

# 8ème Conférence sur la Population Africaine

## Entebbe–Ouganda, 18–22 novembre 2019

---

### *Séance 1. Transitions de la fécondité*

103. L'influence des politiques gouvernementales sur la transition de la fécondité

## « Du dire au faire, il y a au milieu... la mer » : impact des politiques de population sur la fécondité en Afrique subsaharienne. Le cas du Cameroun.

Sonzia Teutsong Marie- Audrey, *Université de Bretagne Occidentale (UBO)*

Elise Kacou, *IDUP et Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA)*

### Résumé

Lors des quatre décennies passées, plusieurs gouvernements dans les pays en développement ont réalisé l'importance de réduire la croissance de leur population tandis que, les gouvernements des pays développés soulignaient leurs préoccupations quant au faible taux de croissance démographique et au vieillissement de leur population (United Nations 2013). Le monde démographique semble donc être divisé avec d'un côté les pays développés où la fécondité est basse et la population vieillissante, et de l'autre, les pays moins développés où la fécondité est encore élevée et la population jeune. Nous passons en revue dans cet article, les politiques de populations (sans chercher l'exhaustivité) adoptées dans différentes régions du monde avec un accent particulier sur l'Afrique subsaharienne, en prenant comme étude de cas, le Cameroun. Comment ces politiques en matière de population ont-elles évolué ? Quelles similitudes ou différences observe-t-on ? Les actes suivent-ils toujours les longs discours ? Quelles conclusions peut-on en tirer ? Et enfin, quid de leur impact sur les niveaux actuels de fécondité ?

### Mots clés

Politique de population, baisse de la fécondité, Afrique subsaharienne, Cameroun.

## Définition et objectifs

Une politique dans sa définition la plus simple peut être considérée comme un ensemble de mesures visant à atteindre des objectifs spécifiques. En l'assignant à la fécondité, l'objectif serait de la diminuer, de l'augmenter ou de la maintenir à un niveau donné. Reprenons ci-dessous quelques définitions de certains auteurs dans le champ spécifique de la démographie en vue d'y apporter des précisions. Baldi et Cagianò de Azevedo (2006) considèrent la politique de population comme un instrument qui identifie les principaux objectifs, et les moyens de les atteindre. Pour les mêmes auteurs (2006 : p.173) « les politiques de populations sont l'ensemble des différentes mesures prises par un gouvernement pour influencer la taille de la population, sa croissance et sa répartition spatiale ». Ainsi une politique nataliste vise à accroître la taille d'une population, tandis qu'une politique malthusienne (antinataliste) vise à la réduire.

Pour certains experts réunis à Lomé en 1979 lors d'un séminaire sur les politiques de population en Afrique : « une politique de population se définit comme un ensemble de mesures et de programmes destinés à contribuer à la réalisation des objectifs économiques, sociaux, démographiques et autres objectifs collectifs en intervenant sur les variables démographiques principales telles que la taille, la croissance, la distribution spatiale (nationale et internationale) de la population, ainsi que sur les autres structures démographiques, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des populations du pays » (IFORD, 1980).

Sans être exhaustive, et au regard de ces définitions, pour la première, une politique de population vise une intervention sur la population au niveau de sa taille, de sa croissance et de sa répartition dans l'espace ; pour la seconde, il faut en plus de cela, viser une amélioration de la qualité et des conditions de vie des populations.

Toutefois, il ne suffit pas de définir une politique de population, encore faudrait-il mettre en œuvre les moyens adéquats à sa réalisation. Se basant sur l'expérience ghanéenne, Locoh et Makdessi (1996 : p.12) montrent qu' : « une politique de population même fermement définie, avec un objectif précis de réduction de la croissance n'est pas, en soi, une condition suffisante pour entraîner un ralentissement de la fécondité ». Il n'est donc pas toujours aisé de définir ni de réaliser une politique de population.

Par ailleurs, comme Vallin (2012), nous nous interrogeons sur la pertinence d'une politique de population : pourquoi faire une politique de population en général ? Et au Cameroun en particulier ? Quels sont les facteurs qui ont favorisé son éclosion ? Quelles stratégies ont été mises en œuvre ? Et surtout les politiques de populations qui ont été définies, sont-elles à la base des niveaux de fécondité observés actuellement ? En d'autres termes, ont-elles eu ou ont-elles, peu ou prou, un impact sur la fécondité actuelle ? Avant d'y arriver, il convient de situer historiquement les tenants et les

aboutissants qui ont débouchés sur les questions de population sur le plan international en général et africain en particulier.

