celles des pays en développement.

En Afrique, par exemple, les rapports de dépendance sont déja très défavorables en raison du fait qu'environ 45 % de la population est âgée de moins de 15 ans. Le pourcentage des personnes ayant plus de 65 ans étant de 3 % et l'espérance de vie étant d'environ 45 ans, il est clair que plusieurs décennies s'écouleront avant que la plupart des pays de la région REDSO/WCA ne soient confrontés au problème -s'il y en a un- de vieillissement de la population.

Acceptation et utilisation des méthodes traditionnelles de contraception

Les partisans du planning familial disent souvent que la régulation des naissances a été pratiquée depuis plusieurs siècles dans les pays connus sous le nom de "pays du Tiers Monde". Plusieurs preuves vérifient l'existence de ce phénomène en Afrique ainsi que dans d'autres régions. L'on a observé deux types de preuves : (1) les enquêtes et observations des démographes, anthropologues et autres scientifiques menées dans les pays africains ; (2) l'écart qui existe entre les naissances véritables et une situation de naissances totalement incontrôlées.

Une grande variété de techniques a historiquement été utilisée par plusieurs groupes ethniques africains pour limiter la fécondité. Celles-ci comprennent les méthodes ouvertement utilisées pour prévenir les grossesses ainsi que d'autres qui ont un effet latent. En général, ces techniques sont classées selon trois catégories :

1. Coutumes imposant une régulation des rapports conjugaux et de la procréation. L'une des méthodes les plus connues est la période d'abstinence observée par la femme après un accouchement. Et dans plusieurs sociétés africaines, cette période dure traditionnellement trois ans au maximum. La polygamie servait en grande partie à résoudre les problèmes (des hommes) nés d'une période d'abstinence prolongée. L'allaitement maternel servait également à limiter la fécondité. En plus de son pouvoir contraceptif (son degré dépend des facteurs tels que l'intensité et la fréquence), l'allaitement maternel a souvent déterminé la période d'interdiction des relations sexuelles qui arrivait à son terme, lorsque le sevrage du bébé était terminé.

2. Médicaments populaires et autres méthodes traditionnelles de régulation de la fécondité. Dans pratiquement tous les pays africains, les chercheurs ont vérifié l'existence de techniques traditionnelles professées par les villageoises et les matronnes. Pour citer deux exemples, une publication récente du Ministère de la Santé de Sierra Leone a décrit une douzaine de pratiques comprenant l'utilisation d'amulettes que les femmes portent à la taille, ainsi que des herbes [21/]. De même, la Commission d'enquête Nigériane sur la Fécondité Nationale, la Famille et le Planning familial a recensé plusieurs types d'herbes, éponges vaginales et suppositoires qui ont un usage très répandu [22/].

21/ La matronne traditionnelle, Ministère de la Sante, Sierra Leone 1979.

22/ Commission d'enquête sur la Fécondité Nationale, la Famille et le Planning Familial, Institut des études démographiques et en matière de main-d'oeuvre, Université d'Ifé, Nigeria, 1971.

3. Avortement. Des cas d'avortements nombreux et très répandu ont été identifiés à travers le monde en développement,et particulièrement en Asie et en Amérique Latine. Bien que certaines informations fassent défaut, il y a des raisons de croire, à partir des rapports anecdotiques du personnel médical, que l'avortement est fréquent et prend de plus en plus d'importance en Afrique.[23/] Certaines études ont suggéré qu'en l'absence de méthodes efficaces de contraception, l'avortement est souvent pratiqué par les femmes qui ont des grossesses non désirées, surtout celles qui ont été contractées après violation des tabous.[24/]

Accent mis sur l'accroissement de l'offre dans l'analyse des problèmes de développement.

Tous les pays de REDSO/WCA sont actuellement confrontés à des problèmes de développement économique et social communs. Chaque gouvernement doit faire face à des pressions croissantes pour nourrir sa population et assurer des services sociaux à ses citoyens. Malgré l'existence de ces pressions croissantes les solutions proposées semblent ignorer la prise en compte des facteurs démographiques. Cela s'explique par l'accent qui est mis sur l'offre des biens et services plutôt que sur la demande. On estime généralement que le dilemme du logement peut trouver sa solution dans la construction de logements supplémentaires souvent financés par des fonds publics, plutôt que la réduction (ou le ralentissement de la croissance) de la demande de logements. De même, si aucun gouvernement africain n'est resté insensible devant les pressions auxquelles sont soumises les systèmes d'Education, ils envisagent généralement la solution de ces problèmes par la construction de nouvelles écoles, la formation de professeurs et par l'adoption d'autres mesures similaires. On n'accorde pas suffisamment d'attention au probleme du nombre croissant des enfants scolarisables chaque année. L'analyse des problèmes urbains tels que l'assainissement, l'approvisionnement en eau potable et les autres besoins en infrastructures

---

23/ Voir par exemple, Pratiques traditionnelles d'avortement, Programme intercontinental de recherche sur la fécondité, Research Triangle Park, North Carolina, 1981.

24/ Tel que SN. Onwuazor, "Continuité et changement : Avortement et taille de la famille dans un village Nigérian, dans I.S. Esptein et Dr Jackson, eds La faisabilité de la planification de la fecondité, Micro-Perspective,1977 pp67-9

met également l'accent sur l'approche accroissement des facilités, et identifie l'exode rural comme la cause de ces problèmes. L'on fait très peu référence au taux d'accroissement naturel des populations vivant dans les villes (qui selon les démographes représente au moins 60 % de la croissance urbaine des pays en développement).

On retrouve la même approche dans l'analyse de la production agricole. Les gouvernements africains, reconnaissant la dépendance croissante à l'égard des importations alimentaires, même pour les pays qui en étaient jadis les exportateurs nets, ont encore une fois des objectifs visant à augmenter la production agricole. On explique fréquemment la pénurie alimentaire par l'accent excessif mis sur le développement des cultures d'exportation.

Tendances à considérer les problèmes démographiques comme secondaires

Comme il a été mentionné précédemment, quelques gouvernements africains et certaines personnes ont reconnu qu'une croissance rapide de la population pouvait entraîner des conséquences néfastes. Cependant il y existe une tendance à faire une différence entre les problèmes démographiques et ceux qui ont toujours été considérés comme des problèmes pressants, par exemple, la production agricole, les difficultés de balance de paiement etc... Malgré la certitude que la population de la plupart des pays africains va doubler en moins de 30 ans (25 ans ou moins pour certains autres tels que le Nigeria et le Zaïre), les analyses démographiques ne mettent pas l'accent sur le caractère urgent de cette situation. Une telle approche ignore le rôle que jouent les facteurs démographiques non seulement dans la persistance mais également de l'aggravation de ces problèmes qui exigent un examen immédiat.

Tendance à considérer le planning familial en terme de contrôle de la population

Les africains ont tendance à associer planning familial et imposition d'un contrôle de la fécondité. La relation entre la contraception et l'état

de santé de la mère et de l'enfant n'est généralement pas bien perçue. L'évocation de la contraception par des "personnes extérieures" provoque quelquefois une réaction défensive chez ceux qui sont opposés au ralentissement de la croissance démographique en Afrique.

Il y a des signes que cette attitude est en train de changer, particulièrement parmi les agents du personnel médical qui ont acces à des informations sur les effets négatifs que les grossesses rapprochées ont sur la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi cette attitude des pays africains à l'égard de la contraception devenant plus tolérante, les services d'assistance en matière de contraception sont assurés par les centres de protection maternelle et infantile. De même, dans les pays francophone (qui ont une approche plus conservatrice de la contraception) les activités de planning familial sont entreprises dans le cadre de Programmes et Associations pour le bien être familial.

IV. POLITIQUE DE L'AID EN MATIERE DE POPULATION

L'étude suivante de la politique actuelle de l'AID en matière de population est basée sur (1) le cable officiel le plus recent qui décrit le Programme de l'AID en matière de population (n°16144, 19 Juin 1981) et (2) les documents et commentaires sur la politique actuelle préparés lors de la révision interne opérée en 1982. Par ailleurs, je me propose d'étudier brievement dans les pages qui suivent plusieurs aspects des problèmes de population tels qu'ils apparaissent dans les documents de politique générale publies en 1982. Après cette étude de la politique générale de l'AID en matière de population, la dernière partie de ce chapitre sera consacrée à la stratégie de l'AID en matière de population en Afrique.

Politique de l'AID en matière de population

Peu de temps apres sa prise de fonction, l'administrateur Mc Pherson a réaffirmé l'engagement de l'USAID en faveur d'une politique coherante en matière de population. Dans une déclaration officielle publiée en Juin 1981, l'administrateur a expliqué que"l'importance accordée par le Gouvernement Américain au phénomène moderne de la croissance démographique repose à la fois sur notre respect traditionnel de la dignite humaine et notre souci d'assurer le développement economique et social et la stabilité politique". Après avoir fait remarqué que les Etats-Unis ont toujours joué un rôle primordial dans la promotion du planning familial, en assurant une éducation en matière de planification demographique et de planning familial, ainsi que la fourniture des contraceptifs, Mc Pherson a tenu à préciser que "Les Etats-Unis n'ont pas l'intention de réduire leur engagement et leur rôle primordial de promotion des programmes de population dans le monde".

L'administrateur a souligné la nature volontaire du planning familial. Cependant il faut noter une legère modification dans la conception des programmes, comme l'indique la déclaration suivante :

"Dans le passé, les principaux programmes de population de l'AID se sont concentrés sur les pays où le Gouvernement apportait un soutien aux programmes de planning familial, et où l'amélioration générale des conditions économiques et sociales avait permis de se tourner vers les familles plus restreintes. Bien que nos programmes de financement seront toujours orientés vers les pays où les programmes de planning familial ont été couronnés de succès, nous devrions accorder une attention spéciale aux autres pays où les taux de natalité restent particulièrement élevés".

Ce changement de politique a des conséquences importantes sur les pays de REDSO/WCA dont la plupart font partie de la deuxième catégorie.

Le document actuel sur la Politique en matière de population [25/], adopté en Septembre 1982, n'est pas fondamentalement différent du précédent document de Politique Générale. En effet, il reconnait tout d'abord que "l'assistance en matière de planification démographique et de planning familial sur une base volontaire constitue une composante essentielle d'un programme important de l'Aide des Etats-Unis au développement". Il met également l'accent sur les difficultés de développement économique et social dues aux taux élevés de croissance démographique. En adoptant cette approche, ce document préconise la réalisation d'activités de planification démographique et de planning familial "dans un contexte économique et social différent, afin de promouvoir un développement total".

Abordant l'examen des conditions d'organisation des activités de planning familial dans le contexte des pays en développement, ce document donne un aperçu général des relations qui existent entre la fécondité et les facteurs socio - économiques tels que l'éducation, le revenu et l'emploi des femmes. Ce document ne partage pas la conception laxiste selon laquelle les taux de fécondité baissent "automatiquement" au fur et à mesure de la montée des indicateurs socio-économiques. Au contraire, il suggere que des contraceptifs modernes doivent être mis à la disposition des couples au cours du processus

25/ Etude et citations extraits du Document de l'AID sur l'Aide en matière de population, Septembre 1982.

de développement. Ceci est particulièrement important puisque le modernisme provoque l'abandon des méthodes traditionnelles qui jadis servaient à limiter la fécondité.

Une stratégie à quatre volets destinée à atteindre les objectifs en matière de population figure dans ce document, conformément à l'esprit et aux priorités envisagés par l'AID. Elle touche aux domaines suivants :

Politique des pays cibles : L'AID reconnait que les programmes de planning familial réussissent mieux dans les pays où un soutien et une adhésion totale à ces programmes ont été exprimés par les gouvernements; Bien que l'Assistance accordée par l'AID en matière de planification de la population ne soit assortie d'aucune condition, l'AID poursuivra une politique qui consiste à maintenir "un dialogue officiel permanent (avec les gouvernements hôtes) sur les réformes politiques et institutionnelles nécessaires pour améliorer la qualité et la réalisation des programmes."