## Bref rappel des politiques de population en Afrique subsaharienne

La première conférence mondiale sur la population en 1974 à Bucarest voit le jour dans un contexte international où l'évolution trop rapide de la croissance démographique (surtout des pays en développement) est au centre des préoccupations. Se pose alors la séculaire question de la population sans cesse en augmentation face aux ressources disponibles qui s'amenuisent et à la dégradation de l'environnement. Des auteurs tels que Ehrlich (1972) ou encore Meadows et al (1974), avec leurs ouvrages respectifs « Bombe P » et « Halte à la croissance », tiraient déjà la sonnette d'alarme. D'un côté les néo-malthusiens, constitués à majorité des pays développés, soutenaient le contrôle des naissances comme conditions *sine qua non* au développement des pays qualifiés aujourd'hui d'en voie de développement<sup>1</sup>.

De l'autre, les développementalistes, constitués à majorité des pays en développement, arguaient le contraire, à savoir que c'était le développement socio-économique qui entraînerait la réduction de leur fécondité. C'est donc une position défavorable aux programmes de planification familiale que va avoir la majorité des gouvernements africains lors de ladite conférence. Pour eux en effet, « la meilleure pilule c'est le développement ».

### Attitude nataliste...

Lors de cette conférence mondiale de la population en 1974, face à leur croissance démographique, pour la majorité des dirigeants africains, il n'y avait pas lieu de s'inquiéter au regard de leurs ressources abondantes et des faibles densités<sup>2</sup>. D'après les Nations Unies (2011), en 1976 sur 48 pays d'Afrique, 25 (52%) trouvaient leur niveau de fécondité satisfaisant, 18 (38%) l'estimaient très élevé et 5 (10%) très bas. Donc, avant les années 1980, les politiques de population visant à la réduction de la fécondité étaient vues d'un mauvais œil par nombre de dirigeants africains<sup>3</sup>. Pour Bahri (1995), l'un des facteurs dans le retard d'adoption des politiques antinatalistes était le contexte culturel africain. Pour cet auteur, l'heure était plutôt à la construction des Etats et institutions africaines à peine sortis de

---

<sup>1</sup> Auparavant dit sous-développés.

<sup>2</sup> Qui étaient estimées à 14hab/km<sup>2</sup> en 1974, United Nations. (2012). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospect. The 2012 revision.

<sup>3</sup> Sept pays dont : Botswana, Egypte, Ghana, Kenya, Maurice, Maroc et Tunisie y sont favorables.

la colonisation. En outre en Afrique Centrale, on ne pouvait pas s'attendre à une acceptation de ces politiques, vu que la région connaissait une sous fécondité<sup>4</sup> couplée à une mortalité infantile élevée<sup>5</sup>.

### **... Versus attitude malthusienne**

Mais lors de la décennie 1980, on assiste à un retournement de situation : les mêmes dirigeants jugent alors leur population très, trop importante et optent pour une politique de réduction de la fécondité. Pour certains auteurs comme Locoh et Makdessi (1996), Bahri (1995), l'année 1984 avec la déclaration de Kilimandjaro adoptée à la deuxième conférence mondiale de la population à Arusha, marque un tournant décisif dans l'histoire de la démographie africaine. En majeure partie parce que le programme d'action de ce sommet réunissait les positions communes des dirigeants africains et visait entre autres : i) à intégrer les services de planification familiale dans les services de santé maternelle et infantile ; ii) à faire en sorte que les services soient accessibles à tous les couples et individus qui en ont besoin à un faible coût ; iii) à développer les programmes nationaux notamment dans le domaine de l'éducation, mais aussi dans l'établissement de nouvelles législations visant à retarder l'âge au premier mariage. (CEA, 1984).

C'est donc sans étonnement qu'en 1992, avec la déclaration de Dakar/N'gor lors de la conférence africaine de la population, on assiste à une adhésion massive des dirigeants africains à une politique de maîtrise de la fécondité. Ce sommet en particulier, chiffre les objectifs à atteindre. Par exemple celui de ramener le taux d'accroissement naturel de la population africaine de 2,5% en 2000 à 2% en 2010. Cette attitude malthusienne est conservée lors des conférences récentes. Si l'on en croit les Nations Unies (2011), c'est 78% des gouvernements africains qui considéraient leur niveau de fécondité comme très élevé contre 38% en 1976. Il y a eu une évolution dans les opinions qui s'est traduite en politique visant à réduire la fécondité. Ainsi près de 72% des dirigeants africains avaient mis en oeuvre et poursuivi des politiques de réduction de la fécondité en 2011 contre 25% en 1976. (Nations Unies, 2011).

Les causes de ce revirement de positionnement ? Pour Sala-Diakanda (1991), la marginalisation économique de l'Afrique et le statut quo économique ont été des éléments décisifs dans ce changement de position.

---

<sup>4</sup> On comptait 20% des femmes sans enfant à la fin de leur vie féconde. (Bongaats et Potter, 1983, cité par Tichit, 2010).

<sup>5</sup> Quoiqu'en baisse actuellement, elle restait encore élevée et estimée à 232 décès pour 1000 naissances vivantes pour la période 1970-1975, contre 307 pour 1000 en 1950-1955. (United Nations, 2013).

## Impact mitigé des politiques de population en matière de fécondité en Afrique subsaharienne

Il y a toutefois lieu de s'interroger sur l'impact réel de ces politiques sur la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne. En effet, plusieurs auteurs s'accordent à le trouver faible (Locoh et Makdessi, 1996 ; Bahri 1995, Yves Charbit 2015). Pour la plupart d'entre eux, ces politiques ont plus souvent succédé aux changements qu'elles ne les ont précédés. On est donc plus enclin à dire que les niveaux actuels de fécondité résulteraient plus des changements socio-économiques et culturels qui se sont opérés depuis les années 1980 plutôt que des programmes de planification alors élaborés.

Pour ce qui est des objectifs, force est cependant d'admettre que la plupart de ceux qui ont été fixés n'ont pas été atteints aux échéances fixées, voire aux dates actuelles, à l'instar du taux d'utilisation des contraceptifs qui aurait dû passer de 10% environ en 1980 à 20% en 2000 et 40% en 2010. Comme nous l'avons vu dans une section précédente, en 2000, c'est 13% des femmes mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne qui utilisaient la contraception moderne et 19% en 2010. Le même constat peut être fait pour les objectifs du taux de la mortalité maternelle qui visaient à le réduire des trois quarts entre 1990 et 2015. En fait, il est passé de 850 à 500 décès maternels pour 100000 naissances vivantes et demeure encore le plus élevé au monde (PNUD, 2013). On peut malheureusement constater que l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont la date butoir est 2015 semble compromise malgré la réalisation de certaines cibles. Toutefois ces politiques de population ont connu un franc succès ailleurs, notamment en Afrique du Nord, en l'exemple en Tunisie où la volonté politique qui a accompagné la transition de fécondité a été un facteur clé dans la baisse de celle-ci (Sandron et Gastineau, 2002).

### Du dire au faire, il y a au milieu...la mer

C'est bien connu, *du dire au faire...il y a au milieu la mer*. La mer comme la crise économique qui perdure limitant les moyens financiers alloués à leur réalisation, le manque d'infrastructures, l'insuffisance d'un personnel bien formé et l'absence d'une réelle volonté politique sont autant de facteurs qui, couplés au contexte socio culturel et sanitaire<sup>6</sup> très défavorable à une politique malthusienne, ont sans doute compromis et compromettent l'atteinte des objectifs fixés lors de ces différentes conférences.

Cet adage trouve tout son sens dans le cas traité. Comme pour illustrer ce propos, Locoh et Makdessi (1996 : 31) affirment que : « si l'existence de positions officielles est un atout pour l'instauration de programme de maîtrise de la fécondité, elles ne sont qu'un début et peuvent rester lettres mortes si

---

<sup>6</sup> Mortalité infantile élevée, faible statut de la femme qui se résume dans la majorité des cas, à la procréation ; âge au mariage très précoce ; faible niveau d'instruction de la femme, etc.

elles ne sont pas relayées par une volonté politique d'agir concrètement ». Elles ajoutent (p.33) : « les politiques de maîtrise de la fécondité ne sauraient se limiter à l'offre de services de contraception... La meilleure maîtrise de la croissance démographique, passe, à l'évidence, par des transformations [sociales]: amélioration des conditions sanitaires, de la scolarisation et de la condition féminine ». En plus les mesures prises doivent prendre en compte le contexte socioculturel.