Secteur privé : Au cours des dernières années l'aide accordée par l'AID aux organisations volontaires a représenté à peu près un tiers de l'aide au titre des programmes de planification démographique. Cette orientation est ressentie comme une priorité première. C'est pourquoi le secteur privé a été encouragé à prendre une part active dans la fourniture des services de planification démographique et familiale. Un accent particulier sera ainsi mis sur un système de distribution local des contraceptifs qui fera appel au personnel paramédical ainsi qu'à des volontaires et aux détaillants. Cette dernière option est la formule la plus efficace pour associer le secteur privé aux activités de planning familial, et fait actuellement l'objet d'études dans un certain nombre de pays.

Développement de structures. L'accent sera mis sur la localisation et le renforcement de structures locales appropriées qui peuvent jouer un rôle important de coordination des activités de planning familial dans les pays en développement. Par ailleurs l'AID veillera à créer ou à renforcer les institutions locales de recherche en démographie et en sciences sociales, les cellules étatiques responsables de l'élaboration et de l'analyse des politiques, les institutions de formation, et les systèmes d'information des clients potentiels, en matière de planning familial. Il serait souhaitable de favoriser, à tous les niveaux l'association d'institutions les plus diverses à ces activités et surtout de mobiliser les ressources locales (humaines et matérielles) pour suppléer la contribution des organes gouvernementaux et celle du secteur privé;

Transfert de technologie. Un des avantages du programme américain d'assistance en matière de population a été le transfert de compétences scientifiques et technologiques aux pays en développement dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes de planning familial. Dans les années à venir, l'accent sera mis sur cet aspect de l'Assistance des Etats-Unis en matière de population, et particulièrement dans deux domaines : (1) soutien accru pour la mise au point de nouvelles méthodes de contraception et pour la recherche dans le domaine de la sécurité et de l'efficacité des contraceptifs ; et (2) mise au point et distribution d'une variété de technologies pour analyser et démontrer l'impact d'une croissance démographique rapide sur le progrès économique ; ces instruments seront mis à la disposition des gouvernements nationaux.

Politique de l'AID en matière de Développement alimentaire et agricole

La production alimentaire par tête d'habitants, en Afrique, a subi une baisse annuelle de -1,2 % au cours des années 1970. Au cours de la même période la croissance annuelle par tête d'habitant dans le domaine de la production agricole -l'activité de l'économie africaine la plus importante, était de -1,4 %, toutes cultures prises en compte. Reconnaissant la gravité de la situation,

l'USAID a fait de l'agriculture un chapitre prioritaire de l'aide, au développement au cours des années 80. Conformément au Document de Politique Générale de 1982 sur le Développement Alimentaire et Agricole [26/], l'objectif principal de la politique de l'AID en matière agricole est "de permettre aux pays d'avoir une autosuffisance alimentaire, d'assurer la sécurité alimentaire de leurs populations, et de contribuer à une croissance économique fondée sur une diversification des activités."

Cet objectif devra être atteint grâce à a) l'augmentation des disponibilités alimentaires et b) l'augmentation de la consommation alimentaire dans les zones rurales et urbaines. Cette stratégie souligne la mise au point et l'application des nouvelles méthodes de production, de développement des ressources humaines et des capacités institutionnelles, l'expansion du rôle du secteur privé et l'amélioration des politiques agricoles nationales. Les facteurs démographiques ne font pas l'objet d'une étude directe dans ce document de politique générale, en dépit de la référence à la production et à la consommation alimentaire par tête d'habitant. Cependant, d'autres déclarations et commentaires sur la politique agricole font apparaître l'importance des conséquences de la croissance démographique.

En Juillet 1981, par exemple, l'Administrateur Mc Pherson a fait une déclaration devant la Commission de l'Agriculture de la Chambre des Représentants. Dans sa déclaration il a souligné l'importance de l'offre dans le cadre des programmes d'assistance agricole. Insistant sur la "nécessité de maintenir un équilibre entre l'offre des produits alimentaires et les pressions démographiques", l'administrateur a souligné que "la croissance démographique rend la production alimentaire insuffisante au moins dans la moitié des pays en développement".

26/ Préparé par le Bureau de Coordination des programmes et politiques, USAID Mai 1982.

Mc Pherson a présenté les conséquences de cette situation en ces termes : "Ainsi si la malnutrition doit être vaincue, le problème de l'equilibre entre la production alimentaire et la croissance demographique dans les pays à faible revenu doit être résolu". 27/

Au cours du séminaire -atelier de Juin 1982 organisé par le Bureau Africain pour les agents spécialisés du Développement Agricole et rural, une attention particulière a été accordée à la relation qui existe entre croissance démographique et autosuffisance alimentaire. Les recommandations de ce seminaire atelier comprennent la déclaration suivante :

> "Afin d'accroitre les disponibilités alimentaires par tête d'habitant en Afrique, il est impératif pour l'Agence de continuer à soutenir les activités de population, par l'elaboration de politiques, et le financement des programmes, comme par le passé.
> S'il n'y a pas de progrès notables dans la limitation de la croissance demographique, la quantité d'aliments produits au cours des dix prochaines années ne suffira pas à satisfaire une population qui aura augmenté à un rythme plus rapide.
> Les agents spécialisés du Developpement Agricole et rural sont profondément préoccupés par les conséquences d'un tel scénario sur le développement, la qualité de la vie, et la stabilité politique de l'Afrique au Sud du Sahara. 28/

Politique de l'AID en matiere de nutrition.

Un document de politique en matiere de nutrition a été publié par l'USAID en Mai 1982 et comprend un paragraphe sur les questions de populations. Reconnaissant que "la nutrition affecte et est à la fois affectée par la fécondité" ce document a fait ressortir les relations suivantes :

27/ Declaration préparée de l'Administration Mc Pherson à la Commission de l'Agriculture, séance sur la faim dans le monde. 22 Juillet 1982.

28/ Cable du State Department. 178265, 28 Juin 1982.

"L'impact direct des taux de natalité élevés... est plus visible au niveau des ménages, et se traduit par un ratio personnes improductives - personnes productives élevé, d'une part, et par des contraintes biologiques, physiques et temporelles sur les femmes, de l'autre, qui sont dues à des grossesses rapprochées. La mortalité infantile (souvent due à une mauvaise alimentation prénatale de la mère et une malnutrition postnatale de l'enfant) est particulièrement élevée, lorsque les naissances sont très rapprochées". 29/

Pour résoudre ce problème, le document recommande l'intégration dans la mesure du possible de programmes mixtes de nutrition et de planning familial. Les mesures spécifiques proposées sont l'encouragement à l'allaitement maternel et la fourniture par des centres de santé ou les programmes de distributions de produits alimentaires. Il faut noter que de telles approches sont à la fois rentables et culturellement acceptables.

Bien qu'il ne fasse pas partie de la politique officielle de nutrition, le programme "TITLE II" doit être mentionné dans la mesure où ses objectifs comprennent une amélioration de la nutrition. Le programme "TITLE II" aborde directement, mais non de manière exhaustive, la question de la croissance démographique dans le contexte des objectifs de santé maternelle et infantile proposés par le programme.

Un de ces objectifs est "d'améliorer l'état nutritionnel des enfants en bas âge et/ou des femmes enceintes ou en période d'allaitement". De plus "la réduction de la fécondité" 30/ est un objectif précis du programme "TITLE II".

Politique de l'AID relative au rôle de la femme dans le développement

En Octobre 1982, un Document de Politique a été publié par l'AID sur le rôle de la femme dans le développement. Ce document fait ressortir l'impact de la fécondité sur la condition économique et sociale de la femme. Par exemple

---

29/ Document de politique sur la Nutrition, p. 8 Préparé par le Bureau de Coordination des Programmes et Politiques, Mai 1982.

30/ Guide de la tranche II du Programme, Cable du State Department 134910, 18 Mai, 1982.

dans la partie qui traite du développement des ressources humaines, ce document met en évidence la relation inverse qui existe entre le niveau d'instruction de la femme et la fécondité. Le paragraphe qui traite de la population, de la santé et de la nutrition, suggère une approche intégrée de la réduction de la fertilité :

> Dans les pays, où les lois attribuent à la femme le rôle de reproductrice, comme seul moyen d'acquérir un statut, où les jeunes filles voient leurs possibilités d'etudes limitées, où les mariages précoces sont la règle, plutôt que l'exception, les jeunes filles sont condamnées à subir les mêmes conditions de vie que leur mère. Si la fécondité doit être reduite par l'utilisation de services volontaires de planning familial, il est nécessaire d'entreprendre, par d'autre moyens, l'analyse de ces facteurs qui peuvent empêcher la femme de comprendre ou de pratiquer le planning familial. Parmi les facteurs qui influencent le comportement géniteur de la femme, l'éducation, l'accès à l'information, le contrôle des ressources et les revenus sont particulièrement importants. 31/

Politique de l'AID en matière de santé .

Le document le plus récent relatif à la politique de l'AID en matière de santé approuvé en Décembre 1982, traite du rôle de la santé dans le contexte du développement global. Apres avoir identifié les principaux problèmes de sante dans les pays les moins avancés, ce document analyse les facteurs déterminant les états de sante, dans ces pays. La sous alimentation, qui est directement liée à un taux de fécondité élevé et à l'existence de famille nombreuse est considérée comme un facteur de mauvaise santé. De plus, les relations entre les taux de fécondité élevés et la mortalité infantile ont été établies :

> Il existe une interrelation entre les taux élevés de mortalité infantile et les taux de fécondité. En fait les taux de fecondité ne baissent généralement qu'après une réduction notable des taux de mortalité, qui traduisent souvent l'existence d'une nutrition améliorée et des soins pré et post-nataux, resultant de possibilités de soins de santé accrues ainsi que d'un niveau d'instruction élevé. 32/

31/ Document de Politique relatif au rôle de la Femme dans le Developpement p. 7, préparé par le Bureau de Coordination des programmes et politiques Octobre 1982.

32/ Document de Politique en matière de santé, p. 8, préparé par le Bureau de Coordination des Programmes et Politiques.

La liste des services essentiels qui doivent être incorporés dans les programmes de santé de l'AID, comprend les structures d'information et les services de planning familial.

Politique de l'AID relative à la population en Afrique

La stratégie de l'AID en matière de population pour l'Afrique est fondée sur l'hypothèse que la population s'accroit beaucoup plus rapidement en Afrique que dans n'importe quelle région en développement. Ainsi l'Afrique est actuellement une region prioritaire en ce qui concerne l'assistance des Etats-Unis en matière de population. Alors qu'il n'existe aucun rapport officiel qui présente la politique de l'AID en Afrique, des documents internes récents nous donnent une idée de la présente stratégie.

Dans une lettre au Population Action Council [33/] en 1982, l'Administrateur Mc Pherson a déclaré que la croissance demographique dans les pays africains est un "problème particulièrement capital". La politique africaine de l'AID est tout d'abord fondée sur la réceptivité à l'égard des préoccupations, exprimées par les gouvernements nationaux, qui sont de plus en plus pressantes. Ainsi "le Bureau Africain est disposé à accroître les subventions destinées aux activités de population, à la lumiere de propositions techniquement viables soumises avec l'accord des gouvernements et des bénéficaires". Cette lettre fournit les informations suivantes sur les dépenses de l'AID au titre des activites de population en Afrique. [34/]

Années	Estimations des dépenses AID au titre des programmes africains par des programmes intermédiaires	Activités de population financées par le Compte Spécial du Sahel	Subvention de l'AID au FNUAP à l'I.P.P.F pour activités en Afrique
1980	20,381	0,526	7,4
1981	15,550	0,900	9,2
1982	20,237	1,5	9,5

33/ Lettre de Peter Mc Pherson Administrateur de l'AID au Directeur du Population Action Council Werner Formos, 12 Mai 1982

34/ S'entend de toute l'Afrique, non seulement des pays de la REDSO/WCA

Mc Pherson a terminé en disant une fois encore que "le taux de croissance démographique est très élevé et a de profondes conséquences économiques, politiques et sociales".