*In fine*, pour Barhi (1995), l'on rencontre trop souvent des crises et conflits permanents dans cette région, qui mettent à mal la stabilité politique, sociale et celle des institutions en place, qui sont des conditions *sine qua non* à la mise en œuvre de toute politique de population. Au Cameroun en est-il de même ? Les objectifs fixés ont-ils été atteints ? Quelle a été et quelle est la politique démographique adoptée par le gouvernement ? Et surtout les politiques définies ont-elles joué un rôle dans l'évolution de la fécondité ?

## **Impact des politiques de populations sur la fécondité au Cameroun**

Comme dans la plupart des pays d'Afrique francophone, le Cameroun est un pays profondément nataliste (Gubry 1988 ; Gubry, Ndoumbé-Manga & Tabi-Abodo 1980).

Il suffit de remonter dans la tradition de chaque peuple qui constitue ce pays, et ce quelle que soit son obédience religieuse, pour se rendre compte de la valeur donnée à l'enfant qui se transmet de génération en génération. Le sens de la vie se résume en un mot : « procréer ». Cette attitude est confirmée lors de l'Enquête Nationale de Fécondité (ENF) en 1978 qui révèle que seule une minorité des femmes, indépendamment de leur âge et du nombre d'enfants déjà nés, ne veulent pas d'enfants (Gubry 1988). Cette pensée nataliste a longtemps dominé et il faudra attendre les plans de développement quinquennal de 1971-1976 pour que la tendance inverse soit évoquée.

## **Plan quinquennal de développement et objectifs majeurs**

Dans la politique de développement du Cameroun telle qu'inscrite dans le premier plan quinquennal de développement du Cameroun (1961-1966), il n'est pas envisageable pour le gouvernement camerounais d'adopter une politique de réduction de la fécondité. Pour le gouvernement, à cette période, la population ne constitue pas un problème ; bien au contraire, elle est un atout majeur pour le développement économique. Il est plutôt question de rééquilibrer la population à travers le territoire et de lui trouver du travail. C'est une position pro-nataliste. Mais pour Gubry (1988), il s'agit plutôt d'un « natalisme nuancé », au regard des discours officiels, des actes des dirigeants, et de la réglementation en vigueur. A la sortie de la Conférence de Bucarest par ailleurs, le Cameroun faisait partie des 4 pays

d'Afrique subsaharienne qui trouvaient leur niveau de fécondité très bas<sup>7</sup>. Il faut attendre le troisième plan quinquennal (1971-1976) pour que la croissance démographique soit évoquée comme pouvant poser un problème, si rien n'est fait pour la maîtriser.

## **Début de l'adoption des programmes de Planning Familial (PF) en 1980**

De l'avis de plusieurs auteurs (Gubry 1988 ; Fokam et Ngwe 1985, entre autres), 1980 marque un tournant sur l'évolution de la politique de population au Cameroun. C'est notamment lors du discours du premier Président Ahidjo en février 1980, qu'il est fait mention des conséquences macro-économiques de la forte croissance démographique<sup>8</sup>. Derechef, la population comme « atout » devient alors « problème ». Une position visant la maîtrise de la fécondité est adoptée dès lors. Pour Gubry (1988), il s'agit d'une politique antinataliste, certes, mais modérée eu égard aux mesures qui ont été prises par la suite.

## **Orientations malthusienne du gouvernement en politique de population ?**

Depuis 1980, le Cameroun a donc adopté une politique malthusienne, mais qui ne se traduit pas vraiment dans les actes. Comme le fait remarquer Gubry (1988), il aurait été difficile pour le gouvernement camerounais de faire adopter une politique malthusienne parce que cela aurait été ignoré le contexte culturel et social profondément nataliste et la stérilité qui frappait fortement les populations à cette période<sup>9</sup> quoiqu'en forte régression aujourd'hui<sup>10</sup>. Du coup, le gouvernement s'était abstenu d'agir en 1974, et depuis 1980 a opté pour une politique visant d'abord le bien-être des populations, donc l'amélioration de la santé en général, puis une maîtrise de la fécondité. Ainsi dans la déclaration de la politique nationale de population du Cameroun en 1993, le but est « d'améliorer le niveau et la qualité de la vie de la population, dans la limite des ressources disponibles, en conformité avec la dignité humaine et les droits fondamentaux de l'homme... » (Minpat<sup>11</sup>, 1993 : p.32). Les grandes orientations de cette politique nationale mettent l'accent entre autres sur l'éducation, la

---

<sup>7</sup> Avec la République Centrafricaine, le Gabon et la Guinée Equatoriale (Nations Unies, 2013). En partie à cause de la forte stérilité prédominante.