La stratégie de l'AID sur la population en Afrique est également présenté dans les réponses du Bureau de Coordination des Programmes et Politiques, aux questions de la Commission "Aides extérieures" de la Chambre des Représentants [35/]. Deux points principaux relatifs au planning familial en Afrique peuvent être retenus :

1. Mettre en place une circonscription pour les activités de population aux niveaux politiques, administratifs, techniques et professionnels, ainsi qu'au niveau des personnes disposées à bénéficier des services de planning familial.
2. Créer une cellule technique responsable de la conception, de l'exécution et de l'évaluation des services de planning familial faisant partie intégrante des services de santé primaires. De plus les services de planning familial sont intégrés à d'autres services d'Education et de Service dans la mesure du possible.

Comme ces points l'indiquent, la stratégie consiste à intégrer au plannig familial et aux activités de population une variété d'autres activités selon la situation qui prévaut dans chaque pays. Pour préciser cette stratégie qui touche à plusieurs secteurs de projets (par exemple : sensibilisation du personnel indigène, études démographiques, formulation de politiques nationales, formation du personnel médical et paramédical, mise au point des programmes du secteur privé), le document révèle qu'il semble y avoir une relation synergique qui commande que ces actions ne soient pas menées en séries", mais plutôt simultanément dès que possible.

Hormis cette stratégie générale, un point particulier a été souligné et qui a trait à l'accès à la contraception. "L'expérience de l'AID, à ce jour,

---

35/ 16 Avril 1982

suggère que la disponibilité des informations et desservices d'assistance en matière de contraception est l'élement le plus important. Ceci ne veut pas dire qu'elle en constitue le facteur unique, ou qu'elle est une condition suffisante à long terme. La question de la disponibilité est cependant d'une importance capitale, c'est pourquoi la stratégie de l'AID en matière de population lui accorde la priorité."

V. ACTIVITES DE POPULATION ET DE PLANNING FAMILIAL DANS LA REGION REDSO/WCA

Pour cet aperçu général les activités de population et de planning familial en Afrique de l'Ouest et du Centre ont été regroupées en trois catégories :

1. Activités dirigées par des organisations privées liées par contrat à l'USAID. Le tableau VII fournit des estimations de cette assistance accordée par le Bureau Central de l'AID au REDSO/WCA pour l'exercice 1980-83.
2. Activités dirigées par des organisations privées financées par des dons multilatéraux ou par des organisations internationales telles que les Nations Unies et ses Institutions spécialisées. Pour la plupart de ces institutions, les Etats-Unis constituent le donateur principal.
3. Activités bilatérales de l'USAID. Celles-ci ont été moins répandues en Afrique qu'en Asie et en Amérique Latine. Dans la région de REDSO/WCA, l'USAID a (ou a eu) des programmes bilatéraux au Ghana, au Liberia, au Sénégal, au Togo et au Zaïre.
4. Projets soutenus par des fonds spéciaux de l'USAID. Au cours des deux dernières années l'USAID a établi plusieurs sources de financement principalement pour répondre promptement à des besoins identifiés par pays.

Dans les pages qui suivent, chacune de ces catégories d'activités de population/planning familial est décrite. L'on identifie les domaines clés sur lesquels le programme met l'accent et l'on accorde le niveau de soutien financier de l'USAID là où il faut. Cette section se termine sur une revision du personnel de population de l'AID pour la région de REDSO/WCA.

TABLEAU VII

Estimation de l'assistance accordée par le Bureau Central aux pays de REDSO/WCA

Exercice 1980-83 (en milliers de dollars)*

Pays	AB 80	AB 81	AB 82	AB 83
Benin	55	445	284	241
Cameroun	280	327	485	402
République Centrafricaine	-	10	-	-
Tchad	-	40	25	-
Congo	-	10	-	-
Gabon	-	35	42	29
Gambie	660	85	104	101
Ghana	655	599	616	632
Guinée Bissao	-	-	54	-
Côte d'Ivoire	-	241	235	227
Libéria	375	798	622	514
Mali	-	235	355	310
Mauritanie	-	310	171	144
Niger	-	35	42	34
Nigeria	860	1,628	1,679	1,373
Sénégal	200	529	535	425
Sierra Leone	225	388	554	441
Togo	285	457	592	379
Haute Volta	-	85	109	92
Zaïre	615	1,798	1,963	1,042
TOTAUX	4,210	8,055	8,467	6,356

* N'inclut pas les fonds alloués par l'inertermédiaire de l'UNFPA et l'IPPF.

Source : AFR/DR/POP, 4/8/82.

Ce document n'aborde pas les activités d'autres organisations bilatérales. Cependant, il conviendrait de noter qu'un certain nombre de ces organisations mènent des activites de population en Afrique de l'Ouest et du Centre et devraient donc être considérées comme des sources d'assistance. Celles-ci comprennent l'Administration Générale Belge de la Coopération au Développement (des projets au Zaïre et au Sénegal); L'Agence Canadienne de Développement International (importance accordée à l'Asie mais elle a mené quelques activites en Afrique) ; Le Département finlandais de la Coopération pour le Développement International ; l'Agence Norvégienne pour le Développement International, l'Administration Suédoise de Développement International (ces trois organisations scandinaves ont exercé principalement en Afrique Orientale et Australe) ; et l'Administration Britannique pour le Développement des Pays Etrangers(72% de l'aide est accordee sous forme de subventions aux organisations internationales).

Prière de se référer à l'Annexe B de ce rapport pour la liste des activités de population et de planning familial dans chacun des pays de REDSO/WCA depuis 1975.

Activités financées par le Bureau Central de l'AID dans la région de REDSO/WCA

L'institut Battelle, Programme en matière de Population et de Politique de Développement (PDP)

Créé par un contrat de l'USAID, depuis 1977, PDP a pour but de soutenir l'analyse de la population et des politiques de développement, d'informer les preneurs de décision sur les problèmes clés liés à la population et d'influencer les preneurs de decision pour qu'ils adoptent ou ameliorent les politiques et les programmes liés à la population. A cette fin, le PDP entreprend diverses activites de soutien à la politique -sous forme de sous-contrats (généralement d'environ $ 50,000 chacun) avec les autochtones et les organisations indigènes- y compris des etudes liees a la politique, ateliers/conférences/séminaires avec des chercheurs et des représentants du gouvernement et une gamme d'autres

activités de dissémination y compris des bulletins, des rapports des informations sur la politique et une couverture des problèmes et des évènements par les média locaux. La préparation des stratégies de population des pays basée sur les besoins et les évaluations des ressources a été également inclue dans ce document. Au cours de l'année 1981-82 des projets PDP ont été réalisés au Nigéria, au Sénégal et au Togo. Au cours de l'année 1981, le programme PDP de Battelle a également fait une etude sur les attitudes des dirigeants africains à l'égard des questions liées à la démographie. Deux (le Togo et le Sénégal) des quatre pays étudiés appartenaient à la région de REDSO/WCA.

Centre de Santé pour la population et la famille. Université de Columbie

Le Centre de Santé pour la population et la famille (CPFH) de la faculté de Médecine de l'Université de Columbie est principalement financé par un accord de coopération avec l'USAID. Les objectifs du projet sont : (1) Développer et réaliser des projets opérationels de recherche pour aider les directeurs du programme de planning familial a surmonter les obstacles à la fourniture des services. (2) Développer des nouvelles techniques de recherche opérationnelles et (3) soutenir ces efforts par la recherche, l'indexation et la conservation de la littérature liée à la population et par la mise à jour des mesures de contrôle de fécondité. Le CPFH fonctionne à travers le monde en développement, y compris l'Afrique de l'Ouest/du Centre.

Dans le domaine IE&C, le CPFH maintient POPINFORM, un système multicentre sur ordinateur d'informations sur la population. Des articles et des publications sont livrés périodiquement au public.Au cours de l'année 1981, ils ont produit une publication importante intitulée "Le Planning Familial : impact sur la santé des Mères et des Enfants", qui a été traduite en Espagnol et en Français.

Dans le domaine de la formation, le CPFH parraine une formation annuelle d'un mois en "Planning Familial, Nutrition, et Soins de Sante Primaires : Elaboration des programmes, Gestion et Evaluation", destinee aux directeurs, à ceux qui font l'évaluation et aux chercheurs d'organisations du secteur privé et public.

Un troisième domaine d'activités du CPFH est la recherche d'operations qui met l'accent sur le développement et l'évaluation de divers types de programmes du planning familial, surtout le système de distribution de contraceptifs y compris les systèmes basés sur la communauté. Dans la region de REDSO/WCA, un projet de recherche d'opérations sur la distribution des services FP/MCH a peu de frais sur une base communautaire a été initie au Nigeria au debut de l'année 1980. Lancé en collaboration avec le Centre Hospitalier et Universitaire d'Ibadan, le projet va évaluer l'efficacité de plusieurs methodes de formation et d'utilisation d'accoucheurs et de personnel d'encadrement et de livraison de contraceptifs aux villageoises. A présent le CPFH est en train d'étudier les possibilités de lancer d'autres projets d'operations de recherche en Afrique de l'Ouest plus immédiatement au Togo.

Assistance Internationale au Planning Familial (FPIA)

La FPIA est la division internationale de la fédération de Contrôle des Naissances d'Amérique, Inc. En tant que projet financé par l'AID, la FPIA a été créée en 1971 pour développer et soutenir les programmes de la planification familiale dans les pays en développement. La FPIA n'établit pas ses propres programmes de planification familiale, mais elle fournit une aide technique, financière et matérielle dans de tels programmes. En 1981, la FPIA fournissait une aide financière directe à 60 programmes de planification familiale dans 255 pays. Les types d'aide spécifiques dont disposent la FPIA comprennent la planification, l'administration et l'évaluation du programme de planning familial ; les produits contraceptifs, l'information et l'éducation ; et la

formation sur place à court terme du personnel de la planification familiale.

Un représentant régional de la FPIA réside à Nairobi. A présent la FPIA met l'accent sur l'Afrique et il y a en ce moment plus de projets financés par la FPIA ici (en valeur absolue) que dans n'importe quelle autre region. Dans la région de REDSO/WCA, près de la moitié des pays ont reçu quelque assistance de la FPIA. Cette assistance se fait en général sous forme de subventions ($ 30,000-70,000) plus souvent destinées à fournir des produits contraceptifs, à soutenir les centres de consultations de la planification familiale, ou à former le personnel du planning familial. La FPIA a été particulièrement activé au Zaïre (près d'une douzaine de projets au cours des trois dernières années) et au Ghana (bien qu'on rencontre de plus en plus de problèmes à cause de la détérioration de la situation economique). Un ou plusieurs projets FPIA sont soit programmés soit en cours au Bénin, au Cameroun au Libéria, au Nigeria et en Sierra Leone. En plus de ces projets, des hôpitaux et des cliniques dans plusieurs autres pays (tels que le Togo, le Mali, la Gambie et la Côte d'Ivoire) reçoivent des petites quantités de contraceptifs de la FPIA.

Projet Intégré de Planification du Développement Demographique (IPDP)

Le IPDP est réalisé par le Centre d'Etudes de la Population Urbaine-Rurale à l'Institut de Recherche Triangle (RTI), en Caroline du Nord, dans le cadre d'un contrat quinquenal conclu avec l'USAID et qui a commencé en 1979. Le RTI collabore avec l'Université de Caroline du Nord, le "Futures Group", et l'Université John Hopkins dans le cadre de IPDP. L'objectif principal du projet est d'aider les chercheurs et les planificateurs en Afrique, au Moyen Orient et en Asie à évaluer les relations entre le développement et les changements dans la répartition et la croissance de la population.

En général l'approche consiste à établir les lignes de politique à partir des données existantes. Les résultats sont souvent présentés au cours des ateliers et seminaires tenus à l'Institut de Recherche Triangle (RTI) et sur place de temps en temps.

Les representants de l'IPDP ont visité un certain nombre de pays de REDSO/WCA. Au debut du projet ces visites ont été faites pour etablir des contacts et évaluer les besoins et les ressources. Depuis 1981 l'IPDP travaille de plus en plus avec les chercheurs et les planificateurs sur l'élaboration des propositions spécifiques, dont plusieurs en Haute Volta, au Libéria et au Togo. Des seminaires sur la planification de la population et le développement ont été tenus à Lomé et à Ouagadougou. En 1981, un bureau regional (composé d'un Directeur et un Administrateur) a été mis sur pied à Lomé. La logistique nécessaire à la mise sur pied de ce bureau a retardé les premières opérations. Ainsi, la plupart des activités ont jusqu'ici été entreprises à l'intérieur du Togo. Cependant l'on envisage d'étendre ces activités dans toute la région.

Programme International de Recherche sur la Fecondité (IFRP)

Mis sur pied en 1971, le IFRP est situé à "Research Triangle Park" en Caroline du Nord. L'objectif de l'organisation est d'entreprendre la recherche sur les méthodes de planning familial les plus appropriées dans les pays en développement. Les activités entreprises sont des essais cliniques de méthodes contraceptives, y compris la stérilité masculine et feminine ; l'assistance dans l'administration et l'évaluation du programme de la planification familiale ; l'information et l'éducation ; et la collecte des données dans le domaine de la fécondité et de la mortalité/morbidité infantile/maternelle. Le système International de Surveillance des soins de maternité est une des principales activités de l'IFRP. Au cours de l'année 1981, ce

système a recueilli des données sur plus de 400,000 cas de maternité à travers le monde. Les hôpitaux et cliniques participants recueillent pour chaque admission à la maternité, des renseignements détaillés sur l'histoire de grossesse de la patiente et sur le résultat et les complications de l'actuelle grossesse. En plus de l'utilisation de ces modules essentiels, les hôpitaux peuvent choisir d'utiliser des questionnaires spécialisés qui traitent des questions telles que la connaissance et l'utilisation des contraceptifs, l'avortement et autres.

L'IFRP a actuellement un représentant régional africain au Ghana. Au cours de l'année 1981, les hôpitaux dans quatre pays de REDSO/WCA -La Côte d'Ivoire, le Mali, le Zaïre et le Nigeria- ont participé dans l'étude de surveillance d'admission de maternité. Des représentants de l'IFRP ont visité l'Afrique de l'Ouest en 1981-82 pour discuter la possibilité de participation des hôpitaux et cliniques supplémentaires.

En fait, tout le financement annuel de l'IFRP (à l'exception de moins de $ 50,000 en apports privés et de moins de $ 200,000 de l'Institut National de Santé) s'effectue par contrat avec l'USAID. Le montant pour l'année budgétaire 1981 s'élevait à $ 5,860,000.

Programme John Hopkins d'Information sur la Population

Le Programme d'Information sur la Population (PIP) fournit des divers renseignements sur demande. On maintient pour chaque pays une liste internationale d'adresses avec les différentes catégories (médicales, non-médical, personalité importante, etc) et des Rapports sur la Population sont envoyés à peu près six fois par an en anglais ou le cas échéant en français, aux nombres d'adresses énumérées ci-dessous. On fournit ces adresses aux officiers

de la Population et la Santé par intervalles pour la référence, la revision, et la vérification. Le nombre d'adresses pour chaque pays est énuméré ci-dessous

Sahel		Côtier	
Cap Vert	7	Benin	258
Tchad	45	Cameroun	263
Gambie	96	Republique Centrafricaine	73
Mali	116	Congo	90
Ile Maurice	47	Gabon	45
Niger	51	Ghana	804
Sénégal	171	Guinée-Bissau	18
Haute Volta	81	Liberia	190
		Sierra Leone	218
		Togo	243
		Zaïre	416
		Côte d'Ivoire	124
		Nigeria	1,209

Le PIP co-ordonne, également le POPLINE, le système informatisé de recherche documentaire avec information fournie par l'Université de Columbie et l'Université de Princeton, et des réponses aux requêtes de la recherche.

Le nouveau projet IEC de John Hopkins, appelé Service de Communication sur la Population (PCS), est géré par l'intermédiaire du programme d'Information sur la Population. Le PCS soutiendra des diverses activités en Afrique, y compris les évaluations de besoins, le soutien des projets de campagne, l'assistance technique, les ateliers et les fournitures des films et des matériels prototypes. Environ 50 pour cent du projet sera consacré à l'Afrique.

Programme John Hopkins pour l'Education Internationale en Gynécologie et Obstétrique (JHPIEGO)

Ce projet financé par l'AID fournit une formation en santé productive aux médecins et d'autres professionels de la santé dans les pays en développement en vue : (1) d'améliorer la santé maternelle et infantile, et surtout

de reduire la mortalité infantile et maternelle ; (2) d'identifier les causes de la stérilité, et (3) de promouvoir la compréhension et l'utilisation d'une contraception efficace. Des stages d'une durée de deux à quatre semaines sont organisés chaque mois à Baltimore. Les stages programmés pour l'année 1982-83 comprennent : La gestion des maladies sexuellement transmissibles; compétences académiques pour la faculté de Médecine dans le domaine de Santé Reproductive ; La gestion du couple stérile; Microchirurgie pour la reconstitution tubaire et la santé reproductive pour les administrateurs des programmes de santé familiale et planning familial. La plupart des stages sont organisés plusieurs fois par an, dont un stage en espagnol, un en français et un en anglais. Comme suivi à la formation clinique dans les spécialités telles que la laparoscopie, le JHPIEGO fournit et installe des équipements dans des hôpitaux et cliniques des participants. Un représentant ou plus (dans certains cas plusieurs représentants) de pratiquement tous les pays de REDSO/WCA ont reçu une formation par le canal de JHPIEGO. Les représentants de la formation régionale de JHPIEGO se trouvent à plusieurs endroits en Afrique, y compris une localité de la région de REDSO/WCA à l'Université d'Ibadan, au Nigeria.

Programme de la formation Internationale dans le domaine de la Santé (INTRAH)

INTRAH est un projet de l'AID financé par le Bureau Central (contrat AID/DSPE-C-0058) ayant pour objectif principal la collaboration avec les gouvernements, universités et autres institutions en Afrique et au Proche Orient en vue de créer et d'améliorer la capacité de formation du personnel paramédical et auxiliaire, surtout de ceux qui travaillent dans le domaine du planning familial et de la Santé maternelle /infantile. Des travailleurs dans un certain nombre de domaines sont formés par le canal de l'INTRAH ; les éducateurs, les directeurs et administrateurs de programme, les officiels de la santé publique, les infirmiers et sage-femmes et les agents de

santé villageoise. La formation de base et le recyclage sont assurés par l'INTRAH. La plupart des cours de formation ont lieu dans le pays hôte et ont une durée qui varie entre une semaine et trois mois. L'INTRAH accorde également des bourses de formation aux Etats-Unis. On compte parmi les activités de l'INTRAH le développement du matériel de formation et des programmes et l'évaluation des besoins des pays. Voici des exemples de projets INTRAH qui ont été réalisés dans plusieurs pays Ouest Africains : évaluations des besoins dans plusieurs pays, formation en FP/MCH pour le personnel para-médical, formation d'atliers de formateurs, formation en gestion pour les administrateurs des programmes de planning familial : le développement d'un programme en due de sensibiliser l'adolescence sur le problème de la fécondité (Sierra Leone). Parmi les pays de REDSO/WCA où une ou plusieurs activités ont eu lieu, on compte le Benin, le Cameroun, la Gambie, le Ghana, le Liberia, le Mali, le Nigeria, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo.

Ressources pour la Sensibilisation des individus sur l'Impact de la Population sur le Développement (RAPID)

Ce projet est réalisé par le Groupe Futures lié par contrat à l'USAID. RAPID nécessite la préparation d'analyses spécifiques aux pays relatives aux effects de la croissance de la population sur les objectifs du développement d'un pays en utilisant la plus récente technologie du micro-ordinateur. Le personnel du projet fait l'analyse en collaboration avec les officiels du pays hôte afin qu'elle soit adaptée aux objectifs de développement sectoriel spécifique du pays. Les variables typiques comprises sont le PNB par tête d'habitant, l'épargne et les investissement, les besoins de main d'oeuvre, la production/consommation agricole, la croissance urbaine, les besoins en logement, et la balance des paiements. Une présentation de l'analyse est faite à un public de planificateurs économiques et sociaux nationaux parmi lesquels se trouvent d'habitude des fonctionnaires de très haut niveau.

Comme suivi à la présentation initiale, il y a en général des analyses supplémentaires actualisées, le transfert de la technologie du micro-ordinateur, et la formation du personnel des institutions bénéficiaires dans l'application de la technologie. Les pays de PEDSO/WCA pour lesquels des présentations du RAPID ont été effectuées ou seront faites d'ici 1983, comprennent le Sénégal, le Cameroun, le Ghana, le Liberia, le Mali, le Nigeria, le Togo, la Haute Volta, et le Zaïre. Ceux qui ont bénéficié de ces présentations en 1982 sont indiqués au Tableau VIII ci-apres.

Université de Tulane. Deux Universités : Columbie (voir différente description) et Tulane, liées par contrat à l'USAID, dirigent des projets d'opérations de recherche. Le projet de l'Université de Tulane est en cours au Bas-Zaïre depuis le debut de l'année 1981, en collaboration avec la Communauté Baptiste du Zaïre Ouest (CBZO). L'objectif du projet est d'améliorer la santé des femmes à l'âge de la maternité par la promotion d'une plus grande utilisation des contraceptifs et d'améliorer l'état de santé des enfants de moins de cinq ans par l'introduction de mesures préventives et curatives contre le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation liée à la diarrhée. Ce sont les populations rurales et urbaines de la région qui sont ainsi visées. La recherche d'opérations va évaluer l'efficacité de trois types de systèmes de distribution de contraceptifs, en utilisant des groupes expérimentaux et témoins. Les activités supplémentaires comprennent la collecte des données sur la fréquence de la contraception et la production de documents d'information en langues locales. Ce projet sera poursuivi pendant toute l'année 1984.

TABLEAU VIII

PRESENTATIONS RAPID DANS LES PAYS DE REDSO/WCA

Pays	Présentation Revisée	Présentation Supplémentaire
Cameroun		7/79
Liberia	2/81	
Mali	11/81	
Nigeria	2/81	5/82
Sénegal		1/80
Haute Volta	8/81	10/82

Source : REDSO/WCA

Autres Organisations privées menant des activités de population dans la région REDSO/WCA

La fédération Internationale de Planning familial (IPPF)

L'IPPF est une fédération internationale d'associations autonomes nationales de planning familial (FPA) dans 108 pays à travers le monde. Après avoir satisfait à des normes precises, les FPAs font une demande d'affiliation à l'IPPF. Une fois affiliées, elles bénéficient d'aide financière pour un certain nombre d'activites y compris les services contraceptifs, la collecte des données, la formation du personnel medical/paramedical, l'information et l'éducation, des semainaires et les conferences. L'on encourage les FPAs à travailler en étroite collaboration avec les gouvernements nationaux et elles fonctionnent souvent par le canal des cliniques gouvernementales. L'IPPF reçoit des contributions d'un certain nombre de pays developpes. Le gouvernement américain constitue le seul plus grand donateur, fournissant environ $13,000,000 par an a présent (sur un revenu total de l'IPPF d'environ $47,000,000). Des fonds supplémentaires ($600,000 en 1980) proviennent de sources privées aux Etats-Unis. A cause principalement du cadre culturel, l'IPPF a demarré ses activites plus tard en Afrique que dans toute autre region. Cependant, un certain nombre de FPAs ont ete formes au cours de la derniere decennie en Afrique et elles fonctionnent de maniere effective avec l'approbation (quelque fois tacite) des gouvernements nationaux. Comme l'indique le Tableau IX, il existe des FPAs affiliees à l'IPPF dans neuf pays de REDSO/WCA. Puisque le problème du planning familial est en quelque sorte très delicat dans les pays francophones, les FPAs qui y existent adoptent une approche plus vaste. Comme leurs noms l'indiquent elles ont comme objectifs la promotion et le bien-être de la famille. L'on estime les subventions de l'IPPF aux pays de REDSO/WCA pour l'année 1980 à $4,321,000.