<sup>8</sup> Le taux d'accroissement annuel était estimé à environ 2,9% par an (Nations Unies, 2013).

<sup>9</sup> 12% de stérilité définitive à 35-49ans en 1978 (Yana, 2001, Environnement institutionnel et transition de la fécondité au Cameroun in Gendreau F. (Dir). Les transitions démographiques des pays du Sud, Estem, Paris, pp. 469-480.

<sup>10</sup> 56 Elle touchait environ 3,2% des femmes en 2011(EDS-MICS, 2011)

<sup>11</sup> MINPAT. (1993). Ministère du Plan et de l' Aménagement du Territoire. Déclaration de la politique nationale de population. Yaoundé. Cameroun.

sécurité alimentaire, la formation et l'emploi, la santé, le bien-être familial et la parenté responsable. Cette vision est toujours d'actualité et même plus accentuée, si l'on se réfère aux différentes déclarations qui ont suivies. En 2002 par exemple, les objectifs de la déclaration de politique nationale actualisent ceux de 1992 et s'inscrivent dans le respect des « libertés individuelles, des croyances, l'éthique et les valeurs culturelles des Camerounais. Ainsi, cette politique exclut toute mesure coercitive qui empêcherait les individus et les couples de décider librement du nombre d'enfants qu'ils désirent» (Minpat, 2002 : p.4).

Donc, bien qu'ayant une position officielle malthusienne, le gouvernement camerounais opte pour un choix individuel de la procréation en insistant sur la parenté responsable<sup>12</sup>. Or dans un contexte de mortalité infantile en recrudescence, et de croyance fortement nataliste, il semble être difficile pour la population d'adopter un comportement autre. Car même avec les progrès sanitaires qui malheureusement stagnent aujourd'hui voire régressent (baisse de la stérilité, régression de la mortalité infantile et mortalité maternelle élevée), les esprits, eux, en sont encore fortement imprégnés.

## Orientation en Afrique subsaharienne

Par ailleurs, l'accès aux services de santé et de reproduction reste faible, et encore plus en milieu rural. Ce qui fait qu'il y a un besoin non satisfait<sup>13</sup> en matière de contraception. En effet en 2009, 20,2% des femmes en union qui désiraient une contraception n'ont pu en bénéficier (Nations Unies 2011a). La prévalence contraceptive demeure faible : elle concerne 14,6% des femmes en union en âge de procréer en 2011 (EDS-MICS 2011). Pour certains auteurs, si les besoins non satisfaits en planning familial pouvaient l'être, cela permettrait d'éviter plusieurs grossesses non désirées et réduirait le niveau de fécondité. En plus, en limitant le nombre d'avortements à risque, satisfaire les besoins en planning familial contribuerait pour près de 33% à la réduction du taux de mortalité maternelle (Saifuddin et al. 2012).

---

<sup>12</sup> Dans son discours présentant le VIe Plan quinquennal de développement en 1986, le président de la République camerounaise affirme : « C'est le lieu, me semble-t-il, d'attirer l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fut-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée. Il s'agit par conséquent, non pas de rompre avec nos convictions religieuses et nos us et coutumes en ce domaine, mais de tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une paternité consciente et responsable ».

<sup>13</sup> Pourcentage de femmes de 15-49ans, mariées ou en union, qui expriment le souhait de retarder ou d'éviter une grossesse mais qui n'ont recours à aucune forme de contraception.

## Quelle politique future est envisagée ?

Le niveau actuel de la croissance démographique au Cameroun, est jugé élevé par le gouvernement camerounais. Pour ce dernier, il s'agit non pas de contraindre les individus à une politique antinataliste mais de les informer sur la question démographique, sur les moyens qui s'offrent à eux s'ils veulent réduire leur descendance. Il invite la population à une parenté responsable et réitère la politique adoptée depuis 1980, en mettant toujours l'accent sur la santé et le développement.

**Tableau 1. Evolution de l'opinion et politique du gouvernement camerounais en matière de fécondité**

Variables de politique de population	Années				
<b>1. Croissance et taille de la population</b>	<b>1976</b>	<b>1986</b>	<b>1996</b>	<b>2007</b>	<b>2011</b>
Opinion sur la croissance démographique	Très faible	Très élevée	Très élevée	Très élevée	Très élevée
Politique sur la croissance démographique visant à	Augmenter	Pas d'intervention	Diminuer	Diminuer	Pas d'intervention
<b>2. Fécondité et planification familiale</b>					
Opinion sur le niveau de fécondité	Très faible	Très élevé	Très élevé	Très élevé	Très élevé
Politique	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Diminuer	Diminuer	Pas d'intervention
Accès aux méthodes contraceptives	Support indirect	Support direct	Support indirect	Support indirect	Support direct
<b>Sources :</b>					
United Nations. (2011). <i>World population policies 2011</i> . Department of Economic and Social Affairs, Population Division.					
United Nations. (2007). <i>World population policies 2007</i> . Department of Economic and Social Affairs, Population Division.					

De même, le rapport des Nations Unies (2011) sur les opinions des gouvernements<sup>14</sup> et des politiques adoptées confirme ce point de vue. Effectivement, on note que depuis les années 1980, date où le gouvernement camerounais considère sa population comme très élevée, les mesures qui ont été prises en vue d'infléchir la tendance ont été soit faibles, soit quasi inexistantes (tableau 1).

Au regard de cet examen de la politique démographique du Cameroun, nous pouvons conclure, *ceteris paribus*, que les mesures prises visant à réduire la fécondité ne peuvent pas avoir eu un fort impact

<sup>14</sup> Depuis la tenue de ces conférences, les Nations Unies organisent des enquêtes auprès des gouvernements participants et décomptent ceux qui ont des opinions favorables, neutres, ou défavorables concernant la baisse ou la diminution de plusieurs phénomènes dans leurs propres pays notamment : la fécondité, la mortalité, les migrations, la croissance démographique, etc.

direct pour une baisse immédiate. Elles visent plutôt à une maîtrise de la fécondité. La politique envisagée n'est donc pas imposée à l'individu, celui-ci reste libre et seul décideur en matière de fécondité en fonction de son environnement socioéconomique et culturel, à savoir sa culture, son appartenance ethnique et sa religion.

Par ailleurs, on peut aussi s'interroger de façon générale sur la pertinence d'une politique visant à réduire la fécondité. Si tout le monde s'accorde à réduire la mortalité, agir sur la fécondité reste somme toute assez controversé. A la lueur de notre analyse, nous convergeons avec d'autres auteurs vers le fait que les attitudes aussi bien pro-natalistes que malthusiennes semblent liées au contexte socio-culturel et économique, ou au niveau de transition démographique du pays. A ce jour on peut relever un contraste saisissant qui interpelle tout de même ; tandis que la plupart des dirigeants africains qui avaient une position pro-nataliste en 1974 prennent des mesures visant à réduire le niveau de leur fécondité, les pays développés eux, qui avaient une position contraire adoptent des mesures visant à l'augmenter.

## **Discussion et conclusion.**

### **Politique de population dans le monde en bref**

En 2013, 27% des gouvernements ont adopté une politique visant à augmenter leur niveau de fécondité, 43%, des politiques visant à le réduire et 30% n'ont soit pris aucune mesure visant à l'influencer, soit ont maintenu leur niveau actuel (Nations Unis 2013).

L'Asie a affronté très tôt la question de sa croissance démographique très rapide. Face à la poussée très rapide de sa population, les gouvernements de certains pays d'Asie ont adopté très tôt des politiques antinatalistes. L'Inde dans les années 1950 déjà, présentait dans son plan quinquennal de développement une politique antinataliste, mais sans résultat notable. C'est avec le 3<sup>ème</sup> plan quinquennal de 1961-1966, puis plus tard, la proclamation de la politique nationale de population<sup>15</sup> en 1976 que les efforts s'intensifient. Ce programme met en œuvre un système d'incitation à la stérilisation. La stérilisation comme moyen de contraception constitue une des particularités du programme indien.

La Chine dans le début des années 1970 a engagé un programme très coercitif de contrôle de la fécondité avec sa politique de l'enfant unique afin de limiter au plus vite sa croissance démographique (Attané 2002). En Amérique latine et aux Caraïbes, l'objectif a été la diminution de la fécondité lors

---

<sup>15</sup> Ou l' on note par exemple des objectifs comme celui de relever l' âge au premier mariage, celui d' augmenter le niveau d' instruction de la femme ou encore d' améliorer la nutrition des enfants.

de la décennie 1970 axée sur un programme ambitieux de politique de santé, la diffusion et l'accès des moyens contraceptifs à tous.