Les plus importantes subventions ont été accordées à la Fédération Nigériane de Planning Familial ($1,325,000) et à l'Association de Planning Familial du Ghana.

TABLEAU IX

PAYS DE REDSO/WCA AYANT DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES AFFILIEES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Pays	Organisation
Benin	Comité National du Benin pour la Promotion de la Famille
Gambie	Association de Planning Familial de la Gambie
Ghana	Association de Planning Familial du Ghana
Libéria	Association de Planning Familial du Libéria
Mali	Association pour la Protection et la Promotion de la Famille
Nigéria	Fédération de Planning Familial du Nigéria
Sierra Leone	Association de Planning Familial de Sierra Leone
Togo	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
Zaïre	Association pour le Bien-être Familial, Comité National des Naissances Désirables.

Source : REDSO/WCA

Au cours de l'annee 1980, l'IPPF a également donné $325,000 au Centre d'Etudes de la Famille Africaine , une organisation basee a Nairobi qui dispense des cours de formation dans le domaine du bien-être familial, en mettant l'accent sur l'intégration du planning familial aux programmes de développement (e.g. développement communautaire, extension agricole, et autres activités du même genre).Le programme de CAFS pour 1982 comporte trois programmes de formation dans le pays et deux seminaires sous-régionaux sur la Population et le Développement.

Le Fonds Pathfinder : Le fonds Pathfinder est une organisation publique non lucrative établie pour apporter des solutions d'innovation aux problèmes de population. Les objectifs fondamentaux de Pathfinder sont : (a) d'introduire et de répandre l'acceptation des services de fécondité effective, (b) d'explorer de nouvelles méthodes pour accélérer cette acceptation et (c) de trouver de nouveaux moyens pour surmonter les obstacles qui entravent le progrès vers la stabilisation de la population mondiale. Les types d'assistance disponibles par l'intermédiaire de Pathfinder comprennent la collecte des données, le planning familial et la fourniture de services, et l'information/l'éducation/la communication. Sur le plan de l'organisation; Pathfinder comporte trois divisions : une division de Services de Fécondité, une Division du Programme des Femmes, et une Division de Politique en matière de Population. Depuis 1967, l'USAID a donné des subventions de plus en plus importantes au Pathfinder. Sept millions de dollars ont été fournis par l'USAID pour l'exercice 1980. A cela s'est ajouté la somme de $600,000 sous forme de dons provenant de sources privées, dont la plus grande partie a été utilisée pour les activités dans les régions où l'utilisation des fonds de l'USAID est interdite.

L'Afrique au Sud du Sahara est à présent une région sur laquelle Pathfinder met l'accent. Un bureau régional est déjà établi à Nairobi et un autre pourrait être établi en Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que Pathfinder y augmente le champ de ses activités. La stratégie de Pathfinder pour la période 1982-86 pour l'Afrique au Sud du Sahara met l'accent sur (a) la gestion de la fécondité adolescente et (b) le développement de systèmes de distribution de contraceptifs basés sur la communauté.

Dans la région de REDSO/WCA, Pathfinder a mené des activites dans au moins quinze pays. La plus petite de ces activités concernait la fourniture de produits contraceptifs aux hôpitaux ou cliniques.Un projet important est prevu au Nigéria, pour lequel $350,000 sont alloués à un projet qui doit incorporer le planning familial aux programmes d'études d'une douzaine d'écoles medicales.

Pathfinder va également collaborer avec l'Université de Columbie dans l'expansion de son projet de recherche d'opérations dans l'Etat d'Oyo. Des difficultés ont retardé le début des activités programmées au Sénégal, mais Pathfinder espère que celles-ci pourraient être surmontées. Les projets de Pathfinder sont en cours ou vont demarrer dans certains pays dont la Gambie (un programme de formation à petite échelle, en insertion IUD pour les infirmiers), et le Libéria (un programme rural en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et le Corps de Paix).

Fonds des Nations Unis pour les Activités de Population (UNFPA)

Cette institution spécialisée des Nations Unis fonctionne depuis 1969 avec comme objectifs :(1) la constitution d'une connaissance internationale et la capacité de répondre aux besoins de la planification démographique et familiale ; (2) la promotion de la sensibilisation sur les implications des facteurs démographiques sur le développement ; (3) aider les pays en développement, s'ils en font la demande, à déterminer des stratégies pour résoudre les problèmes de population ; et (4) la promotion de programmes de population et la coordination des projets dans ces régions. Le gouvernement américain est le donateur principal de l'UNFPA depuis sa création, avec une contribution de $236 millions jusqu'à 1980 (depuis 1969). Ceci représente plus de 15 % de la totalité de l'assistance de l'USAID en matière de population. La programmation de l'UNFPA se fait principalement au niveau du pays, en mettant l'accent sur les pays les moins développés. Des projets sont réalisés par l'intermédiaire des institutions spécialisées compétentes des Nations Unies telles que l'UNICEF, le PNUD, l'UNESCO, OMS et le OIT. L'assistance est accordée à une gamme très variée de domaines dont : la collecte des données démographiques, la politique en matière de population et le développement des programmes, la communication et l'éducation, la formation, et les programmes de planning familial. Bien que l'assistance aux programmes de planning familial pour toutes ces régions ensemble ait absorbé la plus grande

part de l'assistance (45 % des dépenses), en Afrique une plus grande proportion des fonds a été dépensée pour la collecte de données de base. L'assistance au planning familial a été fournie en même temps que les activités sanitaires non-liées au planning familial lorsque les priorités du gouvernement hôte exigent ce genre d'assistance. Une évaluation récente de l'UNFPA par l'USAID a indiqué que 42 nations africaines ont reçu $47,1 millions en matière d'assistance entre 1978 et 1980 (sur un total de $259,3 millions d'aide accordée par l'UNFPA). Les représentants régionaux de l'UNFPA sont actuellement basés dans les pays de REDSO/WCA qui suivent : Le Libéria, le Sénégal, la Haute Volta et le Zaïre.

Enquête Mondiale sur la Fécondité (WFS) : L'Enquête Mondiale sur la Fécondite a été instituée depuis 1972 par l'Institut International de Statistique (ISI) en collaboration avec les Nations Unis et l'Union Internationale d'Etudes Scientifiques sur la Population (IUSSP). Les fonds provenaient essentiellement du Fonds des Nations Unis pour les Activités de Population (UNFPA, dont l'USAID est le principal pourvoyeur de fonds) puis directement par l'USAID. Les objectifs du WFS sont les suivants : (a) Aider les pays à obtenir les informations scientifiques qui leur permettent de décrire et d'interpréter la fécondité de leurs populations, (b) accroitre les possibilités à mener des enquêtes sur la fécondité et autres études de recherche démographique surtout dans les pays en développement, (c) regrouper et analyser au niveau international, des données comparables sur la fécondité et les mettre à la disposition des chercheurs pour d'éventuelles analyses comparatives.

D'ici à l'année 1984 il est prévu que les Enquêtes Mondiales portant sur la fécondité seront complètement achevées dans 42 pays en développement et dans 20 pays développés. Douze pays africains, parmi lesquels sept de la région REDSO/WCA comme l'indique le Tableau X, ont participé ou participent au WFS. En Afrique, tout comme dans d'autres régions du monde en développement,

la réalisation de ces enquêtes a été sujette à des retards et à des contraintes au plan du budget et du personnel au sein des pays hôtes. Néanmoins la politique de WFS a été de continuer à encourager autant que possible la réalisation de tous travaux d'études au sein des pays hôtes et ce avec l'aide du personnel national. En 1981, un seul Rapport Mondial sur la Fécondité a été préparé par un pays de la zone REDSO/WCA (Sénégal). Comme l'indique le tableau on a prévu deux rapports pour fin 1982 et quatre autres d'ici fin 1983.

Organisations chargées des Activités en matière de Population et de Planning Familial en Afrique de l'Ouest et du Centre

Outre les organisations sus-mentionées, un certain nombre d'organisations similaires entreprennent des activités dans les domaines de la population et du planning familial dans la zone REDSO/WCA. Par le biais de ces organisations, des fonds sont accordées pour la formation des Africains au sein de leur pays. Voici ces organisations ainsi que leur domaine de spécialisation : Université de Chicago (Planning Familial, Communication et Education) ; Bureau de Recensement, Programme International de Formation Statistique) ; Centre pour le Développement et les Activités de la Population (gestion des aptitudes pour les femmes ; Université de Colombie (intégration du planning familial, nutrition soins primaires) ; Centre International pour la Santé de la Population et la Famille (gestion de la fécondité chez l'adolescent) ; Centre Margaret Sanger (planning familial, formation de l'infirmière) ; Université de Michigan (planification de la population et du développement) ; Université de la Caroline du Nord (gestion du programme et administration) ; Université de la Californie du Sud (politique en matière de population et recherche).

TABLEAU X

ENQUETE MONDIALE SUR LA FECONDITE DANS LES PAYS REDSO/WCA

Pays	Demarré en	Etat d'avancement du Rapport du 1er pays
Benin	1980	Prévu en Avril 1983
Cameroun	1976	Prévu pour fin 1982
Ghana	1977	Prévu pour fin 1982
Côte d'Ivoire	1979	Prévu pour fin 1983
Mauritanie	1979	Prévu pour mi-1983
Nigeria	1980	Prévu pour Décembre 1983
Sénégal	1977	Publié en 1981

Outre ces programmes de formation, les activités spécialisées sont effectuées par d'autres organisations parmi lesquelles

Le Programme pour l'Introduction et l'Adaptation de la Technologie Contraceptive (PIACT). Le PIACT a accordé de l'aide à divers pays pour des projets visant à modifier ou à adapter des contraceptifs et tout leur matériel d'information et d'instruction (mode d'emploi) afin d'en réserver un meilleur usage dans le cadre des pays en voie de développement.

Le Programme visant à une Technologie Appropriée dans le domaine de la Santé (PATH). Le Path correspond à la section sanitaire du PIACT et concentre ses efforts sur l'introduction de nouvelles technologies sanitaires et sur l'amélioration de celles qui existent déjà en les adaptant à celles en vigueur dans les pays en développement. Dans le domaine de la population, le PATH a entrepris une étude sur la garantie de la qualité des contraceptifs et sur la mise au point du matériel didactique pour les femmes illétrées.

Le Projet International de l'Association pour la Stérilisation Volontaire (IPAVS). L'IPAVS est un projet financé par l'AID et conçu dans le but de fournir un programme d'action international en matière de contraception volontaire chirurgical dans les pays en développement. L'IPAVS fournit l'équipement chirurgical, le matériel de formation, d'information, d'éducation. Dans la région REDSO/WCA, l'IPAVS a contribué à des activités de petite envergure en Sierra Leone, Togo, Zaïre, Benin, au Sénégal.

Programmes Bilatéraux de l'USAID dans la région REDSO/WCA. Les paragraphes suivants décrivent la situation des programmes bilatéraux pour les exercices 1982 et 1983 dans les pays REDSO/WCA.

Ghana : le Ghana a connu jadis d'importantes activités bilatérales ($17,000,000). Un programme bilatéral à petite échelle destiné initiallement à fournir des moyens de contraception est en train d'être remis sur pied, et démarrera en 1983.

Guinée : La Mission Guinéenne a reçu une somme provisoire de $500,000 au titre de son programme de 1982 en vue d'un éventuel programme bilatéral en matière de population en 1983.

Liberia : Un projet quinquennal de soins de santé primaire a été proposé pour un financement pour compter de l'année 83. Il comprend une enveloppe globale de $800,000 destinés aux activités de population durant la vie du Projet.

Mali : Un PID est en cours d'étude en vue d'un projet intégré FP/MCH dans sept cliniques situées dans les centres urbains.

Sénegal : Il est institué au Sénégal, un projet mixte de Service Médical Primaire/et de Planning Familial. Ce projet a été récemment modifié et la somme de $500,000 a été ajoutée au projet de budget pour l'année 82.