En Afrique du Nord, nous pouvons citer l'exemple de la Tunisie, où les programmes de contrôle de la fécondité ont été instaurés dès la fin des années 1960 par le président Bourguiba avec l'implantation des services de planification familiale (Sandron 2002, Vallin et Locoh 2001). Ce pays a adopté plus tôt que ses pays voisins (Maroc, Algérie) des programmes visant à réduire la fécondité. En effet, très tôt le président Bourguiba a fait adopter un code en faveur de l'amélioration du statut de la femme. Les pays comme le Maroc où l'Algérie sont entrés dans la danse plus tardivement mais ont rapidement adopté ces méthodes (Locoh et Vandermeesch 2006). Plus que les programmes de planification proposés par les gouvernements de ces pays, ce sont les facteurs d'ordre économique, la diffusion des informations sur la contraception par les émigrés de retour qui constituent des facteurs explicatifs d'après Courbage (2002) à l'adhésion rapide des couples à la contraception.

L'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne connaissent des évolutions contrastées : l'adoption des programmes de planification s'est faite beaucoup plus tôt dans la première aire régionale que dans la seconde. En Afrique subsaharienne, le Kenya et le Ghana sont les deux pays pionniers qui ont mis en place un programme national de planification familiale (1967 et 1969 respectivement). Nous ne pouvons parler de contraception en Afrique subsaharienne sans rappeler ces deux pays pionniers en la matière. Le Kenya a adopté un programme national de planification familiale dès 1967. Mais le programme n'a pas très bien fonctionné à ses débuts et c'est grâce à un renforcement de la politique nationale en la matière en 1982, que le niveau d'utilisation s'est nettement amélioré (Locoh et Makdessi 1996) Magadi et al. 2001). Le Ghana adopte également à la fin des années 1960 (1969), un programme de planification familiale (Locoh et Makdessi 1996). Entre 1970 et 1975, la fécondité au Kenya était parmi les plus élevées. Le Kenya s'est engagé dans une maîtrise de la baisse de la fécondité et les premiers résultats ont commencé à se faire sentir lors de la décennie 1980 avec des baisses très rapides non seulement en milieu urbain mais aussi en milieu rural ainsi que l'atteste les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé<sup>16</sup>.

L'exemple du Kenya a fait l'objet de nombreuses études et les auteurs comme Vimard (1996) la mette en relation avec l'évolution du contexte économique (période de crise succédant à celle de la croissance économique). Pour Valérie Golaz et Caroline Wanja Njue l'implication- via l'offre diversifiée des moyens contraceptifs, disponibilité du personnel formé- du gouvernement kenyan dans le domaine de la planification a été un des facteurs clé à la réussite des politiques de planification. Il a été aussi une réussite puisque le contexte permettait un changement d'attitude favorable à l'adoption de nouveaux comportements. Comme autre explication fournit par Golaz et Njue (2006) :

---

<sup>16</sup> L' ICF du Kenya est passé de 7,9 enfants par femme en 1979 à 5 en 2003 et 3, en 2014 (DHS Kenya, 1979, 2003, 2011). La prévalence contraceptive moderne des femmes mariées 66, 2% en milieu urbain et 53,9% en milieu rural en 2014.

«l'accroissement rapide de la population dans les années 1970-1980 a freiné la croissance économique, entraînant une pression démographique sans précédent sur les terres agricoles, de sorte que les familles nombreuses ne sont plus aussi avantageuses. L'instruction féminine en hausse, a permis à des attitudes nouvelles d'émerger [...]. De plus en plus, les parents veulent scolariser leurs enfants malgré le coût de la scolarité ».

Les gouvernements en Afrique subsaharienne comme nous l'avons vu dans une section précédente ont été pour la plupart très réticents et les objectifs avancés en matière de planification visaient plutôt l'épanouissement familial, le bien-être des couples et l'assurance d'avoir autant d'enfants qu'ils le souhaitent. Quelques pays en Afrique subsaharienne en plus de ceux suscités, se sont toutefois engagés dans des politiques antinatalistes notamment, l'Afrique du Sud, le Zimbabwe. Des centres de planifications implantés un peu partout en milieu rural, et la distribution des moyens de contraceptifs semblent expliquer l'avancement de ces pays dans la prévalence contraceptive par rapport aux autres régions de cette aire régionale (Locoh et Vandermeesch 2006). Dans les autres pays par contre d'Afrique subsaharienne, les programmes de planification familiale ont été freinés par la faible évolution de certaines caractéristiques telles que : le niveau d'instruction des femmes, la santé des enfants, le budget insuffisant des Etats, etc.