Togo : Un Centre de Formation en Santé Familiale a été construit et commencera ses activités en 1983.

Zaïre : Depuis 1981 il existe au Zaïre un projet intégré Santé Maternelle-Infantile/Planning Familial (utilisant entièrement de fonds médicaux). Un deuxième projet bilatéral doit faire l'objet d'approbation au cours de l'année 83. Ce projet urbain de services de planning familial doit obtenir $4,000,000 des fonds versés par l'USAID au cours de la période quinquennal du cycle du projet.

Fonds Régionaux pour les Problèmes de Population

Outre les activités bilatériales sus-mentionnées, plusieurs sources régionales de financement sont disponibles. Ce sont :

1. Réalisation et Soutien des Programmes (PD&S). Ces fonds sont mis à la disposition des Missions afin de développer des stratégies de Mission, des Programmes et des Projets relatifs à la population et au planning familial. Les Missions font la demande de ces fonds à titre individuel.

2. Organisations Privées et Volontaires (PVO). Ces fonds sont destinés spécialement à financer des OPG à des PVO enregistrées qu'elles soient américaine ou locales (bien qu'aucune PVO de population locale ne soit enregistrée à ce moment). Au cours de l'année 82 aucun pays REDSO/WCA n'a fait usage de ces fonds.

3. Fonds Spéciaux d'Entraide à la Population (SPA). Ces fonds sont affectés en petites sommes (de $100 à $10,000) à la demande des responsables de l'Ambassade Américaine et ce, souvent par l'Ambassadeur à des projets dignes d'intérêt. En 82, la Sierra Leone était le seul pays REDSO/WCA à solliciter ces fonds SPA.

4. Initiative Familiale dans le Domaine de la Santé (FHI). Ce projet peut être utilisé pour financer des projets d'envergure moyenne (de moins de $500,000) qui développent et/ou instituent des programmes en matière de planning familial et en matière de population, integrés à des systèmes de sante primaire ou à d'autres systèmes ; ou des projets qui entreprennent des études ou des recherches portant sur l'incorporation des composantes du planning familial dans ces systèmes de distribution. Au cours de l'année 82, un certain nombre de projets étaient entierement ou partiellement realisés avec des fonds FHI comprenant le Batelle POP, le Columbia University Training et l'University of Chicago Population Communication Training. En plus de ces fonds, des fonds FHI ont été alloués au Bureau de Recensement afin de fournir une assistance à la Côte d'Ivoire, au cours du prochain recensement national en 1984. D'autres projets FHI font l'objet d'examen au Ghana (fournir le matériel de contraception), et en Sierra Leone (Programme Intégré MCH et FP).

Effectif des Agents de l'AID dans le domaine de la Population dans la Région REDSO/WCA

Ceux qui travaillent sur la population ont souvent critiqué l'effectif des agents de l'AID dans ce domaine. L'AID/W a reconnu que le fait de denombrer le personnel constituait un problème, surtout en cette période de reduction

des budgets généraux. Cependant, étant donné l'accent mis actuellement sur la région africaine, l'on élabore des plans afin de renforcer le niveau de compétence disponible dans ce domaine. Un récent Mémorandum AFR/DR/POP , a souligné que " la stratégie de l'AID pour 1983 sera d'accoître -l'assistance en matière de population dans la région et ce, par le biais des structures intermédiaires et bilatérales ; et d'accoître également le nombre des agents AID formés dans le domaine de la population [36/].

Depuis Fevrier 1983, il existe trois agents travaillant à plein temps sur les problèmes de population dans la région REDSO/WCA. Ils sont en poste à Abidjan (le Bureau Regional) à Kinshasa et à Lagos. Dans la plupart des autres missions, on nomme une personne comme coordinateur pour les problèmes de population. C'est souvent un specialiste de la santé ou de la nutrition qui supervise les activités de population,en plus du travail fourni par ceux qui exercent déjà dans ce domaine particulier. Le Tableau XI vous donne la liste des Coordinateurs de Population dans les pays REDSO/WCA , leurs noms et titres.

36/ Mémorandum de William Trayfors, 19 Mars 1983

TABLEAU XI

COORDINATEURS DE POPULATION POUR LES PAYS DE REDSO/WCA

Pays	Coordinateurs	Titres
Benin	John Lundgren	Responsable des Affaires AID
Cameroun	Ray Martin	Responsable des Projets HPN
Cap Vert		
R.C.A.	Ollie Ellison	DCM
Tchad		
Congo	Zaïre	
Guinée Equatoriale		
Gabon	REDSO/WCA	
Gambie	Keith Simmons	Directeur des Projets
Ghana	Laurance Eicher	Responsable du Développement HPN
Guinée		Représentant de l'AID
Guinée Bissau	Louis Macary	Responsable des Programmes
Côte d'Ivoire	REDSO/WCA	
Liberia	Glen Post	Responsable Médical
Mali	Francisco Zamoro	Responsable de la Santé et du Développement
Mauritanie	Linda Neuhauser	Responsable Médical
Niger	John McEnany	Responsable de la Santé et du Développement
Nigéria	Elisabeth McManus	Chargé de la Population
REDSO/WCA	Griffith Davis	Chargé de la Population Régionale
Sao Tomé & Principe	REDSO/WCA	
Senégal	Michael White	Responsable de Santé
Sierra Leone	Yomi Decker	Responsable de la Formation
Togo	Rudolph Thomas	GDO
Haute Volta	Olivier Harper	Responsable de la Santé et de la Population
Zaïre	Richard Brown	Chargé de la Population.

VI. CONCLUSION

L'Afrique Occidentale/Centrale est l'une des regions les plus pauvres du monde, où les populations croissent à des allures beaucoup plus importantes que partout ailleurs dans le monde. Dans ces régions, des gouvernements deja contraints de satisfaire les besoins les plus elémentaires de leurs population redoutent la perspective d'une croissance demographique encore plus rapide dans les années à venir. Cela surviendra à la suite de phénomènes conjugués, à savoir : (1) l'abandon progressif des pratiques traditionelles qui ont servi à limiter la fécondite, (2) la baisse de la mortalité due à une amélioration des conditions de santé et d'hygiene. Le potentiel de croissance dans ces pays est important, étant donné la structure de la population dont environ 45 ont moins de 15 ans.

Plusieurs dirigeants de l'Amerique du Sud et d'Asie, confrontes à des conditions semblables ont pris des mesures en vue de limiter la fécondité dans leurs pays. On observe actuellement le resultat de ces essais en Chine, en Corée du Sud, en Thaïlande et en Colombie, bien que dans cette dernière region, la baisse de la fécondité ait été dans une certaine mesure, compensée par le taux de mortalité décroissant rapidement, maintenant ainsi, des taux plus elevés de croissance naturelle. Sur le continent africain, on n'a pas encore clairement éprouvé ce besoin de freiner la croissance demographique. Il y a cependant des signes d'une grande prise de conscience parmi les autorites de plusieurs pays. La preuve de ce changement d'attitude a été donnée récemment à une conférence des Parlementaires Africains tenue à Nairobi en Juillet 1981. La recommendation du groupe comprenait la déclaration suivante :

> La Conférence s'adresse aux gouvernements qui n'ont pas encore reconnu pour leurs citoyens le planning familial comme un droit de l'homme conformément au concensus atteint à la Conference de Bucarest en 1974. Les programmes du planning familial devraient

être intégrés à des programmes liés à la santé de la famille, cependant on doit leur accorder encore plus d'importance lorsqu'ils sont sous forme de programmes séparés. [377]

On ne peut prédire avec exactitude, la stratégie d'approche à adopter en vue de résoudre les problèmes démographiques de l'Afrique ; ce qui est cependant certain, c'est que des mesures doivent être prises conjointement par les donateurs et les gouvernements africains. On ne doit pas imposer de politique à suivre aux Etats Africains, eux-mêmes devraient prendre l'initiative lorsque l'occasion se présente. Etant donné ces conditions, les donateurs, parmi lesquels l'ASAID, peuvent prendre des mesures visant à mettre en oeuvre une stratégie en matière de population pour l'Afrique. Les recommendations suivantes ont été proposées pour les années à venir :

1. Permettre l'acces aux contraceptifs afin de repondre à la demande Actuelle. Il n'est pas certain que la résistance aux pratiques de la contraception disparaisse totalement un jour. Cependant, comme premiere étape en vue de résoudre les problèmes de population en Afrique Occidentale, il conviendrait de mettre des contraceptifs à la disposition des femmes et des couples qui le souhaitent. Il a été demontré lors des enquêtes qu'il y a un besoin de contraception non satisfait, et ce fait se traduit par les taux élevés d'avortements clandestins dans toute la region. Une première priorité en matière de stratégie de population doit être de veiller à ce que toute femme qui le desire, puisse avoir recours à des méthodes contraceptives saines et efficaces.

2. Sensibiliser les dirigeants africains et les gouvernements à l'importance des facteurs démographiques, dans le contexte du développement economique et social. Dans plusieurs pays africains, cette prise de conscience se développe. Cependant il s'avère necessaire de fournir aux dirigeants, des données scientifiques, quantitatives, qui soient

377/ Conclusion et Recommendations de la Conférence Parlementaire sur la Population et le Développement, sous l'egide de l'Union Interparlementaire, Nairobi, Juillet 6-9, 1981.

présentées de manière objective et qui signalent les conséquences d'une croissance démographique rapide sur les chances de développement de leurs pays. Le matériel statistique, tel que celui qui est employé par l'AID en tant que Ressources d'Aide pour la Prise de conscience de l'Impact de la Population sur le Développement (PAPID) peut être efficace dans cette tâche. Une autre approche serait d'amener les dirigeants à prendre des mesures de soutien en faveur de la population, surtout ceux des pays influents tels que le Nigéria, à faire des déclarations. Les chefs religieux peuvent également jouer un rôle très important en étouffant les attitudes négatives, surtout lorsqu'elles sont fondées sur une mauvaise interprétation des doctrines religieuses.

3. Faire des études empiriques démontrant les conséquences économiques d'une croissance démographique rapide. Ce document a attiré l'attention sur les frais qu'entraîne une forte fécondité. Cependant, il n'existe pas assez de données quantitatives sur les pays africains pour démontrer clairement ces relations. L'USAID et des organisations privées auraient accordé la priorité à la réalisation des études dans ce domaine comprenant les aspects suivants : Coûts d'infrastructures, d'éducation et des services médicaux. Il est également important de souligner qu'une fois que de telles données sont disponibles, elles doivent être mises à la disposition des services de planification gouvernementaux et des preneurs de décision, à n'importe quel niveau. L'étude des facteurs démographiques en termes économiques est l'un des moyens les plus significatifs pour entreprendre un dialogue avec les dirigeants africains, lesquels considèrent le développement économique de leurs pays comme l'objectif primordial.

4. Accroître chez les Africains la prise de conscience de la relation entre la fécondité et la Santé maternelle/infantile. Puisque le seul fait de mentionner le terme "contraception" évoque souvent des notions négatives de limitation imposée de la population, il est important de débattre

de ce thème dans le contexte santé maternelle/infantile. Un nombre important de documents existent qui démontrent en termes scientifiques et rigoureux le rapport entre la fécondité et la santé des femmes et des enfants. Le personnel médical et de santé publique constitue l'auditoire le plus approprié pour ces informations, bien qu'ils ne soient pas les seuls.

5. Veiller à ce que les méthodes médicales appliquées dans le développement des programmes du planning familial soient adaptées au niveau de développement des pays. L'existence de l'infrastructure médicale et du personnel formé doit être pris en compte dans les programmes de développement de l'Afrique Occidentale/Centrale. Environ 25 % seulement de la population vivent dans les zones urbaines, où sont concentrées la plupart des structures médicales. Il est évident que seule une minorité de personnes a accès à des soins médicaux convenables. L'application de ces méthodes, comme elles le sont dans les pays développés, surtout dans le cadre de la fourniture de produits contraceptifs limite l'accès aux produits. On doit faire des études relatives aux systèmes de livraison des soins médicaux qui s'adressent à la communauté, à l'utilisation du personnel paramédical y compris ceux qui travaillent dans les villages. Ce qui ne signifie pas la diminution de méthodes médicales appliquées dans les pays en développement, mais plutôt une détermination visant à choisir avec soins les méthodes appropriées, étant donné les risques graves de santé qui surviennent quelquefois lorsque l'on limite l'accès à des services tels que les services de contraception.

6. Faire participer les hommes aux efforts de planning familial

Les chances de succès de la réalisation de tout programme du planning familial sont accrues par la participation effective des hommes et des femmes. Etant donné le contexte culturel africain et la persistence du rôle traditionnel joué par les deux sexes, la participation des partenaires mâles dans le processus de contraception est d'une importance cruciale. Les efforts qui visent à éduquer les hommes en matière de planning familial devraient porter sur des

problèmes tels que : Les conséquences économiques de l'alimentation, de l'habillement et de l'éducation des enfants dans un monde en pleine modernisation. Puisqu'il est évident que l'enfant demeurera un symbole de la virilité et de la fierté masculine, on devrait mettre l'accent plutôt sur la qualité que la quantité de la progéniture. Les méthodes de contraception pour hommes devraient leur être toujours disponibles aussi bien que les renseignements sur les techniques de contraception pour femmes.

7. Poursuivre leurs efforts afin d'améliorer la condition des femmes dans les pays africains. Le concept de l'amélioration de la condition des femmes est complexe et comprend des facteurs aussi bien de droits de l'homme que des facteurs démographiques. En ce qui concerne le dernier facteur, la relation inverse entre les indices de fécondité et les connaissances scolaires des femmes a été etablie. Outre le facteur éducation, d'autres facteurs tels que l'âge au moment du mariage, le statut légal, et la participation à la main d'oeuvre influencent les courbes de procreation de la femme. Des programmes adéquats, soutenus par la législation nécessaire en vue de promouvoir la condition des femmes dans toute l'Afrique Occidentale/Centrale devraient être encouragés. De tels efforts devraient en effet être entrepris de pair avec les services de planning familial plutôt que sans eux.

8. Souligner la nature volontaire du planning familial. Une recommandation finale qui, peut-être, dépasse toutes les autres est la suivante : En dépit du genre d'activités menées par des gouvernements ou des organisations privées, la nature volontaire du planning familial doit continuer à être soulignée. Les efforts tels que ceux sus-mentionés ne doivent pas être considérés comme des tentatives visant à imposer des politiques ou des pratiques aux africains. La liberté de choix des gouvernements, et des individus doit être la base même de tous programmes qui traitent des aspects aussi fondamentaux de la société que la vie familiale.

ANNEXE A

PLANIFICATION FAMILIALE

DAKAR 13-15 AVRIL 1982

COMMUNIQUE FINAL

L'ASBEF en collaboration avec la CONAPOP, a organisé les 13, 14 et 15 AVRIL 1982 à l'Hôtel Indépendance de DAKAR, un séminaire sur l'ISLAM ET LA PLANIFICATION FAMILIALE.

Etaient représentées à cette importante rencontre, toutes les confréries religieuses musulmanes des différentes Régions du pays.

Le thème du séminaire étant l'Islam et la Planification Familiale, des conférenciers de talent connus surtout pour leurs activités en faveur de la promotion de l'Islam particulièrement au Sénégal, ont présenté des communications d'une richesse et d'une pertinence hautement appréciées par l'unanimité des participants. Ainsi, les séminaristes ont attentivement suivi les conférences successives de:

- El Hadj Abdou Aziz SY Junior, Président des Associations musulmanes du Sénégal,
- El Hadj Moustapha GUEYE, Président de l'Union Nationale des Enseignants et Etudiants en langue Arabe du parti Socialiste,
- Mme TOURE Fatou CISSE. Enseignante en langue Arabe
- El Hadj Barham DIOP, Professeur de littérature Arabe, Islamologue et Conseiller à la ligue Islamique Mondiale.

Il ressort de ces différentes conférences, des débats féconds qui ont permis de retenir les points suivants:

1/ L'Islam considère la famille comme la cellule de base de la Société et comme le fondement de toutes les nations. Ce faisant, il place le mariage au premier rang des devoirs que doit accomplir tout musulman, dans la mesure où sans le mariage, il ne saurait y avoir de foyer familial et partant de procréation d'enfants, de multiplication en quantité et surtout en qualité de la nation musulmane.

2/ La loi coranique autorise la planification familiale, contrairement à ce que pensent certaines personnes mal informées. Mais, si l'Islam permet la planification familiale au plan individuel, il ne la tolère pas quand elle est imposée aux populations pour quelques raisons que ce soient. En d'autres termes, si l'Islam ne condamne pas la planification familiale librement consentie et mutuellement acceptée par les époux, il réprouve par contre sans ambage la planification familiale au plan général, c'est à dire résultant de mesures contraignantes imposées d'autorité à la collectivité.

3/ La planification familiale ou l'organisation des naissances sous la forme acceptée par la religion musulmane contribue au bien-être familial.

Car l'Islam n'est pas une religion difficultueuse; elle approuve et protège tout ce qui est bon; c'est une religion de facilités. Dans le' Coran et les hadith "Dieu n'a pas rendu notre religion gênante" "C'est une religion faite de tolérance. Quiconque voudra la compliquer, sera vaincu" (Hadith). Appliquez la avec douceur. "Allah veut la tolérance. Il ne veut pas la difficulté". (Coran).

Par conséquent, la planification familiale vue sous l'angle de la sauvegarde du droit des enfants, et de la nécessité de les mettre à l'abri de la pauvreté, de l'ignorance, de la maladie et de veiller à leur éducation physique, morale et religieuse, ne saurait être rejetée par l'Islam.

Et tous les conférenciers se sont accordés pour noter les conditions dans lesquelles elle peut être pratiquée par la famille musulmane. Ainsi, la planification familiale est autorisée:

- Si la femme ne supporte pas physiquement les grossesses rapprochées,
- Si elle porte une maladie qui peut mettre en danger sa progéniture,
- Si les parents ont peur de ne pas être en mesure de protéger leur progéniture, si elle se multiplie, contre le besoin, le dénument et la déviation morale. Car comme l'un des compagnons du Prophète "Paix sur lui", Kaab Ibn Malik l'avait aussi noté: "Il est recommandé de laisser ses héritiers dans l'aisance, plutôt que de les laisser dans le dénuement.

Si l'une des conditions précitées existe dans un mariage musulman, il lui est alors permis d'utiliser les techniques de contrôle des naissances. Parmi celles-ci, on peut indiquer:

. Le coït interrompu ou AZL

. L'abstinence volontaire

. L'allaitement durant 2 années pour éviter les grossesses rapprochées

. Les méthodes modernes, mais dans la mesure où leur caractère inoffensif pour la santé est scientifiquement vérifié.

A ces conditions on pourrait ajouter même, celles dictées par le seul souci de sauvegarder la beauté physique de l'épouse.

Fort de la richesses des contributions apportées par les conférenciers et des clarifications des uns et des autres sur le thème de réflexion "L'ISLAM ET LA PLANIFICATION FAMILIALE", les séminaristes ont dégagé les propositions et recommandations suivantes:

a) l'usage des contraceptifs par les couples qui le désirent pour des raisons légitimées par les enseignements coraniques et du prophète

"Paix sur lui". Pour ce faire, les séminaristes demandent de faciliter la vente des produits contraceptifs dans les pharmacies.

b) Le renforcement des mesures d'interdiction de l'avortement.

c) L'éducation religieuse des enfants, afin de leur faire acquérir les qualités morales qui faisaient la fiéreté de la société sénégalaise d'antan. Ce qui permettra de soustraire la jeunesse des dangers de contamination et du phénomène de l'initiation des modes et modèles étrangers fondés sur l'égoïsme, le rejet de l'autorité parentale, l'usage de la drogue, la prostitution etc...

Dans cette optique, les séminaristes recommandent aux Pouvoirs Publics de mettre l'accent sur la création d'écoles maternelles islamiques pour permettre aux parents musulmans d'y envoyer leurs enfants, afin de leur donner une éducation religieuse de base, élément indispensable à l'équilibre et au bien-être familial.

d) Le renforcement et l'intensification de l'information et de la sensibilisation des populations sur les activités de l'ASBEF dans les domaines ci-après:

- Planification Familiale
- Pédiatrie
- Suivi pré et post natal
- Traitement de la stérilité

e) Les séminaristes ont également émis le souhait de voir adopter au Sénégal, un système de planification familiale qui tienne compte des enseignements de la religion musulmane et de la nécessité de sauvegarder l'équilibre et le bonheur de la famille sénégalaise.

Les séminaristes souhaitent par ailleurs voir se multiplier de telles rencontres, sources d'explication et de clarification sur les fondements et les préceptes de la religion islamique.

Les séminaristes, pour terminer, félicitent le Chef de l'Etat et son Gouvernement pour leur politique de bien-être familial.

L'exécution de cette politique confiée à Mme Maimouna KAME se déroule à la grande satisfaction de nos populations.

Fait à DAKAR, le 15 AVRIL 1982

Le Séminaire

ANNEX B

ABBREVIATIONS OF ORGANIZATIONS

CWS	Church World Service
ECA	Economic Commission for Africa
FAO	Food and Agricultural Organization of the United Nations
FPIA	Family Planning International Assistance
IDEP	Institut Africain de Developpement Economique et de Planification
IDRC	International Development Research Center
IFFLP	International Federation for Family Life Promotion
IFRP	International Fertility Research Program
ILO	International Labor Organization
IPAVS.	Association for Voluntary Sterilization, International Project
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ISI/WFS	International Statistical Institute, World Fertility Survey
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

BENIN

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	achevé en 1980
Santé maternelle/infantile, planning familial	UNFPA/WHO	1,460,000	commencé en 1981
Assistance au recensement	UNFPA	1,244,500 jusqu'à 1981	en cours depuis 1972
Education sexuelle	UNESCO	155,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1976
Communication pour recensement	UNFPA	81,000 jusqu'à 1980	1977 - 1980
Enquête sur la fécondité	UNFPA/UN	155,400 jusqu'à 1981	1979 - 1983
Santé maternelle/infantile, Services sur l'espacement des naissances	UNFPA/WHO	590,000	1980 - 1982
Services/formation sur la stérilisation	IPAVS	65,600	1980 - 1982
Contraceptifs	FPIA	23,400 jusqu'à 1981	en cours
Association de planning familial	IPPF	423,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1975

CAMEROUN

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1979
Assistance au recensement	UN/UNFPA	1,380,000	1973 - 1980
Education en bien-être familial (rural)	ILO	350,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1976
Recherche et assistance aux institutions	WHO	195,400	1972 - 1981
Recherche sur l'infécondité	WHO	74,000	1980 - 1981
Contraceptifs	FPIA	150,000 jusqu'à 1981	en cours
Formation en planning familial	IPPF	N/A	en cours
Enquête Mondiale sur la fécondité	ISI/WFS	N/A	1978 - 1982

CONGO

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Services de santé maternelle/ infantile, planning familial	UNFPA/WHO	1,113,000	1979 - 1984
Assistance au recensement	UNFPA/UN	420,000	1974 - 1980
Education en bien-être familial	ILO	590,000	1976 - 1982
Etablissement d'un régime d'état civil	UNFPA/UN	444,800	1976 - 1980
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1982, prévu
Formation et séminaires	IFFLP	6,500	1980 - 1981

COTE D'IVOIRE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1981
Assistance au recensement	UNFPA	1,160,000 jusqu'à 1980	depuis 1976
Formation et recherches démographiques	UNFPA/UN	366,000 jusqu'à 1981	1976 - 1982
Education en population	UNESCO	16,500 jusqu'à 1980	depuis 1977
Formation en bien-être familial	FPIA	8,000 jusqu'à 1981	en cours
Recherche sur la migration interne	IDRC	138,500	depuis 1980
Enquête Mondiale sur la Fécondité	ISI/WFS	N/A	1979 - 1983