## **Conclusion**

Le présent article donne un panorama des politiques de population en matière de fécondité dans le monde ainsi que certaines caractéristiques démographiques avec un accent particulier sur les pays en développement. Tandis que la plupart des pays développés ont achevé leur transition démographique et font l'expérience des niveaux de fécondité en dessous du seuil de remplacement, plusieurs pays en développement et les moins développés, en particulier les pays d'Afrique subsaharienne (ouest et centre), sont à des niveaux élevés ou intermédiaires de fécondité. Il existe donc une très grande diversité de situation et les rythmes de transition sont différents. Doit-on en conclure que tous les pays finiront inéluctablement par arriver au même niveau de fécondité? Si oui, quand ? Faut-il des politiques coercitives comme cela a été le cas dans certaines régions ?

La baisse tant attendue dans les pays en développement ne semble pas suivre le rythme dessiné des projections notamment par les Nations Unies (qui les ont d'ailleurs revus parce que la baisse est plus lente que prévue). Nous supposons alors qu'une caractéristique qui nous semble importante, et pourtant pas suffisamment prise en compte, pourrait jouer un rôle non négligeable dans le ralentissement du processus de la baisse de la fécondité dans cette partie du monde : à savoir un contexte socioculturel pro-nataliste, avec en toile de fond une société encore très patriarcale dans une perspective de rapport de genre. Ceci expliquerait sans doute que malgré l'amélioration de plusieurs indicateurs socioéconomiques qui concourent notamment à la baisse de la fécondité, la baisse reste très lente dans ces régions. En effet, les femmes ont très peu de pouvoir de décision. Une récente enquête

qualitative (non présentée dans cet article), tend à confirmer cette hypothèse. En effet en considérant le contexte socioculturel, en matière de fécondité (et comme dans presque tous les domaines majeurs), les femmes ont souvent très peu de choix de décision (même si elles travaillent ou sont instruites) : c'est l'homme qui décide. Et si les politiques familiales envisagées depuis lors s'étaient trompées de population cible ?

Les politiques familiales visant à réduire la fécondité ont davantage impliqué les femmes dans le processus de transition de fécondité, associant peu ou prou les hommes dans cette action. Les comportements sociétaux évoluent très lentement, à moins d'une politique familiale drastique, coercitive comme dans certaines régions (qui ont par ailleurs montré leurs limites) nous supposons alors que, en considérant le contexte social inchangé, qu'une baisse plus notable s'opèrerait lorsque les hommes auront fait le choix de réduire leur descendance. Cette baisse pourrait également être davantage marquée si les femmes dans cette région obtenaient une réelle autonomie, un réel pouvoir de décision sur leur fécondité. Autrement dit quand elles pourront effectivement décider du nombre d'enfants souhaité sans contraintes aucune (contrainte marquée en particulier par le contexte social très favorable à une forte natalité et une société encore fortement patriarcale).

*In fine*, les politiques de population en fécondité peuvent influencer sur le niveau de fécondité d'un pays, comme cela a été le cas dans certaines régions citées plus haut. En ce qui concerne l'Afrique subsaharienne, nous avons vu que les discours ont évolué en fonction des périodes. D'abord antinatalistes dans les années 1970, la plupart des dirigeants africains ont signalé leur position nataliste par la suite. Très tôt donc, les pays d'autres régions ont adopté des politiques visant implicitement à réduire leur fécondité. L'Afrique subsaharienne est rentrée en dernier dans la danse, ce qui expliquerait en partie les taux de prévalences affichés plus bas que dans les autres aires régionales. Mais nous pouvons noter aussi le manque réel d'une volonté politique incitative visant en la faire réduire. Quand bien même la politique gouvernementale affichée a été antinataliste, elle est restée -si nous pouvons le dire- « sur le papier » et ne s'est pas traduite réellement dans les actes, du moins en ce qui concerne l'analyse faite sur le Cameroun.