GAMBIE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Santé maternelle/infantile, planning familiale	UNFPA	1,500,000	depuis 1979
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1978
Assistance au recensement	UNFPA/UN	205,800	1981 - 1984
Communications en Santé maternelle/ infantile et planning familial	UNESCO	190,000	1977 - 1982
Contraceptifs	FPIA	3,800 jusqu'à 1981	en cours
Atelier sur les méthodes naturelles de planning familial	IFFLP	N/A	1980
Association de planning familial	IPPF	200,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1971

GABON

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Centres d'observation démographique	UNFPA	329,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1976
Assistance au Recensement	UNFPA/UN	688,750	depuis 1978
Etude de migration rurale	ILO	140,000	1980 - 1981
Assistance aux communications de recensement	UNFPA	30,000	1980
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	Prévu pour 1982

GHANA

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1981
Etablissement d'un régime d'état civil	UNFPA/UN	671,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1972
Assistance au recensement	UNFPA/UN	380,000	en cours depuis 1978
Fabrication des contraceptifs oraux	UNIDO	32,000	prévu
Subvention pour formation des chercheurs	WHO	36,100	1980 - 1981
Projet Santé maternelle/infantile, planning familial		9,600,000	1982 - 1986
Services de conseils en bien-être familial	CWS	10,000 par an	en cours
Services de conseils aux adolescents	FPIA	109,400	1979 - 1981
Association de planning familial	IPPF	600,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1966
Enquête Mondiale sur la fécondité	ISI/WFS	N/A	1979 - 1982
Projets de Santé familiale	OXFAM	9,000	1980 - 1981
Formation démographique	U. of North Carolina	36,000	1979 - 1981
Projets de Santé familiale	World Neighbors	100,000 jusqu'à 1981 (estimation)	1977 - 1982

GUINEE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1979
Assistance démographique variée	UN/ILO/UNESCO/UNFPA/WHO	5,400,000	approuvé en 1981
Matériels pour l'éducation sexuelle	UNESCO	87,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1976
Assistance au recensement	UNFPA/UN	960,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1977
Séminaire sur la population	ECA/ILO	16,000 jusqu'à 1981	1980 - 1982

GUINEE-BISSAU

Assistance au recensement	UNFPA/UN	900,000	1977 - 1981
Projet de Santé familiale	UNESCO/WHO/UNFPA	405,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1976
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	prévu pour 1982

HAUTE VOLTA

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Assistance au recensement	UNFPA/UN	250,000	1974 - 1979
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1979
Assistance démographique variée	UNFPA/ILO/WHO/UNESCO	7,500,000	1980 - 1984
Assistance au recensement	UN/UNFPA	1,000,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1973
Education en population	UNESCO	59,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1976
Education sexuelle/Activités sur la Santé maternelle et infantile	UNESCO	127,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1977
Planification en population et développement	UN/UNFPA	234,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Développement d'une banque de données démographiques	UN/UNFPA	311,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Intégration des croyances traditionnelles et Politique de population	UN/UNFPA	267,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Ateliers sur le code national familial	UN/UNFPA	7,000	1980 - 1981
Assistance à l'Institut national de statistique	UNFPA/UNDP	150,000	1982
Recherche sur la migration	IDRC	150,000	1980 - 1982
Association de planning familial	IPPF	120,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1979

LIBERIA

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1977/78
Cellule de recherche démographique	UN	452,600 jusqu'à 1980	en cours depuis 1972
Santé maternelle/infantile, planning familial (local)	WHO	144,200 jusqu'à 1980	en cours depuis 1975
Enquête démographique	UN	190,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1975
Santé maternelle/infantile, planning familial (local)	WHO	333,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1978
Enquête démographique	UN	650,000 jusqu'à 1982	en cours depuis 1979
Soins de Santé primaire	USAID	800,000	1982 - 1986
Services de planning familial	FPIA	71,000	1980 - 1981
Information/éducation	FPIA	27,000	en cours depuis 1967
Association de planning familial	IPPF	374,000 en 1980	en cours depuis 1967
Services de planning familial	Pathfinder	204,000	1978 - 1981

MALI

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1978
Assistance démographique variée	UNFPA/ILO/UNESCO/UNICEF/WHO	4,500,000	1979 - 1983
Assistance au recensement	UNFPA/UN	2,220,000 jusqu'à 1981	depuis 1973
Développement d'un programme de Santé maternelle/infantile et planning familial	WHO/UNFPA/UNICEF	626,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1974
Education en bien-être familial (rural)	ILO	200,000	1979 - 1982
Education en bien-être familial pour femmes	UNESCO	130,000 jusqu'à 1981	depuis 1977
Education en population pour femmes	UNESCO	78,000 jusqu'à 1981	1978 - 1982
Projet de services de Santé rurale	USAID	3,900,000	1977 - 1981
Contraceptifs	FPIA	7,000 jusqu'à 1981	en cours
Recherche sur la fecondité	IFRP	N/A	en cours
Association de planning familial	IPPF	175,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1972

MAURITANIE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget(US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1978
Assistance démographique variée	UNFPA/ILO/UNESCO/WHO/UNICEF	5,000,000	1980 - 1984
Assistance au recensement	UNFPA/UN	1,250,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1972
Enquête Mondiale sur la fécondité	ISI/WFS	N/A	1979 - 1982
Etablissement d'un centre de recherche démographique	UNFPA/UN	533,300 jusqu'à 1981	en cours depuis 1980
Projet de bien-être familial	WHO/UNICEF/UNFPA	78,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1980

NIGER

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Projet Santé maternelle/infantile et planning familial	UNFPA/WHO	2,000,000	1979 - 1984
Assistance au recensement	UNFPA/UN	1,600,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1972
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1979

NIGERIA

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Projet de Santé rurale (régional)	UNFPA/UNICEF/Pop Council	1,600,000 jusqu'à 1981	depuis 1974
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1980
Services de Santé Familiale (national)	UNFPA	1,800,000	1980 - 1984
Assistance démographique variée	UN/UNFPA/ECA/ILO/FAO/UNESCO/ WHO/UNICEF	17,300,000	en cours depuis 1981
Planning Familial rural (régional)	WHO/UNICEF	345,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1972
Formation/recherche en communication en planning familial	UNESCO	276,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1975
Formation en démographie économique	UN/UNFPA	360,000	1974 - 1982
Etablissement d'une cellule de Coordination de Santé Familiale	UNFPA/Medical Service Consultants	396,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Recherche sur la migration rurale	UNFPA	34,000	1979 - 1981
Conférence sur la population	UNFPA	10,000	1980
Formation en informatique	UNFPA/UN	275,000	1981 - 1983
Développement d'un programme d'études	UNESCO	50,000	1980 - 1981
Recherche sur la sécurité des contraceptifs	WHO	140,000	1980 - 1981
Assistance aux institutions de recherche	WHO	1,308,100	1972 - 1981

NIGERIA (Suite)

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Services, information et éducation sur la stérilisation	IPAVS	61,000	1979 - 1982
Services et formation en planning familial (régional)	FPIA	176,000	1979 - 1982
Contraceptifs	FPIA	249,400 jusqu'à 1981	en cours
Recherche sur la fécondité	IFRP	N/A	1979 - 1982
Association de planning familial	IPPF	1,000,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1982
Clinique de planning familial, formation, conférences	Pathfinder Fund	290,000	1979 - 1982
Subventions pour la fécondité et la contraception	Population Council	92,000	
Enquête Mondiale sur la fécondité	ISI/WFS	N/A	1980 - 1983

SENEGAL

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Assistance démographique variée	UN/UNFPA/ILO/WHO/UNICEF/UNESCO	5,500,000	1979 - 1983
Assistance au recensement	UN/UNFPA	1,600,000	en cours depuis 1972
Enquête sur la répartition de la population	UN/UNFPA	660,000	en cours depuis 1977
Formation en santé maternelle/ infantile, planning familial (rural)	FAO/UNFPA	915,000	1977 - 1984
Séminaire sur la population	UN/UNFPA	27,000 jusqu'à 1980	depuis 1978
Etablissement d'une cellule de population	UN/UNFPA	274,000 jusqu'à 1981	1978 - 1982
Enquête sur la population, la migration et offre de main-d'oeuvre	ILO	600,000	1979 - 1981
Education en santé, nutrition, et population	UN/UNFPA	56,000	1979 - 1982
Programme de bien-être familial	UNFPA/UNICEF/Laval University	44,000	1980 - 1982
Renforcement des capabilités en recherches	WHO	34,200	1981
Projet de Santé Familiale	USAID	1,900,000	1979 - 1982
Contraceptifs	FPIA	55,250 jusqu'à 1981	en cours
Aide de l'Association de Planning Familial	IPPF	150,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1979
Enquête Mondiale sur la fécondité	ISI,WFS	N/A	1977 - 1981

SIERRA LEONE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1981
Etablissement d'une cellule démographique	UN/UNFPA	352,000	1971 - 1980
Assistance au recensement	UN/UNFPA	507,000	1972 - 1980
Education en population	UNESCO	261,600 jusqu'à 1980	en cours depuis 1976
Services des Conseils sur la fécondité	WHO/Margaret Sanger Center	438,800	1977 - 1983
Planification en développement et population	ILO/UN	363,000	1978 - 1983
Analyse du recensement	UN/UNFPA	240,000	1974 - 1981
Recherche sur les rôles des femmes	UNFPA	34,300	depuis 1978
Education en population et bien-être familial	ILO	326,500	1979 - 1982
Etablissement d'un régime d'état civil	UN/UNFPA	269,500	1980 - 1983
Services de Stérilisation	IPAVS	13,100	1980 - 1981
Contraceptifs	FPIA	68,000 jusqu'à 1981	en cours
Education en bien-être familial pour adolescents	FPIA	137,500	1979 - 1981
Association de planning familial	IPPF	400,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1968

TOGO

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	1980
Formation d'enseignants en éducation sexuelle	UNESCO	92,000 jusqu'à 1980	en cours depuis 1975
Programme national de santé familiale	ILO/WHO/UNFPA	285,200 jusqu'à 1981	en cours depuis 1978
Enquête sur la mortalité infantile	UNFPA	110,000	1979 - 1982
Assistance au recensement	UN/UNFPA	480,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Recherche et formation démographique	UN/UNFPA	272,000	1980 - 1985
Communication en Santé familiale	UNFRA/World Education	24,000	1981 - 1982
Information/éducation sur la stérilisation	IPAVS	7,700	1980 - 1982
Contraceptifs	FPIA	1,500	en cours
L'aide de l'Association de Planning familial	IPPF	250,000 par an (estimation courante)	en cours depuis 1977
Services de conseils en Santé familiale	World Neighbors	62,200 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Services de Santé/planning familial ruraux	World Neighbors	7,000	1981 - 1982

ZAIRE

Activité	Organisation(s) Donatrice(s)	Budget (US$)	Dates
Evaluation des besoins	UNFPA	N/A	prévu pour 1982
Assistance au recensement	UN/UNFPA	962,000 jusqu'à 1981	en cours depuis 1979
Education en bien-être familial	ILO	326,000	1979 - 1981
Enseignement sur la démographie	UN/UNFPA	220,000	1978 - 1983
Projet de Santé rurale	USAID	4,864,000	1981 - 1985
Services de planning familial	USAID	2,000,000	1982 - 1984
Services régionaux de fertilité/ infertilité	IPAVS	150,000	1980 - 1982
Contraceptifs	FPIA	207,200 jusqu'à 1981	en cours
Recherche sur la fécondité	IDRC	16,200	1980 - 1982
Participation à la Formation et aux conférences	IFFLP	2,000	1980 - 1981
Association de planning familial	IPPF	275,000 par an à doubler en 1982	en cours depuis 1978
Formation en Santé maternelle/ infantile et planning familial	OXFAM	2,900	1980 - 1981
Services régionaux de planning familial	Pathfinder Fund	259,300	1979 - 1982